

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA  
Facultad de Ciencias Sociales



*“Usted ya sabía a lo que venía, ahora aguántese”*: Experiencias de violencia obstétrica de madres jóvenes en la Ciudad de Guatemala

Trabajo de graduación en modalidad de tesis presentado por  
Paula María Rabanales Lau  
para optar al grado académico de Licenciada en Antropología

Guatemala,  
2019



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales



*“Usted ya sabía a lo que venía, ahora aguántese”*: Experiencias de violencia obstétrica de madres jóvenes en la Ciudad de Guatemala

Trabajo de graduación en modalidad de tesis presentado por

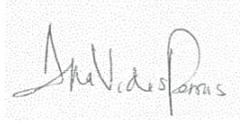
Paula María Rabanales Lau

para optar al grado académico de Licenciada en Antropología

Guatemala,

2019

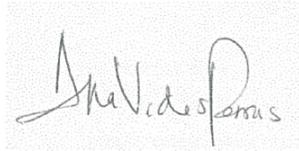
Vo. Bo. :



(f)

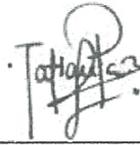
PhD. Ana Vides Porras  
Asesora

Tribunal Examinador:



(f)

PhD. Ana Vides Porras



(f)

PhD. Tatiana Paz Lemus



(f)

MA. Walda Barrios

Fecha de aprobación: Guatemala 9 de diciembre de 2019

# PRÓLOGO

*“Lo personal es político”.*

Extiendo un profundo agradecimiento a mis mentoras PhD. Ana Vides, PhD. Tatiana Paz Lemus y †M.A. Walda Barrios-Klee. Ellas me acompañaron y guiaron en complejo proceso de la construcción del conocimiento desde una perspectiva feminista. Para mí, ellas representan el ejemplo de qué la sororidad también cabe en la academia. Asimismo, agradezco a las mujeres en mi vida que me han brindado apoyo incondicional para superar los obstáculos que se presentaron en el camino: Paty, Majo, Isa, Alessia y Gaby.

Especialmente, agradezco a las participantes de este estudio por el tiempo que me concedieron. Más allá, quiero agradecerles por su apertura a compartir experiencias íntimas sobre su maternidad conmigo. Reconozco su aporte a la visibilización de una problemática que atraviesa a todas las mujeres que buscan atención ginecológica y obstétrica en sectores públicos y privados de salud en nuestro país.

Finalmente, quiero instar a los biomédicos, legisladores y otros profesionales que pudiesen encontrar este documento, a leerlo considerando el bienestar de las mujeres y su derecho a la salud. Las experiencias vividas de estas mujeres nos demuestran que como sociedad aún tenemos mucho trabajo por delante para procurar que el embarazo, parto y puerperio de las mujeres guatemaltecas sea libre de violencia.

# ÍNDICE

PRÓLOGO.....	i
LISTA DE CUADROS .....	v
LISTA DE FIGURAS .....	vi
RESUMEN.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	4
A. Teoría feminista .....	4
B. Teoría posestructuralista .....	8
1. Poder obstétrico .....	9
C. Antropología médica.....	10
1. Biomedicina.....	10
a. Medicalización y patologización .....	12
b. Conocimiento autoritario .....	13
D. Embarazo .....	14
E. Parto.....	15
F. Puerperio .....	18
1. Violencia de género .....	20
2. Violencia obstétrica .....	20
a. El rol del personal biomédico en la violencia obstétrica .....	23
III. CONTEXTO GUATEMALTECO.....	25
A. Ley para la maternidad saludable.....	25
1. Embarazo .....	25
2. Parto.....	26
3. Puerperio.....	27
B. Mortalidad materna.....	28
IV. METODOLOGÍA .....	29
A. Objetivos.....	29
B. Descripción del lugar .....	30
C. Criterios para la selección de las participantes .....	30
D. Descripción de las etapas de investigación .....	31
1. Trabajo de archivo o revisión bibliográfica .....	31
2. Recolección de datos empíricos .....	31
3. Análisis de datos .....	31
E. Caracterización de las participantes .....	31
1. Nivel socioeconómico.....	32

F.	Acceso a servicios de salud públicos y privados .....	35
V.	RESULTADOS .....	36
A.	Servicios de salud a los que accedieron .....	36
C.	Planificación familiar .....	38
D.	Chequeos prenatales .....	41
VI.	NARRATIVAS DE LAS EXPERIENCIAS DE EMBARAZO .....	45
A.	Sector Privado.....	45
1.	Perla .....	45
2.	Laura .....	46
a.	Análisis de las narrativas del sector privado.....	47
B.	Sector público .....	50
1.	Gabriela.....	50
2.	Juana .....	51
a.	Análisis de las narrativas del sector público .....	52
C.	Sector público-privado (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social) .....	53
1.	Sara .....	53
2.	Rosaura .....	55
a.	Análisis de las narrativas del sector público-privado (IGSS) .....	56
VII.	VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	58
A.	No proporcionaron información y descripción de los procedimientos médicos .....	58
B.	Tacto realizado por más de una persona sin consentimiento .....	59
C.	Uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto .....	60
D.	Episiotomía .....	61
E.	Presión del fondo uterino .....	63
F.	Manejo activo del alumbramiento .....	64
G.	Trato jerárquico deshumanizador (burlas, críticas).....	65
H.	Obstaculizar el apego precoz del recién nacido .....	67
1.	Violencia obstétrica en el sector público y privado .....	68
VIII.	PUERPERIO .....	72
A.	Lactancia materna .....	72
B.	Depresión .....	73
1.	Imagen personal.....	74
C.	Trabajo y/o estudio .....	75
D.	Red social de apoyo .....	76
IX.	CONCLUSIONES.....	78
X.	RECOMENDACIONES .....	81
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	82

XII. ANEXO .....	88
Anexo 1: Entrevista.....	88
Anexo 2: Mapa de análisis temático .....	92
Anexo 3: Matriz de clasificación ESOMAR.....	93
Anexo 4: Tabla comparativa de violencia obstétrica según sector.....	104

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1: Información demográfica de las participantes .....	32
Cuadro 2: Servicios de salud a los que accedieron las participantes en cada fase.....	35
Cuadro 3:Nivel socioeconómico ESOMAR de las participantes .....	33
Cuadro 4:Motivaciones para buscar o conservar un embarazo según las participantes .....	41
Cuadro 5: Elementos que motivan a escoger un hospital privado según las participantes. ....	43
Cuadro 6: Indicadores de violencia obstétrica en las experiencias de parto o cesárea en el sector público ..	69
Cuadro 7: Indicadores de violencia obstétrica en las experiencias de parto o cesárea en el sector público-privado.....	69
Cuadro 8: Indicadores de violencia obstétrica en las experiencias de parto o cesárea en el sector privado ..	70

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Episiotomía media .....	17
Figura 2: Reparación de episiotomía .....	17
Figura 3: Fases de atención gineco-obstétrica de la investigación .....	35
Figura 4: Servicios de salud por sector a los que atendieron las participantes .....	38
Figura 5: Condiciones favorables y desfavorables para tener un embarazo según las participantes. ....	40
Figura 6: Costos del sector privado respecto a los chequeos prenatales.....	42
Figura 7: Presión del fondo uterino a mujer en trabajo de parto .....	63

## RESUMEN

El trabajo de graduación describe las experiencias de embarazo, parto y puerperio de madres de 18 a 30 años en servicios de salud públicos y privados de la Ciudad de Guatemala. Esta investigación hace énfasis en el acceso a servicios de salud en relación con el nivel socioeconómico de las mujeres. Además, profundiza en la violencia psicológica y obstétrica que experimentaron las mujeres durante su parto o cesárea. Los resultados develaron que las mujeres de un estrato socioeconómico “bajo” y “medio” transitaban entre servicios de salud públicos y privados durante los chequeos prenatales y postnatales. Las mujeres de un nivel socioeconómico “alto” y “muy alto” recibieron todos sus chequeos prenatales y postnatales en un servicio de salud privado y optaron por un hospital privado para atender su parto o cesárea. La forma de violencia más común que reportaron las mujeres en todos los sectores fue: “Obstaculizar el apego precoz del recién nacido”, seguido por “Presión del fondo uterino” y “Trato jerárquico deshumanizador como burlas y críticas”. La violencia fue experimentada tanto por mujeres que acudieron al sector público como al privado. Respecto del puerperio se concluye que la experiencia de las mujeres jóvenes puede diferir según el apoyo que reciba de su núcleo familiar, de su familia extendida y de profesionales como el doctor o psicóloga. Se recomienda profundizar en otros marcadores identitarios como la etnicidad que influyen en la forma que las mujeres son tratadas en los servicios de salud.

# I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la violencia contra la mujer como *«todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada»* (OMS, 2013). Las mujeres se encuentran sujetas a violencia estructural y de género de varias formas y las fuentes de éstas no se limitan a sus familias o las calles, sino también al contexto médico. La violencia que viven las mujeres al recurrir en los sistemas de salud encaja también en esta definición, al igual que la falta de acceso a servicios y productos para la planificación familiar. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) mide varios aspectos de la vida sexual y reproductiva de las mujeres guatemaltecas y proporciona información cuantitativa sobre procesos como el embarazo. Por ejemplo, la ENSMI 2015-2016 estableció que la edad promedio al primer nacimiento en las mujeres de 25 a 29 es 21.2 años (MSPAS, INE y ICF International, 2017: 120) y reportó que la tasa de fecundidad general del país es 3.1 hijos o hijas por mujer, habiendo una diferencia entre las mujeres del área urbana (2.5 hijos) y el área rural (3.7 hijos); es decir que las mujeres del área rural tienen en promedio 1.2 hijas e hijos más que las mujeres del área urbana (Ibid., 107).

Sin embargo, la experiencia de búsqueda de atención ginecológica y la vivencia del parto y puerperio no han sido abordados en la misma medida y escala. En Guatemala, la labor de documentar experiencias de embarazo, parto y puerperio en los que se violenta a las mujeres fue relegada a la sociedad civil organizada como la Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, la Nutrición y Educación (ALIANMISAR) y/o instituciones como el Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR). ALIANMISAR llevó a cabo la encuesta “El trato durante la atención del parto en los servicios de salud del MSPAS” a 175 usuarias de los departamentos de Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz, San Marcos, Totonicapán, Chimaltenango, Quetzaltenango y Sololá; investigación en la cual se evidenció la calidad del trato que recibieron estas mujeres en el área rural. La negligencia (27%), falta de privacidad (24%) y el maltrato verbal (16%) fueron los principales motivos por los que las mujeres refirieron haber recibido mala atención, seguido por la humillación (13%), falta de información (10%) y otros (10%) como lo son: maltrato físico, discriminación y procedimientos sin consentimiento. El personal que proporcionó mala atención fue la enfermera(o) en el 62% de los casos y el médico en 25% de los casos (ALIANMISAR, 2015: 13-14). Esta encuesta también evidenció la falta de atención con pertinencia cultural ya que en ninguno de los casos se les ofreció a las mujeres la posición vertical como opción para el parto, un 40% de las usuarias indígenas monolingües no fueron atendidas en su idioma y el 73% fue negada de la compañía de un familiar o comadrona en el momento del parto (Ibid.: 15-16).

A nivel hispanoamericano, el tema de la violencia obstétrica ha sido abordado en España por Silvia Bellón Sánchez (2014) en su tesis de maestría *«Medicalización, abuso de autoridad y sexismo en la asistencia obstétrica en España. ¿Un nuevo nombre para problemas antiguos?»* avalada por la Universidad de Granada.

En esta tesis discute cómo se fue construyendo históricamente este concepto para referirse a aquellas prácticas que violan el derecho de las mujeres y sus hijos de ser tratados con respeto en las instituciones médicas, así como el derecho de tomar decisiones informadas sobre los procedimientos realizados en sus cuerpos. Concluye que la violencia obstétrica es una forma en la que se expresan los ideales machistas que hoy en día prevalecen en la práctica de la biomedicina. Este concepto ha permitido a grupos activistas llamar la atención a los efectos físicos y psicológicos que sufren las mujeres y sus hijos. Sin embargo, la autora previene la utilización de este en forma superficial y reducida, ya que puede reforzar la visión de las mujeres como usuarias sobre demandantes del sistema de salud (Bellón, 2014: 98-100). A nivel centroamericano el tema ha sido abordado principalmente por Gabriela Arguedas Ramírez (2014), investigadora del Centro de Investigación en Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica, quien publicó el artículo “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”. La autora se basa en la perspectiva teórica de Michel Foucault sobre la sociedad disciplinaria para realizar un análisis crítico de la situación que enfrentan las mujeres al acceder a servicios de salud. Arguedas concluye que la violencia obstétrica es el mecanismo a través del cual el poder obstétrico es ejercido sobre el cuerpo de las mujeres para disciplinar sus cuerpos y perpetuar el orden patriarcal (Arguedas, 2014: 166).

En el país el tema ha sido tratado en la tesis de antropología de Luna Oliva nombrada “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” (2014) por la Universidad del Valle de Guatemala. La investigación demostró que los patrones de violencia se daban por medio de maltrato verbal, coerción, indiferencia, negligencia, y abuso físico; condicionadas por el abuso de poder. En estos casos el poder proviene de idiosincrasias y creencias culturales construidas históricamente por mecanismos de poder económico, político y sociocultural. Además, fue tratado en el conversatorio Arte y Cultura para la Paz 2016 por Ana Silvia Monzón con su ponencia “Violencia obstétrica: parir con dolor en un mundo que venera la maternidad”. En esta ponencia Monzón planteó que la maternidad es percibida como el destino de las mujeres, dejando de ser un derecho y opción de la mujer, convirtiéndose en una maternidad forzosa e impuesta por el mandato del patriarcado. Monzón plantea que es una de las violencias más normalizadas, por lo que es vital que las mujeres empiecen a reconocerla y nombrarla. Adicionalmente, el tema fue abordado por Luisa Lemus y Katherina Cabrera en la tesis de psicología nombrada “Percepción de las mujeres acerca de la violencia obstétrica” (2017) por la Universidad San Carlos de Guatemala. Las madres de esta muestra indicaron conocer el significado del término “violencia obstétrica” y tener conocimientos sobre los procedimientos que se llevan a cabo durante el parto. Sin embargo, al indagar más se demostró que no tenía conocimientos sobre dichos procedimientos, ni sobre los derechos de las mujeres durante el embarazo, el parto y post parto.

En Guatemala existe un amplio aparato jurídico para garantizar los derechos de las mujeres, como la «Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer» (1979), la «Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer» (1994), «Ley

contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer» (Decreto 22-2008), «Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas» (Decreto 9-2009), «Ley para Prevenir y Sancionar y erradicar la Violencia Intrafamiliar y Ley de Búsqueda Inmediata de Mujeres Desaparecidas» (Decreto 9-2016). En 2009, que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social presenta las «Normas de Atención Integral para el Primero y Segundo Nivel de los Servicios de Salud» para fortalecer la atención integral con enfoque intercultural, de género, y de derechos humanos de diferentes programas como salud materna, salud de la niñez, salud reproductiva, ITS/VIH, malaria, nutrición, inmunizaciones (OMS, 2009). Sin embargo, ninguna de estas leyes o normas hace referencia a la violencia a la que están sujetas las mujeres que buscan acceder a servicios de salud para controlar su salud sexual y reproductiva. En este sentido, es importante mencionar que aunque el gremio médico y las normativas internacionales no reconocen este tipo de violencia, es necesario empezar a incluir el tema y complementar la información cuantitativa proveída por organismos y herramientas de investigación nacionales e internacionales. La aproximación cualitativa a este fenómeno, por otro lado, permitiría conocer cómo los diferentes tipos de violencia afectan de forma individual a la diversidad de mujeres en proceso de gestación, parto y puerperio, al intentar acceder a servicios de salud y así generar conclusiones sobre su experiencia.

Esta investigación exploratoria analiza las experiencias de embarazo, parto y puerperio de madres jóvenes de la ciudad de Guatemala en relación con los servicios de salud públicos y privados a los que acudieron, abarcando temas como salud sexual y reproductiva, acceso a servicios de salud eficaces y eficientes, y también las situaciones en que se evidencia violencia estructural y de género. La importancia de esta investigación también resalta el rol de estructura patriarcal y las diferencias socioeconómicas de las mujeres en la determinación de la calidad de los servicios a los que acceden. La investigación se concentrará en analizar estas vivencias para comparar el acceso a salud y experiencia de diferentes mujeres y determinar si fueron objeto de violencia. Entre los diferentes tipos de violencia de género, esta investigación también tomará en cuenta la violencia obstétrica que ya ha sido reconocida a nivel internacional por organismos como la Organización Mundial de la Salud y las legislaciones de Venezuela, Argentina y México. En febrero de 2017, el tema alcanzó relevancia en la coyuntura nacional, hasta llegar al Congreso de Guatemala. Los diputados del partido Convergencia, presentaron la Iniciativa de Ley 5243 que disponía aprobar la «Ley Para Prevenir y Sancionar la Violencia Obstétrica en Guatemala» (Congreso de la República de Guatemala, 2017). Esta iniciativa tuvo un dictamen desfavorable y ninguna iniciativa similar ha sido presentada, no obstante, se demostró la importancia de discutir este tema a nivel nacional. En el país existen pocos estudios académicos sobre la violencia obstétrica y es por esto por lo que esta investigación representa un aporte al proporcionar evidencia cualitativa de que la violencia está institucionalizada tanto en los servicios de salud públicos como privados.

## II. MARCO TEÓRICO

En este apartado se abarcan los aportes de la teoría feminista y post-estructuralista al estudio del género y la experiencia de embarazo y maternidad. También se proporciona una idea general al lector de las etapas del embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva biomédica. Por último, se trata de presentar el tema de violencia en el marco de la salud reproductiva para poder introducir los conceptos de violencia de género y violencia obstétrica.

### A. Teoría feminista

La teoría feminista proporciona herramientas importantes para esta investigación, ya que las mujeres deben ser el punto de partida para la construcción colectiva del conocimiento y así cuestionar la ideología hegemónica androcéntrica de la ciencia e intentar modificar esas relaciones de poder. Entre los temas que han sido abarcados por las autoras feministas se encuentran el sistema sexo/género, la subjetivación del feto, reproducción y maternidad como derechos humanos y la santificación de la maternidad. Otra razón importante de incorporar la teoría feminista es que las investigaciones contemporáneas se han enfocado en desmantelar el error de la universalización de la mujer y considerar la diversidad entre las mujeres (Saletti, 2015:16). Desde esta investigación fue primordial reconocer la diversidad tanto de mujeres como de contextos, y los diferentes tipos de violencia de las que son víctimas según sus condiciones socioeconómicas.

En el texto *«El tráfico de mujeres: notas sobre “economía política” de sexo»* (1975), la antropóloga cultural Gayle Rubin esboza una explicación de la opresión y desigualdad a las que son sometidas las mujeres. Para lograr este acercamiento con un enfoque feminista parte de los aportes teóricos de Engels, Marx, Freud, Lévi-Strauss y Lacan, así como abundantes ejemplos etnográficos. En cuanto a la teoría marxista, resalta la relación entre el trabajo doméstico y la reproducción de mano de obra, el reconocimiento del mismo como un elemento del cual se extrae plusvalía y que el “elemento histórico y social” del capitalismo es en donde se encuentra la estructura de la opresión sexual (Rubin, 1975:100). Desde los aportes de Engels, Rubin rescata la diferenciación entre relaciones sexuales y relaciones de producción, ya que éstas están mediadas por la cultura. Rubin introduce la definición del sistema sexo/género: *«conjunto de disposiciones por el cual la materia prima biológica del sexo y la procreación humanos es conformada por la intervención humana y social, y satisfecha en una forma convencional, por extrañas que sean algunas de las convenciones»* (1975:102). Este término es importante ya que se conceptualiza que la opresión es producto de las relaciones sociales que organizan este sistema sexo/género.

Desde los aportes de Lévi-Strauss se resalta que el parentesco se entiende explícitamente como la imposición de la cultura sobre lo biológico, de lo cual surgen los tabúes sobre la mujer como regalo y sobre el incesto. Esta teoría de la reciprocidad social explica que el intercambio de mujeres a través del matrimonio es un mecanismo que establece lazos de parentesco y alianzas, es decir que son conductoras del poder en una relación pero que no lo ejercen (1975:109). Rubin plantea el “tráfico de mujeres”, es decir, que son objeto de transacción ya que son consideradas como semi-objetos sexuales sobre los cuales los hombres en el sistema

de parentesco tienen derechos, derechos que ellas no tienen sobre sí mismas. Luego basándose en la teoría psicoanalista, Rubin explica el género como una división de los sexos impuesta desde lo social, que impone la heterosexualidad y la identidad de género como la supresión de las semejanzas naturales entre hombre y mujer a través de la opresión de aspectos de la personalidad. En este apartado Rubin hace una revisión de los complejos de Edipo y Electra que son utilizados para explicar la modelación de la sexualidad en los niños (1975:118-120). Rubin describe la diferencia entre pene y falo, estando el segundo cargado de un significado de estatus masculino y de dominación. A partir de esto, la autora explica que resolver la crisis edípica a través de la reorganización del campo del sexo y género podría dar paso a una sexualidad menos destructiva o constreñida (1975:130).

Rubin describe que la organización del sexo y el género organizaban la sociedad, pero que en la actualidad este sistema ha sido desprendido de su funcionalidad por lo que ha quedado reducido a formas sencillas como el sexo y género. Y esto representa una oportunidad para a través de la organización política, reorganizar este sistema hacia la equidad entre hombres y mujeres (1975:135). El texto de Gayle Rubin es relevante para el movimiento feminista ya que introduce el concepto de sistema de sexo/género, desde el cual se ha seguido construyendo teoría hasta en la actualidad. Desde la revisión teórica de los académicos que habían abordado el tema de la subordinación de la mujer, Rubin aporta el sistema sexo/género como respuesta a lo que ella consideraba que hacía falta en las mismas.

La teoría feminista también se ha enfocado en la idea de la maternidad, desde el estudio de cómo el feto ha llegado a ser considerado un individuo, así como la historia del embarazo y cómo éste ha sido percibido a lo largo de diferentes épocas. Samerski (2016: 699-700) explica que la teoría feminista ha liderado el pensamiento crítico de la maternidad y embarazo como “hechos” de la vida. Las teóricas feministas mostraron interés por la transformación de la autopercepción y subjetivación de las mujeres ante el embarazo, cuestionando la idea del feto como un descubrimiento de la ciencia sino como un objeto gestionado por prácticas sociales y técnicas de control profesional y legal. Si una mujer decide llevar su embarazo a término porque no desea tener al bebé, su cuerpo es tratado como un sitio de conflicto entre ella y la “vida” que lleva en su interior. La mujer también se ve sujeta a una red de medicalización y cuidados prenatales cuyo objetivo es optimizar el desarrollo fetal. Además, en caso de que la mujer no actúe según los estándares de comportamiento recetados por el profesional médico, como abstenerse del alcohol, drogas o una cesárea, los cuerpos médicos y legales pueden actuar como defensor del feto y privar a la mujer de sus derechos y libertad.

El embarazo es diagnosticado, gestionado, concluido y a veces generado por expertos médicos. Sin embargo, el cliente principal no es la mujer sino el feto ya que el cuidado prenatal está centrado en el desarrollo del feto. El impacto de la tecnología y los descubrimientos científicos pone a las mujeres bajo el control público, ya que una experiencia íntima femenina pasó a ser un tema de administración médica y pública. Simultáneamente, estos avances tecnológicos han provocado una dependencia de las mujeres a expertos médicos, exámenes prenatales y abstracciones (figuras de riesgo, niveles de hormonas y etapas del desarrollo) e ignorar sus sentidos y los cambios que pueden observar y sentir en sus cuerpos. La mujer como

manager del feto es una nueva forma de subjetivación, en la que se requiere que las mujeres deben contrastar los riesgos y tomar decisiones responsables (Samerski, 2016: 702-704).

Barbara Duden, historiadora médica con estudios de género, propone que históricamente no existió un embarazo “objetivo” ya que el feto era un objeto liminal cuya existencia era revelada hasta el momento del parto. Esto cambió debido al avance de los hechos científicos, que desde el siglo XVIII deslegitimizaron las percepciones somáticas de las mujeres. Antes del avance científico, no existía una forma objetiva de comprobar que una mujer estaba embarazada por lo que su condición era incierta hasta el momento del nacimiento; es decir que su experiencia de embarazo era háptica, situación que luego fue transformada a una experiencia visual. Duden argumenta que los ultrasonidos, cuyo uso se ha generalizado, no permite a las mujeres ver a su bebé sino únicamente percibir a su bebé a través de la visualización tecnológica de una matriz de información; es decir que construye una realidad artificial. El nacimiento de este feto relacional fue una imposición dramática que marcó la historia del embarazo (Duden, 1993:91-93).

La teoría feminista también ha abarcado el tema de la reproducción y maternidad desde un enfoque de derechos humanos. En la década de 1990 el colectivo *SisterSong* acuñó el término justicia reproductiva (*reproductive justice*) como una respuesta a un enfoque sobre la “elección” (*choice*) que el feminismo blanco había promovido por décadas en Estados Unidos. Este colectivo de mujeres afroamericanas utilizó este marco de referencia para expresar que el camino a la dignidad reproductiva de mujeres negras y minorías es diferente al de las mujeres blancas, ya que no sólo depende de la “elección” personal ya que éstas deben navegar un sistema legal y un sistema de salud público o corporativo que se basa en políticas racistas, clasistas o machistas (Ross y Solinger, 2017: 54). La justicia reproductiva es un paradigma contemporáneo que tiene tres principios: el derecho a no tener un hijo, el derecho a tener un hijo y el derecho a ser madre en un ambiente seguro y sano. La justicia reproductiva también demanda autonomía sexual y libertad de género para todos los humanos (Íbid.: 9). El movimiento de justicia reproductiva se distingue de los movimientos de defensa de los derechos y salud reproductivos ya que se enfoca en las interrelaciones entre la ley, movimientos sociales y academia para revelar aspectos de las políticas sociales previamente ignorados (Browner, 2016: 817). Es una forma de discutir teóricamente la interseccionalidad, es decir la forma en que la clase, etnia, orientación sexual, identidad de género, cultura, país de origen y discapacidad producen una matriz compleja de opresión reproductiva. La antropóloga Shellee Colen también hace énfasis en las diferencias que existen entre las mujeres respecto a la reproducción y trabajo reproductivo o de cuidados. Colen se refiere a la reproducción estratificada (*stratified reproduction*) para describir cómo la vivencia física, emocional y mental de la labor reproductiva es experimentada y valorada de forma diferente según las desigualdades de acceso a recursos materiales y sociales que están basadas en jerarquías de etnicidad, clase y género (Colen, 1995: 78). La autora se basa en las relaciones que existen entre mujeres que deben recurrir a contratar niñeras para continuar con su carrera laboral, y las mujeres migrantes que contratan para llevar a cabo esta tarea y el trabajo doméstico. Aunque ambas madres tratan de hacer lo mejor para sus hijos y tienen

aspiraciones similares para sus hijos, las nociones de la maternidad y el cuidado apropiado de los niños varían según las desigualdades, el contexto histórico y cultural.

La teoría feminista también se ha interesado en los cambios que ha tenido la reproducción y maternidad en relación con los cambios ideológicos y económicos. La economía neoliberal y políticas sociales que caracterizaron el siglo XX dieron paso a transformaciones de las sociedades ante los derechos reproductivos. Por un lado, esto permitió que más mujeres tuvieran mayor acceso a métodos anticonceptivos, aborto seguro y cuidado obstétrico. Por otro lado, esto significó un aumento de métodos represivos de control y vigilancia sobre las prácticas reproductivas (Browner, 2016: 814-815). Las antropólogas Lynn Morgan y Elizabeth Roberts, inspiradas en la situación de Latinoamérica, propusieron el término de gobernanza reproductiva (*reproductive governance*) para referirse a “*los mecanismos a través de los que diferentes configuraciones de actores como el estado, la iglesia, instituciones financieras internacionales, ONGs y movimientos sociales utilizan controles legislativos, incentivos económicos, mandatos morales, coerción y enunciados éticos para producir, monitorear y control el comportamiento reproductivo de las poblaciones*” (2012: 243).

Las teóricas feministas en Latinoamérica también mostraron interés por el tema de la maternidad. Según Gargallo (2006: 32), el feminismo latinoamericano fue influido por corrientes feministas de liberación de mujeres europeas y estadounidenses y la liberación colectiva de los pueblos latinoamericanos que llevó a las feministas a cuestionar morales sexofóbicas y misóginas como el catolicismo, la veneración del padre ausente y la maternidad solitaria y obligatoria. La problematización de la santificación de la maternidad y el cuestionamiento de su naturalidad y sus valores se dio en la década de 1970, en una coyuntura de represión militar en el que las madres de desaparecidos tuvieron un rol importante. La separación de los conceptos de mujer y madre se dieron gracias a los aportes de María Acevedo (1971) respecto a la historia de la maternidad y deseo, y Marta Lemus al nombrar el maternazgo (*mothering*), es decir las funciones de educadora, alimentadora y cuidadora que deberían ser reconocidas como una actividad laboral y pueden ser realizadas por hombres y mujeres de forma equitativa. El movimiento feminista se concentró en la maternidad voluntaria, por lo que durante los siguientes años se persiguió el derecho al aborto. En los años noventa el tema principal transitó a ser la inserción de la mujer en el ámbito público, es decir en la política y puestos públicos (Íbid.: 110-111).

Sin embargo, en 1993 un grupo de feministas mexicanas y chilenas subrayaron la idea de que el feminismo que perseguía la igualdad de la mujer únicamente reforzaba la opresión de las mujeres por lo que se identificaron con el feminismo de la diferencia. Esto fue un acontecimiento que marcó la historia del feminismo ya que se reconocía por primera vez la existencia de varios feminismos en Latinoamérica; situación que se siguió presentando durante las siguientes décadas entre grupos de organizaciones populares y partidos políticos, así como las diferencias con el feminismo negro y el feminismo indígena (Gargallo, 2006: 134, 160).

## B. Teoría posestructuralista

La experiencia de embarazo, parto y puerperio son procesos que impactan directamente los cuerpos de las mujeres porque están ligados a la reproducción. A este análisis también se debe incorporar los aportes teóricos sobre el cuerpo humano como un objeto sobre el cual se ejerce poder. Michel Foucault propone que el cuerpo es el intermediario del castigo, a través de este se priva al individuo de la “libertad”, que se refiere tanto a un derecho como a una propiedad. Los sistemas de castigo en las sociedades modernas están situados en la economía política del cuerpo, aunque no se le infringe un castigo físico como la tortura, al cuerpo se le distribuye, se le utiliza y se le somete. Es decir que el cuerpo está inscrito en un campo político por su uso económico como una fuerza de producción. Este cuerpo sólo se convierte en una fuerza de producción si es un cuerpo dócil, que se somete y es productivo. La estrategia para manejar estos cuerpos es el poder que se ejerce en ellos, este poder produce e implica conocimiento (Foucault, 1999: 258-261).

Según Foucault en las sociedades modernas hay cuatro dispositivos específicos del saber y el poder: 1) “histerización” del cuerpo de la mujer, 2) “pedagogización” del sexo del niño, 3) socialización de conductas procreadoras y 4) “psiquiatrización del placer perverso”. En esta investigación son relevantes dos de estos dispositivos: la “histerización de la mujer” y la “socialización de conductas procreadoras”. La “histerización de la mujer” se refiere al proceso por el que el cuerpo femenino fue medicalizado y patologizado a través de la disciplina de la medicina, asegurando que éste operara para la sociedad por su función reproductora, que a la vez volvía este cuerpo el factor sustancial de la institución familiar y el cuidado y educación de los niños:

*«Histerización del cuerpo de la mujer: Triple proceso por el cual el cuerpo de la mujer fue analizado –calificado y descalificado– como cuerpo integralmente saturado de sexualidad; según el cual ese cuerpo fue integrado, bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas; según el cual, por último, fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar), el espacio familiar (del que debe ser un elemento sustancial y funcional) y la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación)» (Foucault, 2000:127).*

En el proceso de histerización de la mujer, el sexo fue definido como lo que constituye el cuerpo de la mujer, como lo que pertenece al hombre y carece la mujer, y lo que es común al hombre y la mujer (Foucault, 2000:185). Esta relación entre el hombre y la mujer lleva al siguiente dispositivo del saber y poder: la socialización de conductas procreadoras. Éste refiere que la reproducción humana es reforzada o frenada según los intereses del campo político (Foucault 2000:187), por lo que el sexo está atrapado entre la economía del placer y la necesidad económica:

*«Socialización económica por el sesgo de todas las incitaciones o frenos aportados, por medidas “sociales” o fiscales, a la fecundidad de las parejas; socialización política por la responsabilización de las parejas respecto del cuerpo social entero (que hay que limitar o, por el contrario, reforzar), socialización médica, en virtud del valor patógeno, para el individuo y la especie, prestado a las prácticas de control de los nacimientos» (Foucault, 2000:128).*

Según Singer y Baer (2011:102) los exámenes físicos o “mirada clínica” han sido un interés particular para los antropólogos médicos. Dentro del contexto clínico, el examen físico de la biomedicina

facilita la creación de categorías de enfermedades en términos de varios síntomas, así como la experiencia de dolores y señales como lo es el pulso. El conocimiento del cuerpo se traduce en poder sobre el cuerpo. A este Foucault le llamó “biopoder”. El conocimiento biomédico es uno de los varios discursos por los que la población es disciplinada y controlada. Y este poder es ejercido no sólo por los biomédicos sino también por el Estado para el que este trabaja. Singer y Baer también abordan el aporte de Foucault para analizar la biomedicina en el texto “El nacimiento de la clínica” (1975), donde argumenta que la medicina surgió en Europa alrededor de 1800 d.C., con la descripción de la anatomía humana y la clasificación de las enfermedades; ambas, una forma de control social como las prisiones y el Estado.

## 1. Poder obstétrico

Gabriela Arguedas, Máster en Bioética y estudiante del Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura por la Universidad de Costa Rica (UCR) y también parte del Centro de Investigación en Estudios de la Mujer de la misma universidad, presenta una nueva perspectiva para analizar el contexto obstétrico siguiendo la escuela Foucaultiana. Arguedas plantea que el poder obstétrico es una forma de poder disciplinario que produce cuerpos sexuados y dóciles. Este poder debe ejercerse sobre los cuerpos para que obedezcan los mandatos de socialización de género y someterlos a un régimen de inteligibilidad en la sociedad patriarcal. Para las mujeres el poder obstétrico es una de las formas en que son disciplinadas ya que se ejerce en el territorio género-específico de los cuerpos que pueden embarazarse y parir (Arguedas, 2014: 147). Una de las características de este poder es que patologiza y medicaliza el embarazo y parto, es decir que se le ve como una enfermedad. Esto constituye la “colonización del útero” como la colonización del cuerpo de las mujeres (Ibid., 154).

Esto lleva a Arguedas a preguntarse cuál es el lugar que ocupa el conocimiento de las mujeres embarazadas y parturientas sobre sus propios cuerpos en la jerarquía de conocimiento. A la respuesta que llega es que el conocimiento de estas mujeres es doblemente subyugado. Es descalificado por la institución médica ya que se le tacha de insuficiente y acientífico, y a la vez despreciado por el lugar inferior que ocupan las mujeres en la estructura social de género en relación con lo masculino. Es decir que como no hablan el lenguaje de la institución médica, no son percibidas como interlocutoras válidas. Según Arguedas, desde las tesis foucaultianas, se vería a la mujer embarazada como el cuerpo del anormal y alterado que se debe conocer a detalle para luego ser sometido al poder disciplinario para su normalización y control. La mujer como sujeta moral es violentada al ser reducida a su capacidad reproductiva y a su condición de embarazada (Ibid., 155-156). Arguedas explica en términos foucaultianos que *«la microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción»* (Arguedas, 2014: 156). Es decir que el objetivo de este poder obstétrico es producir cuerpos dóciles para maximizar la efectividad de los embarazos, partos y cuidado de los hijos.

Entre las tecnologías disciplinarias con las que cuenta este poder se encuentran las curvas de normalidad que se generan de los datos que son tomados sobre ellas y también las técnicas para la

administración médico-jurídica del embarazo y el parto. La mujer embarazada es percibida como enferma o discapacitada porque el embarazo y parto han sido conceptualizados subjetivamente como procesos de alteración que deben ser observados y controlados minuciosamente. El poder obstétrico se mantiene por la jerarquía del género que persiste en la sociedad patriarcal. Al naturalizar los roles de género se percibe que la maternidad debe ser el fin último de toda mujer (ibid., 156-157). Arguedas expone que «*el poder disciplinario ejercido en el marco de los procesos corporales ligados al ideal occidental y patriarcal de la maternidad está enlazado de manera estructural a la dominación y opresión de aquello que se entiende, construye o define como femenino*» (Arguedas, 2014: 161).

## C. Antropología médica

La antropología médica es una disciplina que estudia las dimensiones culturales de la enfermedad, tomando la metodología de antropología y ciencias de la salud como base (Saravia, 2007: 226). La enfermedad es el diagnóstico de una condición por un doctor (biomédico) o un profesional heterodoxo (quiropático, naturópata, médico ayurvédico, etc). Una enfermedad popular (“*folk disease*”) se refiere a la etiqueta cultural puesta por un curandero popular sobre una condición. Por otra parte, el padecimiento se refiere a la experiencia del paciente con la enfermedad. Sin embargo, los autores explican que las definiciones de enfermedad y padecimiento son complementarias y no tienen límites rígidos ya que ambas son concepciones construidas socialmente arraigadas en procesos biológicos y psicosociales (Singer & Baer, 2011: 81-82).

La antropología médica estudia la variedad de sistemas de curación y etnomedicinas. Esta investigación está dirigida a la experiencia de mujeres jóvenes en el sistema de salud biomédico, que también es una etnomedicina y se describirá a continuación. Según Rhodes (1996:165), al estudiar la biomedicina desde la antropología se han desarrollado dos corrientes principales. La primera es la antropología médica aplicada clínicamente, que se concentra en aplicar enfoques antropológicos a situaciones o problemas clínicos específicos. Y la segunda es la antropología médica crítica, la cual se concentra en las fuerzas políticas y económicas a un macronivel, que definen la biomedicina y su reingeniería. Saravia (2007: 226) expresa que la antropología médica crítica también hace énfasis en las relaciones de poder dentro de los sistemas de salud.

Es importante mencionar que la biomedicina no puede ser separada de un sistema social, político y económico, ni de las relaciones de poder del contexto social. Además, debe resaltarse el rol que tiene en el encubrimiento de injusticia, sufrimiento y las causas sociales de enfermedades. Se han desarrollado dos estrategias para desmitificar la biomedicina desde el análisis crítico: a) indagar en la incidencia y causas de problemas causados socialmente y b) indagar en cómo la biomedicina mistifica la enfermedad a través de la dicotomía naturaleza-cultura. (Rhodes, 1996: 173-174).

### 1. Biomedicina

Según Singer y Baer (2012: 120) la biomedicina es una etnomedicina que ha trascendido barreras culturales para imponerse como un sistema médico global, que a la vez está compuesto por diferentes

subsistemas médicos. La biomedicina occidental se rige por los principios filosóficos subyacentes de la ciencia, como la lógica, empirismo y fiabilidad estadística. La investigación involucra la experimentación y observación de variables basados en el razonamiento causal y probabilístico. En la actualidad los tratamientos médicos deben ser validados por procedimientos estadísticos para ser reconocidos por la biomedicina y ser utilizados por la población general (Womack, 2010:180-181).

El hospital es la institución en donde se desenvuelve la enfermedad, bajo el cuidado y control del personal médico. La función manifiesta de los hospitales es cuidar a los enfermos para recuperar su salud. El cuidado del paciente, el producto, se alcanza a través de la coordinación de jerarquías de responsabilidad y autoridad. Los amigos y familiares cumplen un rol terapéutico en el padecimiento y recuperación de la persona fuera del hospital, pero en el momento en que esta persona es hospitalizada, son relegados por el personal médico. Los hospitales pueden ser clasificados por orientación, es decir si son públicos, privados o de caridad. Y también pueden ser clasificados entre hospitales generales y hospitales mentales. Los hospitales generales también pueden contar con funciones de investigación y enseñanza (Foster & Anderson, 1978: 163-166). El hospital es un sistema social elaborado en el cual hay varios subsistemas y subculturas ocupacionales como la administrativa, técnicos de laboratorio, terapeutas, doctores, enfermeras y pacientes (Singer y Baer, 2012: 135).

En la biomedicina, el doctor (biomédico) es el encargado de identificar y tratar la enfermedad del paciente, esto lo logra apoyándose en recursos tecnológicos para medir y visualizar. Además, al igual que en otras etnomedicinas, deben interactuar con los pacientes y proporcionar atención y cuidado (Singer y Baer, 2012: 118). La biomedicina es una profesión en la que los doctores tienen el monopolio sobre la prescripción de drogas, declaración de nacimientos, muertes, personas mentalmente incompetentes, además de referir a los pacientes a otro tipo de profesionales de la salud. (Ibidem: 133). Según Foster y Anderson (1978: 176) la biomedicina se refiere a una profesión, ya que esta implica clientes, organización, y un cuerpo de contenidos que no son alcanzados fácilmente. Este conocimiento es utilizado por los biomédicos para satisfacer la necesidad de salud de un cliente, es decir el paciente. La biomedicina también cuenta con un factor importante en las profesiones, la constante adquisición de nuevo conocimiento a través de la investigación. Según Singer y Baer (2012: 135), las enfermeras tienen varias funciones más allá de proporcionar cuidado a los pacientes en el hospital. También deben trabajar como representantes del doctor en la sala, haciendo cumplir sus órdenes, representantes del hospital al velar por que se cumplan los reglamentos y políticas del hospital mientras llevan a cabo la labor administrativa.

Según Rhodes (1996) el estudio de la biomedicina desde la antropología se ha desarrollado en tres acercamientos diferentes según la perspectiva del investigador hacia la misma: 1) la biomedicina contextualizada como un sistema cultural, es decir el interés en cómo la biomedicina ha alcanzado el monopolio de la salud y su estatus de verdad, 2) el entorno creado por la biomedicina, como los hospitales y escuelas de profesionales, y la forma en la que la antropología puede indagar en las relaciones entre doctores y pacientes, y así mejorar su experiencia, y 3) los problemas macrosociales como desigualdades de clase y

género en el acceso a la salud y el efecto de la biomedicina en las relaciones de poder en la sociedad (Rhodes, 1996: 177).

Según Garcés y Garcés (2008: 27-28) la utilización de servicios de salud es una interacción que es determinada por varios factores socioculturales, de la organización y relativos al usuario. Los factores socioculturales se refieren a los síntomas que requieren o no atención médica según el grupo cultural, étnico o de referencia. Los factores de la organización se refieren a la disponibilidad de recursos, accesibilidad geográfica, temporal y social (si un servicio está disponible y es bien percibido por las redes sociales), posibilidad de pagar los servicios y gastos como el transporte, pérdida de horas laborales y medicinas. Los factores relativos al usuario consisten en edad, sexo, etnia, estado civil y nivel socioeconómico, y las actitudes o creencias respecto de la atención médica. Esta utilización de los servicios de salud es una interacción entre población (clientes) y personal médico, que a la vez está influido por factores como la remuneración que reciben y el enfoque de uso de recursos con el cual se le impartió entrenamiento o formación.

#### a. Medicalización y patologización

Singer y Baer (2011: 108-109) explican que el término “medicalización” fue introducido a la antropología por la influencia de la sociología, para referirse al rol de la medicina en el control social. La medicalización se refiere a darle una etiqueta médica a una condición o comportamiento, ya que al definirlo de esa forma puede ser tratado con intervenciones médicas. El sociólogo Irving Zola fue el que utilizó este concepto para analizar cómo tiende a darse una reducción en el grado en el que la condición es estigmatizada, ya que se le adscriben otras causas patógenas o genéticas en lugar de causas morales. Los autores comentan que dentro de la antropología médica es un tema recurrente la preocupación por el uso apropiado de las intervenciones médicas y el control social médico.

Al abordar el tema de la violencia de género en el sistema de salud los principales conceptos a considerar son los procesos de medicalización y patologización. Marbella Camacaro, Directora General de la Unidad de Investigación y Estudios de Género “Bellacarla Jirón Camacaro” de la Universidad de Carabobo, Venezuela dirige su atención a cómo el poder y la práctica médica han enajenado el cuerpo y salud reproductiva de las mujeres. Camacaro (2009) explica que la medicalización es la forma en que la medicina da solución a los procesos reproductivos de las mujeres, no patológicos, como la menstruación, el embarazo, el momento del parto, la lactancia y la menopausia, por lo cual al ser conceptualizadas como “enfermas”, las mujeres son sometidas a tratamientos y procedimientos. El cumplimiento de procedimientos y/o tratamientos de rutina, los cuales la mayoría de las veces no individualizan a las mujeres, viene a ser una expresión de lo denominado medicalización de los procesos reproductivos y del parto. Debido a ello, las mujeres reducen su posibilidad de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico-médica para afrontar su vida sexual, reproductiva, psíquica y hasta cotidiana.

Este proceso de dependencia es previo a la patologización. La patologización se refiere a lo que ocurre fuera de la norma médica, se considera que no es responsabilidad del cuerpo médico, sino en caso de la mujer, se refiere a la afirmación de que las consecuencias de la enfermedad están en lo individual. Como

mucho, pueden reconocer el impacto de la calidad de los servicios de salud en los perfiles epidemiológicos. La mortalidad materna (MM) es un evento que la epidemiología puede medir, porque responde a la lógica causa-efecto, es decir, existen cuerpos muertos, en determinadas condiciones fisiológicas, que se pueden contar y asociar a causas obstétricas. Lo que no se puede medir de forma confiable es la morbilidad materna, y este dato viene a constituir un punto significativo para el tópico del impacto de la patologización en la salud reproductiva femenina (María del Carmen Elú y Ana Langer, 1994:27 y Camacaro Cuevas, 2009).

#### b. Conocimiento autoritario

Marcia Ellison, de la Escuela Médica de Harvard, se basó en las investigaciones sobre el conocimiento autoritario de Brigitte Jordan en la década de 1970 para estudiar los embarazos no deseados de mujeres solteras blancas de clase media en Estados Unidos. Ellison (2003) examinó cómo las mujeres negociaron, resistieron o reprodujeron la autoridad científica y biomédica que impone modelos normativos de sexualidad, fertilidad y maternidad. Desde ese campo de investigación, se concentró en la tensión entre las fuerzas sociales determinadas por las políticas reproductivas y la agencia. El estudio resalta el papel que juega el conocimiento autoritario en las decisiones que toma una mujer embarazada con un bebé no planeado. Las diferencias de poder, autoridad y acceso a recursos moldean las prácticas de parto. Tales diferencias perpetúan formas de reproducción estratificada que fomenta y reconoce la maternidad de algunas mujeres y estigmatiza la de otras mujeres.

Este tipo de poder ha sido estudiado en el contexto de los nacimientos, exponiendo cómo las diferencias de poder y autoridad entre el personal que acompaña a la madre y ella juegan un rol importante en la legitimación de las prácticas biomédicas. En los escenarios no biomédicos, el poder y autoridad dependen del contexto. Estas diferencias son determinadas por la forma en que la reproductividad de las mujeres ha sido tratada a lo largo de la historia. La experiencia de las mujeres es marcada principalmente por el conocimiento autoritario que influye en su embarazo y consiguiente decisión; con la cual se enfrentan al ideal femenino de “pureza” y “honor” (Ellison, 2003: 323-329).

Aunque no es reconocido explícitamente como conocimiento autoritario, en la «Ginecología de Novak» (2008) se hace referencia al desbalance de poder entre médico y paciente a raíz del conocimiento y estatus del primero. Se les recomienda a los doctores estar conscientes de esa disparidad y no alejarse mucho de la paciente, así como practicar la transferencia de equilibrio de poder a la paciente para reducir su percepción de vulnerabilidad física y psicológica. Las actitudes que son desaprobadas en esta guía van desde cancelar las citas, hasta hablar con la paciente mientras está descubierta, recostada o en posición de litotomía<sup>1</sup>. Estas actitudes pueden parecer irrespetuosas y aumentar el desequilibrio de poder en la relación médico-paciente (Berek, 2008; 15).

---

<sup>1</sup> «Posición que adopta el paciente en decúbito supino, apoyado sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre los complementos de la mesa quirúrgica o de exploración» (Clínica Universidad de Navarra, 2019).

La tesis “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” (2014) de Luna Alfaro buscaba caracterizar episodios de maltrato y discriminación vividos en los servicios de salud de estas comunidades. La metodología consistió en entrevistas grupales con mujeres, entrevistas informales no estructuradas a un miembro de la comisión de salud, una enfermera y un promotor de salud. También se realizaron 28 entrevistas estructuradas a mujeres que recibieron atención médica y sufrieron violencia verbal o física. La investigación demostró que los patrones de violencia se daban por medio de maltrato verbal, coerción, indiferencia, negligencia, y abuso físico; condicionadas por el abuso de poder. En estos casos el poder proviene de idiosincrasias y creencias culturales construidas históricamente por mecanismos de poder económico, político y sociocultural. Otros factores que atribuyen al maltrato son las políticas públicas y asignación de recursos, posición socioeconómica, diferenciación en oportunidades en educación y profesionalización, prejuicios, discriminación y la condición de género. La investigación demuestra cómo las mujeres no cuentan con autonomía para tomar decisiones y los servidores de salud se apropian del poder del conocimiento científico para abusar de su poder. A la vez, éstos son víctimas de las jerarquías dentro del sistema de salud.

#### D. Embarazo

El embarazo es definido como «*gravidez, gestación, preñez. Situación en la que se encuentra la mujer desde la concepción hasta el parto. El embarazo normal tiene una duración de 280 días (10 meses lunares)*» (Clínica Universidad de Navarra, 2019). Desde la antropología médica el embarazo y el parto son comprendidos como procesos modelados por la cultura, por lo que son manejados bajo diferentes acuerdos en cada sociedad. El estudio *Birth in Four Cultures* (1993) de Brigitte Jordan dio inicio al estudio del nacimiento como un subcampo de la antropología médica. La investigación en esta área ha demostrado que las culturas desarrollan diferentes sistemas de creencias y prácticas asociadas alrededor del embarazo, parto y el trato a los recién nacidos durante el postparto (Singer y Baer, 2011: 56). La antropología también ha estudiado el cuerpo desde una perspectiva de género, es decir como los cuerpos de hombre y mujer tienen diferencias biológicas, pero también conllevan una construcción cultural diferente en las sociedades. La antropóloga Emily Martin, en su libro *The Woman in the Body* (1989) explica que la sociedad estadounidense concibe el cuerpo a través del lente cultural de una “máquina”, una metáfora que surgió desde la era industrial. La biomedicina trata la reproductividad de las mujeres como un tipo de fábrica, en las cuales las mujeres son “máquinas de reproducción” (*uterus machines*) que producen bebés, bajo la supervisión del biomédico como un *manager*. En esta metáfora, la menstruación de las mujeres es percibida como un proceso de producción fallido. La biomedicina ha tratado el cuerpo como un objeto, sobre el cual se ha perdido el control, especialmente en el caso de las mujeres; un tema que ha cambiado por el movimiento feminista (Singer y Baer, 2011: 110).

El libro «*Etnomedicina en Guatemala*» (1984) es un referente del estudio y desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala. Este libro estaba dirigido a profesionales de las ciencias de la

salud y compilaba diferentes artículos y ponencias sobre medicina tradicional. El libro incluyó el artículo «*Estudio de las características de las comadronas tradicionales en una comunidad indígena de Guatemala*» de Elena Hurtado, el primer artículo realizado por una antropóloga relativo al trabajo de las comadronas y el único escrito por una científica social en el libro (Saravia, 2007:235-237). El estudio se llevó a cabo en San Pablo la Laguna, Sololá, durante 1977 a 1981 utilizando observación participante y entrevistas informales. Hurtado categoriza las prácticas de las comadronas tradicionales como beneficiosas, inocuas y dañinas. Entre las prácticas beneficiosas nombra la estrecha relación personal entre las comadronas y sus pacientes, ya que son miembros respetados de la comunidad, el reconocimiento de la importancia de la presencia de la familia durante el parto y la necesidad de apego de madre y recién nacido; además de permitir el movimiento y posición de preferencia para el parto de una mujer. Las prácticas inocuas que menciona la autora son el requerimiento de cortar el cordón umbilical a “dos dedos” del cuerpo, administrar un baño ritual a la madre y recién nacido a los tres días, disposición de la placenta siguiendo la creencia de la familia y compartir el pudor local en cuanto a la procreación. La autora menciona que estas prácticas se clasifican como inocuas pero su efecto es positivo desde un punto de vista psicológico. Las prácticas categorizadas como dañinas fueron los fuertes masajes abdominales que proveen las comadronas, no utilizar materiales asépticos y abstenerse de referir a las mujeres a hospitales en casos de emergencia (Hurtado, 1984:263).

La antropóloga Nicole S. Berry llevó a cabo un estudio etnográfico en Sololá en la década del 2000, en el que, entre otros temas, profundizó sobre esta última práctica que Hurtado categorizó como dañina. En el libro *Unsafe Motherhood* (2010), Berry plantea que las comadronas no refieren a las mujeres a los centros de salud u hospitales por dos razones principales. Las comadronas tienen un amplio conocimiento empírico que suele ser contradictorio a las directrices que les son impuestas por el sistema de salud biomédico. Este es el caso de las mujeres que tienen una cesárea previa. Según las autoridades en salud, esto es una precondition para que los siguientes partos sean vía cesárea para evitar ruptura del útero o de la cicatriz, mientras que las comadronas han atendido en su localidad que han finalizado su parto de forma vaginal aún con una cesárea previa. Las comadronas reciben información incongruente por parte de las ONG y autoridades, mientras algunos indican que los partos de gemelos deben ser referidos, otros les dan información contraria. La segunda razón que nombra Berry es que por la falta de centros de salud que atendieran a las mujeres a toda hora y en cualquier día del año, las comadronas crean redes con otros biomédicos y enfermeras a nivel local, con los cuales las mujeres que presentan complicaciones en su parto son atendidas de forma más rápida y conveniente que si se trasladara a un hospital lejano y sin equipo (Berry, 2010: 163-168).

## E. Parto

El trabajo de parto corresponde al período desde el inicio de las contracciones uterinas regulares hasta la expulsión de la placenta en el cual ocurre un nacimiento. Al abordar este tema desde la biomedicina, los autores del tratado de obstetricia «*Williams Obstetricia*» (2011) explican que hay varias connotaciones para el trabajo de parto desde el contexto obstétrico, pero la más generalizada es la de extenuación o esfuerzo corporal excesivo que causa dolor e incomodidad por lo que se vuelve necesaria la asistencia de personal

médico principalmente en cuanto al alivio eficaz del dolor (Cunningham, *et. al.*, 2011: 374). Un trabajo de parto normal es aquel que se desarrolla de forma breve y se caracteriza por su variación biológica considerable. El trabajo de parto activo se diagnostica cuando la dilatación del cuello uterino es de tres centímetros o más, en presencia de contracciones uterinas. Al alcanzar ese umbral, se espera un avance normal del parto en las siguientes cuatro a seis horas. Por otra parte, las mujeres en trabajo de parto espontáneo dan a luz en promedio diez horas después. El incumplimiento de estos rangos de tiempo para un trabajo de parto normal no son motivo suficiente para una cesárea, ya que la actividad uterina insuficiente puede ser corregida por medio de intervenciones médicas no invasivas (Ibid., 390).

El parto es un proceso fisiológico normal y natural que las mujeres enfrentan sin complicaciones, sin embargo, el personal médico debe estar preparado para actuar ante complicaciones y lograr la comodidad y seguridad de la madre y el bebé (Cunningham, *et. al.*, 2011: 374). Entre estas complicaciones se encuentra la ausencia de rotación espontánea a una variedad occipitoanterior<sup>2</sup> y/o una reducción de la velocidad del segundo periodo de parto a causa de la aplicación de analgesia epidural. Estas complicaciones predisponen a un parto instrumentado, es decir con el uso de fórceps. Los factores que utilizan los obstetras para distinguir el riesgo de utilizar los fórceps tanto para la madre como el hijo son la altura de la presentación (se mide de 25 a 0 hasta 15 centímetros) y rotación. El fórceps de Simpson es recomendado para el nacimiento del bebé con cabeza moldeada, frecuente en mujeres nulíparas y el fórceps de Tucker-McLane en el caso de bebés con cabeza redonda que son más frecuentes en mujeres multíparas (Ibid.; 512).

El trabajo de parto prolongado a causa de la mala contracción uterina es contrarrestado con técnicas de conducción del trabajo de parto. Este es un proceso de estimulación del útero para lograr cambios en el cuello uterino, aumentando la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones cuando ya se dio el inicio espontáneo del parto. Tradicionalmente se han utilizado métodos como la infusión intravenosa de oxitocina y la amniotomía (OMS, 2015: 3). Durante el trabajo de parto espontáneo el útero es sensible a la oxitocina (forma sintética del octapéptido oxitocina), por lo que se ajusta la dosificación para que la madre alcance las contracciones adecuadas (Cunningham, *et. al.*, 2011: 399). Por otra parte, la amniotomía es una práctica de ruptura de las membranas de forma artificial (Ibid., 508).

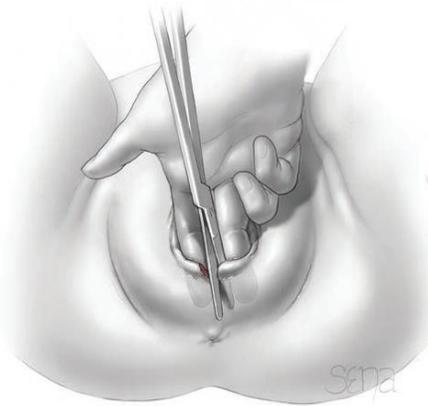
La episiotomía, cuyo nombre correcto es perineotomía, se refiere a la incisión practicada en línea media desde la vulva hacia afuera y abajo en dirección opuesta al recto (Figura 1). Según Cunningham, *et. al.*, (2011: 401) ésta se lleva a cabo cuando es visible un diámetro de tres a cuatro centímetros de la cabeza del feto durante la contracción. Desde la biomedicina surge el interés por analizar el desempeño de los biomédicos respecto a esta práctica. Gabriel Papa realizó una tesis que buscaba correlacionar conocimientos y prácticas sobre la técnica de episiotomía en los estudiantes de pregrado de la Carrera de Medicina, cursando la ginecología y obstetricia en el Hospital Roosevelt en el mes de abril 2015. Participaron externos, internos y electivos de cualquier universidad que cumplieran con un mínimo de tres meses de rotación en el

---

<sup>2</sup> «Posición en la que el feto entra a la pelvis con la cabeza hacia abajo y el cuerpo dando hacia la espalda de la madre» (Clínica Universidad de Navarra, 2019).

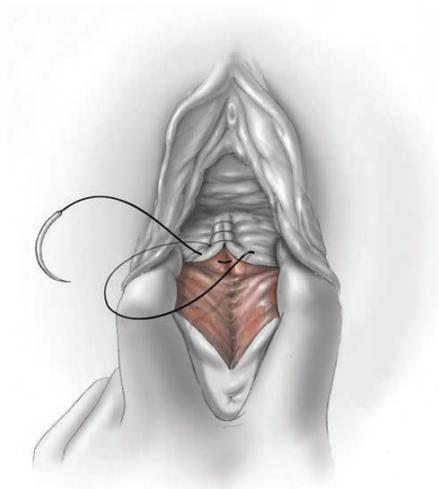
departamento. Se aplicó un cuestionario con preguntas básicas acerca del procedimiento y también se evaluó la práctica de ésta en contraste con una lista de chequeo con 13 criterios sobre un procedimiento correcto. Los resultados del cuestionario reflejaron que el 57% de los estudiantes se encontró por debajo del nivel mínimo de suficiencia, siendo el error más común la longitud y ángulo de la incisión. En cuanto a la práctica, el 46% de los estudiantes realizó la episiotomía de forma correcta, siendo el error más común iniciar la sutura de la herida, por delante del vértice (Papa, 2016: 50). A esta sutura se le conoce como episiorrafia (Figura 2). El coeficiente de relación entre las notas de conocimientos y prácticas fue de  $r = 0.052$ , es decir que no se encontró una dependencia entre esas variables. Por lo tanto, el autor concluye que el procedimiento se realiza sin las suficientes bases teóricas, y que los estudiantes trabajan mediante un conocimiento empírico. Otra conclusión es que los conocimientos de los estudiantes internos son igual de deficientes que los conocimientos de los externos, aunque estos últimos realizan mejor el procedimiento (Papa, 2016: 54-55).

*Figura 1 Episiotomía media*



Fuente: (Cunningham, et. al., 2011: 395. Fig. 17-24).

*Figura 2 Reparación de episiotomía*



Fuente: (Cunningham, et. al., 2011: 402. Fig. 17-35 B).

En los partos con complicaciones, las opciones de las mujeres pasan a ser un parto instrumentado o cesárea. Es decir que la alternativa a un parto con fórceps es la cesárea (Ibid., 518). La cesárea se refiere al procedimiento quirúrgico en el cual se lleva a cabo una laparotomía (incisión en la pared abdominal) y una histerotomía (incisión en la pared uterina) a través del cual se da el nacimiento del bebé. Si existen complicaciones durante el parto, es posible realizar una cesárea-histerectomía. Existen varias indicaciones apropiadas de cesáreas, entre éstas se encuentra la distocia<sup>3</sup>, presentación pélvica<sup>4</sup>, antecedente de cesárea, o sufrimiento fetal<sup>5</sup> (Ibid., 544). Entre las consideraciones que se debe tener en cuenta es el riesgo de rotura uterina en un embarazo posterior a causa de una cesárea previa, además del riesgo que corren las mujeres con obesidad en este procedimiento (Ibid., 548).

Robbie Davis-Floyd (1992), introdujo el término “parto tecnocrático” al estudiar cómo en la biomedicina el parto ha sido totalmente medicalizado, lo que se ve reflejado en por tres componentes: a) el uso de tecnología para monitorear el embarazo y parto, 2) uso frecuente de cirugía para expandir el espacio por el que se extrae al bebé y 3) uso extendido de medicamentos para disminuir el dolor o acelerar el proceso (Singer y Baer, 2011: 56). Con respecto al estudio del parto en Guatemala desde la antropología, Saravia (2007:232) nombra los aportes de Sheila Cosminsky sobre programas de salud-materno infantil; principalmente el artículo “*La atención del parto y la antropología médica*” (1978). En este artículo Cosminsky considera el parto como un proceso biológico universal pero que se adscribe a las normas socioculturales de cada sociedad, por lo que analiza desde una mirada antropológica las creencias y prácticas relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio en el contexto guatemalteco y mexicano. Cosminsky (1992: 182-183) explica que tradicionalmente el parto se da en posición vertical, ya que ésta promueve una distensión progresiva de los tejidos, además del apoyo de la fuerza de gravedad. Sin embargo, la posición supina fue promovida por doctores y los programas de adiestramiento obstétrico y condenaba una práctica beneficiosa. Cosminsky (1992: 185) también identificó que durante el parto el pudor es otro factor que complica la comunicación entre paciente y doctor, provocando vergüenza al realizar preguntas y también en el momento de los exámenes físicos.

## F. Puerperio

El puerperio es el lapso de cuatro a seis semanas que siguen al momento del parto. Durante este período el cuerpo de la madre pasa por variedad de cambios fisiológicos, que pueden ser molestias leves, pero también pueden existir graves complicaciones (Cunningham, *et. al.*, 2011: 646). Además de esta definición biomédica del puerperio, también es importante considerar el aspecto psicológico y cultural del mismo. Es un período de readaptación y ajuste para la madre y toda la familia, en el cual la mujer puede

---

<sup>3</sup> «Parto que no cursa con normalidad. Existen dos tipos: distocias del periodo de dilatación y distocias del periodo expulsivo, con causas variadas: pueden ser debidas a anomalías en las contracciones uterinas (distocia dinámica), a la desproporción pelvi-fetal o a presentaciones fetales inadecuadas (distocias mecánicas)» (Clínica Universidad de Navarra, 2019).

<sup>4</sup> «Cuando las nalgas del feto entran en la pelvis antes que la cabeza» (Cunningham, *et. al.*, 2011: 527).

<sup>5</sup> «Cuadro de hipoxia (disminución de la disponibilidad de oxígeno) que afecta al feto durante el parto» (Clínica Universidad de Navarra, 2019).

llegar a sentirse relegada y obligada a cuidar y amamantar al recién nacido a pesar de las molestias físicas e incomodidad causadas por el parto; considerando también el reinicio de la actividad sexual y la pérdida de peso. La ausencia de hormonas como los estrógenos que se producían durante el embarazo está asociada con la depresión posparto (Ospina, *et. al*, 2012: 168-169).

Clara Gilligan en el artículo “La construcción médica del puerperio” (2014) realizó un análisis de la conceptualización del puerperio en la bibliografía biomédica con fin didáctico como tratados de obstetricia y guías que condensan pautas para la atención obstétrica a la que son referidos los estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad de Buenos Aires. La autora sostiene que, desde la biomedicina, el puerperio está asociado con la idea de “involución”, del retorno a un estado anterior tanto del cuerpo femenino pero principalmente del útero y las mamas; una regresión que no puede ser completa. Algunos de los documentos presentaron el puerperio como regeneración o transformación. En las construcciones discursivas se hace énfasis en la lactancia y volver a las “vida normal” (Gilligan, 2014:323-327).

Callister y Vega, formadas en enfermería, realizaron un estudio basado en etnografía y entrevistas a 30 mujeres ladinas e indígenas de Sacatepéquez en las primeras semanas del puerperio. Las autoras explican que con respecto de la dieta posparto, las mujeres toman té que contienen hierbas como artemisia, pimpinela, orégano y miel blanca para disminuir el dolor. Con respecto a la higiene, las mujeres tomaban baños de asiento ya que creen que estos facilitan el proceso de recuperación, así como optaron por fajarse para que el abdomen regresara a su estado tamaño original. Las mujeres entrevistadas optaron por la lactancia materna, algunas de ellas esperaron al tercer día para iniciar ya que indicaron que el calostro es sucio y podría causar diarrea (Callister, 1998: 292).

## G. Violencia en el marco de la salud reproductiva

A fin de introducir el tema de la violencia en el contexto de la salud reproductiva, se debe abordar el tema de la violencia estructural. Cerón (2007: 23-24) ahonda en las manifestaciones de violencia estructural en las prácticas de salud en la sociedad guatemalteca. La primera forma que menciona es el sistema sexo/género, ya que este refuerza el papel de cuidadoras sobre las mujeres. Esto se refleja en el rol al que se ven forzadas las mujeres de cuidar a los enfermos o personas con discapacidad de su familia nuclear o extendida. Este rol se suma a sus jornadas de trabajo y trabajo reproductivo, lo que denomina el capital cultural internalizado. Al contrario, el capital cultural institucionalizado ha sido concentrado en los hombres, lo que reproduce el sistema inequitativo. La segunda forma de violencia estructural que menciona el autor es la influencia de los intereses comerciales de la industria farmacéutica, de la industria de tecnología de la salud y la industria de servicios de salud en influir en la legislación y acuerdos a nivel del sistema de salud.

En este punto es importante rescatar otro planteamiento de Marcia Ellison en cuanto a la violencia estructural y su expresión en el campo de la salud. Ellison (2003) explica que en la sociedad y cultura está

generalizada profundamente la concepción de que la única forma de legitimar el estatus o categoría de una mujer es a través de su sexualidad, fertilidad y maternidad. Por tal razón, las mujeres solteras con un embarazo no deseado exponen esta idea y la ponen en peligro, sus experiencias alteraron su vida de forma definitiva. Promover esta idea estigmatizada de que existen “buenas mujeres” y “madres desinteresadas” desde las políticas reproductivas es una forma de violencia estructural.

## 1. Violencia de género

Como parte de esta violencia estructural, las mujeres también enfrentan condiciones adversas cuando acceden a los servicios de salud en busca de servicios de ginecología y obstetricia. Junto al trato irrespetuoso y ofensivo, las mujeres también pueden enfrentar maltrato físico y verbal, humillación, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado, procedimientos médicos coercitivos como la esterilización, falta de confidencialidad, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago (OMS, 2014:1). En el 2014 la Organización Mundial de la Salud publicó la Declaración de la Prevención y Erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Esta declaratoria enuncia que: «*todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación*». (OMS, 2014:1).

Para prevenir esas condiciones que atentan contra los derechos humanos de las mujeres, la OMS propone las siguientes acciones: a) aumentar el respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto, b) iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad, c) realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto, d) generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso, y e) involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas (OMS, 2014:2-3). Aunando al maltrato y violencia durante el parto, en las últimas décadas las técnicas de inducción junto a las intervenciones clínicas innecesarias se han convertido en prácticas comunes para acelerar un trabajo de parto lento o dirigir un trabajo de parto que avanza de forma normal. Esto puede resultar nocivo, además de ir en detrimento de la autonomía y dignidad de las mujeres que sufren los impactos negativos en su experiencia de trabajo de parto (OMS, 2015:3).

## 2. Violencia obstétrica

Silvia Bellón Sánchez, Máster en Estudios de Género de la Universidad de Utrecht y de la Universidad de Granada, explora el concepto de violencia obstétrica cuyos inicios se encuentran en Latinoamérica. Venezuela fue el primer país en incorporar este concepto en la legislación. En el Artículo 51

de la “Ley orgánica, de 19 de marzo de 2007, sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” se reconoce la violencia obstétrica como uno de los 19 tipos de violencia contra la mujer que puede ser castigado con multas y acciones disciplinarias a la institución encargada. Este ejemplo fue seguido por Argentina y México, que hicieron regulaciones en 2009 y 2014, respectivamente (Bellon, 2014: 53-54).

Basándose en la legislación de Venezuela, México y Argentina, Bellón (2014:59) define la violencia obstétrica como las prácticas que medicalizan, patologizan y denigran a las mujeres embarazadas y a mujeres dando a luz, que implican un enfoque específico del embarazo y parto. Sin embargo, esta autora también hace énfasis en que esta definición otorgada por las legislaciones supone que el parto es un evento natural y normal en la vida de las mujeres, y que las mujeres son naturalmente capaces de dar a luz sin intervenciones médicas comunes. Esta perspectiva caracteriza la medicalización de partos de bajo riesgo como una forma de restringir el potencial de una mujer para dar a luz (Ibidem).

Gabriela Arguedas también aborda el tema de la violencia obstétrica cuando teoriza sobre el poder obstétrico y expresa que la investigación empírica sobre este tema es impostergable. Ella define este tipo de violencia como *«un conjunto de 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 período del embarazo, parto y postparto»* (Arguedas, 2014: 146). Explica que *«la violencia obstétrica sería, entonces, un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder (obstétrico)»* (Arguedas, 2014: 147). Al revisar las definiciones que se dan de la violencia obstétrica en las leyes de Venezuela y Argentina, ella propone una nueva definición de esta, pero ahora en términos foucaultianos: *«vendría a ser una categoría que reúne diversas formas de expresión de control y opresión sobre los cuerpos/psiques de las mujeres y niñas que están embarazadas o que se encuentran en trabajo de parto»* (Arguedas, 2014: 156). La autora también hace una observación importante, la violencia obstétrica está presente en las leyes, pero no ha sido reconocida en el plano normativo institucional en materia de salud (Ibid., 156).

El ejercicio de poder conlleva la producción de saber y dentro de la institución hospitalaria y sobre todo en los servicios de ginecología y obstetricia el gradiente de poder que se establece legítima a unos sujetos (médicos) para participar del conocimiento, mientras restringe a otras la participación de ese conocimiento. Las mujeres embarazadas y en trabajo de parto son descalificadas, especialmente sobre el conocimiento de sus propios cuerpos y sensaciones, como por ejemplo el dolor que sólo ella puede sentir. Hasta que estas sensaciones y dolores son validadas por quien ejerce autoridad en ese contexto serán consideradas y registradas. Tal condición sería exacerbada con la experiencia interseccional de discriminación por varios marcadores de diferencia (Arguedas, 2014: 164).

Esta autora también explica cómo en el contexto de gineco-obstetricia de la institución médica se puede observar el castigo, una característica de la sociedad disciplinaria estudiada por Foucault. El personal médico tiene el poder de castigar a las mujeres que amenazan su autoridad usando la vergüenza pública. Al mismo tiempo que la somete o hace dócil, la utiliza como ejemplo para enviar una advertencia al resto de

mujeres que comparten el espacio. La postura de Arguedas se mantiene al argumentar que el poder obstétrico es una forma de poder disciplinario que funciona dentro de la institución médica y patriarcal, cuyo mecanismo es la violencia obstétrica. Esta violencia disciplina los cuerpos de las mujeres, refuerza el mandato social de los roles de género, de la obediencia y docilidad, y legitiman las relaciones de poder desiguales (Arguedas, 2014: 164,166).

Lydia Zacher realizó una investigación etnográfica con parteras en México de 2009 a 2012. En esta investigación la autora analiza el surgimiento de la “violencia obstétrica” como un concepto socio-político, tomando la perspectiva y trabajo de las parteras como base. Zacher (2015: 441) explica que las parteras no sólo buscan llamar atención sobre la violencia física que viven las mujeres en los servicios de salud, sino que también buscan visibilizar las formas de violencia más artificiosa que se dan en la interacción entre proveedores de salud y pacientes; que a la vez refleja las tendencias de violencia social contra la mujer. Durante la década del 2000 se popularizó el movimiento del “Parto Humanizado” en Latinoamérica que criticaba el uso de intervenciones y tecnologías innecesarias durante el parto. Para la autora, el movimiento de “violencia obstétrica” que se difunde actualmente cambia el foco de las intervenciones innecesarias a intervenciones dañinas e indicadores de violencia ejercidos por proveedores de salud e instituciones hacia las mujeres. La incorporación de las parteras al sistema de salud público en México permitió que éstas presenciaran la violencia y propusieran su atención como una propuesta no violenta de atención humanizada a mujeres (Ibidem:442, 444-45)

Zacher (Íbid.: 444, 447-449) argumenta que aunque hay leyes que tipifican la violencia obstétrica, como las que se promulgaron en Veracruz y Venezuela, esto no implica necesariamente que se apliquen ampliamente. Esto se debe a la falta de difusión de la información, así como las rutas de denuncia que deben utilizar tanto las mujeres como el personal médico. Esto causa una tensión en el movimiento de violencia obstétrica, porque la discusión abarca la definición que incluya tanto la violencia que es tangible en los cuerpos de las mujeres, como la violencia sistemática y crónica hacia las mujeres en el sistema de salud, así como en la sociedad en general. Las parteras argumentan que la forma en que las mujeres son tratadas en los hospitales refleja cómo son tratadas en la sociedad. El esfuerzo de las parteras por inscribir la violencia obstétrica en parámetros legales se articuló con sus esfuerzos para procesar la violencia que observan en su labor diaria dentro de los hospitales. Las parteras impulsan cambios en los protocolos y normativas dentro del sistema de salud para abordar la violencia estructural, ya que esta no es producto de individuos malintencionados, sino el producto de una falla en el sistema que refuerza prácticas anticuadas. Sin embargo, el reto más grande es lograr que los doctores y personal médico aplique estos cambios y que las mujeres conozcan y exijan sus derechos. Este cambio necesitaría una reevaluación de la dinámica de poder entre paciente y personal médico, que también necesitaría una revisión de temas como clase, etnicidad, género y pobreza.

En 2017 el tema de la violencia obstétrica cobró relevancia en la coyuntura nacional, hasta alcanzar el Congreso de Guatemala. En febrero del 2017 los diputados del Partido Convergencia presentaron la

Iniciativa de ley 5243 que dispone aprobar la «Ley Para Prevenir y Sancionar la Violencia Obstétrica en Guatemala», esta recibió un dictamen desfavorable. La propuesta proponía la siguiente definición:

*«Se entiende por violencia obstétrica toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de salud o administrativo que, de manera directa o indirecta, en el ámbito público o privado: afecte el cuerpo, la psique y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales entendiéndose que el embarazo, el parto y posparto son procesos fisiológicos; o realice acciones que pretenden limitar o debilitar el pleno ejercicio del derecho de salud y los derechos reproductivos de todas las mujeres sin distinción de ningún tipo» (Congreso de la República de Guatemala, 2017).*

Ese año también fue publicada la tesis de psicología titulada “Percepción de mujeres de la violencia obstétrica” (2017). Esta investigación tuvo un enfoque mixto por lo cual se utilizaron entrevistas semi-estructuradas, un cuestionario cerrado y escala Likert. La muestra consistió de 40 madres estudiantes universitarias de 16 a 40 años que asistían a clases en la Facultad de Humanidades de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Los resultados indicaron que el 73% de las madres afirmó conocer el significado del término “violencia obstétrica” y tener conocimientos sobre los procedimientos que se llevan a cabo durante el parto. Sin embargo, la escala Likert indicó que el 50% de las participantes no tenía conocimientos sobre dichos procedimientos, ni sobre los derechos de las mujeres durante el embarazo, el parto y post parto (Lemus y Cabrera, 2017: 54). Las mujeres indicaron que el personal médico proporciona poca información sobre los procedimientos y derechos a las madres; pocas de ellas conocen el procedimiento para llevar a cabo una denuncia en una institución (Ibidem: 55). Además, los resultados demuestran que el 35% de las madres entrevistadas sufrieron y siguen padeciendo efectos psicológicos como consecuencia de la violencia obstétrica. Las autoras explican que las madres no son conscientes, pero reportaron sentimientos de miedo, culpa, dolor y humillación que influyen en sus decisiones de planificación familiar (Íbid.: 57).

a. El rol del personal biomédico en la violencia obstétrica

*«Estamos divididos entre nuestra creencia del cuerpo como parte del mundo natural, con alguna parte al menos descifrable por la biomedicina, y nuestra fuerte creencia de que la biomedicina también puede ser opresiva e inadecuada» (Rhodes, 1996: 176).*

Desde la biomedicina se ha argumentado que este concepto se utiliza para vilificar a los biomédicos. Soto-Toussaint (2016:58) expresa que en la práctica profesional actual ha surgido una nueva relación médico-paciente-sociedad a la que nombra judicialización de la medicina, y se refiere a las denuncias y litigios en contra de los biomédicos y personal médico. Entre las causas de la violencia obstétrica que nombra este anestesiólogo se encuentran:

*«falta de información, falta de formación de la personalidad, falta de formación profesional, de habilidades técnicas necesarias para afrontar los aspectos emocionales del parto, situaciones psicológicas como traumas personales no resueltos o padecer del síndrome de “burnout”, el cual es una forma inadecuada de afrontar el estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal» (Ibidem: 58).*

Este aporte del Dr. Soto-Toussaint refleja el estado del sistema de salud con hospitales desbordados y sin recursos ni suficiente personal, ya que hace referencia al estado de *burnout* por el que pasan los doctores,

los turnos largos, y otras situaciones que llevan a los doctores a violentar a las pacientes. Desde la perspectiva de esta investigación, se plantea que es importante que los biomédicos sean responsables por la violencia de género y violencia obstétrica que ejercen antes y durante las fases de trabajo de parto o en la cesárea. Sin embargo, hacer ver que los biomédicos también actúan bajo el discurso de la medicina, la hegemonía de la biomedicina en Guatemala y el sistema sexo/género. El Dr. Soto-Toussaint también hace referencia a la necesidad de actualizar el concepto de libertad prescriptiva de los médicos y las normativas oficiales anticuadas que no responden a la necesidad de educar al personal de salud respecto a la violencia obstétrica y cómo evitarla (Íbid.:57). Por esto es importante tomar en cuenta el aporte de Zacher cuando expresa: «Quizás la iniciativa más poderosa del movimiento de violencia obstétrica es su intento de vincular tipos específicos de violencia con las estructuras sociales más amplias que les permiten prevalecer» (Zacher, 2015: 449).

La OMS recomienda que «los Estados deben establecer una cooperación constructiva entre las instituciones sanitarias y las asociaciones de profesionales con las organizaciones no gubernamentales de mujeres, los movimientos de mujeres y las instituciones independientes de derechos humanos que se ocupan de la salud reproductiva y la atención obstétrica» (OMS, 2019:24). Esta recomendación resuena con lo concluido por Zacher (2015) en su investigación con comadronas, ya que menciona que el reto más grande que presenta la violencia obstétrica es reevaluar la dinámica de poder entre paciente, personal médico y comadronas con el fin de que los doctores y personal médico apliquen estos cambios y que las mujeres conozcan y exijan sus derechos. Las mujeres deben afrontar: problemas estructurales y estructuras socioeconómicas discriminatorias ancladas en las sociedades; falta de una educación y formación adecuada de todos los profesionales de la salud sobre los derechos humanos de las mujeres; falta de personal calificado y el consiguiente gran volumen de trabajo que se genera en los centros de salud; y las limitaciones presupuestarias y baja asignación de fondos para los servicios de maternidad (OMS, 2019:24).

### III. CONTEXTO GUATEMALTECO

En este marco contextual se proporciona una imagen general del panorama estadístico y legal que enfrentan las mujeres embarazadas y en trabajo de parto en un país como Guatemala. Se presentan datos estadísticos de la VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015 referentes a la atención prenatal, atención especializada del parto y atención posnatal, haciendo énfasis en las diferencias entre el sector público y privado, según el nivel de educativo, quintil de riqueza, y auto identificación étnica de las mujeres.

#### A. Ley para la maternidad saludable

Esta ley operativa se basa en el derecho a la salud, que debe ser asegurado en todas las intervenciones desde la pregestación, embarazo, parto y puerperio. Es la primera ley en Guatemala que ordena la pertinencia cultural o interculturalidad en los servicios de salud, por lo que implica una transformación de los estos. Esta legislación incluye elementos como servicios de salud que atienden en el idioma local, mujeres acompañadas por su familia y eligiendo la posición para el parto, penalización para el conviviente que le niegue acceso a los servicios a la mujer, penalización para los profesionales que cometan actos constitutivos de delito, una Comisión Multisectorial donde convergen representantes de cooperación internacional, Congreso de la República de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sociedad civil, especialistas ginecólogos/as y obstetras, cuya función es monitorear las políticas públicas para la reducción de la muerte materna neonatal y garantizar el financiamiento para su implementación (Observatorio en Salud Reproductiva -OSAR- Guatemala, 2013:4). Esta ley define a los proveedores de salud calificados como *«profesional de salud con destrezas y habilidades, médico/médica, partera/partero, enfermera/enfermero, comadrona técnica que ha recibido capacitación certificada y es competente para la atención del embarazo, parto y posparto, así como sus complicaciones»* (Ley para la Maternidad Saludable, Art. 5).

##### 1. Embarazo

La atención prenatal es un programa de atención integral que, según la Academia de Pediatría Americana (AAP) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), debe incluir tanto atención médica como psicológica. Abarca desde antes de la concepción y se extiende a lo largo del embarazo. En este programa están coordinados la atención previa a la concepción, el diagnóstico oportuno y temprano del embarazo, la valoración prenatal inicial y las consultas de seguimiento (AAP y ACOG, citado en Cunningham, *et. al.*, 2011: 190). En la Ley para la Maternidad Saludable de Guatemala, que entró en vigencia en 2010, se define la atención prenatal como *«el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se brindan a las mujeres embarazadas, con el objetivo de detectar tempranamente las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y preparar el plan de parto, que incluye la elaboración de un plan de emergencia ante una complicación»* (Ley de Maternidad Saludable, Art. 5). Al comparar estas definiciones se observan las diferentes ideas bajo las que se comprende la atención prenatal, desde la perspectiva estadounidense ésta

abarca desde antes del embarazo y también incorpora atención psicológica; mientras que en la ley guatemalteca se entiende como una forma de prevención de las posibles complicaciones en el embarazo y parto. Estas diferencias son relevantes, ya que la atención prenatal es vital para vigilar el desarrollo del embarazo y controlar los riesgos de morbilidad y mortalidad del niño y la madre.

En Guatemala a nivel nacional el 91% de las mujeres que tuvieron hijos o hijas nacidos vivos en los últimos cinco años tuvieron al menos un control prenatal con un profesional de la salud. Este porcentaje se reduce a un 86% al considerar únicamente a las mujeres de este grupo que asistieron al menos a 4 o más controles prenatales (MSPAS, INE y ICF International, 2017: 207, 210). El porcentaje se reduce aún más al tomar en cuenta también las características educativas, étnicas, socioeconómicas y geográficas de las mujeres. El 97% de las mujeres con educación superior tuvieron acceso a atención prenatal por parte de un médico y un 2% por parte de enfermera; en comparación, el 40% de mujeres sin educación tuvieron acceso a atención prenatal por parte de un médico, 44% atención por una enfermera y 9% por una comadrona capacitada. El 89% de la población indígena recibió atención de un proveedor calificado, en comparación con el 94% de población no indígena. En el área urbana del país, 82% de las mujeres recibieron un control prenatal por parte de un médico en comparación con un 53% por ciento en el área rural. El 93% de las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza recibieron atención prenatal por parte de un médico y el 5% por parte de una enfermera, siendo un 98% en total las que recibieron atención por parte de un proveedor calificado. En el caso de las mujeres ubicadas en el último quintil de riqueza, únicamente el 39% recibieron atención por parte de un médico y un 48% por parte de enfermeras, siendo un total de 87% las mujeres de este quintil que recibieron atención por parte de un proveedor calificado. La diferencia entre el porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal en el departamento de Guatemala es pequeña, siendo 97% en el municipio y 96% en el resto del departamento. Lo interesante es observar que el porcentaje de mujeres que recibieron APN por parte de un médico es más alto en el municipio (93%), que en el resto del departamento (84%) (MSPAS, INE y ICF International, 2017: 207-209).

## 2. Parto

El acceso a la atención médica adecuada y en condiciones higiénicas durante el parto puede reducir el riesgo de complicaciones e infecciones que pueden causar la muerte o enfermedad grave de la madre y/o el bebé (Van Lerberghe y De Brouwere, 2001; OMS, 2006 citado en MSPAS, INE y ICF International, 2017: 37). A nivel nacional, en Guatemala el 56% de partos fueron atendidos en el sector público, es decir el 48% en instalaciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el 8% en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Seguido por el 34% de partos que fueron en las viviendas y el 9% que fue atendido en el sector privado. Esto significa que el 65% de los partos registrados a nivel nacional ocurrieron en establecimientos de salud (MSPAS, INE y ICF International, 2017: 218). La ENSMI 2014-2015 reportó que en el ámbito nacional, el porcentaje de niñas y niños nacidos por cesárea en los últimos 5 años es 26%. Se observan mayores porcentajes de cesárea en mujeres no indígenas (35%), con educación superior (67%) y en el quintil superior de riqueza (53%) (MSPAS, INE y ICF International, 2017: 224).

También existen diferencias importantes entre los partos en el área rural y urbana. En el área rural el 55% de partos fueron atendidos en servicios de salud, mientras que en el área urbana el porcentaje aumenta a 83%. Entre las mujeres de 15 a 19 años el porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud es de 67%, y en el rango de 20 a 29 años es de 66%. En el primer rango de edad mencionado el mayor porcentaje (58%) fue atendido en instalaciones del MSPAS, seguido de un 32% en casa, 6% en el sector privado y 4% en el IGSS. En el segundo rango de edad mencionado el mayor porcentaje también fue atendido en el MSPAS (47%), un 33% en la vivienda, más partos fueron atendidos en el IGSS (10%) y un 9% en el sector privado (MSPAS, INE y ICF International, 2017: 219).

Los departamentos en que hay mayor porcentaje de partos en establecimientos de salud son Guatemala (91%), Escuintla (90%) y Santa Rosa (86%). Los municipios del departamento de Guatemala son los que tienen el mayor nivel de atención de partos por médicos a nivel nacional siendo este 96%, seguido por un 88% en Escuintla; mientras que las menores coberturas observan en Quiché (33%) y Huehuetenango (38%). En el municipio de Guatemala el 47% de partos fueron atendidos en el MSPAS, 30% en el IGSS, 20% en el sector privado y 3% en la vivienda. Es interesante contrastar que en total el 97% de partos del municipio fueron atendidos en establecimientos de salud, a comparación de un 89% en el resto del departamento (MSPAS, INE y ICF International, 2017: 219).

La baja cobertura de los partos por un profesional de salud se acentuó en mujeres ubicadas en el quintil de riqueza inferior (32%), con más de 6 partos (36%) y sin educación (36%). La baja cobertura de los partos por un profesional de salud se acentuó en mujeres ubicadas en el quintil de riqueza inferior (32%), con más de 6 partos (36%) y sin educación (36%) (MSPAS, INE y ICF International, 2017: 221). La atención especializada en el parto en el departamento de Guatemala alcanzó un 91% y el porcentaje de partos por cesárea del departamento es de 42%. Los municipios del departamento de Guatemala son los que tienen el mayor nivel de atención de partos por médicos a nivel nacional siendo este 96%. En el municipio de Guatemala el 98% de partos fueron atendidos por personal de salud calificado. El porcentaje de partos por cesárea del municipio es 44% (MSPAS, INE y ICF International, 2017: 223).

### 3. Puerperio

En el país se define la atención posnatal como «*atención calificada que se brinda, posterior al alumbramiento, hasta los cuarenta días después del parto*» (Ley para la Maternidad Saludable, Art. 5). En Guatemala el 78% de mujeres que tuvieron un hijo o hija nacido vivo en los últimos dos años recibieron atención posnatal en su último parto antes de dos días. La atención posnatal toma gran relevancia ya que reduce los riesgos de mortalidad materna y neonatal, que en una gran proporción de casos ocurre en las 48 horas después del parto. El porcentaje de mujeres que reciben chequeo posnatal en los dos primeros días después del parto es mayor en las mujeres más jóvenes, en el sector privado, en la población no indígena, en las mujeres más educadas, en las pertenecientes a los quintiles más altos y en el área urbana. Entre las mujeres de 15 a 19 años, el 79% recibió atención posnatal en los primeros 2 días después del parto. Este porcentaje se mantiene con las mujeres de 20 a 29 años. En cuanto al lugar del parto, en el sector público el 91% de

mujeres recibió esta atención en los primeros dos días después del parto y en el sector privado un 93%. En ambos sectores la mayoría de mujeres recibieron esta atención en un rango de 4 a 23 horas después del parto. El 66% de las mujeres sin educación recibieron esta atención dentro de los dos días, a comparación de un 94% de mujeres con educación superior. El 93% de las mujeres en el quintil superior de riqueza recibieron la atención dentro de los primeros dos días, a comparación del 61% de mujeres del quintil inferior (MSPAS, INE y ICF International, 2017: 228).

Se encuentra que 87% de las mujeres del área urbana recibió atención posnatal en los primeros dos días después del parto, y en el área rural el 72%. Al mismo tiempo, el 40% de las mujeres en el área urbana reciben atención posnatal entre las cuatro y 23 horas después del parto en comparación con 29% en el área rural. En cuanto a los departamentos con mayor atención posnatal de las madres en los primeros dos días se encuentran: Guatemala (94%), Retalhuleu (89%) y Escuintla (88%). En el municipio de Guatemala el porcentaje de mujeres con atención en los primeros dos días es de 95%, y en menor porcentaje (93%) en el resto del departamento. El 51% de mujeres recibieron el primer control posnatal por un médico, 13% por parte de una enfermera y 13% por parte de una comadrona. En cuanto a la edad de la madre, el 48% de las menores de 20 años la recibieron, el 53% de las mujeres de 20 a 29 años y 37% en el grupo de 40 a 49 años (Ibid., 229-230).

## B. Mortalidad materna

En el contexto guatemalteco, los servicios públicos de salud se enfocan en aspectos de la salud reproductiva como la planificación familiar, embarazo, parto, posparto y detección temprana de cáncer de cérvix. Sin embargo, el embarazo y parto siguen siendo un riesgo para las mujeres y las complicaciones que surgen durante estos procesos siguen siendo causas de muerte. Esta situación refleja la discriminación social a la que están sujetas las mujeres, ya que esto podría evitarse con medidas de control y asistencia en salud accesibles y eficientes (Instituto de Salud Incluyente, 2010: 31-34). La muerte materna es *«la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los cuarenta y dos días después del parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o posparto o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales»* (Ley para la Maternidad Saludable, Art. 5). La tasa de mortalidad materna representa la probabilidad de que una mujer en edad fértil muera durante un embarazo, el parto o durante los dos meses posteriores; o sea es el número anual de muertes maternas por cada 1,000 mujeres de 15 a 49 años. La tasa de mortalidad materna (MM) para el período 2009-2010 a 2014-2015 es 0.15. Las muertes maternas representaron el 13% de todas las muertes en mujeres de 15 a 49 años. Y la razón de mortalidad materna representa la probabilidad de que una mujer ya embarazada muera durante el embarazo, el parto o durante los dos meses posteriores. La razón de mortalidad materna (RMM) así estimada es de 140 muertes maternas por 100,000 nacimientos vivos para el período 2008-2015 (MSPAS, INE y ICF International, 2017: 347).

## IV. METODOLOGÍA

Es evidente que los temas clínicos o de salud pública sobre la mujer que dominan la agenda política y de investigación del sistema biomédico, reflejan únicamente la perspectiva e intereses de los profesionales occidentales. Esas concepciones pueden estar desconectadas o desalineadas con las diversas perspectivas de mujeres alrededor del mundo. Por lo que escuchar y analizar lo que las mujeres saben y creen sobre su salud y bienestar debería ser un paso vital de la construcción de políticas públicas (Inhorn, 2006: 346). Una de las formas de acercarnos a las experiencias de las mujeres es desde el paradigma crítico, que se interesa en cómo la historia y la economía política de un sistema dominación directa o indirecta actúan sobre las expresiones políticas, económicas, sociales y culturales de los sujetos, incluyendo las minorías. La teoría crítica se concentra en las formas en que el género, clase, cultura, etnicidad y el poder se intersectan para dar forma a las inequidades (LeCompte & Schensul, 1999:45-47). Se realizó la investigación desde el paradigma crítico, ya que se buscaba conocer cómo el contexto social del país y las condiciones socioeconómicas y étnicas de cada una de las sujetas influyeron en sus experiencias de embarazo, parto y puerperio; procesos que a la vez están inscritos en las relaciones de desigualdad y violencia del país. Al paradigma crítico se le sumó el enfoque feminista, que se concentra en analizar las diversas situaciones que enfrentan las mujeres y las instituciones que las enmarcan; a la vez, brinda herramientas interpretativas para analizar cómo es adquirido el conocimiento, por quiénes y con qué intenciones en un modelo de dominación patriarcal (Creswell, 2007:25-26).

En esta investigación se buscó exponer la inequidad de género y violencia estructural a la que están expuestas las mujeres que buscan acceder a servicios de salud públicos y privados para atender sus necesidades de atención ginecológica y obstétrica en la Ciudad de Guatemala.

### A. Objetivos

Pregunta generadora:

¿Cómo son las experiencias de las madres jóvenes durante el embarazo, parto y puerperio en relación con los servicios de salud públicos y privados a los que acuden?

Objetivo general:

Analizar las experiencias de embarazo, parto y puerperio de madres jóvenes de la ciudad de Guatemala en relación con los servicios de salud públicos y privados a los que acuden.

Objetivos específicos:

1. Recolectar las experiencias de las madres jóvenes que recibieron atención médica en centros de salud públicos y privados.
2. Contrastar las experiencias de las madres jóvenes considerando su nivel socioeconómico en cuanto al acceso a los servicios de salud públicos y privados.

3. Identificar si se suscitó algún tipo de violencia de género en el servicio de obstetricia recibido por las madres jóvenes.

## B. Descripción del lugar

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017) el departamento de Guatemala ha sido el departamento con más nacimientos registrados desde el año 2005 hasta el 2015, seguido por los departamentos de Huehuetenango y Quetzaltenango. Este departamento también contiene más de un cuarto de los hogares del país. En la ENSMI, en el caso del departamento de Guatemala, se definieron dos dominios individuales: el municipio de Guatemala, que incluye las 22 zonas de la capital y es todo urbano, y el resto del departamento de Guatemala, que incluye ambos estratos urbano y rural (MSPAS, INE ICF International, 2017: 528).

La investigación se llevó a cabo en la Ciudad de Guatemala ya que los servicios de salud públicos y privados están concentrados en este territorio. En la ciudad, las madres jóvenes pueden abocarse a servicios públicos como el Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios, el Hospital Infantil de Infectología y el Laboratorio Nacional de Salud. También se encuentran los Centros de Salud en zona 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 18 y 21, Maternidad en zona 13 y 18, una Clínica con Atención Materno Infantil en zona 7 y Puestos de Salud en zona 16, 25 y 18 (Ministerio de Salud Pública, 2016). En cuanto a servicios de salud privados en la ciudad, las opciones para las mujeres son más amplias, ya que existen gran cantidad de sanatorios y hospitales privados.

## C. Criterios para la selección de las participantes

Las sujetas de este estudio fueron madres jóvenes de 18 a 30 años de edad cuyos últimos hijos fueran menores de 1 año o tuvieran 1 año de edad. Este criterio de inclusión está basado en la delimitación de la muestra de la ENSMI del 2014 y 2015. En ésta se tomó la muestra de mujeres elegibles entre 15 a 49 años y se crearon rangos de 15-18, 19-24 y 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49 años de edad. En esta investigación se incorporó los tres primeros rangos de edad, excluyendo a menores de edad, ya que el grupo de mayor fecundidad a nivel nacional son las mujeres de 20 a 24 años, mientras que la fecundidad es menor en el grupo de 15 a 19 años como mujeres mayores de 35 años (MSPAS, INE ICF International, 2017: 107).

Se entrevistó a mujeres que hubieran dado a luz en el último año, independientemente de la cantidad de hijos que tuvieran. El criterio de tiempo buscaba reducir la cantidad de casos en los que las mujeres no recuerden detalladamente la experiencia de parto más reciente. Las participantes fueron mujeres que asistieron a proveedores de salud pública y/o privada para obtener servicios de obstetricia y ginecología. Existen diferencias en la experiencia de cuidado prenatal y atención del parto entre mujeres de diferentes niveles de educación y quintil de riqueza, por lo que no se utilizó un criterio de exclusión en cuanto a la etnicidad ni estado socioeconómico de las participantes.

## D. Descripción de las etapas de investigación

### 1. Trabajo de archivo o revisión bibliográfica

Se llevó a cabo la revisión bibliográfica de leyes y material gris que trataran los temas de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las convenciones internacionales y legislación a favor de las mujeres, la violencia estructural y su configuración en la vida de las mujeres, los tipos de violencia que enfrentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio por parte del personal médico.

### 2. Recolección de datos empíricos

Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante. En este documento se enfatizó a las entrevistadas que la información que proporcionarían sería confidencial, y se obtuvo su autorización para grabar audio de las entrevistas para su posterior transcripción. Se reiteró a las mujeres que podían interrumpir o suspender la entrevista en cualquier momento si así lo deseaban. Se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas<sup>6</sup> a 13 sujetas durante el período de octubre del 2018 a mayo del 2019 (Anexo 1). Se optó por una muestra no probabilística por cuotas, en la que la investigadora decidió la proporción de subpoblaciones de interés que serían parte de la muestra (Bernard, 2002:181). Según Bernard (2002: 154), es necesaria la participación de 10 a 50 informantes para abordar la categoría principal de la investigación, en este caso mujeres jóvenes que recibieron atención médica en servicios de salud públicos o privados.

### 3. Análisis de datos

La confidencialidad de las entrevistadas fue tomada en cuenta, por lo que sus nombres fueron sustituidos por pseudónimos en el momento que se transcribió las entrevistas. Se utilizó el software Nvivo Pro para realizar la codificación de las entrevistas utilizando el análisis temático. Éste es un método para identificar, analizar y reportar los temas repetitivos dentro de los datos y así organizar y describir un conjunto de datos de una forma detallada (Braun y Clarke, 2006: 79). En esta investigación se utilizó un análisis temático teórico ya que se parte de la teoría feminista y post-estructuralista respecto al embarazo, parto y puerperio así como las preguntas de investigación para codificar (Íbid.: 84). En el mismo software se creó un mapa de análisis (Anexo 2), a partir de la codificación que permitió visualizar los temas clave que fueron presentados y discutidos a detalle en el presente estudio.

## E. Caracterización de las participantes

El promedio de edad de las participantes fue de 25.5 años. La mayoría de participantes se auto identificaron ladinas (9) y mestizas (3), participaron dos mujeres indígenas siendo una de ellas xinca y una de ellas poqom. La mayoría de participantes están unidas (7), seguidas por la cantidad de mujeres casadas (4) y las mujeres solteras (3). Las mujeres de la muestra tienen niveles de educación variados, una participante

---

<sup>6</sup> La entrevista semiestructurada se basa en una guía que contiene una lista de preguntas y temas que deben ser cubiertos y el orden aconsejable para hacerlo, porque es más recomendable en las ocasiones en donde solo se hará una entrevista al participante (Bernard, 2006: 212).

no cursó ningún grado. Tres de ellas cursaron hasta 6to. primaria, una de ellas cursó hasta 3ro. básico, una participante completó sus estudios de diversificado, seis de ellas alcanzaron el nivel universitario al completar su licenciatura o cursando último año de universidad, y una de ellas cursó una maestría. Las mujeres de la muestra tienen 1.69 hijos promedio. La información demográfica está detallada en el Cuadro 1.

*Cuadro 1: Información demográfica de las participantes*

Participante	Edad	Grupo étnico	Estado civil	Escolaridad	Cantidad de hijos
Sofía	28	Xinca	Unida	3ro. básico	2
Teresa	25	Ladino	Soltera	6to. primaria	4
Sara	26	Ladino	Unida	Técnico universitario	2
Perla	28	Ladino	Unida	Universitaria incompleta	1
Rosaura	19	Ladino	Soltera	6to. primaria	1
Helen	28	Ladino	Unida	Licenciatura en Psicología Industrial	1
Vivian	23	Ladino	Casada	Diversificado	2
Estefanía	22	Ladino	Soltera	Universitaria incompleta	1
Estela	30	Ladino	Casada	Maestría	1
Laura	23	Mestizo	Casada	Licenciatura en Administración de Empresas	1
Gabriela	25	Ladino	Unida	6to. primaria	1
Juana	28	Poqom	Unida	Ninguna	3
Anabela	27	Mestizo	Casada	Licenciatura en Psicología Industrial	2

Fuente: Elaboración propia.

## 1. Nivel socioeconómico

El Nivel socioeconómico ESOMAR es un método adaptado del sistema utilizado por la Asociación Mundial de Investigación de Mercado que unifica los criterios europeos al contexto de Chile. Es un método para definir y medir niveles socioeconómicos que permite discriminar variables de consumo, valores y capacidad de compra (Adimark, 2000). Se optó por utilizar este método porque permite definir los niveles socioeconómicos sin preguntar explícitamente a las participantes su salario o el salario de su familia. En su

lugar se preguntó el nivel de educación y la profesión de la persona que aporta el principal ingreso del hogar (Anexo 3). Rosaura y Juana se encuentran en un nivel socioeconómico bajo. Teresa y Gabriela se encuentran en un nivel socioeconómico “medio bajo”, Sofía, Vivian y Sara en un nivel socioeconómico “medio” y Perla tiene un nivel socioeconómico “medio alto”. Anabela, Laura y Helen se encuentran en un nivel socioeconómico “alto” y Estefanía y Laura en un nivel socioeconómico “muy alto”.

*Cuadro 2: Nivel socioeconómico ESOMAR de las participantes*

Participante	¿Quién aporta el principal ingreso?	¿Cuál es el nivel de educación que alcanzó la persona que aporta el ingreso principal de este hogar?	¿Cuál es la profesión o trabajo de la persona que aporta el principal ingreso de este hogar?	ESOMAR
Rosaura	Madre	Educación básica incompleta o inferior.	Oficio menor, obrero no calificado.	E (Bajo)
Juana	Ella	Educación básica incompleta o inferior.	Servicio doméstico con contrato.	E (Bajo)
Teresa	Pareja	Educación básica incompleta o inferior.	Microempresario (taxi).	D (Medio bajo)
Gabriela	Pareja	Media completa.	Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.	D (Medio bajo)
Sofía	Pareja	Media completa.	Obrero calificado, capataz, junior, microempresario (kiosco, taxi, comercio menor, ambulante).	CB (Medio)

Participante	¿Quién aporta el principal ingreso?	¿Cuál es el nivel de educación que alcanzó la persona que aporta el ingreso principal de este hogar?	¿Cuál es la profesión o trabajo de la persona que aporta el principal ingreso de este hogar?	ESOMAR
Vivian	Esposo	Media completa.	Técnico especializado.	CB (Medio)
Sara	Pareja	Media completa.	Empleado administrativo medio y bajo.	CB (Medio)
Perla	Equitativo con su pareja	Universitaria incompleta.	Vendedor	CA (Medio alto)
Helen	Pareja	Universitaria completa.	Profesional independiente de carreras tradicionales (ingeniero).	B (Alto)
Laura	Esposo	Universitaria completa.	Profesional independiente de carreras tradicionales (ingeniero).	B (Alto)
Anabela	Esposo	Universitaria completa.	Profesional independiente de carreras tradicionales (arquitecto).	B (Alto)
Estefanía	Padre	Post Grado (Doctor).	Profesional independiente de carreras	A (Muy alto)

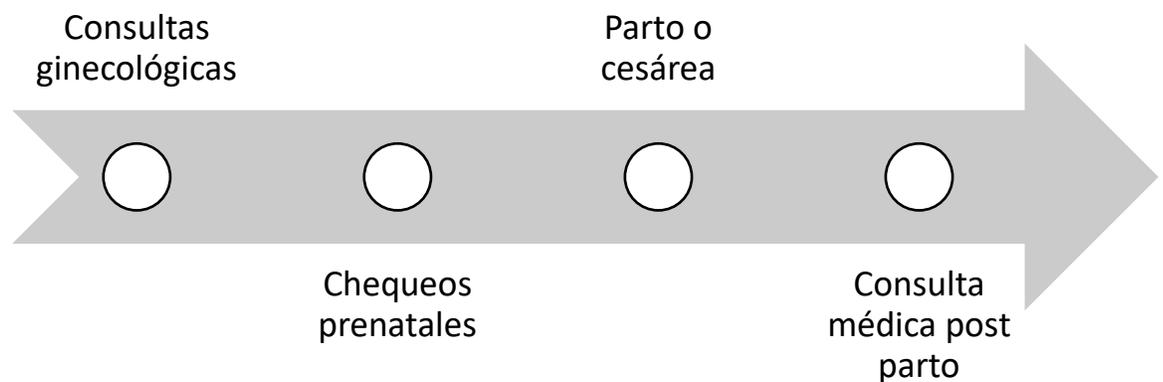
			tradicionales (médico).	
Estela	Equitativo con su esposo	Post Grado (Máster).	Gerente general de empresa media o pequeña.	A (Muy alto)

Fuente: Elaboración propia.

## F. Acceso a servicios de salud públicos y privados

En esta investigación se indagó en cuatro fases en las que las mujeres buscaron atención médica. Estas fases fueron establecidas en el diseño de la investigación y se encuentran listadas en la Figura 3. Las consultas previas al embarazo incluyen la realización de exámenes como Papanicolau, discutir y optar por un método de planificación familiar y chequeos anuales. La segunda fase fueron los chequeos prenatales, en los cuales se resolvió dudas con el obstetra o ginecólogo, se realizaron ultrasonidos, y se discutió el plan de parto o cesárea que se llevaría a cabo. La tercera fase es el parto o cesárea, y la última fase es la consulta médica post parto en donde se revisó la salud de la madre y el proceso de sanación de los puntos realizados en la cesárea o en la episiotomía.

Figura 3: Fases de atención gineco-obstétrica de la investigación



Fuente: Elaboración propia.

## V. RESULTADOS

### A. Servicios de salud a los que accedieron

*Cuadro 3: Servicios de salud a los que accedieron las participantes en cada fase*

<b>Participante</b>	<b>Consultas ginecológicas</b>	<b>Chequeos prenatales</b>	<b>Parto o cesárea</b>	<b>Consulta médica post parto</b>
<b>Sofía</b>	Consultorio privado examen y Centro de salud zona 5	IGSS zona 12 y APROFAM	IGSS zona 12	No tuvo consulta post parto
<b>Teresa</b>	Centro de salud zona 5	Tecniscan ultrasonidos, Centro de salud y consultorio privado	Hospital General San Juan de Dios	Centro de salud
<b>Sara</b>	Consultorio privado	Consultorio privado e IGSS zona 6	IGSS zona 6	IGSS zona 6
<b>Perla</b>	Consultorio privado	Hospital Las Américas y consultorio privado para ultrasonidos	Sanatorio El Pilar	Hospital Las Américas
<b>Rosaura</b>	No	APROFAM e IGSS zona 11	IGSS zona 12	IGSS zona 12
<b>Helen</b>	Consultorio privado	Consultorio privado Bluemedical	Hospital Yarden	Consultorio privado Bluemedical
<b>Vivian</b>		Consultorio privado	Hospital Concepción	Consultorio privado
<b>Estefanía</b>	Consultorio privado	Consultorio privado	Sanatorio El Pilar	Consultorio privado
<b>Estela</b>	Consultorio privado	Consultorio privado	Sanatorio El Pilar	Consultorio privado

<b>Participante</b>	<b>Consultas ginecológicas</b>	<b>Chequeos prenatales</b>	<b>Parto o cesárea</b>	<b>Consulta médica post parto</b>
<b>Laura</b>	Consultorio privado	Consultorio privado Multimédica	Sanatorio El Pilar	Consultorio privado Multimédica
<b>Gabriela</b>	Sin información	Consultorio privado	Maternidad Cantonal zona 13 y Hospital Roosevelt	Centro de salud
<b>Juana</b>	Centro de salud zona 5	Centro de salud	Maternidad de El Amparo zona 7 y Hospital General San Juan de Dios	No tuvo consulta post parto
<b>Anabela</b>	Consultorio privado	Consultorio privado	Sanatorio El Pilar	Consultorio privado

Fuente: Elaboración propia.

Las entrevistas evidenciaron que siete mujeres de la muestra accedieron a servicios privados en las cuatro fases que fueron indagadas. Fueron tres las mujeres que accedieron a servicios públicos en las consultas ginecológicas previas al embarazo y los chequeos prenatales pero que complementaron sus exámenes de salud o ultrasonidos en servicios privados o transitaron al servicio público-privado como el IGSS. Una mujer de la muestra transitó de servicio público de chequeos prenatales a público-privado IGSS para el resto de fases. Y por último, una mujer accedió al servicio público-privado durante todas las fases y otra transitó de servicio privado de chequeos prenatales a servicios públicos para las siguientes fases. En la Tabla 2 se detalla cada uno de los servicios visitados por las participantes durante las cuatro fases, y en la Figura 4 se clasifican los mismos según el sector al que pertenecen.

Figura 4: Servicios de salud por sector a los que atendieron las participantes

Público	Público-Privado	Privado
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de salud zona 5</li> <li>• Maternidad de El Amparo, zona 7</li> <li>• Maternidad Cantonal, zona 13</li> <li>• Hospital Roosevelt</li> <li>• Hospital General San Juan de Dios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo, zona 6</li> <li>• Unidad Periférica, zona 11</li> <li>• Hospital de Gineco-Obstetricia zona 12</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultorios</li> <li>• Laboratorios</li> <li>• Tecniscan</li> <li>• APROFAM</li> <li>• Bluemedical</li> <li>• Multimédica</li> <li>• Hospital Las Américas</li> <li>• Hospital Yarden</li> <li>• Hospital Concepción</li> <li>• Sanatorio El Pilar</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

## B. Consultas ginecológicas previas al embarazo

La mayoría de las participantes expresaron que habían buscado atención médica respecto de servicios ginecológicos. Se refirieron a un chequeo anual y al examen de Papanicolaou. Las mujeres que visitaron servicios de salud públicos y público-privados hicieron énfasis en que no cuentan con opción de optar por los servicios de un mismo doctor en las ocasiones que visitan. Al contrario, las participantes que acudieron a consultorios privados mencionaron que era el doctor o doctora de confianza porque había sido recomendado por familiares o amigos. Esto se refleja en la narrativa de dos participantes:

*«Ahí con el que le toca le toca, usted no puede decir quiero este y quiero lo otro, a otro doctor va. Siempre lo mismo.»* (Sofía, 28 años, 2 hijos).

*«Pues ya había ido por chequeos verdad, así generales de una vez al año y así. Y desde pequeña y lo conozco porque es el ginecólogo de mi mamá, como de la familia se podría decir, y es amigo de mi papá»* (Estefanía, 22 años, 1 hija).

## C. Planificación familiar

De la muestra, seis participantes indicaron que su embarazo fue planificado, incluyendo a dos participantes que tomaron prenatales como preparación. Siete participantes expresaron que su embarazo no fue planificado, tres de ellas indicaron que este embarazo fue a causa de un fallo en el método de planificación.

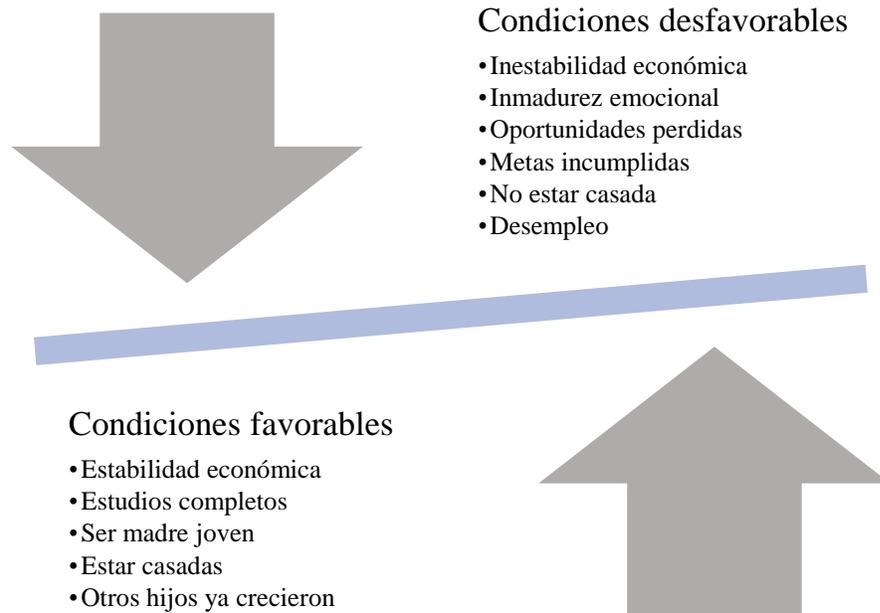
*«Nosotros tomamos la decisión de ya terminar con las pastillas anticonceptivas y comenzar, fue bastante rápido la verdad. Al mes que dejé las pastillas me empecé a sentir extraña y ya de tener experiencia de un embarazo sabía que algo no estaba funcionando igual y entonces me hice la prueba».* (Anabela, 27 años, 2 hijos)

*«Llevaba año y medio. [...] En el centro de salud me preguntaron con qué: inyección, pastilla o qué otra clase para ya no poder tener hijos y yo le dije que con la inyección. Y me dijeron que tenían la inyección del mes entonces intenté con esa, nunca había planificado yo así. Y con esa planifiqué, pero no me funcionó (risa)».* (Teresa, 25 años, 4 hijos)

Las participantes categorizaron sus condiciones laborales, económicas y familiares al conocer la noticia sobre su embarazo como favorables o desfavorables (Figura 5). Se indagó sobre este aspecto al preguntar a las madres cómo fue su reacción al saber que estaban embarazadas y si fue un buen momento o hubieran preferido posponerlo. Una condición desfavorable que tomaron en consideración las entrevistadas fue la inestabilidad económica tanto de ellas como de su pareja y familia extendida, esto por salarios que no cubren las necesidades básicas o el desempleo. Otra condición desfavorable que fue identificada por algunas participantes fue su estado civil, no estar casadas o unidas fue descrito como una desventaja. Otras participantes mencionaron su inmadurez emocional, ya que no se sentían preparadas para ser madres. La noticia de su embarazo las llevó a considerar que aún tenían metas a nivel personal que deseaban cumplir antes de estar embarazadas por primera vez o nuevamente, además de considerar que a futuro se les podrían presentar oportunidades de desarrollo personal que no podrían tomar por ser madres.

Las entrevistadas también indicaron que hay varias condiciones favorables por las que la noticia de su embarazo fue algo positivo. Las mujeres indicaron que ellas o su familia habían alcanzado estabilidad económica, además de haber completado sus estudios universitarios. Otra condición favorable que nombraron fue estar casadas y ser madres jóvenes. Otras participantes indicaron que sus otros hijos ya eran infantes o adolescentes, por lo que fue positivo estar embarazadas nuevamente.

Figura 5: Condiciones favorables y desfavorables para tener un embarazo según las participantes.



Fuente: Elaboración propia.

Las mujeres entrevistadas mencionaron sus motivaciones para ser madres. Éstas se clasificaron como motivaciones para buscar un embarazo planificado o motivaciones para seguir adelante con un embarazo<sup>7</sup> no planificado (Tabla 4). Entre las motivaciones que indicaron las mujeres se encuentran la edad, ya que algunas de ellas creían haber alcanzado una edad en la que estaban preparadas para ser madres, mientras otras mujeres hicieron referencia a la menopausia al ser mayores. Otras motivaciones fueron el deseo de tener más hijos y “volver” a ser madre. Las mujeres que no buscaron un embarazo indicaron que sus motivaciones fueron la culpa y el derecho a la vida. Otras mujeres mencionaron que la religión fue un factor que influyó en su decisión. Otras mujeres indicaron que el embarazo era parte de su plan de vida en un futuro, así como que criar a un hijo no es considerado un obstáculo para alcanzar sus metas.

<sup>7</sup> En Guatemala el aborto es ilegal bajo cualquier circunstancia, excepto para salvar la vida de una mujer, según los artículos 133 a 139 del Código Penal de Guatemala.

Cuadro 4: Motivaciones para buscar o conservar un embarazo según las participantes.

#### Motivaciones para buscar un embarazo planificado

- Preparación: «Ya estaba preparada para ser mamá, un hijo siempre es una bendición. [...] Así como le diría así como de 17 o 15 años tal vez no esta uno preparada para tener un bebé. En cambio yo con mi edad ya decía yo, ya estoy preparada para ser mamá» (Gabriela, 25 años, 1 hija).
- Hacer crecer la familia: «[...] Mi esposo y yo fuimos hijos únicos mucho tiempo, el ocho años igual yo siete ocho años entonces teníamos hermanos más pequeños entonces nosotros sí queríamos tener otro porque queríamos que no se llevaran mucho tiempo» (Vivian, 23 años, 2 hijos).
- Volver a ser madre: «Yo lo decidí porque mi nena la grande tiene 10 años y yo quería sentir esa sensación de ser madre otra vez» (Sofía, 28 años, 2 hijos).
- Edad: «Para mi ahorita todavía podía tener bebé, ya después ya no y que sea sólo este; digamos que sea la última» (Juana, 28 años, 3 hijos).

#### Motivaciones para conservar un embarazo no planificado

- Culpa: «Creo que ella no tenía la culpa de lo que yo había hecho» (Rosaura, 19 años, 1 hija).
- Derecho a la vida: «Te soy honesta, para mi sí fue una gran noticia, fue como, no te digo que lo peor que me ha pasado porque no, en ese momento yo decía "no, han pasado peores cosas y esto es una vida"» (Helen, 28 años, 1 hijo).
- Religión: «Yo pienso que uno como ser humano no es dueño de la vida de otro ser humano y que tanto los bebés como cualquier otra persona tiene derecho a vivir. Entonces yo no soy Dios para quitarle la vida a un bebé tan indefenso» (Sara, 26 años, 2 hijos).
- Plan de vida: «Siempre quise ser madre, joven también y ya sabía que tenía el apoyo del papá y de mis papás» (Estefanía, 22 años, 1 hija).
- No es un obstáculo: «Yo seguía sin decirle nada a mis papás y así, cuando te digo que los hijos empujan, realmente yo jamás hubiera podido abortar sinceramente. No juzgo a las personas a las personas que siguen ese plan pero creo que sí hay algo, yo sí soy feminista y la forma en que se lo explico mucho a la gente es que el feminismo hablar del igualitarismo, digámoslo así. Muchas personas dicen "yo aborto porque no voy a poder lograr mis sueños", al contrario, siento que te empodera más poder decir "o sea logré las cosas teniendo un hijo" (Perla, 28 años, 1 hijo).

Fuente: Elaboración propia.

## D. Chequeos prenatales

La mayoría de participantes acudió a un consultorio privado para realizar sus chequeos prenatales. Las mujeres llevaban a cabo este chequeo prenatal una vez cada mes durante los primeros siete meses u ocho meses, cambiando la frecuencia de sus visitas en los últimos meses, siendo cada dos semanas o cada semana. El costo de los chequeos prenatales oscila de Q.60.00 a Q.300.00, según las mujeres que proporcionaron esa información. Aunado a este costo mensual y/o semanal, les fue prescrito realizar ultrasonidos 2D y 4D, con valor de Q.100.00 a Q.300.00, lo que añade al costo de este control prenatal en servicios de salud privados. Es relevante mencionar que todas las usuarias del IGSS de la muestra, al igual que una usuaria de servicio público, recurrieron a consultorios privados para complementar la atención que recibían y acudieron a instituciones privadas para realizar exámenes de salud.

Figura 6: Costos del sector privado respecto a los chequeos prenatales.

Costos por chequeo prenatal	Costos por ultrasonidos	Otros
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Q60.00</li> <li>• Q.75.00</li> <li>• Q.150.00</li> <li>• Q.250.00</li> <li>• Q.300.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Q.100.00</li> <li>• Q.200.00</li> <li>• Q.300.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de orina: Q.100.00</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

#### E. Lugar del parto o cesárea

La mayoría de las participantes de la muestra optó por utilizar hospitales privados para su parto o cesárea. Los motivos para elegir un hospital privado sobre otras opciones, según lo mencionado por las participantes, incluyen contar con un seguro de salud, la facilidad de ser atendidas si se presenta una emergencia durante el parto y el costo elevado del acompañamiento de una *doula*<sup>8</sup>. Una de las participantes expresó:

*«Pues antes de eso realmente cotizamos en varios lugares, llegó un punto que incluso pensamos en tenerlo en una institución pública, en el IGSS, pero como te digo por ahorrarnos dinero, pero la vida de un bebé no tiene precio entonces queríamos que también estuviera bien y decidimos cotizar»* (Helen, 28 años, 1 hijo).

En cuanto a las razones para elegir un hospital privado específico, las participantes mencionaron tres grupos de características: las instalaciones, estatus, y opciones disponibles (Tabla 5). Respecto de las instalaciones, las mujeres eligieron su hospital privado ya que éste les proveía habitaciones en donde ellas y su familia podían tener privacidad, que estuviera ubicado cerca de sus hogares, y que tuvieran acceso a parqueo para la familia y visitas. También optaron por un hospital privado sobre otro según el equipo moderno, el apoyo a la lactancia materna, y el trato que le dan a los recién nacidos. Otros motivos que indicaron las mujeres entrevistadas hacen referencia al estatus, ya que son hospitales con renombre y en el caso del Sanatorio El Pilar, ellas nombran que es la mejor área de maternidad del país. Otras participantes

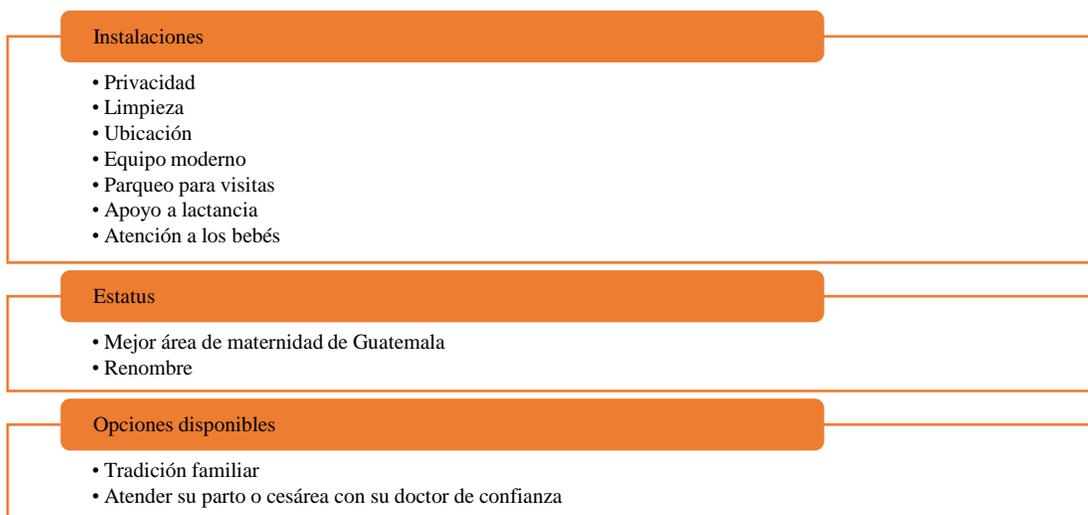
<sup>8</sup> Una *doula* es la figura femenina que acompaña a las madres y padres durante el embarazo, parto y puerperio. Ésta proporciona sus conocimientos y procura el bienestar físico y emocional de la madre pero no sustituye al personal médico (Red de Doulas Guatemala, S.F.).

mencionaron que la razón por la que optaron por el hospital privado que era la única opción, ya sea porque es una tradición familiar, o porque en ese hospital es donde realiza las cesáreas o atiende los partos su doctor de confianza.

Perla hizo referencia a varios de estos motivos, mencionó que es una tradición familiar que los partos o cesáreas sean en el Sanatorio El Pilar. Para ella también fue importante conocer el área de maternidad con anterioridad, por lo que pudo conocer que manejan una filosofía de maternidad respetada en donde la mujer y el recién nacido tienen momentos de apego y donde la mujer puede ser acompañada por su familia. Perla mencionó que esto la motivó a escoger ese hospital sobre otros en donde conoce casos de negligencia médica u hospitales más costosos como el Hospital Herrera Llerandi que no le permitía el apego con su hijo por las medidas extremas de higiene que manejan:

*«[En el] Pilar. Por muchas razones, porque es muy buen hospital, yo y casi todos mis sobrinos han nacido ahí. Son muy conscientes con las personas, hay como mucho apoyo tanto a la lactancia, mucha limpieza y tienen como muy buenas referencias de ese hospital. Aparte de eso, también no me fui al de Las Américas porque ahí hay muchos casos de negligencia y así entonces más que todo por eso no era opción. Había mucho más acompañamiento, mucho más seguro, conocía el lugar, conocía cómo era que se manejaban, conocía al doctor, mi doctor ahí operaba y así entonces para mí era una mejor opción e incluso cuando te dan los cuidados dejan que tu bebé esté contigo, como querrás y realmente es como una maternidad mucho más respetada. En cambio, por ejemplo, el Herrera Llerandi sus medidas de higiene sobrepasan mucho como lo convencional, entonces por ejemplo no podés tener tan lactancia exclusiva digámoslo así porque realmente te limitan mucho en el sentido de que no puede haber más de una persona aparte de ti en la sala, el bebé no puede estar contigo en todo momento, cosas así que limitan como ese contacto y te cobran muchísimo más caro que El Pilar, por ejemplo. Entonces es un excelente hospital, sin embargo, esas eran cosas que no quería porque en cambio en el Pilar tú podés tener tu bebé en todo momento contigo si querés por ejemplo, lactancia exclusiva» (Perla, 28 años, 1 hijo).*

Cuadro 5: Elementos que motivan a escoger un hospital privado según las participantes.



Fuente: Elaboración propia.

El costo aproximado que reportaron las participantes varió según la disposición del seguro de salud privado con el que contaban al momento de la entrevista. El rango de costos va desde Q.5,000.00 hasta Q.40,000.00. Tres participantes optaron por tener su parto o cesárea en algún hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Además de la afiliación a este seguro social, los motivos para elegir este son la comodidad, facilidad, y no poder costear un parto o cesárea en un servicio privado.

Garcés y Garcés (2008) explican que uno de los factores que determina la interacción de pacientes con servicios de salud es el nivel socioeconómico. Las mujeres entrevistadas que asistieron a hospitales del sector público para su parto o cesárea están en un nivel socioeconómico “Bajo” y “Medio Bajo”. Las mujeres que asistieron a hospitales del IGSS están en un nivel socioeconómico “Bajo” y “Medio”. Las mujeres de la muestra que asistieron a hospitales privados se encuentran en un nivel socioeconómico “Medio alto”, “Alto” y “Muy Alto”. Sin embargo, al referirse a chequeos prenatales y laboratorios se observó que las mujeres de la muestra transitaban entre servicios públicos, del IGSS y privados. Esto puede estar relacionado con otros de los factores mencionados por las autoras, la accesibilidad temporal de un servicio, la percepción de la sociedad sobre el mismo y la disponibilidad de pagar gastos de transporte y pérdida de horas laborales. La experiencia del embarazo para las madres jóvenes varía según la planificación o no planificación del mismo. Un embarazo no planificado puede incitar diferentes reacciones en su familia nuclear y en su pareja, desde alegría, preocupación por el futuro y la sugerencia de abortar. La experiencia positiva o negativa del embarazo también está relacionada con las ideas construidas alrededor de las motivaciones para ser madres, siendo éstas la preparación, el deseo de hacer crecer la familia, volver a ser madre, un plan de vida en el que se desea ser madre, culpabilidad, la creencia en el derecho a la vida desde la concepción y creencias religiosas. Las mujeres entrevistadas optaron por conservar el embarazo, sin embargo, el Estado no le da otra opción a las madres por el carácter ilegal del aborto no terapéutico en el país.

Las experiencias de embarazo también varían por las condiciones favorables y desfavorables. Las entrevistadas identificaron condiciones favorables para un embarazo: estabilidad económica, estudios completos, ser madre joven, estar casadas y que los otros hijos ya hayan crecido. También identificaron condiciones desfavorables para estar embarazada como inestabilidad económica, inmadurez emocional, no estar casada, desempleo y oportunidades de desarrollo personal y laboral perdidas. Las experiencias de embarazo también variaron según los tipos de violencia que viven las mujeres en su entorno, como la discriminación laboral, violencia física y violencia de género.

El acceso a servicios de salud públicos y privados es determinado en cierta medida por el nivel socioeconómico de las mujeres. Sin embargo, las mujeres de un estrato socioeconómico “Bajo” y “Medio” transitaban entre servicios de salud públicos y privados durante los chequeos prenatales y postnatales. Las mujeres de un estrato socioeconómico “Alto” y “Muy Alto” recibieron todos sus chequeos prenatales y postnatales en un servicio de salud privado y optaron por un hospital privado para atender su parto o cesárea.

## VI. NARRATIVAS DE LAS EXPERIENCIAS DE EMBARAZO

### A. Sector Privado

#### 1. Perla

Perla tiene 28 años, es una mujer ladina que se dedica a las asesorías de imagen y es maquilladora profesional, llegó a cursar el último año de diseño de modas en una universidad privada de la ciudad. Para Perla, y su novio de varios años, fue impactante enterarse que estaba embarazada ya que ella tomaba pastillas anticonceptivas desde los 13 años como tratamiento para ovarios poliquísticos. Perla estaba atemorizada por la reacción de sus padres y amigas, y porque su novio le propuso que abortara al bebé. Sin embargo, tomó la decisión de seguir adelante con su embarazo. Perla empezó a llevar sus controles prenatales con su ginecólogo en el Hospital Las Américas, quien ha sido su doctor de confianza desde hacer más de 7 años. Durante su embarazo Perla se realizó varios ultrasonidos, incluyendo un ultrasonido cromosómico a las 12 semanas y un ultrasonido 4D a las 20 semanas. A estos ultrasonidos la acompañaron su novio y sus padres.

Perla deseaba tener un parto natural, ya que para ella en una cesárea *«estás sacando al bebé de su espacio antes de tiempo, el bebé sabe en qué momento quiere y va a nacer, entonces si no es por una emergencia no hay que sacarlo, porque él sabe en qué momento va a estar, porque tenés que respetar su proceso»*. Por tal razón, con autorización de su ginecólogo, esperó a la semana 41 para que iniciara su trabajo de parto. Sus contracciones duraron dos días, hasta que la frecuencia entre ellas disminuyera. Visitó a su ginecólogo y éste le hizo un tacto y aclaró que no había dilatado, por lo que recomendó un ultrasonido. El ultrasonido reveló que el bebé se encontraba en posición para nacer, pero se había enrollado con el cordón umbilical. Perla se enfrentó con la decisión de permitir la inducción del parto, lo que no aseguraba que fuera un parto natural o llevar a cabo la cesárea.

Perla y su novio consultaron la opinión de un pediatra amigo de la familia que les explicó: *«si hace una inducción el bebé sí sale pero puede nacer morado y también no sabés en cuánto tiempo pueda pasar, si querés salir rápido puede ser la cesárea»*. Perla tenía varias razones para no desear una cesárea, una prima había pasado por una experiencia que a ella le parecía traumática, la gravedad de la cirugía y el miedo:

*«Entonces tal vez sí era mucho desconocimiento, pero por ejemplo, mi novio estaba “nombre, que te hagan una cesárea, te van a dormir y ya, sale y fin, ya saliste de eso” pero es que una cesárea te tienen que abrir 8 capas de piel, o sea no es así nomás; y una cesárea es una operación mayor de hecho, es de las más severas pues, que de hecho deberían ser menos del 20% y ahora son casi el 80% acá en Guatemala. Yo no podía dejar de llorar, estaba aterrada, me asustaba que algo me pasara, o sea sí me sentía como bien preocupada, sí estaba súper angustiada»* (Perla, 28 año, 1 hijo).

A pesar del miedo que sentía optó por llevar a cabo una cesárea, acordaron realizar la cirugía en el Sanatorio El Pilar. Perla ingresó a las 3:00 p.m. al sanatorio, su familia ya la estaba esperando ahí. Perla lloró durante la hora que duró la cirugía, estaba amarrada, algo que no le parecía cómodo, fue en el momento en que le aplicaron la epidural que se sintió aliviada. Su novio entró al quirófano y grabó todo, un vídeo que ocho meses después no se ha sentido capaz de ver por todas las emociones que vivió ese día. El bebé de Perla

nació a las 4:26 p.m., el doctor se lo mostró y luego el pediatra y su novio salieron de la sala de operaciones. Sin embargo, la cirugía no había acabado, ella se quedó sola y sintiendo mucha angustia durante el tiempo en el que el personal médico preparaba la siguiente operación. El doctor le dijo a Perla: *«Mirá, ahorita encontré estos quistes y te los estoy quitando, de una vez te los estoy quitando porque así ya no tenés que operarte esto después. Así ya sólo es esta cortada»*. Para Perla, este acto fue agradable ya que el doctor aprovechó la oportunidad para llevar a cabo el procedimiento.

Ya en su habitación, luego de que los efectos de la epidural pasaron, Perla conoció a su bebé y lo pudo abrazar. Aunque Perla estaba agradecida por las visitas de sus amistades y familiares, estaba desesperada por el calor de la habitación, y la dificultad que tenía para darle de mamar y lograr que el bebé durmiera durante las dos noches que estuvo internada. Al salir del hospital, Perla y su bebé se dirigieron a su casa, en donde recibió el apoyo constante de su mamá. Sin embargo, la segunda semana debieron mudarse a la casa de sus suegros en donde permaneció las siguientes semanas. Para Perla eso fue molesto, sentía deseos de llorar todo el tiempo, se sentía frustrada porque le era difícil encontrar tiempo para bañarse. Además, se sentía sola porque su novio no mostraba interés en ella ni en el bebé. Perla visitó al doctor para realizar un chequeo post parto a la siguiente semana, y a los 15 días de la cesárea el doctor removió los puntos. Después de un mes y medio, Perla empezó a sentirse mejor respecto a su imagen personal, ya que perdió el peso que había ganado durante el embarazo. Perla está muy agradecida con su psicóloga porque ella la apoyó desde el momento en que se enteró del embarazo, la ayudó a decírselo a sus padres, le dio apoyo telefónico en camino al hospital y la ayudó a adaptarse a ser madre. Perla decidió buscar un trabajo más, por lo que luego de 6 meses del nacimiento de su bebé, tomó un trabajo tiempo completo en un *call center*.

## 2. Laura

Laura es una mujer ladina de 23 años, se graduó de una universidad privada de la ciudad de Guatemala y se dedica a la administración de la empresa familiar. Laura siempre supo que quería ser una madre joven, pero no esperaba que esto sucediera tan pronto, ya que quedó embarazada una semana después de casarse. Aunque fue una sorpresa, Laura y su esposo estaban felices por su embarazo y le dieron la noticia a toda la familia que reaccionó de forma positiva, con la excepción de su suegra que les dijo que hubieran esperado más tiempo. Laura se contactó con su pediatra y este le puso en contacto con tres posibles obstetras, a los cuales investigó. Optó por hacer cita con uno de ellos. Su primera cita fue a las dos semanas de enterarse que estaba embarazada y su primer ultrasonido un mes después. Laura es una persona activa, así que durante el embarazo cambió su rutina de ejercicio de boxeo a yoga prenatal. Laura visitaba a su obstetra en Multimédica. Su embarazo no tuvo complicaciones médicas, pero tampoco era lo que Laura esperaba. Se sentía incómoda con su cuerpo, se sentía inútil y tenía cambios de humor drásticos. Principalmente, a Laura le hacían sentir frustrada las opiniones de sus familiares respecto al cuidado que ella debía tener sobre su cuerpo ahora que estaba embarazada.

Laura se considera “débil” ante el dolor, por lo que estaba decidida a evitar el dolor de las contracciones y el parto natural y deseaba que realizaran una cesárea. El obstetra le dijo: *«te voy a explicar*

*qué es una cesárea y qué es un parto normal, lo positivo y lo negativo de los dos y tú decidí. Igual, si en el parto normal se ve que no aguantás o no podés, te hacemos la cesárea».* Discutieron el asunto con su obstetra y acordaron tener una cesárea en la semana 38 de su embarazo. Laura decidió realizar el procedimiento un jueves para recuperarse durante el fin de semana y recibir a las visitas en el hospital, así no invadirían su espacio personal en su casa. Ingresó al Sanatorio El Pilar el miércoles en la noche. Una enfermera le dijo «¿Y por qué te van a hacer cesárea?», «¿Y por qué querés?» por lo que se sintió juzgada. A las 6 de la mañana del jueves la llegaron a preparar para la cirugía. En la sala de operaciones se encontraban cinco enfermeras, el anestesiólogo, obstetra y pediatra; pusieron música para Laura. Al momento de aplicar la epidural Laura se sintió nerviosa y empezó a rezar el Padre Nuestro. El anestesiólogo le hizo una prueba con algodón mojado para saber su reacción y le dijo «ya viste, no te tenés que mover porque si yo pincho en otro lado te puede pasar algo y no me dejás hacer bien el trabajo». Cubrieron su vista con una manta e iniciaron la operación, luego entró el esposo de Laura y el doctor presionó con el codo el abdomen de Laura para empujar al feto a la incisión. Finalmente nació su bebé a las 7:03 de la mañana. Le mostraron el bebé a Laura y luego su esposo se lo llevó, anestesiaron a Laura y luego despertó en la sala de recuperación.

Laura deseaba cargar a su bebé y darle de mamar, pero la incomodidad que sentía por la operación, picazón por reacción a la anestesia y el calor de la habitación no le permitían hacerlo a gusto. Al siguiente día las enfermeras le mostraron a Laura y su esposo la forma correcta de cambiar el pañal, darle de mamar y sacarle el aire. Laura considera que fue tratada de “forma pesada” por algunas enfermeras cuando era el momento de bañarse. Antes de salir del hospital, limpiaron la herida de la cesárea y el doctor ayudó a Laura a fajarse. Laura contó con el apoyo de su mamá y su esposo para su reposo de 40 días. Cuando su mamá ya no pudo seguir ayudándola, Laura contrató a una enfermera para que cuidara al bebé por las noches porque ella se sentía incapaz de ser mamá. Laura visitó a su doctor luego de un mes para revisar su estado de salud, y le dijo que podía volver a entrenar. Esta fue una buena noticia para Laura, ya que deseaba regresar a su peso antes del embarazo. Además, después de 3 meses se hizo necesario que regresara a trabajar y administrar el negocio familiar. Actualmente Laura cuenta con el apoyo de una niñera que la ayuda con el bebé mientras ella se ocupa de estas actividades.

#### a. Análisis de las narrativas del sector privado

Las experiencias de Perla y Laura son contrastantes con respecto de su decisión de optar por un parto natural o una cesárea planificada. Ambas asistieron a servicios de salud privados en las cuatro etapas analizadas en esta investigación. Perla pertenece al estrato medio alto y Laura al estrato alto, ambas cuentan con educación universitaria y ambas se informaron sobre su embarazo con su ginecólogo y/o obstetra y en internet. Sin embargo, sus perspectivas en cuanto al parto y cesárea son muy diferentes. Perla deseaba dar a luz por parto natural. Debido a que su parto se complicó y accedió a una cesárea se sintió alterada, ya que ella temía las consecuencias psicológicas que esto tendría para su bebé.

*«Lo que lamento de la situación en general es que las personas ahora busquen o vean la cesárea como ir a cortarse el pelo, o sea, que no lo ven con la importancia y la delicadeza que es y realmente me parece triste que la mayoría de mujeres lo vean así como "ay no, yo cesárea, fin";*

*cuando realmente es algo muy importante. Y psicológicamente, cuando tú a un niño lo sacás antes de tiempo la mayor parte, de hecho eso está comprobado, que la mayor parte de niños que salen antes de su tiempo muchos presentan problemas psicológicos, sufren de bipolaridad, de problemas mentales, de retrasos mentales, de todo ese tipo; así sea una semana. O sea, si no fue por una emergencia, el niño tiene que seguir su proceso natural porque también tu primera gran conquista es nacer porque tú luchaste por tu propia vida. Cuando tu naces por cesárea, ni siquiera eso pudiste hacer va, cuando es algo que biológicamente tú tenés que poder hacer. Lamento mucho que los doctores ya sean así como "cesárea y fin", o sea que ya no le den esa importancia y ese respeto al cuerpo humano, ese respeto a las mamás». (Perla, 28 años, 1 hijo).*

Laura optó por una cesárea programada porque consideraba no poder soportar el dolor de las contracciones, pero también tomó en cuenta los efectos que podría tener una episiotomía y la dificultad que representa el cuidado de ese procedimiento. Esto podría indicar que para Laura un parto natural conlleva una episiotomía como parte del proceso y no fue informada de la posibilidad de tener un parto natural sin la misma.

*«Él [doctor] tal vez tratando de que yo me animara por normal. Me habló de todo eso, me dio los pros y los contras e igual decidí cesárea, porque me dijo que me iba a rasgar porque igual siempre se rasga y que a veces agarraban por donde fuera y que mejor tener una herida controlada que una descontrolada. Yo dije para que me cosan, prefiero que me cosan arriba y no abajo (risas). También para la curación sentía yo más fácil como que yo vérmela a no vérmela». (Laura, 23 años, 1 hijo).*

Contrastar las experiencias de Perla y Laura permite discutir la agencia de las mujeres que optan por tener su primer parto de forma espontánea o a través de cesárea planificada en un hospital privado, ya que en este sector las mujeres tienen más apertura a optar por uno o el otro por factores económicos, en comparación con sector público e IGSS. Ambas mujeres indicaron que trataron de informarse sobre los procedimientos consultando a su doctor y utilizando medios como internet y aplicaciones en su celular. Sin embargo, su perspectiva del parto era opuesta. Por un lado, Perla apostaba por un parto natural ya que deseaba que su hijo pasara por el "proceso" de nacer, que desde su perspectiva evitaría que padeciera de diferentes enfermedades a futuro. Esto implicaba que Perla debía sentir las contracciones y llevar a cabo la labor de pujar. Al contrario, Laura deseaba evitar el dolor que provocan las contracciones y una posible episiotomía. Tomando en cuenta el miedo que le provocaba el parto natural y las posibles consecuencias de una episiotomía en la cual «a veces agarraban por donde fuera», como le mencionó su doctor, Laura optó por una cesárea programada.

Las mujeres que asistieron a hospitales públicos o del IGSS se encontraron en una situación diferente ya que a las madres primerizas se les instó a tener un parto natural, a menos que el embarazo fuera de alto riesgo. En el caso de las mujeres con indicación de cesárea previa, se llevó a cabo una cesárea por las complicaciones asociadas y como forma de acceder a la esterilización femenina. Para las participantes que ya tenían un hijo/a o más, la cesárea programada estaba ligada a la planificación familiar. Ellas expresaron que la cesárea programada es beneficiosa porque representa una oportunidad para llevar a cabo la cirugía de ligadura de trompas, o también llamada ligadura tubárica en el mismo día y así recuperarse de ambas intervenciones a la vez. Unas participantes expresaron que deseaban operarse como parte de la planificación familiar con anterioridad y otras participantes expresaron que esto les fue sugerido por sus ginecólogos durante las consultas previas al embarazo o los chequeos prenatales y/o también por el personal médico en

el hospital durante su parto/cesárea. Y para otras mujeres, la cesárea programada o cesárea de emergencia ocurrió por complicaciones.

*«Desde que iba para el hospital, si me hacen cesárea mucho que mejor así me opero. Porque me tenían en el hospital “Mire, ¿se va a operar?”, me compuse de la nena de tres años y me dijeron “ahí llega a consulta externa” y me dijeron que si me quería operar. Hice los 40 días de reposo y me dijeron que si me quería operar. Iba a consulta y no me operaban y no me operaron por eso decidí planificar con la inyección del mes. Entonces cuando llegué al hospital y me preguntaron si quería operarme de una vez entonces aproveché y me operé». (Teresa, 25 años, 4 hijos).*

*«Entre ellos, entre ellos las bromas verdad y que de allí el doctor dijo que si me iba a operar de una vez va que me operaban y nosotros no quisimos. [...] Lo puso así al aire: “¿y piensan tener otro o la opero de una vez?”, así va y mi esposo: “No, no la opere. Tal vez vamos a ver si tenemos la nena va”, “¡Ah! es que yo como ya tienen dos va” dijo, pero sí lo puso así al aire “¿la opero va?”». (Vivian, 23 años, 2 hijos).*

*«Fue cesárea programada. Tuve maduración de la placenta, [el doctor] me dijo, ahora sí me lo dijo el jueves y nació ella el lunes. “Ya el lunes se programa porque ya no aguanta más la placenta” y le podía pasar algo a la bebé quedarse sin oxígeno, entonces fue programada». (Estefanía, 22 años, 1 hijo).*

Los testimonios presentados en los párrafos anteriores evidencian que la agencia de las mujeres puede ser discutida desde el deseo de utilizar planificación familiar. Foucault plantea la histerización de la mujer como un dispositivo del saber y poder, proceso por el cual el cuerpo de la mujer fue integrado a la biomedicina y le fue cargado de responsabilidad biológica-moral ante la reproducción. Las mujeres de esta muestra consideraron sus condiciones favorables y desfavorables al conocer que estaban embarazadas, así como sus motivos para ser madres y optar por conservar su embarazo. No obstante, algunas mujeres nombraron la culpa y la influencia de la religión como sus motivos para seguir adelante con el embarazo; lo que hace referencia a la imposición de la maternidad para algunas mujeres en nuestra sociedad, especialmente por la penalización del aborto no terapéutico en el país. Incluso algunas de las madres que presentaron complicaciones durante el embarazo describieron haber sido interrogadas y culpadas de intentar abortar. A pesar de esta imposición de la maternidad, todas las mujeres entrevistadas mencionaron que, desde las citas con el ginecólogo previas a su embarazo, durante los chequeos prenatales, el ingreso a los hospitales e incluso durante la cesárea, fueron consultadas sobre su método de planificación familiar. Esto puede relacionarse con la socialización de conductas procreadoras, otro dispositivo del saber y poder planteado por Foucault, que puede frenar o reforzar la reproducción humana según el interés del campo político.

A nivel global el feminismo ha abogado por el derecho de las mujeres a elegir cuándo tener hijos y la cantidad de hijos, es decir una forma de agencia en la que las mujeres pueden tener autonomía sobre sus cuerpos y su plan de vida. El Estado guatemalteco ha firmado convenciones internacionales de protección y desarrollo de la mujer, pero haciendo la aclaración de no apoyar la legalización del aborto. A pesar de la influencia del movimiento feminista, el campo político del país sigue reforzando la idea de la maternidad en las mujeres y niñas porque se concibe a las mujeres como el centro de la familia, que a la vez constituye la base del Estado. Seguidamente, las políticas de salubridad instan al control de la población y la natalidad. Los biomédicos, enfermeros y salubristas ejercen su profesión en un campo dominado por dos filosofías, la

del estado e Iglesia, que protegen la vida desde la concepción y por la otra del sistema de salud guatemalteco que los insta a reducir o controlar la población a través de la planificación familiar. Las mujeres de la muestra tienen agencia sobre sus cuerpos al tratarse de embarazos planificados y métodos de planificación familiar, pero en el caso de los embarazos no planificados, su agencia es restringida por el estado al forzar la maternidad a través del aparato legal.

## B. Sector público

### 1. Gabriela

Gabriela es una mujer ladina de 25 años, cursó hasta 6°. Primaria y actualmente se ocupa en el trabajo doméstico no remunerado. Gabriela está unida con su pareja desde hace 5 años, tiempo en el que intentó quedar embarazada insatisfactoriamente. Gabriela empezó a sentir náuseas y perdió el apetito por lo que visitó a su doctor en una clínica privada de zona 5, y se enteró que tenía 3 meses de embarazo. Para ella y su pareja fue una noticia maravillosa porque ella sentía que ya estaba preparada para ser madre. Gabriela tenía 7 meses de embarazo cuando sintió fuertes dolores, por lo que se dirigió al Hospital Roosevelt. Ahí le explicaron que aún no era tiempo, por lo que debía regresar a los dos meses. Gabriela regresó a los dos meses, le realizaron un ultrasonido y le dijeron que aún no era momento para el nacimiento de su bebé, debía esperar un mes más hasta que rompiera fuente o iniciaran los dolores de parto. Gabriela estaba asustada porque durante el último mes no sintió los movimientos de su bebé en el útero, además de estar insegura por ser una madre primeriza. Un sábado en la mañana iniciaron los dolores de parto, por lo que se dirigió nuevamente al hospital.

Gabriela llegó al hospital a la 1:00 p.m., el personal del hospital la revisó y le dijeron que no tenía dilatación por lo que debía esperar. Gabriela caminó aproximadamente dos horas alrededor de la sala para aliviar sus dolores. A las 5 p.m. la trasladaron a la Maternidad Cantonal zona 13. Gabriela estuvo en la maternidad hasta las 7:30 p.m., pero le informaron que el parto se había complicado por lo que debía regresar al Hospital Roosevelt a que le realizaran una cesárea. De vuelta en el hospital una doctora le informó a Gabriela que su bebé se estaba quedando sin oxígeno, que era el momento de que naciera, por lo que debía pujar más y la trasladaron a la sala de partos. Gabriela estaba agotada, un doctor y una enfermera se pusieron a sus costados y le aplicaron presión sobre el abdomen. También le realizaron una episiotomía. Su bebé nació, Gabriela preguntó si estaba bien, la enfermera le mostró a su bebé y se la llevó, ya que había tragado mucho líquido y debían limpiarla. Gabriela recuerda que el hospital estaba lleno, no había espacio para ella en la sala de recuperación, por lo que el primer día estuvo en una sala junto a las mujeres que habían perdido a sus bebés. Para ella esta fue una experiencia difícil porque ella tenía una gran alegría, mientras estas mujeres estaban sufriendo por la muerte de sus bebés. En la sala también estaba internada una mujer que había dado a luz hacía tres meses, pero estaba sufriendo de una infección por no haber expulsado la placenta completamente. A Gabriela le preocupó esta situación por lo que le pidió a una enfermera que la revisara para no pasar por lo mismo.

Luego del parto Gabriela regresó a su casa, aplicó los cuidados que le explicaron en el hospital y a los 15 días se cayeron los puntos de la episiotomía. Después de 40 días del parto, Gabriela visitó el centro de salud de zona 5 para revisar su estado de salud. Para Gabriela sus hermanas fueron el principal apoyo para adaptarse a ser madre, a ellas se abocó para contarles todo y resolver sus dudas. Gabriela se abstuvo de tener relaciones sexuales con su pareja por cuatro meses después del parto, ya que tenía miedo de sentir dolor o lastimarse. Actualmente se siente insegura respecto de su imagen corporal por lo diferente que se ven los músculos de su estómago.

## 2. Juana

Juana es una mujer poqomchí de 28 años de edad, no fue a la escuela, aprendió a leer y escribir por su cuenta, se dedica al trabajo doméstico remunerado en la casa de una adulto mayor. Juana está unida y tiene 3 hijos, la hija mayor tiene 10 años, su hijo 7 años y su hija menor 8 meses. La menstruación de Juana se atrasó 15 días por lo que ella acudió a un laboratorio a hacer un examen, el resultado fue negativo. Después de 2 meses Juana visitó el centro de salud de zona 5, en donde le hicieron un examen de sangre y le dieron la noticia de que estaba embarazada. Para ella fue una buena noticia porque se sentía sola, ya que sus dos hijos ya eran grandes e iban a la escuela. La pareja de Juana y sus amigas le aconsejaron que abortara, pero a pesar de ello decidió seguir con su embarazo. Juana llevó sus chequeos prenatales en el centro de salud y siente mucha confianza con el ginecólogo. A los 4 meses de embarazo Juana fue al centro de salud, pero el doctor no estaba presente por lo que la atendió otra doctora. El chequeo que hizo la doctora fue muy doloroso para Juana, le hacía presión con la mano y el estetoscopio de forma brusca. Juana se lo dijo, pero ella respondió «¡Ay! Pues aguántese porque solo es un toquecito». La siguiente semana Juana le comentó la situación al ginecólogo y él le dijo que era mejor evitar a esa doctora porque se dedica a la medicina general, por lo que no cuenta con experiencia para tratar a las embarazadas. El ginecólogo le preguntó a Juana sobre planificación familiar, y acordaron realizar una operación de ligadura de trompas luego del parto, el doctor hizo una orden, pero Juana no la recogió porque sus dolores de parto iniciaron una semana antes de la fecha aproximada.

Los dolores de parto iniciaron miércoles en la noche, así que para no causar molestias en la casa de su jefa, Juana se dirigió a las 9 p.m. al Hospital General San Juan de Dios. Después de esperar una hora y media, unas practicantes de medicina atendieron a Juana y le dijeron que no tenía dilatación, por lo que debía regresar hasta el día siguiente. Juana le comentó que no tenía dinero para regresar y las practicantes le dijeron «Mirá que hacés». Juana optó por quedarse en el hospital esperando que sus dolores aumentaran, pero el personal le dijo que no podía quedarse dentro, así que Juana se dedicó a caminar en el corredor externo. Un equipo de voluntarias de una iglesia le regaló un vaso de atol. A la 1 a.m. Juana ingresó al hospital otra vez ya que sus dolores habían aumentado y se acercó a la practicante que le había realizado el primer tacto y le pidió que la revisara, ella le dijo «mire señora, ya le dije que ya no entre. Ya va entrando como cinco veces», Juana le dijo que era la segunda vez que entraba y que sus dolores eran muy fuertes por lo que se iba a quedar dentro del hospital. A las 4 a.m. un practicante le preguntó cuántos hijos tenía, le tomó una muestra de sangre, le hizo un tacto y decidió realizar una amniotomía. Le informaron que la trasladarían a una maternidad

cantonal. Juana le preguntó si podía ser la maternidad cantonal de zona 13, pero la enfermera le dijo «¡Ay! Pero usted no va a pedir sus gustos, nosotros somos los que miramos donde la mandamos». Una enfermera de la Maternidad de El Amparo zona 7 llegó por ella y la trasladaron en ambulancia.

La enfermera acompañó a Juana a la entrada, le tomaron sus datos y la inyectaron un medicamento «para naciera más rápido la nena» y la llevaron a la sala de partos. Ella pujaba, pero se sentía débil porque no había dormido ni comido, le costaba respirar y cuando el bebé estaba coronando dejó de pujar. La doctora le dijo «mire señora, usted va a matar a su bebé», «allí lo va a tapar la respiración a su bebé y se muere». Su bebé nació a las 5 a.m., Juana se sintió culpable porque uno de sus ojos estaba rojo por la presión que le había aplicado. Antes de limpiar a la bebé, la enfermera se la dio para que la cargara y le dijo «tenés que tenerlo allí en tu pecho para que ella siente que ya vino al mundo, para que sienta tu olor, que tú eres su madre». Luego se llevaron a la bebé y aplicaron presión para que saliera la placenta. Trasladaron a Juana a otra sala. Mientras se recuperaba del dolor la doctora le dijo «Mire señora, ya vio que no es su primera vez, usted casi mata a su bebé. ¿Qué le pasa? Usted no empujaba con fuerza porque usted casi mató a la bebita, usted no quería que naciera», Juana le dijo que estaba muy débil y ella le contestó «Pero tenés que tener fuerzas. No es su primera vez porque ya has tenido dos y ya con este son tres y ya sabes de los dolores».

Dos días después la sobrina de Juana fue por ella a la maternidad y la llevó de regreso a la casa de su jefa, en donde hizo su recuperación. A los 8 días del nacimiento, Juana asistió a las 6 a.m. a al hospital para una consulta post parto y recoger la constancia de nacimiento de su bebé. Sin embargo, la enfermera recibió los carnés pero puso el de ella de último, por lo que en el momento en que la llamaron ya era muy tarde y sólo revisaron a su bebé. Ella además quería evitar que le hicieran otro tacto por la incomodidad, así que no hizo otra cita en otro día. Juana está feliz ya que ahora tiene la compañía de su bebé, con la que habla y comparte a lo largo del día.

#### a. Análisis de las narrativas del sector público

Gabriela se encuentra en un nivel socioeconómico “Medio bajo” y Juana en un nivel socioeconómico “Bajo”. Ambas mujeres indicaron que por razones económicas tuvieron sus partos en hospitales nacionales. En el sector público, las mujeres en trabajo de parto que no tienen indicación para realizar una cesárea son trasladadas a maternidades cantonales; este fue el caso de Gabriela y Juana. Estas maternidades surgieron como una estrategia del segundo nivel de atención en salud, siendo una de sus funciones descentralizar la atención del parto en hospitales nacionales y desahogar la concurrencia de pacientes a la emergencia y área de maternidad<sup>9</sup>. Esto nos habla de la sobredemanda que tiene el sistema de salud, por lo que ha sido importante descentralizar la atención. Esto nos lleva a plantear la pregunta ¿Cómo se separa la responsabilidad del estado fallido con la responsabilidad del personal médico en la atención del

---

<sup>9</sup> La red pública de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se organiza en tres niveles de atención: el primer nivel se refiere a los puestos de salud (en donde hay presencia de auxiliar de enfermería y estudiante en Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-), el segundo nivel se refiere a los centros de salud que cuentan con personal de mayor nivel profesional y laboratorio ,trabajo social entre otros; y por último el tercer nivel que consiste de hospitales regionales y nacionales (Hernández, 2010:33).

parto o cesárea en el sector público e IGSS? El hecho de que las enfermeras de Juana insistieron en apresurar el parto, podría ser a beneficio del costo-tiempo de cada parto y no tanto por la seguridad y bienestar de la mamá. El hecho de que Gabriela haya tenido que estar junto a las madres que perdieron a sus hijos también habla de este hacinamiento.

## C. Sector público-privado (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social)

### 1. Sara

Sara es una mujer ladina de 26 años, estudiante del técnico universitario de una universidad privada de la ciudad. Sara está unida desde hace 4 años y tiene una hija de 3 años y medio. Luego de un retraso de una semana en su menstruación se realizó una prueba de embarazo y este fue positiva. Para Sara esta fue una buena noticia, sin embargo, su pareja no recibió la noticia de forma positiva porque no tenían estabilidad económica. Sara asistió a sus chequeos prenatales en una clínica privada en zona 1, con una doctora de confianza con quien llevó el acompañamiento de su primer embarazo. Sara también se realizó chequeos prenatales en el IGSS, un lugar al que no quería asistir por la experiencia traumática que vivió ahí con su primer parto: *«con la primera nena yo dije ya no quiero tener más hijos, para que me vuelvan a tratar así ya no quiero tener más hijos»*. Para Sara el embarazo fue “terrible” ya que su familia estaba preocupada por la situación económica en lugar de sentir la misma emoción que ella, además de tener muchos síntomas en comparación con su primer embarazo.

Las contracciones de Sara iniciaron un lunes, ella siguió asistiendo a clases hasta el miércoles y el jueves en la noche se dirigió al hospital por presión de su familia. Ella contaba con los conocimientos de enfermería y sabía que aún no era necesario ir, pero cedió por la preocupación de su familia. Su pareja y su papá la acompañaron al Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo, zona 6. Al llegar al hospital a las 9 de la noche, Sara le hizo saber a las enfermeras que sus contracciones duraban 40 segundos y ocurrían cada 3 minutos. Sin embargo, no la atendían y pasaron 3 horas hasta que su pareja decidió reclamar a las enfermeras hasta que llevaron a un doctor. El doctor le hizo un tacto con el cual supo que tenía 3 centímetros de dilatación, por lo que debía quedarse internada. Una auxiliar de enfermería canalizó a Sara, esto le causó dolor ya que necesitó dos intentos porque en el primero reventó la vena. Sara fue designada a una silla en el corredor, donde esperó por una hora. Después le asignaron una camilla, el dolor aumentó por lo que Sara se quebró en llanto y un doctor llegó a revisarla y le dijo *«¿Por qué llora señora sino ya es su segundo pues? Usted ya sabía a lo que venía, ahora aguántese»*. Mientras Sara soportaba el dolor y seguía llorando, el doctor le dijo *«No llore porque eso no le va a ayudar a la nena, no la va ayudar a usted»*. Después de varios tactos, el doctor envió a Sara a la sala de partos porque ya tenía 8 centímetros de dilatación.

En sala de partos Sara fue ubicada frente al resto de mujeres, estaba hambrienta, sedienta, cansada y sucia al igual que sus sábanas. Sara empezó a pujar, lloraba, pero tenía mucho sueño y estaba a punto de quedarse dormida por lo que le administraron oxitocina. Una enfermera se acercó a ella y le dio apoyo con palabras de aliento. Sara seguía pujando, pero el parto no avanzaba por lo que el doctor le dijo: *«No, es que usted no quiere sacar a la nena, ahí sólo depende de usted, nosotros no podemos hacer nada por usted y si*

*se muere la nena va a ser su culpa*», Sara le dijo que estaba cansada y no podía pujar más, a lo que él respondió «*No, pero es que no podemos hacer nada, ahí sólo de usted va a depender mamita*», se retiró y se sentó en un escritorio. Sara siguió pujando, el doctor regresó y la examinó, la cambiaron a otra camilla, el doctor se subió sobre ella a realizar presión. Finalmente su bebé nació a las 3 de la mañana, se la mostraron y la llevaron a revisión. Sara permaneció en la camilla mientras suturaron la episiotomía, sentía mucho dolor, pero estaba aliviada porque su bebé ya había nacido. Luego la trasladaron a la sala de recuperación, ahí debía esperar el momento de la cirugía de ligadura de trompas. A las 8 de la mañana, 5 horas después de su parto, aún no había cargado a su bebé ni le había dado de mamar, tampoco la habían operado. Sara les preguntó a las enfermeras sobre su bebé, esperó dos horas más y las enfermeras la llevaron a las 10 de la mañana, su bebé no quiso mamar porque ya había sido alimentada con fórmula.

A las 4 de la tarde, Sara aún no había sido operada, es decir que no se había alimentado desde hacía 19 horas y seguía en una camilla pequeña en comparación de las otras mujeres de la sala de recuperación. Al preguntarle a las enfermeras sobre la cirugía, le mencionaron que debía esperar más porque se estaban realizando cesáreas de emergencia. Pasó la tarde y Sara estaba desesperada, le dijo a un doctor: «*Quiero saber si me van a operar o no me van a operar porque me tienen aguantando hambre aquí. Ni me traen a la nena, ni me dicen qué va a pasar conmigo. ¿Quiero saber si me van a operar o no?*». El doctor le dijo a Sara que podía esperar más o podía comer, pero la operación se tendría que trasladar al día siguiente. Sara decidió comer y esperó hasta que la trasladaron a encamamiento. Sara pasó la noche en la sala de encamamiento cargando a su bebé, en la mañana llegaron las enfermeras a prepararla para la cirugía. Esperó 20 minutos en la sala del quirófano, entraron los doctores, la anestesióloga le explicó el procedimiento y ella quedó dormida. Sara despertó en la sala de recuperación cuando la cambiaron de camilla y regresó a la sala de encamamiento. Después del parto, Sara se sintió “sola” porque nadie del personal médico se acercó a ella a preguntarle sobre su estado de salud.

El domingo Sara salió del hospital y regresó a su casa. El puerperio fue difícil para Sara porque a diferencia del primer parto, no contó con la ayuda de su mamá y su esposo debía ir a trabajar. Sus hermanas se encargaban de llevarle comida durante la primera semana. Sara se sentía sola, triste, y no encontraba ropa que le quedara bien. También estaba preocupada porque debía cuidar de su hija de 2 años y regresar a recibir clases en la universidad. Regresó a clases dos semanas después del nacimiento de su bebé, pero su situación no fue considerada por los catedráticos y no le dieron la oportunidad de entregar las tareas atrasadas. Sara deseaba dar de mamar a su bebé, pero no lo pudo lograr por sus responsabilidades estudiantiles. En la actualidad esto la hace sentir culpable porque su bebé está desnutrida. Sara asistió a su chequeo post natal en el IGSS a los 40 días, en este chequeo el doctor le hizo un tacto y le preguntó si había tenido mucho sangrado, si no había presentado fiebre, dolor de cabeza y cómo se sentía.

La experiencia dentro del hospital le recordó a Sara como fue su primer parto y por qué tenía miedo de regresar:

*«En el IGSS, sí jamás en la vida quisiera volver a regresar, ahí si no porque tanto los médicos, bueno, especialmente los médicos son muy pesados con uno y lo tratan como que fuera un animal. Entonces yo... de hecho esa era la única cosa que a mí me detenía para tener bebés porque yo no quería volver a tener un bebé en el IGSS» (Sara, 26 años, 2 hijos).*

En esa primera experiencia, Sara estuvo 20 horas en trabajo de parto. Recuerda que la doctora encargada decidió hacerle un tacto durante una contracción para saber la dilatación que llevaba. Esto le causó dolor a Sara, ella se quejó, por lo que una hora después para el siguiente tacto la doctora le asignó el tacto a otro doctor diciendo *«¡Ay! Hacedle vos tacto porque yo a esa señora si ya no la miro porque esa señora no colabora, yo no sé para qué abren las piernas si no se van a aguantar a la hora del parto»*. Sara recuerda que en esa ocasión los doctores le realizaron la maniobra Kristeller, fue tanta la presión que mostró edematización en todo el cuerpo y los vasos de los ojos se le reventaron, por lo que tuvo que usar médicamente gotas para los ojos por quince días. Durante el proceso de recuperación, alguien del personal médico le dijo *«yo no sé para qué se mete a tener hijos sino va a aguantar»*.

## 2. Rosaura

Rosaura es una mujer ladina de 19 años, el último grado académico que cursó fue 6°. Primaria, actualmente no estudia ni trabaja, se dedica por completo a cuidar de su bebé y el hogar que comparte con su mamá y su hermano. Rosaura tenía 17 años cuando notó un atraso en su ciclo menstrual, se realizó una prueba de embarazo que fue positiva. Rosaura estaba muy asustada de darle la noticia a su mamá, porque no contaba con el apoyo de su novio; éste no creía ser el padre. Rosaura inició sus chequeos prenatales en APROFAM y al cumplir la mayoría de edad se afilió al IGSS, por lo que continuó sus chequeos en la Unidad Periférica, zona 11 y luego en el Hospital de Gineco-Obstetricia zona 12. Ella describe la atención que recibió por parte de los diferentes doctores que la atendieron como excelente. Para Rosaura el embarazo no fue lo que esperaba, ya que experimentó violencia física por parte de su conviviente. Durante el último mes de embarazo, el novio la golpeó fuertemente y los dolores de parto iniciaron luego de esto; se dirigieron en taxi al Hospital de Gineco-Obstetricia zona 12 al día siguiente. Ingresó a la emergencia del hospital el martes, esperó aproximadamente 20 minutos para recibir atención, el personal tomó una muestra de sangre y después la revisó una doctora que dio a la orden de trasladarla a sala de partos.

La sala de partos se encontraba llena, el doctor estaba ocupado atendiendo otro parto, por lo que Rosaura estaba muy nerviosa mientras esperaba. Rosaura recuerda que en el hospital le aplicaron un suero, pero no sabe de qué tipo o cuál era su función. Durante el parto el doctor le dijo a Rosaura que debían hacer un corte porque el bebé no podía pasar, Rosaura recuerda el fuerte dolor que sintió en ese momento. Una enfermera le dio palabras de aliento, le dijo que fuera fuerte y que el dolor terminaría pronto. Su bebé nació, se la dieron para que la cargara y revisara su sexo. En la sala de recuperación, Rosaura recibió la noticia sobre el resultado de su examen de sangre, en donde detectaron *“un virus”*. Le indicaron que ella y su bebé debían tomar medicamentos y permanecer en observación dos días. El jueves la visitó una trabajadora social y un

funcionario del Ministerio Público, ya que era un requisito poner una denuncia para su egreso. A los 40 días del nacimiento Rosaura asistió a su chequeo post parto, en la consulta revisaron el estado de los puntos y consultaron sobre el método de planificación que utilizaría. Rosaura no le dio seguimiento a la denuncia.

a. Análisis de las narrativas del sector público-privado (IGSS)

Las experiencias de embarazo y parto de Sara y Rosaura demuestran la violencia física y psicológica a la que están expuestas las mujeres, y en esta investigación en especial, durante su embarazo y el parto. La violencia física se refiere a las *«acciones de agresión en las que se utiliza la fuerza corporal directa o por medio de cualquier objeto, arma o sustancia con la que se causa daño, sufrimiento físico, lesiones o enfermedad a una mujer»* (Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia Contra la Mujer, Art. 3). La violencia psicológica o emocional se refiere a las

*«Acciones que pueden producir daño o sufrimiento, psicológico o emocional a una mujer, a sus hijas o a sus hijos, así como las acciones, amenazas o violencia contra las hijas, los hijos u otros familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad de la víctima, en ambos casos con el objeto de intimidarla, menoscabar su autoestima o controlarla, la que sometida a ése clima emocional puede sufrir un progresivo debilitamiento psicológico con cuadros depresivos.»* (Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia Contra la Mujer, Art. 3).

Rosaura experimentó violencia intrafamiliar. Ella refiere que esto marcó una diferencia entre las expectativas que tenía de lo que es el embarazo, a la realidad que vivió al ser golpeada y recibir maltrato psicológico por su pareja durante ese tiempo. Rosaura tenía hematomas visibles en su cuerpo y su ojo cuando llegó al hospital, ya que había sido golpeada el día anterior a su ingreso. Ella relató que el trato que recibió por parte del personal médico fue amable: *«todos me trataron bien, no sé si porque era primeriza»*. La experiencia de Sara en los hospitales del IGSS en sus dos partos fue diferente a la experiencia de Rosaura.

Los partos de Sara en el IGSS estuvieron marcados por la violencia psicológica que experimentó por parte del personal médico. Los doctores y enfermeras le dijeron reiteradamente a Sara que la seguridad de su bebé dependía de ella y que si el bebé fallecía ella era la única culpable, además de hacer alusión a la forma en que vive su sexualidad diciendo *«para qué abren las piernas si después no se aguantan»*. Es decir que el personal médico ejerció violencia psicológica en forma de amenaza para controlar el estado de ánimo de Sara, en un momento de vulnerabilidad como el parto. Sara indicó que evitaba quedar embarazada para no tener que acceder a servicios de salud del IGSS, lo que podría indicar que fue una experiencia traumática para ella. El caso de Sara refleja los resultados de Lemus y Cabrera (2017), los cuales explican que las madres sufrieron y siguen padeciendo efectos psicológicos como consecuencia de la violencia en el hospital, reportando sentimientos de miedo, culpa, dolor y humillación que influyen en sus decisiones de planificación familiar.

Los doctores/as, enfermeras y practicantes en el sector público e IGSS, que atendieron los partos o cesáreas de las mujeres de esta muestra, recurrieron a expresiones con las que denotaban la responsabilidad de la madre ante el hecho de estar en trabajo de parto en el que experimentan “dolor”. Esto puede ser interpretado de forma que el dolor experimentado por las mujeres en trabajo de parto es una forma de castigo

o penitencia por la que deben pasar las mujeres que mantuvieron relaciones sexuales. El personal médico espera que la mujer en trabajo de parto soporte las contracciones que ella describe como “dolorosas” sin mostrar malestar, lágrimas o nerviosismo. Estas expresiones son utilizadas para controlar a la mujer en trabajo de parto y menoscabar su autoestima, por lo que afectan su estado psicológico o emocional. Otro factor importante de la violencia psicológica ejercida durante el trabajo de parto es la culpabilidad, estas expresiones le reiteran a las mujeres en un momento vulnerable que el bienestar de su hijo/a depende únicamente de su fuerza o voluntad para pujar, y se transfiere “la culpa” o parte de la responsabilidad del desempeño del personal médico a la mujer en su totalidad. Las mujeres deben enfrentar el sistema patriarcal en todos los contextos, incluso en el ámbito biomédico al momento de dar a luz. Las experiencias de embarazo y parto están insertas en el patriarcado por lo que las mujeres deben enfrentar la violencia física y psicológica tanto fuera como dentro del hospital.

## VII. VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En este capítulo se abordan las experiencias de violencia obstétrica que experimentaron las mujeres al asistir a servicios de salud públicos y privados para su parto o cesárea. Los indicadores de violencia obstétrica que se utilizaron provienen de la revisión de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para un parto humanizado y la conducción del parto y también de las leyes concernientes a la violencia obstétrica de Argentina, Venezuela y México; en las cuales es definida al igual que las acciones que la constituyen. También se tomó en cuenta la perspectiva de grupos activistas para considerar elementos de violencia obstétrica que no fueron tomados en cuenta en las leyes o recomendaciones de la OMS. Esta información fue solicitada en la entrevista, en la cual se indagó cada uno de los indicadores.

### A. No proporcionaron información y descripción de los procedimientos médicos

La Ley No. 25929 sobre Parto Respetado de Argentina en el Artículo 2 establece que la mujer tiene derecho «a) *A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas*» (LegiSalud Argentina, 2006). La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Colima en México también toma en cuenta este factor al establecer que se considera un acto de violencia obstétrica según el Artículo 30 Bis.: «*I. Negarse a proporcionar a la mujer información respecto de los procedimientos médicos y quirúrgicos, o manipular la información para obtener su consentimiento*» (Gobierno del Estado de Colima, 2016). En las entrevistas se indagó si a las participantes se les proporcionó información y una descripción de los procedimientos médicos que se les realizaron durante en el parto o cesárea. De las mujeres que asistieron a un hospital del sector público, dos mujeres reportaron que al menos un procedimiento se les realizó sin pedir un consentimiento. De las tres entrevistadas que asistieron a un servicio hospitalario del IGSS, una mujer expresó que no se le proporcionó información sobre los procedimientos que se le realizaron. La experiencia de Sara demuestra que las mujeres no reconocen los procedimientos y que ella los reconoció porque tenía formación técnica de enfermería:

*«No, sólo yo me di cuenta porque el doctor le dijo a la enfermera "póngale una ampolla para arreciarle los dolores porque sino se va a quedar dormida". Pero no me explicaron, no me dijeron nada ni nada, sólo me la pusieron y ya. Y de hecho yo sabía porque un año anterior yo había hecho mis prácticas de maternoinfantil y en la clínica donde yo hice mis prácticas, la clínica periférica del Amparo, yo recibía partos o sea yo atendía partos entonces por ende sabía qué era lo que a uno le ponían, pero si yo no supiera hasta la fecha ni me hubiera dado cuenta qué me habían inyectado» (Sara, 26 años, 2 hijos).*

Con respecto a las mujeres que asistieron a un servicio de salud privado para su parto o cesárea, sólo una mujer de las siete entrevistadas reportó que no recibir la información sobre los procedimientos.

*«Y es que el ginecólogo siempre me había hablado, o sea si me explicó lo que era parto natural, pero nunca me explicó la cesárea». (Estela, 30 años, 2 hijos).*

En las entrevistas se evidenció que una práctica común del personal médico es proporcionar poca información sobre los procedimientos médicos y en algunos casos aplicarlos sin pedir su autorización. Esto podría indicar que para el personal médico proporcionarle la descripción de los procedimientos a las mujeres es equivalente a obtener el consentimiento para realizarlos. Algunas mujeres expresaron que sí dieron su autorización para los procedimientos ya que era lo que procedía según el doctor/doctora y algunas mujeres expresaron que no había otra opción.

## B. Tacto realizado por más de una persona sin consentimiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) pronunció en las “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva” (2018) que *«se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo»* (OMS, 2018:5). El colectivo “El Parto es Nuestro” plantea que los tactos vaginales deben ser realizados *«por personal experto, con manos limpias y cubiertas por guantes estériles»*. También plantea que el número de tactos vaginales sea limitado a uno solo cada cuatro horas, o en más ocasiones únicamente cuando existe una indicación para ello como decrecimiento de las contracciones, antes de la administración de analgésicos, o cuando la mujer quiere pujar (Asociación El Parto es Nuestro, S.F.).

En las entrevistas se indagó si a las participantes se les realizó tacto vaginal por más de una persona sin consentimiento durante en el parto o cesárea. De las tres mujeres que asistieron a un hospital del sector público, una mujer reportó que se le realizaron tactos por más de una persona sin consentimiento. De las tres entrevistadas que asistieron a un servicio hospitalario del IGSS, dos mujeres expresaron que más de una persona les realizó un tacto sin consentimiento. De las siete mujeres que asistieron a hospitales privados, ninguna reportó que se les haya realizado tacto por más de una persona sin pedir un consentimiento, esto es debido a que la mayoría fueron cesáreas planificadas por lo que no es pertinente realizar tactos para conocer el nivel de dilatación.

Las experiencias de Juana y Rosaura ejemplifican que los tactos vaginales son delegados de una persona a otra dentro del personal médico, en relación a la disponibilidad de personal, cambio de turnos y cantidad de pacientes en los hospitales:

E: *¿Y siempre fue la misma persona?*

Juana: *Sí.*

E: *¿O sea que sólo una de ellas dos te revisó?*

Juana: *No, la que me revisó primero era la patoja. Después de eso me revisó el patojo, igual practicante, porque ellos... Bueno, ella le dijo “revisala tú, yo tengo que ir a ver a la otra paciente entonces te toca revisarla”. A él le dijeron que me rompiera fuente creo que se llama y así fue.*

E: *¿Cómo te sentiste?*

Juana: *Incómoda.*

E: *¿Por qué?*

Juana: *Porque era hombre y era más mi dolor que mejor me aguanté, pero así pasó.*

(Juana, 28 años, 3 hijos).

E: *¿Quién le realizó tactos para saber el nivel de dilatación?*

Rosaura: *Las doctoras.*

E: *¿Siempre fue la misma persona?*

Rosaura: *No porque en lo que estuve cambiaban como que de turno, se iba una y llegaba otra. En lo que me estaban revisando la dilatación eran doctoras, en el parto sí fue un doctor.*  
(Rosaura, 19 años, 1 hijo).

Al navegar los ambientes hospitalarios, las mujeres en trabajo de parto se ven forzadas por la práctica biomédica a ignorar la incomodidad, y en algunos casos vergüenza, que les producen los tactos vaginales, especialmente cuando son diferentes personas que lo realizan en cada ocasión. Cosminsky identificó el pudor como un factor que complica la comunicación entre paciente y doctor, ya que la vergüenza causa que las mujeres no pregunten abiertamente a sus doctores durante los exámenes físicos. Este factor que también estuvo presente en las experiencias de cesáreas planificadas de mujeres que asistieron a hospitales privados, como lo expresó Estela diciendo «*¡Yo creo que perdí la vergüenza! jaja*». En otros casos también señalaban que se encontraban expuestas a diferentes personas sin necesariamente conocer si era necesaria su presencia, como señala Helen:

E: *¿Se sentía cómoda en la sala de operaciones?*

Helen: *No, para nada, para nada. Era una luz que me daba calor, estaba en alto, sentía que había mucha gente, tal vez eran los necesarios, pero para mí era demasiada gente, o tal vez porque yo estaba sin nada de ropa entonces para mí fue el momento más incómodo en mi vida. Yo sé que Estuardo es mi pareja y él me conoce, pues él es mi pareja pues, pero me sentía super incómoda al saber que él estaba allí tapado hasta la nariz, pues solo los ojos se le veían, y yo sin nada pues entonces eso. El tío de Estuardo también estaba allí también porque fue nuestro pediatra entonces esa situación que en ese momento tal vez no me importó tanto, sino que era lo nerviosa que estaba, pero sí me sentía incómoda por todo eso verdad.* (Helen, 28 años, 1 hijo).

### C. Uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto

La inducción del parto con oxitocina y la conducción del parto con oxitocina son prácticas que se utilizan comúnmente en la práctica biomédica. El uso de oxitocina o la cesárea no están recomendados antes de que la mujer alcance un umbral de dilatación de 5 cm, ya que es posible que el trabajo de parto se acelere naturalmente al alcanzarlo (OMS, 2018:5). Algunos marcos legales en Latinoamérica restringen el uso de medicamentos de aceleración. La Ley No. 25929 sobre Parto Respetado de Argentina en el Artículo 2 establece que la mujer tiene derecho «*d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer*» (LegiSalud Argentina, 2006). La ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela también establece que «*alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer*» (Artículo 51) se considera un acto constitutivo de violencia obstétrica.

Una limitación de la investigación es no tener acceso al expediente clínico de las mujeres, por lo que no se puede conocer si su uso fue justificado o no. Por lo tanto, se optó por nombrar este indicador como “uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto”, para reflejar si su uso fue común o no en las experiencias de las mujeres entrevistadas o no. De las tres mujeres que asistieron a hospitales públicos, la oxitocina para inducción del parto fue utilizada dos veces. En los tres casos de mujeres que asistieron a hospitales del IGSS, la oxitocina para conducción fue utilizada dos veces. En el sector privado ninguna de

las siete mujeres indicó que se utilizó oxitocina, ya que la mayoría fueron cesáreas planificadas por lo que su uso no es indicado.

Los casos de Juana y Teresa en el sector público, así como el caso de Sara y Rosaura en el IGSS, podrían indicar que el uso de oxitocina para la inducción y conducción del parto es rutinario en estos sectores y se les describe de forma sobre simplificada a las mujeres al mencionar que este suero o inyección apresura el parto para que acabe lo antes posible. Esto podría indicar que en la muestra del estudio no se contaba con suficiente información sobre las desventajas<sup>10</sup> para la madre y el feto:

E: *¿El doctor o personal le informaron que administrarían un medicamento o suero para apresurar el trabajo de parto?*

Juana: *Sí.*

E: *¿Te pidieron tu autorización?*

Juana: *No, sólo me dijeron “señora le vamos a poner una inyección para que su parto sea más rápido”.*

E: *¿Pero era como que le estuvieran preguntando?*

Juana: *No, allí solo dijeron “señora, le vamos a poner inyección, deme su brazo para que tenga más dolor más rápido y nazca su bebé más rápido” sólo así.*

(Juana, 28 años, 3 hijos).

E: *¿El doctor o personal le informaron que administrarían un medicamento o suero para apresurar el trabajo de parto?*

M2: *Sí porque como le digo tenía 3 de dilatación y de ahí no pasaba. Me dijeron “la vamos a inyectar tal medicamento en el suero para ver si se apresura más” pero no fue así entonces por eso me mandaron a cesárea.*

(Teresa, 25 años, 4 hijos).

## D. Episiotomía

El “American College of Obstetricians and Gynecologists” recomienda que el uso de la episiotomía no sea sistemático, sino que sea de uso restringido bajo las indicaciones adecuadas<sup>11</sup> ya que si este procedimiento se realiza antes de ser necesario, la hemorragia puede ser considerable y si se realiza tarde no se evitan las laceraciones. La reparación anatómica de esta incisión debe conllevar el uso de analgesia y sin suturas excesivas (Cunningham, et. al., 2011: 401-402). Este procedimiento también está considerado en el Artículo 30 Bis. de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Colima, México, que considera un acto de violencia obstétrica «IV. *El uso irracional de procedimientos médicos como la episiotomía*» (Gobierno del Estado de Colima, 2016). La Organización Mundial de la Salud en sus recomendaciones para una experiencia de parto positiva indica que «no se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo» (OMS, 2018:7).

---

<sup>10</sup> «Aplicada de forma indebida, la oxitocina puede causar mortinatalidad y ruptura uterina, y puede ocasionar que grandes dolores a la madre si no se suministra medicación para el alivio del dolor» (OMS, 2019:13).

<sup>11</sup> «distrofia de hombros y producto pélvico, aplicación de fórceps o extractor al vacío, posiciones occipitoposteriores y casos en los que pueda ocurrir la rotura del perineo si no se practica una episiotomía» (Cunningham, et. al., 2011: 401).

De las tres mujeres entrevistadas que asistieron al sector público, solamente Gabriela reportó que le realizaron una episiotomía. En el sector IGSS, de las tres mujeres entrevistadas Sara y Rosaura reportaron que se les realizó una episiotomía. Y en el sector privado ninguna de las 7 mujeres reportó el procedimiento de episiotomía ya que la mayoría fueron cesáreas planificadas, por lo que su uso no es indicado. La experiencia de Rosaura ejemplifica la situación por la que pasaron otras mujeres participantes respecto de la episiotomía sin consentimiento, y en su caso que se realizó sin el uso de analgesia:

E: *¿Durante el parto le hicieron un corte en su vagina?*

Rosaura: *Sí, fue rasgadura de segundo grado.*

E: *¿Le explicaron qué eran y/o pidieron su autorización?*

Rosaura: *Cuando estaba naciendo, no salía la cabecita. Me dijo el doctor que mi útero era como muy pequeño y entonces me tenían que cortar. Me cortaron bastante.*

E: *¿Estuvo de acuerdo?*

Rosaura: *Pues qué podía hacer. La verdad, no me dijeron nada, sólo me cortaron.*

E: *¿Le pusieron epidural?*

Rosaura: *No. Yo sentía todo.*

E: *¿Se tardaron mucho?*

Rosaura: *Sí se tardaron, no tanto, sólo cuando me cosieron sí se tardaron.*

(Rosaura, 19 años, 1 hijo).

E: *¿Durante el parto le hicieron un corte en su vagina?*

Gabriela: *Sí.*

E: *¿Le explicaron qué era o le pidieron su autorización?*

Gabriela: *No, la verdad que no.*

E: *¿Estuvo de acuerdo?*

Gabriela: *Como ya lo habían hecho no podía hacer nada.*

(Gabriela, 25 años, 1 hijo).

Es importante resaltar que a las mujeres entrevistadas que sí tuvieron un parto con episiotomía no se les pidiera autorización para el procedimiento. En adición a un procedimiento sin consentimiento, hay que considerar los resultados que presentó Papa (2016) respecto de que éste se realiza con base en conocimiento empírico y sin suficientes bases teóricas tanto a nivel de internos como externos en el Hospital Roosevelt. Los pacientes en los hospitales con fin de enseñanza se encuentran bajo el cuidado de profesionales y estudiantes de medicina, enfermería y otras profesiones. En este caso específico, las mujeres pasan a estar bajo el cuidado del personal médico para recibir asistencia médica, situación que también las expone a fungir como sujetos de prueba. La búsqueda de atención biomédica en el sector público para la atención del parto o cesárea conlleva a que el cuerpo de las mujeres esté sujeto a la experimentación, perpetuando la medicalización del cuerpo de la mujer. Este tema tendría que ser profundizado en siguientes investigaciones para conocer si este ocurre de forma consciente o inconsciente. Es decir, si la mujer considera o acepta la posibilidad de ser atendida por estudiantes desde antes de ingresar al hospital. Es necesario realizar este tipo de investigación en hospitales del IGSS y hospitales privados para conocer si la episiotomía también se realiza sin bases teóricas.

## E. Presión del fondo uterino

La maniobra Kristeller es una forma de presión del fondo uterino. Consiste en la presión externa de las manos sincronizada con la contracción uterina durante el parto, aunque también ha sido utilizado en cesárea y otras situaciones como la distocia de hombros y durante la dilatación. Esta maniobra no se encuentra descrita en los tratados de obstetricia de la actualidad, por lo que la transmisión de su uso se da de forma oral y demostrativa de salubristas a los estudiantes de medicina y enfermería (Rengel, 2011: 84). La Organización Mundial de la Salud (OMS) pronunció en las “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva” (2018) que *«no se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo»*. (OMS, 2018: 7). Sin embargo, esta práctica sigue ocurriendo y se dificulta medir su prevalencia, ya que no queda registrada en la historia clínica de las personas en trabajo de parto. Esta maniobra ha sido normalizada como una parte rutinaria del parto o cesárea y se ha utilizado sin una base científica que la justifique. La utilización de ésta sin regulación puede tener consecuencias tanto para la mujer, el bebé e implicaciones legales para el personal médico (Becerra, 2015:6-7).

Figura 7: Presión del fondo uterino a mujer en trabajo de parto.



Fuente: (WHO Reproductive Health Library, 2018).

Respecto de las tres mujeres que asistieron a un hospital público, dos de ellas experimentaron la presión del fondo uterino durante el parto. Teresa indicó que la doctora le explicó que debía pujar al mismo tiempo que cuatro personas le hacían presión sobre el abdomen:

*«Pues sentí dolor porque ella me decía "en el momento que echamos presión usted tiene que pujar lo más que pueda" y cuando ellas [cuatro] hacían presión tenía que pujar yo, no sentía tanto el dolor pero sí la presión en el estómago. Incluso se me reventaron los vasitos de los ojos por hacer tanta fuerza y me agarraron calambres, se me durmieron los brazos y las piernas y ya no pude hacer nada más»*. (Teresa, 25 años, 4 hijos).

De las tres mujeres que asistieron a hospitales del IGSS, Sara experimentó esta presión durante el parto. Ya que Sara contaba con formación en enfermería, ella reconoció esta maniobra y expresó que el dolor en las

costillas por la fuerza ejercida en su abdomen lo sintió momentos después del parto. Al igual que Teresa, ella menciona que cree que uno de los efectos de la maniobra fue rotura de los capilares de los ojos:

*«Y ya después cuando pasé al trabajo de parto me hicieron una maniobra, no recuerdo cómo se llama esa maniobra, siempre se me olvida el nombre; pero era un médico que se me subió encima. Cuando nació la nena sí fue muy fuerte, pero yo no lo sentí sino hasta después porque con las contracciones. Sentía sólo la presión pero no sentía dolor, hasta después fue que me empezaron a doler las costillas y yo no miraba porque de la presión que me habían hecho se me reventaron los vasos de los ojos y de la cara, entonces yo no miraba nada. No miraba, literalmente, o sea miraba la luz pero no distinguía. Entonces yo me asusté y le dije a una enfermera de que porqué no miraba, que me explicara entonces vino ella y me dijo "Lo que pasa es que tiene muy irritados sus ojos pero le voy a echar unas gotas" y me echó unas gotas, qué gotas no sé pero me echó unas gotas. Entonces yo pasé como unos quince días sin poder ver bien por lo mismo de los vasitos sanguíneos que se me habían reventado. Terminé toda edematizada de cara, de todo, en general y adolorida por lo mismo. Y eso fue con lo del primer parto, ahora con lo del segundo parto igual terminé edematizada y reventada pero no tanto como la primera. Fueron como dos semanas que estuve así, o como dos semanas». (Sara, 26 años, 2 hijos).*

Estefanía, Estela y Laura fueron tres de siete mujeres que asistieron a hospitales privados que indicaron haber recibido presión en el fondo uterino durante la cesárea. Lau indicó que el obstetra utilizó el codo para realizar esta presión:

*«Como que el obstetra me dijo "vas a sentir una presión como que arriba del abdomen pero es para que salga el bebé", yo dije "¡ah va!" como no siento nada. Pero eso sí lo sentí porque como está arriba de la cintura entonces te apachan con el codo así y empujan al bebé como que para simular un parto natural, eso sí me dolió y grité ¡ah! y cabal salió el bebé y comenzó a llorar». (Laura, 23 años, 1 hijo).*

## F. Manejo activo del alumbramiento

El alumbramiento se refiere al tiempo entre el parto del recién nacido y la expulsión completa de la placenta, durante este período se puede dar una hemorragia postparto como resultado de la separación de la placenta. El alumbramiento es tratado de forma activa con inyección de oxitocina para que la matriz se contraiga, pinzar el cordón umbilical y tracción del cordón controlada (TCC) (Hofmeyr, Mshweshwe y Gülmezoglu, 2015). También se puede tratar con la maniobra de Crede (una forma de presión del fondo uterino). Estas dos intervenciones son recomendadas sobre la manipulación uterina y la tracción del cordón (no controlada). Es importante que el personal médico tenga un buen manejo de las técnicas, ya que si son mal realizadas pueden provocar dolor, hemorragia, e inversión del útero (Peña-Martí y Comunián-Carrasco, 2007). En el caso de cesárea, la TCC también está recomendada sobre la extracción manual como procedimiento de rutina; la manipulación podría indicarse sólo si existe una hemorragia importante (Goonewardene, 2009).

Según el colectivo español "El Parto es Nuestro", el alumbramiento de la placenta ocurre de forma natural entre 10 a 30 minutos después del nacimiento del bebé cuando surge un pico de oxitocina muy fuerte que reanuda las contracciones. Este colectivo explica que si se da en circunstancias como un ambiente cálido y se le permite la verticalidad a la mujer, así como el apego con el recién nacido, se dará el alumbramiento espontáneo. Sin embargo, el alumbramiento dirigido es rutinario; esto implica que se la administran de 5-10

unidades de oxitocina endovenosa directa (sin diluir) a la mujer para reanudar las contracciones. El colectivo propone que se le informe detalladamente a la madre la diferencia entre un alumbramiento espontáneo y dirigido y se respete su decisión (Asociación El Parto es Nuestro, S.F.).

Con respecto de las cinco mujeres que tuvieron un parto, sólo Juana y Gabriela recordaron el momento del alumbramiento. Juana mencionó que utilizaron un masaje y Gabriela mencionó que utilizaron presión sobre su abdomen. Esto podría indicar que se utilizó la maniobra de Crede como parte del manejo activo del alumbramiento. Teresa, mencionó que en sus partos anteriores sí se le aplicó presión en el abdomen, pero que en el caso de la cesárea no sabe qué sucedió respecto al alumbramiento,

*«Ya en cesárea si no sé, yo me imagino que la tuvieron que hacer sacado durante la cesárea. En los partos anteriores sí me sacaron la placenta, me presionaban el estómago. Me hacían como un masaje en el estómago, pero con presión así bien duro para poder sacarla. Duele porque el estómago le queda como delicado a uno y todavía le presionan más. Es bastante doloroso eso, sólo de recordarlo me da escalofríos» (Teresa, 25 años, 4 hijos).*

El caso de las cesáreas es diferente ya que el alumbramiento es artificial, la mayoría de las ocho entrevistadas que tuvieron una cesárea programada expresaron lo mismo que Estefanía: *«Ni me recuerdo haber visto eso»*. Dos mujeres sí recuerdan el momento del alumbramiento, Sofía indicó que se utilizó una pinza y la manipulación, lo que podría indicar que se utilizó TCC. Y Laura recuerda que escuchó el sonido de una aspiradora, pero que debido a que fue una cesárea no podía observar lo que hacían los médicos.

E: *¿Dejaron que la placenta saliera sola o le hicieron alguna presión o usaron pinzas para que saliera?*

Sofía: *Con pinzas la sacaron. Jalaron con la pinza y con la mano la sacaron.*

E: *¿Fue inmediatamente después de sacar a la bebé?*

Sofía: *Sólo limpiaron con algodones porque como queda sangre va. Sacaron, limpiaron con algodones ahí sí con pinzas, limpiando y de ahí sacan la placenta. Normalmente no la encuentran como queda mucha sangre.*

(Sofía, 28 años, 2 hijos).

*«No ví, sólo escuché. Como que otro bebé, como que sentí que limpiaron. De primero sentí como que me limpiaron ellos y ya después que me limpiaron con un montón de gasas porque sí miraba que sacaban como gasas y gasas, ya escuché la aspiradora, de plano que era el residuo» (Laura, 23 años, 1 hijo).*

## G. Trato jerárquico deshumanizador (burlas, críticas)

La OMS reconoce que el trato irrespetuoso, ofensivo y negligente durante el parto ocurre a nivel mundial. Este maltrato representa una violación de la confianza entre mujeres en estado de vulnerabilidad y profesionales de salud, que a la vez es un factor que desmotiva a las mujeres a buscar asistencia médica (OMS, 2014:1). El maltrato, burlas y críticas a las mujeres entrevistadas se presentó en los tres sectores, dos de las tres mujeres entrevistadas que asistieron a un hospital público indicaron recibir una burla o crítica que las hizo sentir incómodas. En el sector público-privado una de las tres entrevistadas indicó haber recibido estas críticas o burlas y en el sector privado dos de las siete entrevistadas indicaron recibir críticas o burlas. Juana, en el sector público, indicó que fue reprendida por el personal médico por su desempeño al pujar,

remarcando que ella ya había pasado por lo dolores de parto anteriormente; también se le recalcó que en caso de la muerte de su bebé ella era la culpable. Teresa indicó que, aunque en sus tres partos anteriores no había percibido maltrato, en su último parto fue tratada bruscamente por un practicante, y que al manifestarlo el practicante le mencionó que el personal médico no es responsable de tratar con consideración a las pacientes:

*«Pues bien, ellas solo me dijeron “mire señora, ya vio que usted no es su primera vez, que usted casi mata a su bebé y que le pasa usted no empujaba con fuerza porque usted casi lo mató a la bebíta, usted no quería que naciera” me dijeron y yo le dije “no es que yo no tenía fuerzas”, “pero tenés que tener fuerzas no es su primera vez porque ya has tenido dos y ya con este son tercera y ya sabes de los dolores” me dijeron nada más.»*

E: *¿Se lo dijeron mientras estaba pujando?*

*“No, ya había nacido la nena... como unos diez o quince minutos.”*

(Juana, 28 años, 3 hijos).

*«La doctora le dijo [al practicante] “se tiene que levantar para que haga ejercicio y su cuerpo se vaya acostumbrando porque si ella se está acostada le va a doler más” y yo le dije “me quiero levantar”. Una señora le dijo “ayúdale a levantarse porque sí le duele demasiado, ella ha estado llorando todo el día porque le duele y no le han dado y no se puede levantar. Ella se quiere levantar a comer”. Yo no me podía dar vuelta ni para un lado ni para el otro, me dolía, vine yo y le dije si me podían ayudar y me dan un jalón pero jalón así y yo lloraba. Y le dije que no fueran tan abusivos porque no sentían el dolor que uno sentía y se molestó y me dijo “Mire señora, nosotros aquí nos estamos para tenerle consideración a nadie” y yo como “ah vaya”. Me quedé callada porque del dolor ni modo, me dicen las otras señoras “si ellos quieren estudiar eso, saben el trabajo que cuesta entonces no deberían estudiar medicina, nada de eso”. Y yo sí, pero ni modo pero va, sólo fue en ese momento el maltrato. Fue primera vez que me pasó eso porque en los partos anteriores en ningún momento» (Teresa, 25 años, 4 hijos).*

La experiencia de Sara en el IGSS retrata la misma situación de Juana, ya que se le recalcó que por ser su segundo parto ella debía poder manejar el estrés y dolor para evitar llorar. Esto podría indicar que el personal médico, espera que las mujeres que han tenido partos previos mantengan serenidad durante sus siguientes partos sin tomar en cuenta que las circunstancias de las mujeres puedan ser diferentes.

*«Luego me pusieron en una camilla y me dejaron así pegada a la pared sola, así como que “bueno, súbbase ahí y ahí se queda”. Luego me empezaron las contracciones mucho más fuertes y mucho más fuertes. Entonces hubo un momento en que yo me desesperé por el dolor que sentía y empecé a llorar y a llorar y a llorar y a llorar, y cuando el doctor llegó vino y me dijo “¿por qué llora señora? ¿Si no ya es su segundo pues? Usted ya sabía a lo que venía, ahora aguántese” me dijo el doctor» (Sara, 26 años, 2 hijos).*

En el sector privado Helen y Laura indicaron que recibieron comentarios del personal médico que las hicieron sentir incómodas:

*«Sí la verdad es que el anestesiólogo fue el que me dijo “está muy nerviosa, tranquilícese”, si lo sentí como un poco tajante como “tranquilícese, tiene que” no como con modo. Yo sí de verdad entiendo y acepto que yo soy una persona muy nerviosa y en ese momento estaba el triple de nerviosa de lo que yo soy pero siento que no fue tampoco el modo correcto pues el anestesiólogo» (Helen, 28 años, 1 hijo).*

E: *¿Cómo fue el trato que le dieron las enfermeras/os durante su estadía en el hospital?*  
Laura: *Algunas enfermeras sí eran pesadas. Como que... ah va. Esa fue otra cosa que después de salir del parto me tenía que bañar pero traté la primera vez, dije “bueno, me voy a levantar para*

*irme a bañar", ah bueno, llegaron las enfermeras y me dijeron "se tiene que bañar, levántese". Entonces me levanté y me mareé, me dio náusea y dijo "No, no puedo, me siento mal, me siento débil, no puedo", "bueno, acuéstese, más tarde venimos", me acosté y seguí descansando. De ahí llegaron otra vez y traté de levantarme y bueno dije, tengo que hacerlo, todavía me siento mareada pero tal vez caminando ya se me pasa, si dos pasos y dije "No, me voy a desmayar" entonces me regresaron a la casa entonces me dijeron "bueno, cuando usted se sienta preparada mejor llámenos" pero ahí sí sentí que estaban pesadas porque como que fue de "ay ésta, no se puede levantar" pero no era que yo no quisiera sino que el cuerpo me desmayaba» (Laura, 23 años, 1 hijo).*

Vivian, que también asistió a un hospital privado, recuerda que en su parto anterior recibió burlas por parte de la enfermera. Ella indicó que recibió este trato a pesar de asistir a un hospital privado más costoso que el hospital al que asistió en su último parto:

*Vivian: Pues en el hospital como te digo me ayudaban a llevarme al baño, me ayudaron a bañarme y sí fue muy diferente como te digo en ese hospital porque sí la enfermera me baño prácticamente en cambio cuando tuve yo a mi primer nene, y eso que fue en un hospital más caro que en este que tuve ahorita a mi segundo bebé, fue aquí en el Santa Margarita con él en la zona 1 y al otro día si me molestó mucho un comentario de una enfermera porque me llegaron a levantar "báñese, usted puede, usted fue parto normal usted no tuvo nada", eso fue lo que me dijo va en cambio esta vez no en este hospital como te digo sí la enfermera me ayudó y todo bien amable va en cambio en el Santa Margarita eso me dijo una enfermera y después yo le dije que me ayudara a fajarme y me dijo me vio como que te marcan atrás verdad te ponen como masking o algo y me dice "si hay usted fue con anestesia usted no sintió nada" me dijo cuando me vio los masking atrás va y me los quito, sí muy pesadas las enfermeras de allí de Santa Margarita, mi experiencia allí fue mejor ahorita en la segunda vez.*

*E: ¿Le dijo que como fue con anestesia no sintió?*  
*Vivian: Ajá que "no usted no sintió nada", pero así como en burla y en la mañana como te digo cuando me despertaron no me recuerdo si fue la misma enfermera sinceramente pero fue como báñese usted sola usted fue parto normal usted no tuvo nada me dijo.*  
(Vivian, 23 años, 2 hijos).

Las mujeres entrevistadas no mencionaron haberse sentido violentadas por doctores y enfermeras. Sin embargo, sí se refirieron a las burlas y críticas que recibieron diciendo que percibieron que al personal médico "pesado" o "grosero". Utilizando el análisis de Arguedas respecto al poder obstétrico, estos comentarios denigrantes son parte del mecanismo de poder obstétrico. A través del castigo, que en este caso es la vergüenza pública, los biomédicos y personal en el hospital someten de forma (consciente o inconsciente) a las mujeres al mandato social de ser obedientes y dóciles y de esa forma también enviar un mensaje al resto de mujeres presentes en la sala de parto o maternidad.

## H. Obstaculizar el apego precoz del recién nacido

El apego precoz del recién nacido con la madre se debe procurar, ya que según la OMS, «se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia» y en el caso de los «bebés con bajo peso al nacer (BPN) se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos» (OMS, 2018:7). La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela en el Artículo 51 establece un acto constitutivo de violencia obstétrica «obstaculizar el apego precoz del niño o

niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer» (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007). En el Artículo 30 Bis. la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Colima, México también considera un acto de violencia obstétrica «I. *Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del recién nacido con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer*» (Gobierno del Estado de Colima, 2016).

En el sector privado, dos de las tres entrevistadas reportaron que no tuvieron la oportunidad de cargar a sus hijos después del parto. Juana sí tuvo la oportunidad de apegarse a su bebé, mencionó que su tercer parto fue la primera ocasión en la que cargó a su bebé inmediatamente después del parto. Ella relató que fue una experiencia nueva en la que sintió cómo se creó un lazo con su bebé:

*E: ¿Pudo ver o abrazar a su bebé luego del parto o cesárea?*

*Juana: Sí.*

*E: ¿Cómo se sintió al respecto?*

*Juana: Rara porque la verdad nunca lo había hecho. Yo al nacer a la nena no lo había hecho, que viniendo ella al mundo y me la agarran, me la ponen encima, nunca con las dos (otros hijos). Nunca lo habían hecho y hasta la primera vez y me sentí rara y dije ¡ay no! Que estaba todavía no lo habían bañado ni nada estaba shuquita digamos. Y entonces dije yo no pero como ella quería estar en mi cuando me lo quitaron empezó a llorar como quien dice que soy yo o algo así que sintió que era yo su mamá y al quitármela empezó a llorar pero sí.*

(Juana, 28 años, 3 hijos).

En el sector privado seis de las siete mujeres entrevistadas indicaron que no tuvieron la oportunidad de cargar a su bebé inmediatamente después del parto, esto en gran medida debido a que fueron cesáreas planificadas por lo que se encontraban amarradas de los brazos:

*«Estaba amarrada, pero si le puede dar un beso. Si me la enseñaron, no más nació me la enseñaron, ni la habían limpiado me la enseñaron, así como nació, le di un beso y se la llevaron. Me sentí feliz, desde lloré de verla»* (Estefanía, 22 años, 1 hijo).

Vivian fue la única de las siete mujeres que cargó a su bebé en el sector privado, después de su parto. Ella indicó que el personal médico la motivó a amamantar a su bebé inmediatamente después:

*«Sí, eso sí y como te digo, lo bonito del segundo parto con esos doctores es que nada más lo tuve y “dele pecho de una vez” va. En cambio con mi primer bebé no, sí me lo pasaron verdad porque cuando lloran y te los acercan a ti se calman y todo pero de allí se lo llevaron verdad a limpiarlo y todo y ya no me lo dieron, no sé si fue por la hora porque como él nació a la una de la mañana y se lo llevaron de una vez no me lo dejaron toda la noche en cambio él nació a las seis y media y sí se lo llevaron pero como a las nueve de la noche me lo regresaron y me lo dejaron toda la noche en cambio a mi otro nene no me lo dejaron».* (Vivian, 23 años, 2 hijos)

## 1. Violencia obstétrica en el sector público y privado

En el Cuadro 6 se presentan señaladas los indicadores de violencia obstétrica que experimentaron las mujeres que asistieron a servicios de salud públicos, como hospitales nacionales y maternidades. La experiencia de Teresa presentó dos formas de esta violencia, la experiencia de Juana cuatro formas y la experiencia de Gabriela presentó cinco. Las formas de violencia obstétrica frecuentes fueron “No

proporcionaron información y descripción de los procedimientos médicos”, “Uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto”, “Presión del fondo uterino”, “Alumbramiento de la placenta forzado”, “Trato jerárquico deshumanizador (burlas, críticas)” y “Obstaculizar el apego precoz del recién nacido”.

*Cuadro 6: Indicadores de violencia obstétrica en las experiencias de parto o cesárea en el sector público.*

Sector público			
Indicadores de violencia obstétrica	Teresa	Gabriela	Juana
No proporcionaron información y descripción de los procedimientos médicos		✓	✓
Tacto realizado por más de una persona sin consentimiento			✓
Uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto	✓		✓
Presión del fondo uterino	✓	✓	
Episiotomía		✓	
Manejo activo del alumbramiento		✓	✓
Trato jerárquico deshumanizador (burlas, críticas)	✓		✓
Obstaculizar el apego precoz del recién nacido	✓	✓	

Fuente: Elaboración propia.

En el Cuadro 7 se presentan señaladas las formas de violencia obstétrica que vivieron las mujeres de la muestra que asistieron a servicios de salud del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) para atender su parto o cesárea. Sofía experimentó dos formas de violencia obstétrica, Rosaura experimentó tres y Sara experimentó siete formas diferentes. Las formas de violencia obstétrica más comunes en el sector público-privado fueron “Tacto realizado por más de una persona sin consentimiento”, “Uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto”, “Episiotomía” y “Obstaculizar el apego precoz del recién nacido”.

*Cuadro 7: Indicadores de violencia obstétrica en las experiencias de parto o cesárea en el sector público-privado.*

Sector público-privado (IGSS)			
Indicadores de violencia obstétrica	Sofía	Sara	Rosaura
No proporcionaron información y descripción de los procedimientos médicos		✓	
Tacto realizado por más de una persona sin consentimiento	✓		✓
Uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto		✓	✓
Presión del fondo uterino		✓	
Episiotomía		✓	✓
Manejo activo del alumbramiento			
Trato jerárquico deshumanizador (burlas, críticas)		✓	
Obstaculizar el apego precoz del recién nacido	✓	✓	

Fuente: Elaboración propia.

En el Cuadro 8 se observan las acciones que constituyen violencia obstétrica que experimentaron las mujeres que asistieron a servicios de salud privados. Las experiencias de Perla, Vivian y Anabela presentaron una forma de violencia obstétrica. Helen y Estefanía vivieron dos formas de violencia obstétrica, Estela vivió tres formas y Laura experimentó cuatro de estas acciones por parte del personal médico. La

forma de violencia obstétrica más frecuente en el sector privado fue “Obstaculizar el apego precoz del recién nacido”, las otras que se repitieron fueron “Presión del fondo uterino” y “Trato jerárquico deshumanizador (burlas, críticas)”.

Cuadro 8: Indicadores de violencia obstétrica en las experiencias de parto o cesárea en el sector privado.

Sector privado							
Indicadores de violencia obstétrica	Perla	Helen	Vivian	Estefanía	Estela	Laura	Anabela
No proporcionaron información y descripción de los procedimientos médicos					✓		
Tacto realizado por más de una persona sin consentimiento							
Uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto							
Presión del fondo uterino				✓	✓	✓	
Episiotomía							
Manejo activo del alumbramiento							
Trato jerárquico deshumanizador (burlas, críticas)		✓				✓	
Obstaculizar el apego precoz del recién nacido	✓	✓		✓	✓	✓	✓

Fuente: Elaboración propia.

La forma de violencia más común que reportaron las mujeres entre todos los sectores fue “Obstaculizar el apego precoz del recién nacido” (10), seguido por “Presión del fondo uterino” (6) y “Trato jerárquico deshumanizador como burlas y críticas” (5) (Ver Anexo 4). Este análisis comparado nos demuestra que tanto en el sector público como en el sector privado se ejerció violencia obstétrica sobre las mujeres de la muestra de acuerdo con los indicadores planteados por la OMS. La diferencia que se percibe es que las formas de violencia obstétrica que ocurren en el sector público e IGSS son fáciles de percibir por las mujeres, como los tactos realizados por más de una persona sin consentimiento y las críticas y burlas. En el sector privado también se ejerce violencia obstétrica sobre las mujeres, pero influye que ellas son percibidas como clientes por lo que el personal médico trata de proporcionarles un “mejor servicio”, reflejado en un mejor trato. Sin embargo, las mujeres sí están sujetas a otras formas de violencia obstétrica como la presión del fondo uterino y la obstaculización del apego precoz del recién nacido. A raíz de estos resultados se plantea

que un factor que puede reducir la ocurrencia de acciones de violencia obstétrica es que se permita a las mujeres tener un acompañante desde el ingreso hasta el egreso del hospital público y público-privado.

El conocimiento autoritario influye en las relaciones de poder en el contexto médico. Ellison (2003) explica que a través de la medicalización y patologización del cuerpo de la mujer los biomédicos han llegado a acumular un conocimiento validado por el método científico. Este conocimiento autoritario sobre el embarazo, parto y puerperio invalida el conocimiento de las mujeres sobre sus cuerpos y también el conocimiento de formas tradicionales de tratar sus síntomas. En esta investigación se pudo constatar que las relaciones de poder desiguales permean en las instituciones de salud que visitaron las mujeres tanto a nivel organizacional, como a nivel paciente- médico, paciente-enfermera y paciente-estudiante.

Arguedas (2014), basada en los aportes de Michel Foucault desarrolló el concepto de poder obstétrico. La autora propone que la violencia obstétrica es el mecanismo de control y opresión derivado del poder obstétrico. En el caso de los partos o cesáreas, el dolor de una mujer no es validado hasta que el doctor, quien tienen un papel de autoridad, lo reconoce y trata. Desde el enfoque Foucaultiano, Arguedas explica que en el contexto gineco-obstetricia también se aplica el castigo, a través de la vergüenza pública para también enviar una advertencia al resto de mujeres. En el caso de las mujeres de la muestra, el castigo sí ocurrió a través de la vergüenza pública, específicamente los comentarios y críticas. Sin embargo, respecto de los casos de violencia obstétrica que se presentaron en la investigación, el castigo no es solamente a través de la vergüenza pública. El castigo también es físico, ya que los cuerpos de las mujeres están expuestos al dolor en un tacto vaginal mal realizado, los puntos de la cesárea o episiotomía, los efectos de la anestesia general, entre otros. Los cuerpos de las mujeres pasan por el proceso para ser cuerpos sexuados (dóciles) a través del castigo como vergüenza pública y también como castigo físico, dolores y complicaciones que duran semanas.

## VIII. PUERPERIO

En este capítulo se abordan las experiencias de puerperio de las mujeres entrevistadas. Se presentan los temas principales a los que se refirieron las madres jóvenes respecto de este período de cambios físicos y readaptación después del parto.

### A. Lactancia materna

Las mujeres que optaron por lactancia materna indicaron que las razones que las motivaron fueron los beneficios que tenía para los recién nacidos y para ellas:

*«Yo no quise dar pacha. Le daban pacha en el IGSS entonces yo dije "¡Ay, no! Qué pereza andar con el termo, las pachas, la pañalera ahí". No, yo sólo pecho. A los dos meses le daba leche de bote también, la NAM, pero de ahí a los dos meses ella la dejó. Para mi mejor, y ahora sólo su pecho». (Sofía, 28 años, 2 hijos)*

*«Porque dicen que ese es el mejor, si uno le da de mamar así de materna es mejor para que crezcan sanos y que no tenga enfermedades. Más que todo le ayuda en el crecimiento». (Juana, 28 años, 3 hijos).*

La lactancia materna es un tema que para algunas mujeres entrevistadas fue reportado como frustrante, ya que la dificultad de empezar a amamantar a su bebé contrastó con las expectativas que ellas tenían. Perla indicó que ella deseaba darle lactancia exclusiva a su bebé porque había recibido charlas informativas sobre el tema durante su embarazo. Sin embargo, en los primeros días ella creyó que la leche que ella producía era poca para el apetito del bebé, y aceptó la sugerencia del personal médico de alimentarlo con fórmula por el deseo de que su bebé estuviera bien alimentado. Perla dudó de su decisión cuando tuvo problemas para amamantar a su bebé posteriormente, así que optó por recibir una asesoría de lactancia por parte de la Liga de Leche Materna.

*«Yo pedí que el bebé tuviera lactancia exclusiva estando en el hospital, me lo llevaron casi que al ratito de que nació, ahí se estuvo conmigo, ahí durmió. Por más que yo ya había tenido charlas de lactancia, por más que yo había leído y así no sentí que fuera suficiente porque quiera que no mi leche todavía no... Él como era un niño grande quería comer. La segunda noche que yo estuve ahí ya yo me sentía frustrada porque el bebé no dejaba de llorar y yo así como por qué no puedo darle, yo me lo ponía y casi no, 5 minutos, me lo quitaba y me dijeron "No, mire, para que él no tenga hambre le damos una pacha de fórmula", no sé, tal vez yo en mi necesidad de que yo quiero que él coma y que esté bien, me preocupaba mucho eso, dejé que le dieran una pacha así como de fórmula y se quedó tranquilo. Sin embargo, eso también fue problema después porque por ejemplo, él luego a mí no me quería aceptar tanto, ya era que uno no le tiene que dar el mamón por lo menos el primer mes para que no confundan. Muchos pueden tomar de ambos y no confunden pero pues, o sea, otros sí entonces a mí ya no me quería. Ya cuando salí del hospital tuve una asesoría de lactancia, que es de las mejores inversiones que he hecho en mi vida» (Perla, 28 años, 1 hijo).*

Laura indicó también haber asistido a charlas informativas sobre lactancia materna, por lo que no optó por recibir atención por una consejera de lactancia materna como uno de los servicios del hospital privado al que asistió. Ella indicó haber recurrido a diferentes tés y pastillas con plantas como fenogreco, ixbut y “cachito” para estimular la producción de leche. Laura deseaba dar lactancia a su bebé, pero las

diferentes medidas que tomó para estimular la leche no funcionaron a totalidad, por lo que actualmente complementa la lactancia materna con fórmula.

*«Fue frustrante porque ellas te pintan que te va a salir la leche sólo así, o sea que va a llegar el bebé y la leche te va a salir y es mentira pues porque no te sale sólo así. Y como mi mamá sí dio de mamar, me decía "ay no, a mí literal sólo me salía" y mi suegra también como "a mí sí me salía" va, yo me sentía mal porque no me salía entonces me frustraba. El doctor me decía "mientras más te frustrás menos te va a salir, relajáte" y yo como ¿por qué no me sale?! y tomaba té de ixbut y tomaba un montón de agua y no me salía. Me fui a mi casa y no me salía la leche todavía y yo sí le quería dar va. Aparte tal vez, no sé, mi pezón era muy grande y su boquita muy pequeña entonces él ni siquiera hacía el intento para succionar. La cosa es que me salió el calostro como a la semana y bueno, y yo para que me saliera leche con el extractor de leche me lo ponía para estimular porque como él no me estimulaba y si no te lo estimulás nunca te va a salir pues. Me lo ponía y nada, ni una gota hasta que a la semana me salió ¡ay dios! unas gotitas y yo ¡me salió, por fin! Le di calostro como tres días y de ahí, ah va. En el hospital me dio infección urinaria entonces tuve que tomar antibiótico y el antibiótico te corta la leche, entonces vi el calostro y se me cortó la leche, se me cortó una semana, de ahí otra vez era como comenzar de cero. No me salía, compré otros tés que daban y nada, también compré unas pastillas que venían de los Estados Unidos que tenían fenogreco, ixbut y otros montes que supuestamente te dan leche y tampoco me funcionó. Tomé un monte que les dan a las vacas para que tengan bastante producción y ese siento que sí me ayudó. También tomé cachito, eso también me ayudó hasta que logré tener leche, pero mi leche es poca. Todavía tengo, pero es poca. Como es hombre, no se llena entonces le doy fórmula, lo complemento». (Laura, 23 años, 1 hijo).*

Una de las entrevistadas indicó que el tema de lactancia materna fue un factor de tensión dentro de su familia. Vivian indicó que tanto su suegra como su madre le han dicho comentarios que ella decide ignorar:

*Vivian: Sí, y también de que no podés por la leche y todo eso de parte de mi suegra, y de todo va. Y ahorita, no creas, también mi mamá. Es que mi mamá solo nos dio, entonces ella no cree y siempre cada vez que viene no falta su comentario, más si el bebé está llorando o algo: "No te está saliendo verdad" o "No podés" o "Dale mejor una pacha de fórmula, ¿no podés comprar el bote de leche? Yo se lo compro".*

*E: ¿Respetas que es una decisión tuya?*

*Vivian: No, no lo respetas, pero ella ya es así, lo que trato de hacer es no escucharla verdad.*

*(Vivian, 23 años, 2 hijos).*

## B. Depresión

La mayoría de las participantes asistió a una consulta médica post parto para revisar su estado de salud, mientras que dos participantes no asistieron a una consulta médica post parto. Se consultó a las mujeres cómo se sentían durante el puerperio y también si durante sus chequeos post parto su médico les hizo preguntas para corroborar su estado emocional. La mayoría de las mujeres indicó que en su chequeo posparto no se indagó en su estado emocional, el foco estuvo en aspectos físicos como revisar los puntos quirúrgicos de la episiotomía en el caso de los partos o de la cesárea. Sólo una de las entrevistadas indicó que su médico tuvo interés en su estado emocional, él le explicó que las mujeres pueden experimentar depresión post parto por lo que si sentía necesidad de buscar apoyo se abocara a él. Además, el doctor le expresó a su esposo que debía comprender a Laura y ofrecerle apoyo:

«Antes de tener al bebé, me dijo que un montón de mujeres tienen depresión post parto. Y me dijo que normalmente es cuando no tienen apoyo de su familia, o no tienen pareja y que es normal. Y que si yo sentía que tenía eso que por favor le dijera para tratarlo, para que yo me sintiera mejor. Cuando llegué al hospital me dijo "¿cómo estás? ¿cómo te sentís?". Le dije que bien, cansada, bien, feliz por el bebé y todo. Al mes me dijo que cómo estaba y cómo me sentía, que si todo bien en la casa y así y le dije que sí, que todo bien, que estaban todos apoyándome, que no me sentía mal sólo me sentía como que no sabía hacer nada. "No sé hacer nada, siento que no sé sacarle el aire" le dije, no sabía sacarle el aire, sólo mi esposo sí sabía sacarle jaja. "Ah, está bueno. ¿cómo está tu familia? ¿te llegan a ver?" Como que me hacía preguntas así discretas para ver cómo estaba, y me dijo "Está rebien. Igual cualquier cosa si te sentís mal, avísame, llámame. Ahí tenés mi teléfono". Le dijo a mi esposo "Mirá, ahorita entendéla. Si se pone a llorar, abrázala. No es de "¿por qué te ponés a llorar? porque algunos esposos tal vez hagan eso porque ellas quedan sensibles después del parto"» (Laura, 23 años, 1 hijo).

Vivian indicó que en el puerperio vivió depresión postparto, su esposo notó sus síntomas y actitudes por lo que trató el tema con el doctor. Vivian indicó que la razón por la que pudo estar vulnerable a la depresión fueron los antecedentes de depresión de ambos padres y que la noticia de su embarazo no fue recibida de forma positiva en su familia extendida. Ella indicó que su esposo fue de gran ayuda para salir de la depresión. Vivian relata que durante ese período se sentía triste y lloraba seguido, se encerraba en su habitación, cerraba las cortinas y no le prestaba la misma atención a su otro hijo. Otra entrevistada que indicó haberse sentido deprimida fue Sara, esto se debía que se sintió sola y por su imagen personal.

«Yo le dije, fíjate, porque sí era muy raro. Qué te digo, pasaba casi todo el día durmiendo, tirada, así tirada en la cama y mi nene, el mayor, a la par mía y le daba yo el teléfono va para que jugara. Y ya ni hacía almuerzos ni nada, o sea, lo primero que encontraba en la refri, se lo daba a él un pan con jamón, un huevo de almuerzo pues y yo nunca he sido así. Va, entonces sí mi esposo le mencionó a él y él dijo que era depresión verdad y lo que también era que no me gustaba la luz, cerraba las cortinas de nuestro cuarto y me la pasaba durmiendo todo el día, sí eso fue lo que tal vez me marcó bastante» (Vivian, 23 años, 2 hijos).

«Ay, terrible. Hubo un momento en el que sí me deprimí porque no me quedaba mi ropa, me sentía muy gorda y especialmente porque yo nunca he sido gorda. Y no era tanto porque me viera mal sino porque no me quedaba mi ropa y yo no sabía ni qué ponerme ni nada porque nada me quedaba. Entonces era como que algo depresivo esa sensación y que pues a la larga me sentía como que sola o no sé. El puerperio de éste fue como que un poco más triste, no sé si fue por el efecto de la depresión postparto o porque realmente estaban pasando las cosas pero sí me sentía como que sola, como que no me sentía apoyada y así» (Sara, 26 años, 2 hijos).

## 1. Imagen personal

Las mujeres describieron que, respecto a su imagen personal, se sentían preocupadas por perder el peso que habían aumentado durante su embarazo. Las entrevistadas también mencionaron que, aunque perdieran peso los músculos de su abdomen, no se sentían firmes:

Gabriela: *Todavía no me acostumbro (jaja).*

E: *¿Por qué no se acostumbra?*

Gabriela: *A que mi estómago quedó demasiado aguado, se puede decir.*

E: *Pero digamos, ¿usted subió de peso?*

Gabriela: *No pero se siente que esta como suelto el estómago, ya no está firme (jaja).*

(Gabriela, 25 años, 1 hijo).

Perla indicó que durante el puerperio se sintió sola porque no estaba acompañada por su mamá, sino que se encontraba en la casa de sus suegros. Además, su pareja no le prestó atención a ella ni al bebé. Perla solicitaba el apoyo de su suegra para poder bañarse y tener tiempo para ella misma. Ella también indicó que durante el embarazo y el puerperio, recibió apoyo profesional de una psicóloga. Perla fue la única mujer de la muestra que recibió apoyo profesional.

*«Fue difícil porque prácticamente nos fuimos a vivir con mis suegros entonces para mí fue mucha soledad. Sí, mi suegra me atendía, pero no es la misma confianza con mi mamá o con él. Además de todo lo que habíamos pasado durante el embarazo, a mí me hacía sentir muy triste el hecho de que él casi no estuviera. Me sentía como triste o realmente que él casi no lo cargara y así, sino que lo cargaban más los abuelos, sus hermanas y así, pero él casi no. Yo me sentía bien mal porque quiera que no, no me podía bañar porque el bebé comía a cada rato y me costaba mucho pedirle a mi suegra "Mire, por favor míremelo un rato en lo que yo tan siquiera me logro bañar" o así. Para mí mi tiempo para mí era bañarme, yo me tardaba la vida, pero de verdad para mí sentía mucho alivio bañarme. Sí fue difícil pero después todo mejoró» (Perla, 28 años, 1 hijo).*

*«La persona que más me ayudó en todo esto fue ella [psicóloga], en todo esto. Desde tomar la decisión, sobrellevar las cosas, todo, todo, todo, todo, se lo debo mucho a ella. De verdad me ayudó sobremano porque ella me ayudó mucho a sentirme mejor, desde cómo se lo decía a mis papás, qué hacía con esto, cómo ver las cosas, o sea todo eso a mí me ayudó mucho» (Perla, 28 años, 1 hijo).*

### C. Trabajo y/o estudio

Las mujeres entrevistadas se dedican a trabajar y otras a estudiar. Al consultarles sobre la licencia de maternidad en el puerperio, las mujeres de un nivel socioeconómico “Muy alto” y “Alto” indicaron que tuvieron la facilidad de descansar durante el puerperio porque tienen empleos que les permiten trabajar desde sus hogares. Una de las entrevistadas indicó que es la administradora de la empresa familiar, por lo que su familia realizó el trabajo hasta que se dio la necesidad que ella regresara unos meses después. Otra entrevistada indicó que se dedica únicamente al estudio, y para ella separarse de su bebé por primera vez desde el parto fue una experiencia triste:

*«También lloré una semana cuando ya sabía que iba entrar a la U y la tenía que dejar. Lloré un día antes todo el día, como que desde que me levantaba hasta que me acostaba, porque sabía que la iba a dejar, póngase lloré domingo y el lunes la dejé» (Estefanía, 22 años, 1 hijo).*

Las mujeres entrevistadas de niveles socioeconómicos “Medio” y “Bajo” indicaron que regresaron a sus trabajos después de la licencia de maternidad, y en el caso de Sara regresó a sus estudios después de dos semanas del parto. Ella indicó que la universidad privada a la que asiste otorga una semana a los estudiantes para que regresen a estudiar, sin embargo, ella solicitó una semana más, cuya autorización obtuvo por parte de la subdirección de su departamento. Sara no se sintió recuperada por lo que faltó otra semana, esto provocó que sus tareas no fueran recibidas por los catedráticos. Además de esto Sara estaba a cargo del cuidado de su otra hija y el trabajo reproductivo en su hogar:

*«Pero ya después del parto, en una semana no se recupera uno entonces falté dos semanas. Cuando regresé a la universidad me empezaron a hacer problemas porque la semana extra que yo había*

*faltado habían entregado un montón de tareas y yo no las había ni mandado ni nada porque no me quise comunicar con nadie porque en primer lugar a nadie le interesa si ya me compuse o si no me compuse, o sea no es problema de nadie más que mío. Entonces yo no quise llamar a nadie, ni preguntar, ni nada. Cuando regresé, que por cierto, no me quiso recibir mis tareas por el simple hecho de que yo llamé; como no llamé para contarle de que me había compuesto entonces como que... Inclusive yo le dije "Mire, lic. ¿pero cómo quería que la llamara si yo salí hasta el día domingo del hospital?", me dijo "sí pero es que usted en cuanto pudo me tuvo que haber llamado porque por eso es que ahorita está con ese problema". Vine yo y no le dije nada, ahí quedó. Y en cuanto a mi puerperio fue, dos semanas nada que más que estuve en mi casa. Y no tuve dieta, no tuve ni dieta de comida, ni dieta de ejercicio ni nada porque como tenía a la nena grande yo tenía que cuidarla a ella también. Cuidar a la nena grande y cuidar a la recién nacida y cuidarme a mí solita» (Sara, 26 años, 2 hijos).*

Una de las entrevistadas indicó que durante el embarazo y puerperio estuvo desempleada ya que fue despedida de su trabajo al conocer sobre su embarazo después de dos meses de haberla contratado. Helen indicó que su despido fue un factor que afectó su embarazo y los gastos del embarazo fueron costeados por su pareja. Después del puerperio, Helen encontró un trabajo que le ha dado la oportunidad de desarrollarse en un área profesional que le gusta y ahora su situación económica se está estabilizando:

*«Yo soy psicóloga industrial entonces trabajo en Recursos Humanos. Aquí es como una especie call center pero yo estoy a cargo de todo el Departamento de Recursos Humanos, no hay nadie más entonces le doy tantas gracias a Dios que encontré lo que me gusta, el trabajo ideal. Estoy trabajando en mi profesión y ya me estoy estabilizando mejor económicamente, entonces pues allí voy a empezar de cero porque realmente estoy empezando de cero otra vez con todo. Este fue un año súper distinto entonces ya me estoy recuperando pero para mí fue difícil y siento que también me afectó en el embarazo eso que me hayan despedido» (Helen, 28 años, 1 hijo).*

## D. Red social de apoyo

Las mujeres entrevistadas se refirieron a sus amigas y familia, especialmente la madre y hermanas, como las personas que las apoyaron en la adaptación durante el puerperio. Helen indicó que durante el puerperio su madre le proporcionó apoyo a través de la preparación de alimentos de una dieta sin grasas, también con los cuidados que requería el recién nacido. Además le insistió en regresar a la casa de sus padres en caso ella tuviera la necesidad, ya que ella se encuentra conviviendo con su pareja. Helen también indicó que las mujeres reciben visitas de amistades y familiares en el hospital cuando el bebé está recién nacido, pero que esto le resultó incómodo y que el apoyo de las amistades y familiares debería darse también cuando el bebé es mayor, cuando la madre ya se adaptó a los cuidados que necesita.

*«Mi mamá llegaba todos los días, me llevaba comida, ella me cocinó cero grasas, todo fue así como verduras cocidas, pollito así. Me cuidó un montón como mi dieta ella. Ella me ayudó a bañar al bebé, la verdad es que mi mamá siempre ha sido un gran apoyo para mí, ella fue la que me estuvo viendo. Incluso me seguía ofreciendo irme a la casa, pero era nuestro espacio, era nuestro lugar, era nuestro espacio, pero sí yo estaba de mal humor, el primer mes yo pase con un humor espantosísimo, horrible» (Helen, 28 años, 1 hijo).*

*«La adaptación... Ahora digo yo ¿por qué las visitas no vienen cuando tiene cuatro, cinco meses, por qué todos en el mes cuando uno está acoplado? Pero es costumbre, cuando uno ya esté bien recuperado hasta el bebé está más amigable, más despiertito y todo. Ya no son tantas las visitas,*

*sino que en el mes todos quieren estar y para mi yo estaba adolorida, yo si soy de si están en mi casa atenderlos pues y yo ni me podía mover» (Helen, 28 años, 1 hijo).*

Estefanía indicó que durante el puerperio contó con el apoyo de su familia nuclear. Sus padres la visitaron la primera noche del puerperio fuera del hospital y su mamá le preparaba alimentos. Sin embargo, ella deseaba cuidar a su bebé por cuenta propia, por lo que trató de no depender de ellos. Estefanía indicó que para sobrellevar *«me junto con mis amigas a ellas les encanta la bebé»*.

*«La primera noche, o sea yo desde la primera noche la cuide sola, nadie se quedó conmigo, la primera noche en mi casa, en el hospital sí, pero en mi casa yo solita. La verdad no sé cómo le hice, pero siempre la he cuidado solita, en las noches y así. [...] Lo que pasa es que mis papás estaban pendientes, pero solo la primera noche me llegaron a ver, como mi bebé estaba bien y yo también ya no me llegaron a ver. O sea, si yo les hubiera pedido ayuda sí. Pero yo quería que descansaran también verdad. Pero yo pude solita. Tal vez mi mamá la bañaba, como dos veces me la bañó, porque eso sí me daba miedo, es que es una ¡cosita! Y también le cortaba las uñas. Ahorita ya se lo hago, pero hasta ahorita» (Estefanía, 22 años, 1 hijo).*

La experiencia de puerperio de las mujeres jóvenes puede diferir según el apoyo que reciba de su núcleo familiar, de su familia extendida y de profesionales como el doctor o psicóloga. Durante el puerperio las mujeres se adaptan a cambios físicos que tienen un impacto en su imagen personal, así como cambios emocionales que las puede llevar a estar deprimidas. Las mujeres pertenecientes a un nivel socioeconómico “Alto” y “Muy Alto” se incorporaron a su trabajo después de varios meses por trabajar en una empresa familiar o desde su hogar. Las mujeres jóvenes que se dedican al estudio se ven obligadas a regresar a clases luego de un par de semanas lo que les causa ansiedad de separación y culpabilidad respecto al descuido de sus bebés.

## IX. CONCLUSIONES

El objetivo principal del estudio era analizar las experiencias de embarazo, parto y puerperio de madres jóvenes de la ciudad de Guatemala en relación con los servicios de salud públicos y privados a los que acudieron. El método principal para lograr esto fueron entrevistas a mujeres de diferentes niveles socioeconómicos. La situación económica de las mujeres entrevistadas y su familia sí fue nombrada una condición relevante en el momento de conocer la noticia de su embarazo. Las mujeres consideraron una situación favorable si ellas o su pareja tenían estabilidad económica y estudios universitarios. Al contrario, otras mujeres consideraron desfavorable la inestabilidad económica, salarios bajos en caso de tener un empleo y el desempleo en otros casos.

Los resultados de esta investigación demuestran que las diferencias socioeconómicas de las mujeres sí determinan la diferencia entre la calidad del servicio y el trato que reciben al acceder a servicios de salud en busca de atención ginecológica y obstétrica. La mayoría de las participantes acudió a un consultorio privado para realizar sus chequeos prenatales, incluyendo las mujeres que alternaban o complementaban la atención que recibían en el sector público y acudieron a instituciones privadas para realizar exámenes de salud. Las entrevistas revelaron que sólo mujeres en el nivel socioeconómico Medio y Alto accedieron a atención psicológica de forma privada algo que se puede comprender desde el marco legal, ya que la Ley de Maternidad Saludable no incorpora la salud mental en su definición del cuidado prenatal, sino como prevención de complicaciones del embarazo y parto.

La mayoría de las participantes de la muestra optó por utilizar hospitales privados para su parto o cesárea. Los motivos para elegir un hospital privado sobre otras opciones, según lo mencionado por las participantes, incluyen contar con un seguro de salud y la facilidad de ser atendidas si se presenta una emergencia durante el parto. Las participantes que acudieron al IGSS o a hospitales públicos indicaron no poder costear un parto o cesárea en un servicio privado. Las mujeres entrevistadas que asistieron a hospitales del sector público para su parto o cesárea están en un nivel socioeconómico “Bajo” y “Medio Bajo”. Las mujeres que asistieron a hospitales del IGSS están en un nivel socioeconómico “Bajo” y “Medio”. Las mujeres de la muestra que asistieron a hospitales privados se encuentran en un nivel socioeconómico “Medio alto”, “Alto” y “Muy Alto”.

Los resultados de este estudio sugieren que el puerperio es un proceso que sólo se enfoca en la salud física del bebé, mientras el estado de salud de la madre sólo es atendido en caso de tener puntos de cesárea o episiotomía. El componente de la atención psicológica es descuidado en los chequeos postparto, especialmente en el sector público. En el sector privado los doctores muestran un interés superficial en la salud mental de las madres y en pocos casos se recomienda atención psicológica o se reconoce la depresión postparto como una posibilidad.

En este presente estudio también se han analizado las vivencias de embarazo, parto y puerperio de las mujeres para determinar si fueron objeto de violencia de género en el servicio de obstetricia. En la experiencia de parto o cesárea de las mujeres jóvenes sí se suscitó violencia de género, siendo las recurrentes la violencia psicológica y la violencia obstétrica. Así como lo argumenta Marcia Ellison, estas diferencias de poder y autoridad entre los biomédicos y las pacientes son explicados por el conocimiento autoritario que el gremio médico cree tener sobre los conocimientos de las madres embarazadas y en trabajo de parto. Gabriela Arguedas, también explica este fenómeno a través del poder obstétrico, el que se ejerce sobre los cuerpos de las mujeres para controlarlo y castigarlo, volviéndolo un cuerpo dócil y útil que legitima las prácticas biomédicas. La forma de violencia obstétrica más común que reportaron las mujeres entre todos los sectores fue “Obstaculizar el apego precoz del recién nacido” (10), seguido por “Presión del fondo uterino” (6) y “Trato jerárquico deshumanizador como burlas y críticas” (5). Tanto en el sector público como en el sector privado se ejerció violencia obstétrica sobre las mujeres, la diferencia radicó en la facilidad de las mujeres para percibir estas formas de violencia obstétrica en el sector público e IGSS ya que los tactos vaginales realizados por más de una persona sin consentimiento y las críticas y burlas no pasan desapercibidas. En el sector privado las mujeres también experimentan violencia obstétrica, pero de formas menos conocidas y fácilmente reconocibles ya que los establecimientos privados buscan proporcionar “el mejor servicio” a sus clientas.

Las experiencias de embarazo y parto están insertas en el patriarcado por lo que las mujeres deben enfrentar la violencia física y psicológica tanto fuera como dentro del hospital. Se concluye que el trato que recibieron las mujeres en servicios públicos fue mejor, así como la atención más rápida. Mientras que en el sector IGSS y sector público, la violencia psicológica fue más frecuente y acentuada por la sobredemanda y hacinamiento del actual estado del sistema de salud guatemalteco. En esta investigación se pudo constatar que las relaciones de poder desiguales permean en las instituciones de salud que visitaron las mujeres tanto a nivel organizacional, como a nivel paciente- médico, paciente-enfermera y paciente-estudiante. En el caso de los partos o cesáreas, el dolor de una mujer no es validado hasta que el doctor, quien tienen un papel de autoridad, lo reconoce y trata. Se aplica el castigo a las mujeres embarazadas o en trabajo de parto siendo una de las formas la vergüenza pública y otra el castigo físico ya que los cuerpos de las mujeres están expuestos al dolor de un tacto vaginal mal realizado, los puntos de la cesárea o episiotomía, los efectos de la anestesia general, entre otros.

En el contexto obstétrico en los hospitales, los cuerpos y estado psicológico de las mujeres están sujetos a las decisiones de los doctores, ya sean de turno o de confianza. Madres jóvenes de la muestra demostraron interés por conocer los detalles del desarrollo de su bebé y conocían que algunas prácticas médicas como el uso de fórceps o cesárea sin justificación médica podían ser dañinos para ellas o sus bebés por lo que expresaron su desacuerdo, pero se encontraron presionadas y sin ninguna otra opción cuando sus partos se complicaron. Mientras que otras madres expresaron su deseo de realizar una cesárea planificada por comodidad tanto de ellas como su familia. Las experiencias de embarazo, parto y puerperio variaron de una

mujer a otra, según el acceso a servicios de salud y la violencia obstétrica o psicológica. Sin embargo, el parto o cesárea fueron procesos dolorosos pero necesarios para experimentar la maternidad y poder tener a sus hijos e hijas hoy en día a su lado.

Es necesario que las madres jóvenes conozcan sus derechos tanto dentro de los consultorios y en los hospitales. A la vez, es necesario que los biomédicos reconozcan las relaciones de poder desiguales y no tomen ventaja de la desesperación o ignorancia de las mujeres embarazadas o en trabajo de parto para facilitar su labor. Es necesario que se reconozcan este tipo de violencias dentro de los hospitales por parte del personal biomédico, así como por las mujeres que utilicen los servicios.

## X. RECOMENDACIONES

A partir de este estudio se recomienda que el estudio de las diferencias en acceso a servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio se realice con diferentes formas de muestreo. Esto es recomendable para profundizar no sólo en el nivel socioeconómico, sino también tomar en cuenta el factor de pertenencia a grupos étnicos diferentes. La muestra de este estudio llegó a una mayoría de mujeres que se auto adscriben como ladinas o mestizas, mientras que sólo dos mujeres se identificaron como indígenas. Conocer las experiencias de las mujeres indígenas que acudieron a servicios de salud públicos y privados en la Ciudad de Guatemala podría profundizar en las diferentes formas de violencia que viven y como son acentuadas por su etnia.

También se recomienda que en futuras investigaciones en las que se estudie la violencia obstétrica se trabaje de forma conjunta entre las disciplinas interesadas, como los biomédicos, grupos civiles, organizaciones no gubernamentales y académicos. Esta investigación se basa en las narrativas de las mujeres y sus vivencias en los centros de salud, clínicas privadas, sanatorios, hospitales, entre otros. Sin embargo, sería beneficioso contar con una alianza entre los interesados en disminuir y erradicar estas prácticas que se pueda tener acceso a los expedientes de las mujeres para conocer si las indicaciones de cada práctica están descritas en el mismo y son justificadas.

Se recomienda realizar estudios que profundicen en las percepciones de la violencia obstétrica desde la perspectiva de los biomédicos en Guatemala. De esta forma los biomédicos también pueden intervenir de formas directas sobre las leyes, normativas y protocolos de centros de salud y hospitales que perpetúan la violencia estructural sobre las mujeres. Este tipo de estudio también permitiría conocer otras prácticas violentas que no se encuentran en los tratados de ginecología y obstetricia, parte de la idiosincrasia del gremio de doctores/as y enfermeros/as que ejerzan violencia en las mujeres que buscan atención médica.

Se recomienda que el Ministerio de Salud, universidades del país en las que se da formación a estudiantes de enfermería, medicina general y especializaciones como ginecología, obstetricia y pediatría, así como organizaciones civiles que velan por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres trabajen en conjunto para incorporar la violencia de género, especialmente la violencia psicológica y obstétrica en sus currículums de enseñanza. A la vez se insta a las juntas directivas de los hospitales públicos y privados a revisar los protocolos de atención a la paciente en trabajo de parto, para que estos consideren las particularidades del caso de cada paciente, pero a la vez se minimicen las situaciones en las que las mujeres experimenten estos tipos de violencia.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

Adimark. (2000). *El Nivel Socio Económico Esomar. Manual de Aplicación*. Obtenido de <https://www.microweb.cl/idm/documentos/ESOMAR.pdf>

Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, la Nutrición y Educación (ALIANMISAR). 2015. *Primera encuesta sobre el trato durante la atención del parto en los servicios de salud del MSPAS (mayo de 2015)*. Obtenido de <http://www.alianmisar.org/userfiles/Informe%20primera%20Encuesta%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20al%20parto%2025%20ago%202015.pdf>

Althabe F. *Extracción con ventosa versus fórceps para el parto vaginal asistido: Comentario de la BSR* (última revisión: 14 de noviembre de 2002). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage-5>

Arguedas Ramírez, Gabriela. 2014. «La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense». *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe* **XI** (1): 145–169.

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2007). Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia N° 38.668. Obtenido de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

Asociación El Parto Es Nuestro. S.F. 5.- *El alumbramiento de la placenta*. Obtenido de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/5-el-alumbramiento-de-la-placenta>

Asociación El Parto Es Nuestro. S.F. *Dilatación y tactos vaginales*. Obtenido de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/5-el-alumbramiento-de-la-placenta>

Becerra, Naysha. 2015. «Maniobra Kristeller: una revisión de su práctica». *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*. **XI** (2): 1 - 9.

Bellon, Silvia. 2014. «Obstetric Violence: Medicalization, Authority Abuse and Sexism within Spanish Obstetric Assistance. A New Name for Old Issues?» Tesis Universidad de Utrecht. 110 págs.

Bereck, Jonathan S, ed. 2008. *Bereck y Novak: Ginecología*. 14ed. Barcelona: Wolters Kluwer. 1539 págs.

Bernard, Russell. 2002. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. 3ra ed. Lanham: Altamira Press. 753 págs.

Berry, Nicole. (2010). *Unsafe Motherhood: Mayan Maternal Mortality and Subjectivity in Post-War Guatemala*. New York: Berghahn Books. 253 págs.

Braun, Virginia y Victoria Clarke. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* **III** (2): 77-101.

- Browner, Carole. (2016). "Reproduction: From Rights to Justice?". En *The Oxford handbook of feminist theory*. [editado por] Lisa Disch and Mary Hawkesworth. - New York : Oxford University, 2016. 1068 p.
- Callister LC (1998). Giving birth: Guatemalan women's voices. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* XXVII (3), 289–295.
- Camacaro, Marbella. 2009. «Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica». *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer.* XIV (32): 147–62.
- Cerón, Alejandro. (2007). «Prácticas poblacionales en salud: Implicaciones y oportunidades para el sistema de salud». El sistema de salud de Guatemala, 11. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 58 págs. Obtenido de <http://desarrollohumano.org.gt/biblioteca/serie-sobre-salud/#>
- Clínica Universidad de Navarra. (2019). *Posición de litotomía*. Obtenido de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/posicion-litotomia>
- Clínica Universidad de Navarra. (2019). *Embarazo*. Obtenido de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/embarazo>
- Clínica Universidad de Navarra. (2019). *Distocia*. Obtenido de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/distocia>
- Clínica Universidad de Navarra. (2019). *Sufrimiento fetal*. Obtenido de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sufrimiento-fetal>
- Congreso de la República de Guatemala, C.A. 2008. Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia Contra la Mujer Decreto 22-2008. Obtenido de [https://www.oas.org/dil/esp/Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia Contra la Mujer Guatemala.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Ley%20contra%20el%20Femicidio%20y%20otras%20Formas%20de%20Violencia%20Contra%20la%20Mujer%20Guatemala.pdf)
- Congreso de la República de Guatemala, C.A. 2010. Ley para la Maternidad Saludable Decreto 32-2010. Obtenido de <https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/LeyparaMaternidadSaludable.pdf>
- Congreso de la República de Guatemala, C.A. 2017. Dirección Legislativa: Control de Iniciativas. Iniciativa 5243. Obtenido de <http://old.congreso.gob.gt/archivos/iniciativas/registro5243.pdf>
- Colen, Shellee. 1995. "Like a Mother to Them": Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York. En *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, edited by Faye D. Ginsburg and Rayna Rapp, 78-102. University of Berkeley: University of California Press.
- Creswell, John W. 2007. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. 2a ed. Thousand Oaks: Sage Press. 395 págs.
- Cunningham, F. Gary, et. al. 2011. *Williams Obstetricia*. 23ed. México: McGraw-Hill. 1385 págs.

Duden, Barbara. 1993. *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. London: Harvard University Press. 126 págs.

Ellison, Marcia. 2003. «Authoritative Knowledge and Single Women's Unintentional Pregnancies, Abortions, Adoption and Single Motherhood: Social Stigma and Structural Violence». *Medical Anthropology Quarterly* **XVII** (3): 322-347.

Foster, G. M., & Anderson, B. G. (1978). *Medical Anthropology*. Wiley.

Foucault, Michel. 2000. *Historia de la sexualidad. Tomo 1. La voluntad del saber*. 28a ed. Siglo veintiuno editores. 194 págs.

Foucault, Michel. 1999. "Discipline and Punish: The body of the condemned" En *The Body*. Blackwell Publishing Ltd. Editor Donn Welton.

Garcés, Ana y Clara Garcés. (2008). «¿A quién acudimos cuando buscamos salud?». El sistema de salud de Guatemala, 5. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 70 págs. Obtenido de <http://desarrollohumano.org.gt/biblioteca/serie-sobre-salud/#>

Gargallo, Francesca. (2006). *Ideas feministas latinoamericanas*. 2da ed. Ciudad de México. Obtenido de <https://francescagargallo.wordpress.com/ensayos/librosdefg/ideas-feministas-latinoamericanas-2a-ed-aumentada-y-corregida-2006/>

Gilligan, Clara. 2014. «La construcción médica del puerperio: Un análisis de bibliografía de obstetricia» *Revista de Antropología Experimental* (14): 319-329.

Gobierno del Estado de Colima. (2016). *Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Colima*. Obtenido de [http://www.col.gob.mx/transparencia/archivos/portal/2016111109552410\\_Ley-Acceso-Mujeres-Vida-Libre-Violencia-Estado-Colima.pdf](http://www.col.gob.mx/transparencia/archivos/portal/2016111109552410_Ley-Acceso-Mujeres-Vida-Libre-Violencia-Estado-Colima.pdf)

Goonewardene, M. *Métodos para el alumbramiento de la placenta durante la cesárea: Comentario de la BSR* (última revisión: 1 de agosto de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/caesarean-section-5>

Hernández Mack, Lucrecia y Instituto de Salud Incluyente (ISIS). 2010. *Serie Educativa "Por un Modelo de Salud Incluyente": Género y Salud*. Obtenido de <http://www.mspas.gob.gt/index.php/institucional/modelo-incluyente>

Hernández Mack, Lucrecia. (2010). *Ajustes, reforma y resultados: las políticas de salud de Guatemala 1985-2010*. Cuadernos de Desarrollo Humano 2009/2010-6. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 61 págs. Obtenido de [https://issuu.com/indh\\_guatemala/docs/cuaderno\\_6\\_politicas\\_de\\_salud\\_guatemala\\_1985-2010](https://issuu.com/indh_guatemala/docs/cuaderno_6_politicas_de_salud_guatemala_1985-2010)

- Hofmeyr G, Mshweshwe NT, Gülmezoglu A. Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 1. Art. No.: CD008020. DOI: 10.1002/14651858.CD008020.pub2 Obtenido de <https://www.cochrane.org/es/CD008020/traccion-del-cordon-para-el-parto-de-la-placenta-despues-del-parto-del-recien-nacido>
- Hurtado, Elena. «Estudio de las características y prácticas de las comadronas tradicionales en una comunidad indígena de Guatemala». En *Etnomedicina en Guatemala*. / compilado por E.M. Villatoro. - Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, 1984. - 316 p.
- Inhorn, Marcia. 2006. «Defining Women's Health: A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies». *Medical Anthropology Quarterly* **XX** (3): 345–378.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). 2017. *Tema/Indicadores*. Obtenido de <http://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/tema-indicadores> .
- Lang J, Elkin E (1997). A study of the beliefs and birthing practices of traditional midwives in rural Guatemala. *J. Nurse Midwifery* (42): 25–31.
- LeCompte, Margaret y Jean Schensul. 1999. *Designing & conducting Ethnographic Research*. Ethnographer's Toolkit. California: Sage Publications. 220 págs.
- LegiSalud Argentina. (2006). *Ley 25929*. Obtenido de <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6460#>
- Lemus Díaz, Luisa Fernanda y Cabrera Ramírez, Katherine Maria Michelle. (2017). *Percepción de mujeres acerca de la violencia obstétrica*. Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala. 75 págs.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 2016. *Dirección de Hospitales*. Obtenido de <http://www.mspas.gob.gt/index.php/component/jdownloads/send/5-numeral-2-direccion-y-telefonos/13-guatemala>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), ICF International, 2017. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015*. Informe Final. Guatemala, MSPAS/INE/ICF. Obtenido de [www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014\\_2015.pdf](http://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf)
- Morgan, L. M., and E. F. S. Roberts. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine* **XIX**(2):241–254.
- Observatorio en Salud Reproductiva -OSAR- Guatemala. 2013. *Sistematización del proceso para la promulgación de la ley para la Maternidad Saludable en Guatemala, una experiencia desde la sociedad civil*. Obtenido de [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=575-2013-sistematizacion-ley-para-la-maternidad-saludable&category\\_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=575-2013-sistematizacion-ley-para-la-maternidad-saludable&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518)

Oliva Alfaro, Luna Sofía. 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». Tesis Universidad del Valle de Guatemala.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2009. *Normas de Atención Integral*. Obtenido de [http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_content&view=article&id=154&Itemid=213](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=154&Itemid=213)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Obtenido de [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Obtenido de [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Obtenido de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Obtenido de [https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A\\_74\\_137-ES.pdf](https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf)

Ospina A.M, Muñoz L, Ruiz C.H. (2012). Coping and adaptation process during puerperium. *Colombia Médica*; XLIII(2): 168-75.

Papa De León, Gabriel. 2016. «Conocimientos y prácticas sobre la técnica de episiotomía en estudiantes de medicina. Hospital Roosevelt, Guatemala». Tesis Universidad Rafael Landívar.

Peña-Martí GE, Comunián-Carrasco G. (2007). Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 4. Art. No.: CD005462. DOI: 10.1002/14651858.CD005462.pub2 Obtenido en <https://www.cochrane.org/es/CD005462/presion-del-fondo-uterino-versus-traccion-controlada-del-cordon-como-parte-del-tratamiento-activo-de>

Red de Doulas. S.F. Obtenido en <http://www.doulasdeguate.com/iquestqueacute-es-una-doula.html>

Rengel, Cristóbal. (2011). «La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas». *Matronas profesión* XII (3): 82-89.

Rhodes, L. A. (1996). Studying Biomedicine as a Cultural System. (1996). En *Handbook of medical anthropology: Contemporary theory and method* (rev. ed). Westport: Greenwood Pr.

- Ross, Loretta y Rickie Solinger. 2017. *Reproductive Justice: An introduction*. Oakland, California: University of California Press.
- Rubin, Gayle (1975). "The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex". En Rayna Reiter, ed., *Toward an Anthropology of Women*, New York, Monthly Review Press.
- Saletti Cuesta, Lorena. 2015. *Traslaciones en los estudios feministas*. Perséfone, Ediciones electrónicas de la AEHM/UMA. Obtenido en [http://www.aehm.uma.es/persefone/Traslaciones\\_ISBN.pdf](http://www.aehm.uma.es/persefone/Traslaciones_ISBN.pdf)
- Samerski, Silja. (2016). "Pregnancy, personhood, and the making of the fetus". En *The Oxford handbook of feminist theory*. [edited by] Lisa Disch and Mary Hawkesworth. - New York : Oxford University, 2016. 1068 págs.
- Saravia, M. T. M. (2007). Médicos y antropólogos que descifran y tratan males. El desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (23), 225-250.
- Singer, M., & Baer, H. A. (2011). *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*. Rowman Altamira.
- Soto-Toussaint, Héctor. (2016). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*. Vol. 39. Supl. 1 Abril-Junio pp S55-S60.
- WHO Reproductive Health Library. 2018. WHO recommendation on fundal pressure to facilitate childbirth (February 2018). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. Obtenido en <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-fundal-pressure-facilitate-childbirth>
- Womack, M. (2010). *The Anthropology of Health and Healing*. Rowman & Littlefield.
- Zacher Dixon, Lydia. 2015. «Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices». *Medical Anthropology Quarterly* **XXIX** (4): 437–54. doi:10.1111/maq.12174

## XII. ANEXO

### Anexo 1: Entrevista

#### **Consentimiento informado**

Esta investigación es conducida por Paula Rabanales, estudiante de la Licenciatura en Antropología de la Universidad del Valle de Guatemala. Esta investigación se centra las experiencias de embarazo, parto y puerperio de madres jóvenes de la ciudad de Guatemala. Si usted acepta participar en esta investigación, su participación será voluntaria y no implicará ningún beneficio o consecuencia directa. De igual forma no representará un costo y tampoco tendrá una retribución económica. La investigadora hará preguntas y tomará notas, si usted estuviese de acuerdo la entrevista podría grabarse en audio para su posterior análisis y transcripción. Si tiene alguna duda puede consultar a la investigadora antes, durante o después de su participación, que con gusto resolverá sus dudas. Puede decidir no terminar la entrevista sin que esto repercuta de ninguna forma hacia su persona. Si alguna pregunta le parece indebida o le incomoda, tiene el derecho de hacérselo saber a la investigadora y no responderla.

La información que proporcione será estrictamente confidencial y anónima, su nombre o cualquier otra identificación no aparecerán en el informe para guardar la privacidad de su información. Las grabaciones y transcripciones serán utilizadas únicamente por la investigadora. Se utilizará un nombre falso y cambiarán características para salvaguardar su identidad.

#### Certificado de Consentimiento Informado

Leí o me leyeron las informaciones y pude clarificar mis dudas y hacer preguntas sobre esta investigación, las que fueron respondidas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento, de mi libre voluntad y sin ser presionado(a) de ninguna manera, para responder las preguntas: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento, para autorizar la grabación de la entrevista: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_.

#### **a. Entrevista semiestructurada**

#### **CARACTERIZADORES**

1. ¿Con qué grupo étnico se autoidentifica?

2. ¿Cuál es su idioma materno?
3. ¿Habla otro idioma?
4. Edad
5. Estado civil
  - a. ¿Tiene pareja?
6. ¿Cuál fue el último grado que cursó?
7. ESOMAR:
  - a. “¿Cuál es el nivel de educación que alcanzó la persona que aporta el ingreso principal de este hogar?”
  - b. “¿Cuál es la profesión o trabajo de la persona que aporta el principal ingreso de este hogar? Por favor describa.
8. ¿Cuántos hijos tiene? ¿Qué edad tienen sus hijos?
9. ¿Cuántos meses tiene su último bebé?

## **EMBARAZO**

10. ¿Cómo se enteró que estaba embarazada de su último hijo? ¿Cómo recibió la noticia de que estaba embarazada? ¿Fue un buen momento o hubiera preferido posponerlo? Si aplica: ¿Por qué decidió tenerlo?
11. ¿Se realizó chequeos prenatales? ¿Cuántos? ¿En el hospital, centro de salud o con un doctor privado?
12. ¿Con qué frecuencia se hizo chequeos prenatales?
13. ¿Alguien la acompañó a sus chequeos prenatales? ¿Quién?
14. ¿En dónde está ubicado el centro de salud al que asistió? ¿Cuánto tiempo se tarda en llegar? ¿Qué transporte utilizó?
15. ¿Cómo entró en contacto con su ginecólogo/a? ¿Fue designado o recomendado?
16. ¿Cómo fue el trato de su ginecólogo/a o el doctor/a?
17. ¿Cómo fue el trato de la enfermera/o?
18. ¿Cómo mejoraría la atención que le dio el doctor/a o ginecólogo/a?
19. ¿El ginecólogo/a le proporcionó información o le describió los procedimientos médicos antes de realizarlos?
20. ¿Era fácil para usted hacerle preguntas a su ginecólogo, estaba abierto a resolverle dudas?
21. ¿En algún momento el ginecólogo/a le ofreció su opinión personal sobre temas relacionados a su sexualidad y/o embarazo?
22. ¿Recuerda si el ginecólogo o la enfermera en algún momento la tocaron de alguna forma que la hiciera sentir incómoda o amenazada?
23. ¿Para usted cómo fue la experiencia de estar embarazada de su última hija?
  - a. Madres primerizas: ¿Su embarazo fue como usted lo esperaba?

- b. Varios hijos: ¿Cómo fue diferente este embarazo al de sus otros hijos?

## **PARTO**

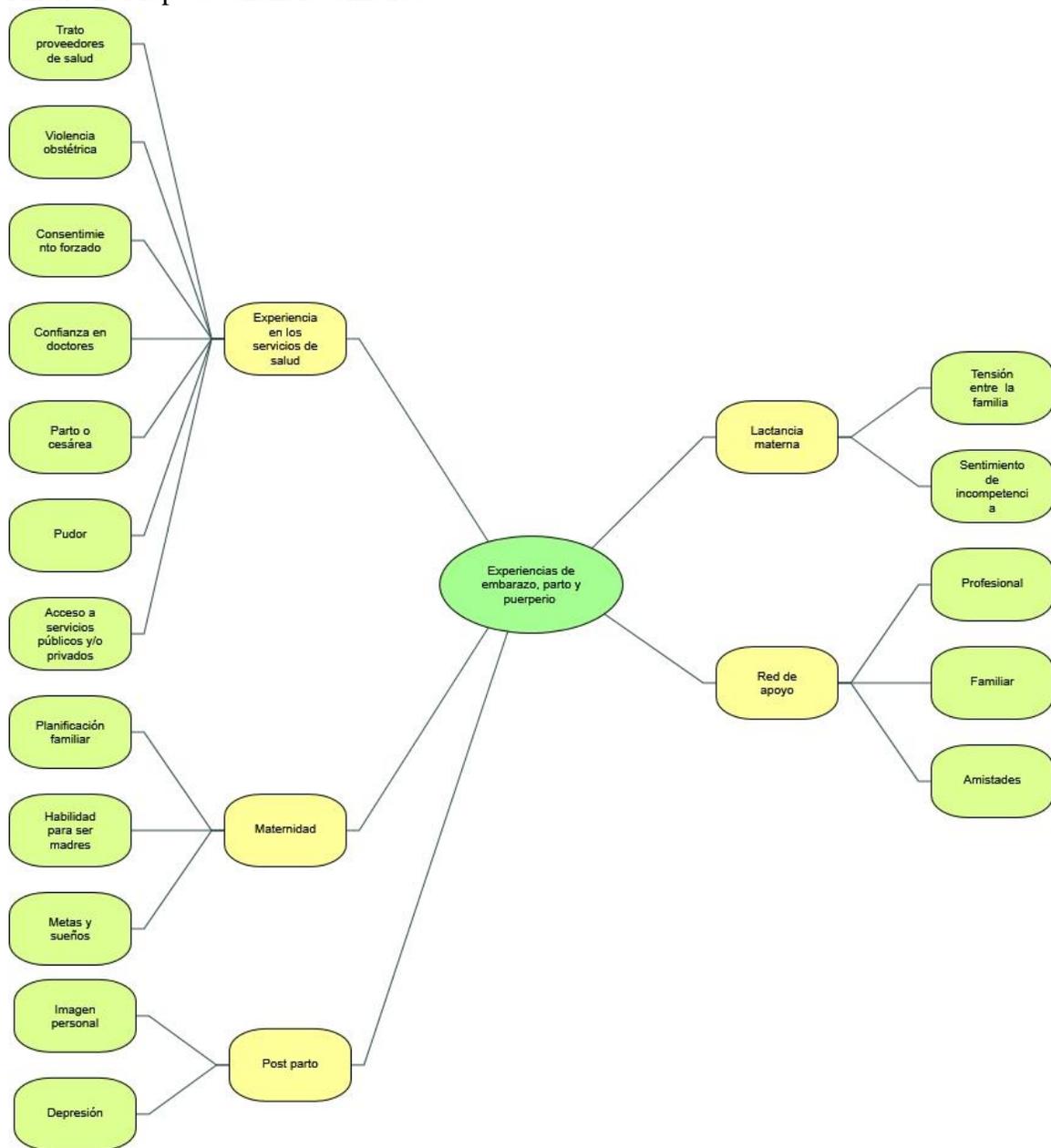
24. ¿Su parto fue en un hospital, maternidad o en una casa? ¿Por qué?
25. ¿Cómo tomó la decisión de ir al hospital? ¿Qué criterios la llevaron a decidir que era momento de ir al hospital?
26. ¿A qué sanatorio o hospital se dirigió? ¿Por qué lo escogió?
27. ¿Cuánto tiempo le tomó llegar ahí? ¿Qué tan lejos queda de su casa? ¿Qué transporte utilizó?
28. ¿Cómo fue su experiencia en el hospital? Puede narrarme lo más detallado posible, todo lo que recuerde.
  - a. ¿Cómo fue el ingreso al hospital? ¿Quién le atendió? ¿Cómo fue esa interacción?
  - b. ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendida?
  - c. ¿Le realizaron algún examen o procedimiento para pasar a sala de parto? ¿Cuál? ¿Cómo se sintió al respecto?
29. ¿Cómo fue el trato que le dieron las enfermeras/os durante su estadía en el hospital o sanatorio?
30. ¿Cómo fue el trato que recibió de los doctores?
31. ¿Cómo fue el trato que recibió por parte de los estudiantes de medicina? ¿cómo los diferenció de los doctores?
32. ¿Quién le realizó tactos para saber el nivel de dilatación? ¿Siempre fue la misma persona? ¿Cómo se sintió al respecto?
33. ¿La acompañó alguien durante su estadía en el hospital? ¿Quién? ¿Cómo fue el trato que recibió ella/él?
34. ¿Cómo fue su parto? ¿Recuerda detalles de ese momento?
  - a. Cesárea: ¿Por qué fue cesárea? ¿Quién tomó la decisión? ¿Cómo se sintió al respecto? ¿Cómo supo el doctor que era momento de entrar a la cesárea?
35. ¿El doctor o personal médico le introdujeron alguna pastilla en su vagina para iniciar el trabajo de parto?
36. ¿El doctor o personal le informaron que administrarían un medicamento o suero para apresurar el trabajo de parto? ¿No lo hicieron?
37. ¿Durante el parto le hicieron un corte en su vagina?
  - a. ¿Le explicaron qué eran y/o pidieron su autorización?
  - b. ¿Estuvo de acuerdo?
38. ¿Durante el parto/cesárea alguien le aplicó presión sobre el abdomen? ¿Quién?
39. ¿Durante el parto/cesárea alguien utilizó algún aparato de metal para sacar al bebé?
40. ¿Dejaron que la placenta saliera sola o le hicieron alguna presión o usaron pinzas para que saliera?
41. ¿Se sentía cómoda en la sala de parto o la sala de operaciones? ¿Tenía alguna preocupación estando ahí?

42. ¿Cómo fue el trato que recibió por parte de los doctores que se encontraban con usted? (Obstetra, pediatra) ¿En algún momento hicieron alguna burla o algún comentario que le molestara o la hiciera sentir incómoda?
43. ¿Cómo fue el trato que recibió de las enfermeras? ¿En algún momento hicieron alguna burla o comentario que la molestara o hiciera sentir incómoda?
44. ¿Alguien la acompañó durante el parto o cesárea? ¿Tuvo alguna *doula* o comadrona que la acompañara?
45. ¿Cómo fueron sus partos con sus otros hijos? ¿Cambió algo al tener a su último hijo?
46. ¿Pudo ver o abrazar a su bebé luego del parto o cesárea? ¿Cómo se sintió al respecto?

## **PUERPERIO**

47. ¿Cómo fue su proceso de recuperación del parto o cesárea? ¿Por qué?
48. ¿Qué cuidados recibió en el hospital, sanatorio o en casa luego de la cesárea? ¿Quién los proporcionó?
49. ¿Cómo le dieron de alta del hospital? ¿Qué se necesitó para que el doctor le diera de alta?
50. ¿Visitó algún centro de salud, hospital, clínica luego del parto o cesárea para revisar su salud? ¿A cuánto tiempo después del parto o cesárea?
51. ¿Qué preguntas o procedimientos le hizo el doctor para corroborar su estado de salud? ¿Y su estado emocional o de ánimo?
52. ¿Cómo se sintió respecto a los cambios que se dieron en su cuerpo luego del embarazo?
53. ¿Se dio algún cambio en su placer sexual luego del parto o cesárea?
54. ¿Optó por dar lactancia materna a su hijo/a? ¿Por qué? ¿Alguien le enseñó o guío en este proceso?
55. ¿Recibió algún tipo de apoyo profesional para adaptarse a ser madre/ a tener otro hijo? ¿Quién lo proporcionó?
56. ¿Tiene algún comentario que quiera agregar?

## Anexo 2: Mapa de análisis temático



## Anexo 3: Matriz de clasificación ESOMAR

### La Matriz de Clasificación Social Modificada

	1. Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, "pololos", cuidador de autos, limosna).	2. Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.	3. Obrero calificado, capataz, microempresario (kiosko, taxi, comercio menor, ambulante)	4. Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor Primario o Secundario	5. Ejecutivo medio (gerente, sub-gerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).	6. Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.
1. Básica incompleta o menos	E	E	D	CB	CB	CA
2. Básica completa	E	D	D	CB	CB	CA
3. Media incompleta. Media técnica completa (liceo industrial o comercial)	D	D	D	CB	CA	CA
4. Media completa. Superior técnica incompleta (instituto)	D	D	CB	CB	CA	B
5. Universitaria incompleta. Superior técnica completa (instituto)	CB	CB	CA	CA	CA	B
6. Universitaria completa	CB	CB	CA	CA	B	A
7. Post grado (master, doctorado o equivalente)	CB	CB	CA	B	A	A

Fuente: (Adimark, 2000).

Anexo 4: Tabla comparativa de violencia obstétrica según sector

Indicadores de violencia obstétrica	Sector público			Sector público-privado (IGSS)			Sector Privado							Total
	Teresa	Gabriela	Juana	Sofía	Sara	Rosaura	Perla	Helen	Vivian	Estefanía	Estela	Laura	Anabela	
No proporcionaron información y descripción de los procedimientos médicos		✓	✓		✓						✓			4
Tacto realizado por más de una persona sin consentimiento			✓	✓		✓								3
Uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto	✓		✓		✓	✓								4
Presión del fondo uterino	✓	✓			✓					✓	✓	✓		6
Episiotomía		✓			✓	✓								3
Manejo activo del alumbramiento		✓	✓											2
Uso de fórceps sin justificación o consentimiento														
Trato jerárquico deshumanizador (burlas, críticas)	✓		✓		✓			✓				✓		5
Opiniones no solicitadas y no relacionadas a aspectos médicos por parte del ginecólogo					✓							✓		2
Ejercicios prácticos o tocamientos para estimular zonas de placer sexual														
Obstaculizar el apego precoz del recién nacido	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	10