Una mirada desde la interseccionalidad a la violencia obstétrica en mujeres indígenas: de la biopolítica a la necropolítica

Yesica Yolanda Rangel Flores

DOI: 10.54871/ca25bp05

Introducción

La violencia contra las mujeres es un problema de índole mundial y, lamentablemente, ningún espacio se puede declarar seguro o libre de este tipo de violencia. Las instituciones no son la excepción. Incluso dentro de los hospitales se ha identificado el ejercicio de violencias que atentan contra el bienestar de las mujeres, violencias que obedecen no solo a una mirada androcéntrica, sino también a una colonialista, en palabras de María Lugones (2008). Las violencias que las mujeres viven en general, obedecen a su situación de ser mujer, pero también a cuestiones relacionadas con su raza, clase y sexualidad; en este sentido, las violencias que sufren las mujeres desde las instituciones y dentro de ellas demandan un análisis que supere el género como categoría única, en tanto problematice otras aristas sociales que vulneran sus derechos humanos.

El término *violencia obstétrica* surgió en América Latina, territorio en donde se fortaleció hasta constituirse en un concepto teórico-analítico asociado a la violencia de género (Sesia, 2020). Los primeros antecedentes que se tienen sobre violencia obstétrica se sitúan en el mismo continente: a partir de investigaciones realizadas en Uruguay a finales de los noventa, se generó por vez primera una crítica teórica al modelo industrializado de atención del nacimiento. A la par de dicha crítica, en Perú se ponía en evidencia la práctica de esterilizaciones forzadas en mujeres indígenas, una situación que también determinó su reconocimiento.

Durante la primera década del siglo XXI, países como Costa Rica, Brasil y Argentina impulsaron la propuesta de humanización del parto, tras generarse evidencia de mala praxis en los servicios de ginecología y obstetricia. Por su parte, en México, fue hasta el 2007 que este tipo específico de violencia se incorporó a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LAMVLV) (Campiglia, 2017).

Aunque existen diversos conceptos sobre la *violencia obstétrica*, la mayoría coincide en que implica cualquier acción u omisión por parte del personal que cause un daño físico o psicológico durante el embarazo, parto y puerperio, el cual se puede expresar en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, el trato cruel, inhumano o degradante, o el abuso de medicalización. La multiplicidad de conceptos en torno a la violencia obstétrica tiene su origen en la complejidad que enviste a los fenómenos sociales en contextos diversos y desiguales. Se tardó años en reconocer y teorizar acerca de las desigualdades intragenéricas que hacen de esta violencia una experiencia particular para grupos específicos de mujeres y es que, si bien es cierto que todas las mujeres están expuestas a vivirla, la evidencia da cuenta de la existencia de determinantes que refuerzan la vulnerabilidad, a manera de lo que Luna (2011) ha definido como una especie de capas, entre las que se destacan la clase, la raza, la condición de discapacidad o enfermedad, la orientación sexual y la identidad sexogenérica. A su vez, la metáfora de las capas posibilita la visibilidad de las relaciones complejas que sostienen la opresión. Al ser más

inclusiva y dinámica, esta metáfora resulta útil en lo operativo, pues permite elaborar políticas y estrategias que atiendan los distintos determinantes que se entrecruzan, complejizando la marginación, la exclusión y la discriminación.

Desde el reconocimiento de lo antes planteado, los apuntes que Kimberlé Williams Crenshaw desarrolló sobre la interseccionalidad como una categoría teórico-analítica han resultado particularmente esclarecedores. Esta categoría faculta comprender cómo un “mismo fenómeno social” afecta de manera diferenciada a las personas, con base en todos los posibles ejes de opresión/privilegio que atraviesan sus cuerpos; ejes que adquieren potencialidad no solo a partir de su vivencia individual, sino como categorías interrelacionadas de opresión que interactúan en diferentes niveles, desde lo individual hasta lo estructural (Collins, 2015).

Crenshaw (2012) señala que la vulnerabilidad frente a una experiencia adversa debe leerse no como el resultado de sumar todas las categorías de opresión que atraviesan los cuerpos, sino más bien como una experiencia que se potencia y se complejiza por la manera en que se intersecan dos o más ejes de opresión, dado que son estas intersecciones las que refuerzan las relaciones de dominación. A partir de dicha lectura, resulta pertinente reconocer la existencia de grupos de mujeres más vulnerables que otros frente a la violencia obstétrica, entre los que destaca con particular relevancia el de las mujeres indígenas, en el cual se intersecan ejes de opresión que aportan tanto al inaccess a los servicios de salud como a la normalización de la discriminación y el maltrato social. Lo anterior contribuye no solo a que este grupo tenga más limitaciones para identificar las prácticas que configuran la violencia obstétrica, sino también a que la denuncien menos (Rangel et al., 2019).

La configuración diferenciada de la violencia obstétrica se explica, entonces, a partir de los ejes de opresión/privilegio que enfrentan las mujeres en su más amplia diversidad. Se ha señalado, por ejemplo, que las mujeres más pobres y racializadas viven este tipo de violencia principalmente en la forma de abandono, mientras que las

mujeres pertenecientes a las zonas urbanas y a la clase social media y alta suelen experimentarla a través de prácticas de hipermedicalización (Campiglia, 2017).

En el contexto antes descrito, resulta necesario incorporar a la problematización de la situación los términos de *biopolítica* y *necropolítica*: dos conceptos que hacen visibles las tecnologías de poder que emplea el Estado para disciplinar a la ciudadanía a partir de su territorio más íntimo: el cuerpo. La biopolítica disciplina los cuerpos como una estrategia para garantizar la conservación del *statu quo*, para lo cual echa mano de estrategias de guerra y de otras que fragmentan o agotan a ciertos grupos, movida, principalmente, por lo que el mismo Foucault (1997) señala como racismo.

El concepto de biopolítica problematiza cómo la articulación del Estado, la política, la economía y la medicina –en el marco neoliberal que caracteriza a la sociedad moderna– impacta el cuerpo de las personas para hacerlas útiles en términos de un orden social vigente, principalmente, a través de la reproducción de un único paradigma médico (el hegemónico), el cual, tras un halo de cientificidad y biologicismo, funciona como vehículo para la transmisión de representaciones e ideologías imperantes (capitalismo, racismo y patriarcado) (Menéndez, 2003).

En medio de todo lo que se entiende como biopolítica, resalta con particular relevancia cómo esta atraviesa los cuerpos de mujeres en relación con la reproducción de formas más francas y violentas. Dichos cuerpos no se objetivizan solamente para hacer valer el mandato de la maternidad, sino que también le sirven al Estado para dictar cuándo y cuántos hijos tener. La biopolítica opera desde un imaginario social e institucional que piensa en la maternidad más allá de un proyecto personal de vida y dentro de un contexto en el que se es mujer en la medida que se cumple con el mandato de la reproducción. Sin embargo, a las mujeres se les sigue desconociendo de agencia para decidir libres de violencia sobre su propio proyecto reproductivo, toda vez que es el Estado quien, a través de sus políticas reproductivas, establece y ordena qué mujeres deben o no reproducirse, con base en su condición de raza, clase, estado de salud, etc.

Las dos últimas Encuestas Nacionales sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares en México (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2016, 2021) han señalado que la obstétrica es uno de los tipos de violencia de género que ha sufrido menos modificaciones a lo largo del tiempo. Los resultados de las dos encuestas documentan que las prácticas que configuran este tipo específico de violencia, en lugar de reducir su frecuencia e intensidad, se han incrementado. Una de las prácticas que muestra más resistencia a modificarse es el forzamiento que el personal de salud ejerce sobre las mujeres después del parto, ya sea para la colocación de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) o para la realización de esterilizaciones.

Investigaciones complementarias han demostrado que esta práctica es más frecuente en mujeres que se adscriben a grupos históricamente marginados o excluidos, por ejemplo, el caso de quienes están en situación de pobreza o pertenecen a algún grupo indígena (Castro, 2021; Iparraguirre et al., 2023). Existe la hipótesis de que lo que motiva al personal sanitario para convencer a las mujeres de que se esterilicen no es en sí una preocupación real por su salud y vida, sino un interés sustentado en preceptos racistas y clasistas, movidos desde una lógica de eliminación de grupos poblacionales, cosmovisiones y lenguas; una práctica que encajaría perfectamente con lo que Achille Mbembe ha nombrado como necropolítica.

Mediante el concepto de *necropolítica*, Mbembe (2017) hace visible una serie de prácticas del Estado que, a diferencia de la biopolítica, no tienen la intención de normar y controlar los cuerpos para regular la vida, sino que se usan el poder del Estado como una herramienta para “dar muerte”. A partir de la necropolítica, los Estados emplean tecnologías de explotación y destrucción de los cuerpos, así como dispositivos de tipo legal-administrativos, los cuales ordenan y sistematizan los efectos o las causas de las políticas de muerte, en donde, generalmente, los afectados son los más marginados, pobres y excluidos.

Respecto a la violencia obstétrica, además, es necesario reconocer que se sostiene en lo que Rita Segato (2017) ha nombrado como

pedagogías de la crueldad, término mediante el cual hace referencia a “todos los actos y prácticas que enseñan, habitúan y programan a los sujetos a transmutar lo vivo y su vitalidad en cosas” (p. 13). En este caso, es preciso poner en evidencia el papel que juegan las universidades y sus modelos pedagógicos, que adiestran a estudiantes de medicina y enfermería para normalizar prácticas de enajenación de los cuerpos de las mujeres, en complicidad con un Estado que, indolente, propicia condiciones incompatibles con una adecuada atención, poco acceso a la tecnología, escasez de recurso humano y ausencia de programas de actualización.

La biopolítica y la necropolítica deben leerse, entonces, no necesariamente como un opuesto, sino como una complejización de las estrategias que operan desde el Estado para la persistencia de la dominación de unos grupos sobre otros; en palabras de Estévez:

El paso de la biopolítica a la necropolítica implica un cambio cualitativo en la concepción de la muerte, que es doble: muerte *real* por empobrecimiento masivo y muerte *simbólica* por las intervenciones del capitalismo en lo social, lo político y lo simbólico (Estévez, 2018, p. 20).

Se mata lo real, pero también lo simbólico. En el caso de la violencia obstétrica, particularmente cuando se ejerce en las mujeres indígenas, el modelo occidental de la atención del parto busca colonizar, autorizar y operar prácticas violentas sobre sus cuerpos. Al mismo tiempo, dicho modelo pretende aniquilar la cosmovisión indígena respecto al parto, imponiendo procedimientos a la vez que niega el reconocimiento y la validez de lo que para estas mujeres es significativo, lo cual incluye la criminalización de la partería tradicional (Rangel, Pérez y Juárez, 2022).

En el contexto antes planteado, el objetivo de esta investigación fue analizar, mediante los aportes del feminismo decolonial, las experiencias de violencia obstétrica y las condiciones que potencian la vulneración frente a dicho tipo de violencia en mujeres nahuas y tének que habitan el territorio potosino en México, así como replantear la hipótesis de que el modelo médico hegemónico se mueve

desde el interés de regular la vida (biopolítica) o, más bien, a partir de la negación de la vida (necropolítica).

Desde el 2016 y hasta la fecha, la autora del presente trabajo de investigación ha analizado el tema de la violencia obstétrica como una de sus principales líneas de investigación. Si bien ella la identifica como una de las violencias que más atraviesa los cuerpos de las mujeres, con independencia de la edad, la clase social, la raza, etc., también reconoce, con base en las evidencias que han generado sus propias investigaciones y las de otros equipos de investigación, que las mujeres indígenas son particularmente vulnerables frente a esta clase de violencia. En la violencia obstétrica se intersecan varios ejes de opresión, cuya interacción potencia formas más graves de violación a los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas.

De esta forma, los resultados que se exponen en el presente artículo son resultado no de un solo acercamiento, sino más bien de la permanencia prolongada en trabajo de campo con mujeres tének (huastecas) y nahuas. Aunque se han realizado aproximaciones de tipo mixto (cuantificativas) con dicha población, para fines de este presente trabajo, solo se retomaron las evidencias generadas en los estudios de tipo cualitativo, donde la información fue recuperada mediante entrevistas individuales y grupales, las cuales se condujeron bajo guiones semiestructurados, diseñados exprofeso y validados por expertos en el tema de violencia obstétrica, tanto de origen indígena como no indígena.

Respecto a los acercamientos, en total las informantes fueron treinta y tres mujeres tének y dieciocho nahuas que habían vivido la experiencia de un parto en un periodo de veinticuatro meses previos al estudio, independientemente de su vía de resolución (vaginal o cesárea). Las entrevistas se realizaron en espacios que les resultaban cómodos: sus casas, las casas de sus madres o espacios públicos que ellas mismas eligieron. Sobre la extensión, las entrevistas individuales oscilaron entre los 50 y 70 minutos, mientras que las entrevistas grupales duraron de 120 a 150 minutos. En total, se contó con cuatro

entrevistadoras: dos enfermeras, una psicóloga y una médica, con formación también en ciencias sociales.

La investigación se apegó a las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud de los seres humanos (CIOMS, 2017), particularmente los artículos 1, 7, 15, 18 y 19. El artículo 1 hace referencia a que el valor social y científico de la información generada debe justificar la intervención; el artículo 7 establece que la participación de la comunidad debe ser voluntaria y libre de cualquier forma de coerción; el artículo 15 enfatiza los principios que sostendrán la intervención, en especial con poblaciones vulnerables; el artículo 18 consagra los criterios éticos que deben garantizarse cuando se trabaja con mujeres; y el artículo 19 enumera las consideraciones específicas por proteger en el caso específico de mujeres que cursan una situación de embarazo o lactancia.

En todos los acercamientos, las mujeres manifestaron su voluntad de participar, previa firma de consentimiento informado en el que se les garantizó la confidencialidad de la información que compartirían y el anonimato. Además, se les comunicó sobre su derecho de dejar de participar en el momento que así lo decidieran. Las entrevistas fueron grabadas en audio, previo consentimiento de las participantes, y se transcribieron en su totalidad. A dichas transcripciones se les aplicó un análisis crítico del discurso, triangulando con notas de observación hechas durante el trabajo de campo.

Como parte de las consideraciones éticas que implica el derecho de las participantes a conservar la confidencialidad de la información que proporcionaron, se ha protegido su anonimato, de manera que los extractos de las narrativas no brindan datos que puedan revelar su identidad.

Una forma de tortura

El feminismo decolonial insiste en que la sociedad moderna no puede seguirse planteando desde el reconocimiento de categorías

dicotómicas, pero, al mismo tiempo, homogéneas; es decir, no es posible afirmar que existen diferencias radicales en función del género sin también reconocer cómo es que –dentro de grupos aparentemente “iguales”– existen contrastes sustanciales, pues la categoría de género no es la única que atraviesa los cuerpos, ya que hay otras de igual o mayor peso, por ejemplo, la raza y la clase social (Lugones, 2011; Parra, 2021).

La presente investigación evidencia que la violencia obstétrica vivida por las mujeres nahuas y tének deriva tanto de cuestiones personales y formativas del personal sanitario como de aspectos estructurales de tipo económico y político, tal es el caso de las políticas neoliberales que fragilizan e incluso desmantelan el sector sanitario (Espinoza, 2022).

Lo anterior es más que evidente en narrativas como las siguientes: “Iba a cada rato [a la clínica] y me regresaban, así estuve un viernes, sábado y domingo, y nada, me regresaron el lunes, mi niño nació el martes en mi casa”; “No me atendieron, nomás me regañaron y no me quisieron ni dar el papel para irme a atender a otro lado, que porque no había lugar”; “Cuando nació la otra niña, yo escuché que dijeron [el personal de salud]: ‘Ya llegó otra de Aquismón, las mandan por puras tonterías, están viendo que ya no hay lugar’”.

Situaciones como las narradas dan cuenta de la existencia de un Estado indolente a su condición multiétnica, el cual, desde un discurso de interculturalidad, sigue pensado en una racionalidad occidental y no problematiza a fondo la persistencia de relaciones sociales, económicas y políticas, que, mediante políticas neoliberales, continúan discriminando a los grupos indígenas y pensando en su atención en términos occidentales. Así es como el Estado ignora la relevancia que tienen el territorio y las cosmovisiones para dichos grupos indígenas (Suárez y Peña, 2022).

Otra práctica común en las narrativas fue el abandono que vivieron estas mujeres indígenas después de ser ingresadas al hospital, al esperar en las salas de revisión, porque parece ser que el reto no solo consiste en ser internada al hospital, sino también en acceder a una

atención digna. Así se dejó ver en los discursos que al respecto construyeron: “Cuando llegué estaban plática y plática [el personal], ya no aguantaba el dolor y ellos, platicando, me dicen: ‘Siéntese, ahorita la atendemos’. Tardaron como media hora platicando” y “Allí la ven a una y no le hacen nada, así vean que se está muriendo de dolor, no se acercan, no preguntan, no explican”.

Aunque no solo las mujeres indígenas viven abandono por parte del personal sanitario dentro de las clínicas, la realidad es que las indígenas enfrentan condiciones más adversas para interpretar esta ausencia de cercanía, ya que, desde su cosmovisión, el parto es un momento que demanda acompañamiento y proximidad (Rodríguez y Duarte, 2020). En dicho contexto, las mujeres que ingresan a los hospitales suelen vivir un doble reto: no tener los elementos para interpretar los rituales médicos hegemónicos y afrontar el conflicto entre la medicina tradicional y la occidental (Gleason et al., 2021).

Aunado a lo anterior, las mujeres indígenas entrevistadas narraron el hecho de que el personal sanitario puso en duda las molestias percibidas, invalidando su percepción del dolor o descalificando su experiencia, prácticas que han sido reportadas en otros estudios como configurantes de violencia obstétrica y las cuales se explican a partir del reconocimiento de un entramado complejo de discriminación, en donde las relaciones de poder médico-usuaria e institucionales se redoblan no solo con base en los estudios profesionales, sino también de raza y clase social (De Paula et al., 2020), porque, como señalan Meneses et al. (2021), “existe un conflicto socioantropológico determinado por la estructura estratificada de la sociedad y los sistemas ideológicos [...] Estas ideologías dan por sentada una inferioridad biológica, cultural y moral en las personas indígenas, los pobres y las mujeres” (p. 52).

Lo anterior se muestra en las siguientes narrativas: “Me pusieron la anestesia y me dijeron: ‘Acuéstese’. Yo sentía el bisturí y el que estaba al lado mío me decía: ‘No se mueva’. ¡Yo estaba sintiendo todo! Le dije: ‘Espérese’, pero siguió. Yo sentía que me iba a morir” y “Me dice la enfermera: ‘Pásese sola’ [de la plancha a la camilla], le digo: ‘No

siento ni los pies ni las manos' y me dice: '¡Como pueda, pero muévase'; fue otro tormento, no sentía mis piernas”.

Otras mujeres dijeron haber vivido represión por parte del personal de salud: les exigieron que no lloraran, gritaran o expresaran necesidades de eliminación, hidratación o intimidad. También las regañaron cuando preguntaron sobre la naturaleza de los procedimientos que les estaban realizando: “Lo que yo quería era agua, cuando les dije, me dijeron: ‘No que te vamos a dar nada [...] aguanta’” y “Cuando me dijeron que me pusiera la bata, había doctores en el cuarto, les dije que me iba a cambiar y no se salieron”. O como se comparte en la siguiente narrativa:

Me alivié como a las cinco, se pasó toda esa noche; al otro día, como hasta las nueve de la noche, dejaron entrar a mi esposo, le dije: “Me estoy muriendo de hambre”, me dice: “¿Cómo?, ¿no te han dado de comer?, pero ahorita subieron y ahí traían”, y le dije: “Tráeme algo, ya no aguanto”; yo sentía que no podía más y en lo que salió ya mi suegra me trajo un jugo y un yogurt y fue lo que cené.

Claramente, las últimas estrategias de violencia mencionadas no responden a cuestiones estructurales/institucionales, sino más bien a relaciones de poder fundadas en imaginarios misóginos, clasistas y racistas que establecen jerarquías de poder/subordinación (Magne, 13-14 de septiembre del 2011). Castro (2022) explica la existencia de un *habitus* en la práctica médica y lo define como una propensión preconsciente de actuar de una manera aprendida y con independencia de otras condiciones. En el caso del personal médico, este mismo autor habla de un *habitus* médico autoritario, desde el que se presupone que el protagonismo, el conocimiento, las jerarquías y la autoridad corresponden a las médicas y los médicos, mientras que se cree que las mujeres se encuentran en una posición de subordinación y solo deben limitarse a “ayudar” a las personas profesionales de medicina durante el proceso de parto, pues no las consideran como poseedoras de conocimiento de su propio proceso (Castro y Erviti, 2015).

Asimismo, hubo mujeres que señalaron prácticas de sometimiento, amenaza y coerción. En algún momento, el personal sanitario les dijo que, si no actuaban de tal o cual forma, no serían atendidas, no se les administraría analgesia o no verían a sus hijos. Respecto a este punto, se construyeron diversas narrativas: “A mí no me dijeron, pero a una muchachita que tendría unos quince años, sí le dijeron: ‘¡Ya cállate! Cuando estabas allá no gritabas o a lo mejor gritabas así, pero de gusto’”; “Me dijeron que no estuviera llorando que ya sabían que tenía dolor, me decían: ‘Pero cállate, tú te lo buscaste’”; “Me dijeron: ‘Si se le muere el niño no va a ser porque no la atendemos, va a ser por sus gritos’”; “Me dijeron que ahí tengo que salir planificada, si no, no me dan de alta”; “Me dijeron: ‘Deje de gritar, porque hay otros pacientes; hasta que no se calme no la vamos a atender’”; “Dijeron que me callara y que no me iban a atender hasta que ya no hiciera ruido, y que si quería, pues grite, pero no me iban a hacer caso”; “Me obligaron a operarme, firmé porque no me dejaban salir”; “Me dijeron que me operara, que para que quería más hijos”; y “Que te pongan el ese DIU es un proceso obligatorio del hospital, que tenemos que salir planificada, si no, no te dan de alta o se queda el niño”.

Lo anterior, en conjunto con las prácticas anteriormente descritas, permiten dar cuenta que, según lo señala el *Informe Alternativo de las Organizaciones de la Sociedad Civil de México al Comité contra la Tortura de la ONU 2012-2019* (Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos [CMDPDH], 2019), la práctica de la violencia obstétrica es una forma de tortura, entendiendo la tortura de la siguiente manera:

Todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u

otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas (Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes).

Ejes de opresión que aportan a la vulnerabilidad

La edad como factor que vulnera frente a la violencia obstétrica

Tanto las mujeres indígenas adolescentes como las que se consideraban “mayores”, de acuerdo con lo que dicta el modelo médico hegemónico (más de treinta años), narraron haber experimentado violencia obstétrica asociada a su edad. En el caso de las adolescentes, el maltrato estaba relacionado a un tema de moral mal entendida, desde el cual fueron juzgadas por el inicio temprano de la vida sexual, a la vez que se pretendió desconocer el llamado que han hecho organismos internacionales a reconocer y tratar los embarazos infantiles y adolescentes como casos de violación sexual. Por su parte, las que se consideraban “mayores” expresaron haber vivido prácticas de maltrato y discriminación, principalmente cuando, además de la edad, contaban con situaciones de enfermedad crónica. A partir de su edad y estado de salud, a estas mujeres se las juzgó de irresponsables e inconscientes.

Ribeiro et al. (2020) han señalado que la vulnerabilidad de las mujeres indígenas frente a la violencia obstétrica tiene que ver, más que con su edad, con el antecedente de multiparidad o, en todo caso, se conjuga la variable de la edad con la multiparidad, mostrando una tendencia en el personal de salud a ser menos sensible o más violento conforme se conoce que no es la primera experiencia de parto de las mujeres. Otros estudios han documentado la existencia de una

mayor percepción de violencia obstétrica en las mujeres adolescentes y las primerizas, lo cual se asocia a su inexperiencia con el tema del parto, lo que les permite estar más receptivas a las actitudes de maltrato y reduce la normalización de estas prácticas (Jojoa et al., 2019).

Entre las formas de violencia obstétrica documentadas asociadas con la edad, se destacó la imposición del aislamiento como castigo: “Me dijeron que no podía pasar nadie para estar conmigo, dijeron: ‘¿Esto sí te da miedo y haber hecho a la criatura no?’ y “Las enfermeras me pusieron hasta el rincón y ahí me dejaron, tenía miedo, no sabía cómo era, y no me hablaron hasta que salió el niño”.

Asimismo, ellas narraron haber sido objeto de regaños y reprimendas de tipo moral: “Las enfermeras decían que estaba muy chiquita para andar en estas cosas [embarazo], me regañaban, eran más buenas gentes con las otras señoras” y “El doctor estaba enojado, les dijo a las enfermeras que le enojaba tener niñas pariendo, a mí se la pasó regañándome”.

Además, mencionaron un escaso o nulo apoyo para el cuidado del recién nacido: “[La enfermera] me dio el bebé y me dijo: ‘Te haces cargo’, le dije que no sabía cómo pegármelo [para lactar], me dijo: ‘¿Y hacerlo si supiste cómo?’” y “A otras señoras les decían cómo cuidar a sus hijos, a mí me pusieron en la última cama y se hacían las que no me escuchaban, nomás se acercaban a regañar”.

En el modelo médico hegemónico, el ejercicio de la sexualidad figura como una actividad adecuada solo para mujeres que están en condiciones fisiológicas para reproducirse sin riesgos o con los riesgos más bajos. Desde esta lógica, el *habitus* médico autoritario posibilita no solo enajenar los cuerpos biológicos de las mujeres, sino también sus proyectos de vida y reproductivos (Jasso y Rangel, 2023).

La clase social como factor que vulnera frente a la violencia obstétrica

Las mujeres dijeron que si no siempre asisten a los centros de salud u hospitales rurales no es porque no quieran hacerlo, algunas veces es porque no cuentan con los recursos para costear el traslado, otras porque,

pese a que hacen grandes esfuerzos para trasladarse, llegan tarde a los servicios, lo que motiva a que la atención les sea negada o reprogramada, según se lee en las siguientes narrativas: “En transporte público es más rápido [llegar al centro de salud], pero, si no hay dinero, aunque una quisiera, *pos* no se puede”; “Muchas veces [venimos a consulta] sin comer y sin dinero, y al final te dicen que ya no hay tiempo para atenderte, da coraje, porque nos vamos caminando y está muy lejos, con el sol y, a veces, con los hijos”; y “¿Cómo voy a ir? [al centro de salud] No tengo dinero, yo no voy a mis consultas y tampoco llevo a mis hijos, allá hay muchas tiendas y a los niños se les antoja comer galletas o Sabritas”.

Por ello, se establece que la violencia obstétrica tiene, como se ha señalado antes, causas estructurales, lo que amplía el margen de responsabilidades; en este caso, reconocer que se trata de una responsabilidad política, pues el acceso geográfico no está determinado por la voluntad de los actores institucionales, sino por la visión etnocéntrica de un Estado que no se ha terminado de comprometer con la garantía del derecho a la salud (Márquez, 2023).

Sin embargo, la pobreza no solo limita el acceso geográfico a los servicios, también origina prácticas clasistas y de discriminación por parte del personal sanitario, principalmente cuando se refiere a la construcción de discursos para convencer a las mujeres indígenas de la importancia de ponerse un método anticonceptivo de acción prolongada o de esterilizarse para no seguir reproduciéndose. Se trata casi siempre de discursos elaborados desde una perspectiva blanca y occidentalizada, que centra la posibilidad de tener más o menos hijos en un enfoque capitalista, donde el dinero figura como elemento central para construir “familias felices”. Así se lee en las narrativas: “Me dijo: ‘Ya opérate o ¿por qué quieres tener más hijos?, ¿tu esposo qué carrera tiene?, ¿cuánto gana?’... Te ofenden” y

Te dicen: “¿A poco a tu hijo le das todo lo que él necesita?”. Tal vez tienen razón, pero hay formas de que te expliquen, a veces, en la mera hora te agarran cuando estas con dolor, quieren ellos en ese momento y aprovechar [para meterlas a cirugía de esterilización o ponerles un método].

Narrativas como las anteriores evidencian que los estereotipos creados por el personal sanitario en torno a “las pacientes”, además de estar sustentados en parámetros de género o racismo, se construyen desde la clase. Otras investigaciones han documentado que el hecho de que se trate de mujeres indígenas se asocia de manera inmediata con la pobreza; una mancuerna que automáticamente hace pensarlas “sumisas e incapaces de cuestionar la atención que se les brinda” (Mendoza 2021, p. 191).

En algo tiene razón el personal de salud: su pobreza las hace más vulnerables, pero no solo ante las injusticias sociales, sino también frente a los protocolos institucionales. Se ha reportado que el tener un menor nivel educativo contribuye a la normalización de la violencia y la violación de derechos humanos. Aunque los identifiquen, su condición de marginación posiciona a las mujeres indígenas en una actitud de menor exigibilidad de estos derechos. Muchas veces, el problema no se limita a que desconocen que existe la violencia obstétrica, pues además ignoran los procedimientos a seguir para su denuncia (Solís et al., 2023).

La raza como factor que vulnera frente a la violencia obstétrica

En primer término, se identificó que no existen competencias interculturales en el personal sanitario para la comunicación terapéutica, lo cual hace referencia no solo a que en los hospitales no se cuenta con personal que hable lenguas indígenas, sino también y principalmente al hecho de que, desde una postura etnocéntrica, se ignoran las cosmovisiones indígenas relacionadas con el parto y el nacimiento. Sobre dicho punto, las mujeres indígenas entrevistadas señalaron lo siguiente: “Cuando sentí que se venía el bebé me quise agachar, para hacer fuerza, la doctora me dijo: ‘Acuéstese, ni que *juera* animal para parir parada””; “Hay palabras que no le entiendo, aunque hablo el español, no entendía porque no podía moverme o porque me tenía que aguantar el pujido”; y “Las otras que estaban pariendo, tampoco decían nada, no preguntaban nada, solo escuchaban, yo creo que tenemos miedo de que nos digan de cosas”.

En Latinoamérica, las comunidades indígenas viven en un constante estado de tensión por los procesos de occidentalización que, a través de los modelos sanitarios, pretenden continuar una colonización que busca encarnarse no solo en sus cuerpos, sino también en sus imaginarios. El modelo médico hegemónico figura como un dispositivo que se empeña en homogeneizar cuerpos e imaginarios dentro de un contexto que no deja de ser desigual. Así es como el Estado ejerce el biopoder. En palabras de Iparraguirre et al (2023):

A través del biopoder, puede llevarse al control poblacional, ejerciendo diversos mecanismos, como el control de los hábitos de salud, prácticas de reproducción de la mujer, de sexualidad, entre otros. Bajo esta perspectiva, el hospital se convierte en un instrumento o institución disciplinaria donde el poder es ejercido [...], lo que demuestra que la violencia obstétrica es un mecanismo del biopoder para ejercer control sobre la mujer (p. 419).

Varias de las participantes dijeron que hubiesen preferido atender sus embarazos y partos con la partera de su comunidad; de hecho, algunas fueron transgresoras y lo estuvieron haciendo de forma simultánea con su partera y el personal médico, pero siempre asumiendo que acceder a sus parteras podía ser objeto de reprimenda por parte de las instituciones sanitarias; toda vez que el personal les ha dicho incansablemente que las parteras no están capacitadas para atender de forma segura y que, en caso de que algo saliera mal, tanto las parteras como ellas tendrían que enfrentar responsabilidades legales o no podrían obtener el certificado de nacimiento, según lo señalaron: “Con la partera, ella trata bien y te dice como está el bebé, pero el doctor me dijo que no vaya, que ella no sabe, que, si el bebé le pasa algo, vamos a dar a la cárcel la partera y yo”; “Sí iba con la doctora, pero también con la partera, pero, si no iba con la doctora, me daba miedo que algo le fuera a pasar al bebé y me echaran la culpa, porque, desde la primera consulta, me dijo la doctora que nada de ir con la partera”; y “Ya no está permitido que una mujer tenga un hijo con una partera, porque nos dicen que es nuestro problema si algo sale mal”.

De hecho, ellas identifican la atención de la partera como más integral:

Yo iba con la partera, me decía como estaba, me atendía bien, me platicaba, me acomodaba el bebé, iba también con la doctora, pero la doctora no siente como está el bebé, no te toca, no te acomoda, solo escucha su corazón con un aparato y te dice cuanto tiempo tienes.

La criminalización de la partería es un tema preocupante en varios países de América Latina. En México resulta un tema ampliamente documentado; incluso, se ha planteado como un despojo de tipo político, al dismantelar la cosmovisión que sostienen los pueblos indígenas respecto a los procesos de gestación, parto y nacimiento, los cuales constituyen la base de su tejido social. Por ello, la imposición de formas distintas implica violentar y expropiar su derecho a la autodeterminación (Mejía y Macías, 2021).

Como proponen las corrientes teóricas feministas, a partir de la categoría de género, los cuerpos de las mujeres están en una continua disputa política (Trejo, 2021). Muchos de estos cuerpos sortean dichos controles en algunas etapas de su vida, pero, sin duda, el cursar por los procesos reproductivos los hace vulnerables a un biopoder más franco (Fernández y Díaz, 2017), porque, con la implementación de un modelo médico hegemónico, biologicista y poco sensible a los temas sociales, se legitima y se valida una serie de violencias que aplican a corto y largo plazo: a corto, a través de diversas formas de maltrato, y a largo, prescribiendo proyectos de vida a partir de las recomendaciones sobre la pertinencia de tener o no más hijos, desde la perspectiva de un *habitus* médico autoritario que reproduce estereotipos de clase, raza y género (Castro, 2022).

Conclusiones

Al parecer, según los resultados de las investigaciones realizadas, las motivaciones de la violencia obstétrica no podrían solo explicarse como una serie de conductas individuales, sino que también deben ser

analizados como una complicidad con el Estado patriarcal y racista. Por lo tanto, el impacto de este tipo de violencia tampoco sería individual. En el caso de las mujeres indígenas, el argumento desde el que se construye la planificación familiar tiene claramente un sostén racista.

Se sugiere continuar trabajando esta línea desde metodologías de investigación de acción participativa con mujeres indígenas, para que sean ellas, a partir de sus propias cosmovisiones, quienes elaboren propuestas de atención materna.

Bibliografía

Campiglia, Mercedes (2017). *La institucionalización del parto. El vínculo roto* [Tesis de doctorado]. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social [CIESAS].

Castro, Roberto (2021). Hacia una sociología de la anticoncepción forzada en México. En Karina Barcenás (coord.), *Género y sexualidad en disputa. Desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo en el campo médico* (pp. 37-64). México: Instituto de Investigaciones sociales UNAM.

Castro, Roberto (2022). Sociología de la práctica médica autoritaria: un diálogo sobre sus bases teóricas, éticas y empíricas. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, (38), 2-25. <http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22501>

Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM.

Collins, Patricia (2015). Intersectionality's definitional dilemmas. *Ann Rev Sociology*, 41, 1-20. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112142>

Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos [CMDPDH] (2019). *Informe alternativo de las organizaciones de la sociedad civil de México al Comité Contra la Tortura de la ONU. 2012-2019*. <https://cmdpdh.org/wp-content/uploads/2022/10/cmdpdh-informe-conjunto-cat-2019-1.pdf>

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS] (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34457/9789290360902-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Artículo 1. 10 de diciembre de 1984. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading>

Crenshaw, Kimberlé (2012). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color. En Raquel Lucas Platero (comp.), *Intersecciones, cuerpos y sexualidad en la encrucijada* (pp. 87-122). Nueva York: Bella Terra.

De Paula, Enimar et al. (2020). Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers. *Texto e Contexto - Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>

Espinoza, Ester (2022). La pirámide de la violencia obstétrica: dimensiones culturales y estructurales. En Roberto Castro y Sonia Frías (coords.), *Violencia obstétrica y ciencias sociales: Estudios críticos en América Latina* (pp. 106-141). Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM.

Estévez, Ariadna (2018). Biopolítica y necro política: ¿constitutivos u opuestos? *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, 25(73), 9-43. <http://dx.doi.org/10.32870/espiral.v25i73.7017>

Fernández, Dhayana y Díaz, Anderson (2017). Aspectos del biopoder y la bioética: entre el cuerpo y el género. En Anderson Díaz Pérez y Pacífico Castro Gil (comps.), *Viviencia de las mujeres en relación con las intervenciones médicas durante el embarazo y el parto* (pp. 71-95). Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar. https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/1284/Cap_6_Aspectos_Biopoder.pdf?sequence=10&isAllowed=y

Foucault, Michel (1997). *Defender la Sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gleason, Emily et al. (2021). “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud Colectiva*, 17. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI] (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI] (2021). *Violencia contra las mujeres en México. Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH)*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/nacional_resultados.pdf

Iparraquirre, Melva et al. (2023). La violencia obstétrica como biopoder: a propósito de la dignidad de la mujer. *Encuentros. Revista de ciencias humanas, teoría social y pensamiento crítico*, 17, 411–423. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7527761>

Jasso, Gilberto y Rangel, Yesica Yolanda (2023). Perspectivas y prácticas del personal que interviene en planificación familiar en mujeres con riesgo reproductivo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57.

Jojoa, Elisa et al. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Salud UIS*, 51(2), 136–147. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>

Lugones, María (2011). Hacia un feminismo decolonial. *La manzana de la discordia*, 6(2), 105-119.

Lugones, María. (2008). Colonialidad y Género. *Tábula Rasa*, 9, 73-101. <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n9/n9a06.pdf>

Luna, Florencia (2011). Vulnerabilidad: Un concepto muy útil. Abandonando los “corssets teóricos”: Respuesta a “Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? *Revista Redbioética*, 2(4), 85-90. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/192931/CONICET_Digital_Nro.e2b65ac4-f31b-4d6a-8f28-46e95e37d8f0_V.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Magnone, Natalia (13-14 de septiembre del 2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica [ponencia]. *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales*. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Márquez, Alicia (2023). Del parir a la violencia obstétrica en México: acontecimiento y problema público. *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*, 53, 29-53. <https://doi.org/10.7440/antipoda53.2023.02>

Mejía, Gloria, y Macías, María (2021). Salud y autonomía: un relato de construcción colectiva con mujeres indígenas tenek y nahuas de la Huasteca Potosina. En Carolina Gonzaga Gonzáles y Itandehui Reyes-Díaz (coords.) *Rebeldías feministas y luchas de mujeres en América Latina* (pp. 101-120). México: Bajo tierra.

Mendoza, Viaani (2021). Sumisas, agradecidas y obedientes. Representaciones sociales del personal de salud sobre las usuarias de ginecobstetricia de un hospital público en México. *Maguaré*, 35(1), 179-208. <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96670>

Menéndez, Eduardo (2003). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042995014>

Meneses-Navarro, Sergio et al. (2021). Innovación pedagógica para mejorar la calidad del trato en la atención de la salud de mujeres indígenas. *Salud Pública Mex*, 63, 51-59. <https://doi.org/10.21149/11362>

Mbembe, Achille (2017). *Políticas da inimizade*. Lisboa: Antígona.

Parra, Fabiana (2021). Crítica política del concepto occidental moderno de género desde una perspectiva feminista descolonial e interseccional. *Tabula Rasa*, (38), 247-267. <https://doi.org/10.25058/20112742.n38.12>

Rangel, Yesica Yolanda et al. (2019). Narrativas sobre morbilidad materna extrema en sobrevivientes a esta experiencia en México. *Index de Enfermería*, 28(1-2), 37-41. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100008

Rangel, Yesica Yolanda; Pérez, Oresta y Juárez, Mariana (2022). Resistencias y sincretismo indígena de mujeres tének y nahuas de San Luis Potosí, México, en la experiencia del autocuidado durante el embarazo y parto. *Revista de El Colegio de San Luis*, 12(23),1-31. <https://doi.org/10.21696/rcsl122320221409>

Ribeiro, Deise de Oliveira et al. (2020). Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>

Rodríguez, Viviana y Duarte, Cory (2020). Saberes ancestrales y prácticas tradicionales: embarazo, parto y puerperio en mujeres colla de la región de Atacama. *Diálogo Andino*, (63), 113-122. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812020000300113>

Segato, Rita (2017). *Contrapedagogía de la crueldad*. Buenos Aires: Prometeo.

Sesia, Paola (2020). La violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (comps.), *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 3-30). Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa.

Solís, Silvia; Mendoza, Héctor Augusto y Zamarripa, Emma Alexandra (2023). Análisis social y político del fenómeno de la violencia obstétrica. *Revista Ciencia & Sociedad*, 3(2), 186-200.

Suárez, Héctor y Peña, Sandra (2022). Derecho a la salud, interculturalidad y enfermería en el Estado neoliberal latinoamericano. En Ana Luisa Guerrero (coord.), *Racionalidades predatoras: los derechos de las empresas transnacionales* (pp. 145-166). México: UNAM.

Trejo, Marisa G. Ruiz (2021). Teorías y prácticas feministas sentipensadas y encarnadas en tiempos de muerte y rebeldía. *Desacatos: Revista de Ciencias Sociales*, (67), 206-211.