



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y LAS PRÁCTICAS Y
FACTORES INSTITUCIONALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA
EXPERIENCIA PERCIBIDA Y REPORTADA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN
LAS MUJERES DE TLÁHUAC QUE ESTUVIERON EMBARAZADAS EN EL PERÍODO
2016-2024

T R A B A J O T E R M I N A L
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN POLÍTICA Y GESTIÓN SOCIAL

P R E S E N T A:

ZALDIVAR PÉREZ ALEXIA IRIDIAN

ASESOR:

MTRA. DALILA MENDOZA AGUILAR

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO, 2025

Nunca me digas
que no puedo hacerlo.
A mí, que he bailado
con dos corazones.
Y he respirado
con cuatro pulmones.
A mí, que he sido hielo
fuego y viento.
Que he llevado
en mi vientre
el peso de dos mundos,
y he parido
la vida a gritos.
Que he abrazado
a la tristeza sin miedo.
Y he llorado sonrisas.
A mí no me digas
que no soy capaz
de algo.
O de todo.

(Lopez Eva, 2016)

Agradecimientos

Tengo tanto por agradecer...

Inicio por esa persona que me prestó su laptop para poder hacer mi examen de ingreso a esta casa de estudios, sin ella, tal vez no habría podido entrar, y mucho menos llegar hasta este punto.

Agradezco profundamente a la UAM. Gracias por darme la oportunidad de ser y pertenecer, gracias porque aquí vi la vida con otros ojos, se amplió mi horizonte. Gracias porque aquí conocí a las más bellas amistades.

Hablando de amistades grandiosas, agradezco a Paloma, mi amiga personal, que nunca me deja sola, que siempre me escucha y me ha ayudado de muchas maneras, gracias por ser parte de mi vida y por permitirme ser parte de la tuya, te adoro.

Agradezco también a mi asesora, la Mtra. Dalila Mendoza, gracias por no soltarme, por apoyarme en todo lo que le pedí, por estar siempre que la necesité en este proceso. Gracias por resolver mis dudas (por más absurdas que fuesen), gracias por ilustrarme tanto. Espero algún día ser como usted.

A mi profesor de seminario, el Dr. Ángel Mundo, que por más enredada, abrumada, bloqueada o incluso confundida que yo me haya sentido, siempre me acompañó y trató de mostrarme el camino. Muchas gracias.

Arturo, Brenda, Paola, gracias por cuidar a mi chiquilín para que yo pudiera asistir a la universidad, para que pudiera hacer mi tarea, para que pudiera bañarme... No tengo como pagarles este gran acto.

Y por supuesto, a todas las mujeres que compartieron sus historias, gracias. Sin su voz, esta investigación no tendría sentido.

Dedicatoria

A mi madre, Rocío.

Por ser la mujer más increíble que conozco. Gracias por tu fuerza, valentía, coraje,
por tu ejemplo y por enseñarme a no rendirme nunca.

A Iván, mi dúo, mi compañero, el amor de mi vida.

Por caminar a mi lado, por sostenerme cuando me caigo, por llorar y celebrar
conmigo cada paso. Te amo con todo mi corazón.

A Mateo,

Esto es por y para ti, siempre. Eres mi motor, mi razón, mi presente y mi futuro.

Contenido

Introducción:	3
Capítulo 1. “Aproximaciones teóricas a la violencia obstétrica como una expresión de la violencia contra las mujeres por razones de género”	12
1.1 Violencia de género.....	12
1.1.2 Género/Estereotipos de género.....	15
1.1.3 Perspectiva de género.....	17
1.2 Violencia simbólica.....	20
1.2.1 Violencia objetiva y subjetiva.....	22
1.2.2 Percepción de violencia.....	24
1.3 Factores y prácticas institucionales	26
1.4 El derecho a la salud, y a la salud sexual y reproductiva de las mujeres	27
1.4.1 Derecho a la salud.....	27
1.4.2 Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR)	29
1.4.3 Marco normativo del derecho a la salud sexual y reproductiva (DSR)	30
1.5 Políticas de atención obstétrica ¿con perspectiva de género?	32
1.6 Derecho a una vida libre de violencia.....	34
Capítulo 2. “La violencia obstétrica como manifestación de violencia de género” ..	36
2.1 Violencia obstétrica	36
2.2 Violencia obstétrica como problema público	38
2.3 Características de la violencia obstétrica (2016-2021)	40
2.3.1 Prevalencia de la violencia obstétrica en Ciudad de México	42
2.3.2 Características de las mujeres que sufrieron violencia obstétrica (2016-2021)	43
2.3.3 Características de mujeres maltratadas durante su atención obstétrica en Ciudad de México	44
2.4 Características sociodemográficas de CDMX y Tláhuac	47
2.4.1 Niveles socioeconómicos de las mujeres en la CDMX.....	47
2.4.2 Nivel educativo de las mujeres en la CDMX	48
2.4.3 Nivel educativo de las mujeres en Tláhuac.....	48
2.4.4 Tasa de ocupación de las mujeres en México	49
2.4.5 Informalidad laboral	50
2.4.6 Afiliación a los servicios de salud	51
2.4.7 Gasto de bolsillo en salud.....	52
2.5 Institucionalidad de la atención a la salud materna en CDMX y Tláhuac	53
2.5.1 Presupuesto a Salud en CDMX	53
2.5.2 Hospitales que existen en CDMX y Tláhuac.....	54
2.5.3 Políticas de salud materna y prevención en Tláhuac	54

2.5.4 Presupuesto en salud materna, nacional, CDMX, Tláhuac	57
Capítulo 3. “La violencia obstétrica entre cifras y voces: hallazgos entre encuestas, entrevistas y teoría”	60
3.1 ¿Viviste violencia obstétrica?	62
3.2 Desigualdades económicas y educativas como barrera	64
3.3 Violencia disfrazada de rutina	69
3.4 Influencia del Termómetro Obstétrico en el reconocimiento de la violencia	79
Conclusiones	84
Referencias:	87
Anexos:	97
Anexo 1. Estructura de cuestionario digital.....	97
Anexo 2. Termómetro Obstétrico.	103
Anexo 3. Relación de categorías analíticas y entrevistas a profundidad.	104

Introducción:

La violencia contra las mujeres no solo es física, tiene muchas vertientes y está presente en diversos ámbitos de la vida cotidiana. Por ejemplo, durante el embarazo y el parto, las mujeres se encuentran en condiciones vulnerables que las hace más propensas a recibir violencia por parte del personal médico. El acto de ejercer violencia hacia las mujeres denigrándolas y convirtiéndolas en simples objetos durante el parto, invalidar sus emociones y decisiones sobre su cuerpo, a esto se denomina violencia obstétrica.

Existe un marco normativo internacional, donde hay diversos tratados y convenciones que tipifican a la violencia obstétrica como una vulneración a los derechos humanos de las mujeres. Un ejemplo es La Convención sobre la Eliminación de Todas la Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), donde mencionan el derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud sin discriminación ni violencia; en su artículo 12° se establece: “Los Estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (ONU, 1979). También, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, reconoce a la violencia obstétrica como una forma de violencia de género que atenta contra la dignidad y el bienestar de las mujeres (ONU, 1993).

En México, se publicó en el año 2007, la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) en el Diario Oficial de la Federación, que tiene como propósito combatir las distintas modalidades de violencia que sufren las mujeres. Sin embargo, la LGAMVLV no reconoce a la violencia obstétrica, pero la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal sí, y la define como “Cualquier acción u omisión del personal de salud que cause daño

físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio” (LGAMVLV, 2007).

Existe también la NOM-007-SSA2-2016, y en el punto 5.1.11 de esta norma se menciona “La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución” (CNDH, 2016:22).

Los derechos sexuales y reproductivos juegan un papel importante, ya que se vulneran cuando a las mujeres se les ejerce violencia obstétrica, por ejemplo, uno de los derechos sexuales y reproductivos es el derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad (CNDH, 2016:10). Este derecho se ve vulnerado cuando a las mujeres no se les informa sobre procedimientos quirúrgicos que se les aplican al momento del parto y después del mismo.

La anticoncepción posparto, de acuerdo con la Secretaría de Salud es “La estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente” (Secretaría de Salud, 2002:17). Sin embargo, en la práctica, a las mujeres ni siquiera se les informa si quieren o no recibir un método anticonceptivo, se les aplica y ya, esto vulnera otro derecho sexual y reproductivo, el derecho a decidir de manera libre e informada sobre la vida reproductiva (CNDH, 2016:17).

El derecho a la salud, plasmado en el artículo 4º de la Constitución mexicana, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, el derecho a la salud implica múltiples acciones que conserven el bienestar físico, mental y social (SEGOB, 2015), este derecho fundamental explica que si a una mujer se le trata de manera que su bienestar físico, mental y social se ve afectado se está vulnerando

el derecho a la salud, lo cual, a su vez, es directamente vinculante con la violencia obstétrica.

Todo lo anterior tipificado en normas, convenios e instrumentos que, si bien pretenden ayudar a mejorar la experiencia de las mujeres durante la etapa del parto, pierden fuerza ante la ejecución de malas prácticas institucionales que persisten en los servicios de salud, afectando a las mujeres de manera sistemática en diversas regiones, incluida la alcaldía de Tláhuac, Ciudad de México.

Tláhuac es una de las alcaldías con mayores índices de marginación en la Ciudad de México, lo que impacta en el acceso a servicios de salud de calidad. De acuerdo con datos de Data México del Gobierno de México, la alcaldía presenta un bajo nivel de desarrollo socioeconómico, con carencias en infraestructura hospitalaria y atención médica (Gobierno de México, s.f.). Esta situación incrementa el riesgo de que las mujeres gestantes experimenten violencia obstétrica, ya que los servicios de salud suelen estar sobrecargados y con recursos limitados.

Ahora bien, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (INEGI, 2021), el 31.4% de las mujeres entre 15 y 49 años en México han experimentado maltrato en la atención obstétrica, lo que evidencia la magnitud del problema (INEGI, 2021).

Entonces, se entiende que las dimensiones de la violencia obstétrica abarcan no solo el maltrato físico y verbal, sino que también los procedimientos sin consentimiento informado de las mujeres, por ejemplo, la maniobra Kristeller (presión en el abdomen) o episiotomías (corte transversal en el área vaginal). Dentro de estas llamadas dimensiones, también entran la imposición de métodos anticonceptivos y la esterilización forzada.

Estas dimensiones están presentes en instituciones de salud que brindan atención obstétrica a mujeres, que, por estructura social prevalecen en la actualidad.

Las consecuencias de la violencia obstétrica no solo afectan la salud física de las mujeres, sino también su bienestar emocional. Diversos estudios han demostrado que la violencia en el parto puede generar trastornos de estrés postraumático, depresión postparto y desconfianza en los servicios de salud (GIRE, s.f.). En Tláhuac, los factores socioeconómicos, como el nivel de ingresos y la falta de educación en derechos sexuales y reproductivos, agravan la situación, ya que muchas mujeres no reconocen las prácticas violentas en su atención médica ni cuentan con mecanismos efectivos de denuncia.

Tláhuac, una de las 16 alcaldías de la Ciudad de México, enfrenta serios desafíos en materia de infraestructura de salud y acceso a servicios médicos de calidad, lo que incide directamente en la prevalencia de la violencia obstétrica. De acuerdo con Data México, en 2020, el 35.6% de la población de Tláhuac no tenía acceso a instituciones de salud, una de las cifras más altas en la capital del país (Gobierno de México, sf). Asimismo, de acuerdo con datos de la Secretaría de Bienestar, el presupuesto asignado de la planeación del Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAISMUN) la infraestructura de salud es de cero pesos desde el 2022 (Secretaría de Bienestar, 2025:3).

Esta carencia influye de una manera desproporcionada a las mujeres embarazadas, quienes muchas veces deben recorrer largas distancias para recibir atención médica o enfrentarse a hospitales saturados, con personal saturado de pacientes y condiciones indignas.

En este contexto, la violencia obstétrica se normaliza dentro de los servicios de salud pública, ya que las mujeres, particularmente aquellas en situación de vulnerabilidad económica, tienen pocas opciones para exigir una atención digna y de calidad. Además, la marginación socioeconómica de Tláhuac agrava el problema, pues el 32.4% de su población vive en condiciones de pobreza, limitando su capacidad para acceder a servicios médicos privados o recibir asesoría legal en caso de sufrir violencia obstétrica (INEGI, 2021).

La falta de educación y difusión sobre derechos reproductivos y la escasa divulgación de mecanismos de denuncia refuerzan la impunidad en los centros de salud, hospitales y clínicas de Tláhuac, donde muchas mujeres desconocen que han sido víctimas de maltrato o coerción médica. A pesar de la existencia de normativas como la NOM-007-SSA2-2016, su aplicación en Tláhuac es deficiente, lo que perpetúa prácticas como la imposición de procedimientos sin consentimiento o el trato deshumanizado durante el parto. Sin una intervención estructural que atienda la precariedad de los servicios médicos y la falta de perspectiva de género en la atención obstétrica, las mujeres de esta alcaldía seguirán siendo vulnerables ante la violencia institucional durante su atención materna.

Dado el contexto de Tláhuac y la persistencia de esta problemática, es fundamental desarrollar estrategias de prevención y sanción en el sector salud, promoviendo protocolos con perspectiva de género y garantizando que las mujeres tengan acceso a información sobre sus derechos.

La percepción de la violencia obstétrica está determinada por diversos factores, entre ellos el nivel de educación, el acceso a información sobre derechos reproductivos y el contexto sociocultural de cada mujer (INEGI, 2021). Muchas mujeres no identifican las prácticas violentas en la atención obstétrica debido a la normalización de estos tratos dentro del sistema de salud y a la falta de información sobre sus derechos (Gobierno de México, s.f.).

En comunidades con bajos niveles de escolaridad y acceso limitado a servicios médicos de calidad, como Tláhuac, la violencia obstétrica tiende a ser sobretintada. La ausencia de canales efectivos de denuncia y la falta de acompañamiento legal refuerzan la percepción de que estos abusos son parte inherente del proceso de atención médica, lo que contribuye a su perpetuación (Secretaría de Bienestar, 2025). Además, la relación de poder entre el personal de salud y las pacientes genera una dinámica de sumisión en la que las mujeres difícilmente cuestionan o

exigen mejores condiciones de atención, perpetuando un sistema que prioriza la eficiencia institucional sobre los derechos de las usuarias (GIRE, s.f.).

Así, la pregunta de investigación que guía este trabajo es: ¿Cuál es la influencia de los factores socioeconómicos y las prácticas y factores institucionales de los servicios de salud en la experiencia percibida y reportada de la violencia obstétrica en las mujeres de Tláhuac que estuvieron embarazadas en el periodo 2016-2024?

La hipótesis que responde a la pregunta anterior es que las mujeres con mayor situación de vulnerabilidad tienen mayor tendencia a no reportar haber experimentado situaciones de violencia obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio, debido las prácticas institucionales en hospitales, clínicas y centros de salud de Tláhuac que propician la normalización de la violación a sus derechos sexuales y reproductivos.

Por otro lado, los objetivos que guían el presente trabajo son:

Objetivo general:

Analizar la relación entre los factores socioeconómicos y las prácticas institucionales en función de la perspectiva de género de los servicios de salud sobre la percepción de la violencia obstétrica en mujeres embarazadas de Tláhuac, durante el periodo 2016-2024.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la violencia obstétrica experimentada por las mujeres embarazadas de Tláhuac, considerando los factores socioeconómicos.
- Identificar y contrastar las políticas públicas y prácticas institucionales con perspectiva de género implementadas en Tláhuac para prevenir y combatir la violencia obstétrica y garantizar sus derechos reproductivos y sexuales.
- Elaborar un instrumento que permita reconocer las categorías de la violencia obstétrica experimentada durante el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto por mujeres de Tláhuac.

- Analizar la relación entre el nivel de conocimiento y la percepción de haber experimentado violencia obstétrica en mujeres de Tláhuac.

Se considera que este trabajo es relevante académica y socialmente ya que la violencia obstétrica es un problema invisibilizado, normalizado y olvidado por el Estado, arraigado en el sistema de salud de México, caracterizado por dinámicas desiguales de género. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021 menciona que el 31.4% de las mujeres de 15 a 49 años a nivel nacional han experimentado algún tipo de maltrato durante la atención obstétrica (INEGI, 2021).

Este estudio, centrado en la alcaldía Tláhuac, Ciudad de México, pretende exponer cómo el lugar donde radican las mujeres embarazadas influye en la forma de su atención antes y durante el embarazo y en el periodo posterior a él, y en la percepción que las mujeres tienen sobre la violencia obstétrica debido a factores sociales y económicos.

La relevancia de esta investigación radica en que se pueden explorar las maneras en que se manifiesta la violencia obstétrica, las consecuencias posteriores al parto y las iniciativas que se llevan a cabo para atender este problema, durante el periodo 2016-2024 y cómo repercute esto en el acceso a servicios de salud de calidad y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Para analizar la problemática de violencia obstétrica percibida y experimentada por mujeres que estuvieron gestando durante el periodo 2016-2024 en Tláhuac, la presente investigación tiene la característica de ser estadístico descriptivo, pues se analizará datos estadísticos de fuentes oficiales del gobierno como el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Secretaría de Salud (SS), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), entre otras fuentes que puedan enriquecer el análisis de la investigación.

También tiene un enfoque cualitativo documental, ya que se revisaron documentos institucionales, el marco normativo nacional e internacional en materia de salud materna, así como también el de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), políticas públicas locales y literatura sobre la violencia obstétrica.

Se diseñó y distribuyó por redes sociales un cuestionario digital sobre percepción de violencia obstétrica dirigido a mujeres que hayan recibido atención obstétrica en instituciones públicas de Tláhuac durante 2016-2024, lo que permitió saber cuál es su percepción sobre la violencia obstétrica.

Dentro de este instrumento, se integró también un denominado por esta autora “Termómetro Obstétrico” diseñado para la presente investigación. Esta herramienta adaptada permitió presentar diversas prácticas comunes en la atención obstétrica, organizadas de forma gradual, según el nivel de violencia que implican, desde las más sutiles hasta las más graves. La finalidad es facilitar la identificación y reconocimiento de situaciones violentas que, muchas veces pasan desapercibidas o se normalizan. El Termómetro Obstétrico fue mostrado tanto a las mujeres que contestaron el cuestionario digital como a las entrevistadas a profundidad.

También se realizaron 5 entrevistas a profundidad con mujeres que compartieron sus experiencias durante la atención obstétrica, lo cual permitió profundizar en los significados y vivencias relacionadas con posibles episodios de violencia obstétrica. A 3 de ellas se les aplicó también el cuestionario digital mencionado anteriormente con el objetivo de complementar la información de manera cuantitativa y cualitativa.

Las primeras 3 entrevistadas tuvieron su último parto en hospitales públicos dentro de la alcaldía, mientras que las 2 restantes se atendieron en hospitales fuera de la alcaldía. Esta decisión metodológica fue pensada para **no caer en generalizaciones**, y observar como las condiciones institucionales y las experiencias pueden variar según el contexto hospitalario.

Cabe destacar que todas las mujeres entrevistadas dieron su consentimiento informado para grabar las entrevistas con la garantía de que su identidad sería

protegida. Por esta razón, a lo largo de este análisis, nos referiremos a ellas como Entrevistada 1, Entrevistada 2, Entrevistada 3, Entrevistada 4 y Entrevistada 5.

Capítulo 1. “Aproximaciones teóricas a la violencia obstétrica como una expresión de la violencia contra las mujeres por razones de género”

Esta investigación habla acerca de un problema que muchísimas mujeres han vivido al momento de parir y que, aunque la mayoría de las veces no se nombra o no es reconocida y percibida como violencia, debido a la normalización de este problema,

en la normativa sí lo es. Es por eso que en este capítulo se hace una revisión y aproximación de algunos conceptos que ayudan a entender de una mejor forma a la violencia obstétrica, de cómo se desarrolla también en acciones o prácticas que se normalizan. Se menciona al género y los estereotipos de género, la violencia simbólica, se menciona también aquella violencia invisible pero que por supuesto es violencia, es decir, de la violencia objetiva y subjetiva, además, se habla sobre cómo se percibe o no la violencia, y del papel que tienen las instituciones en este fenómeno.

1.1 Violencia de género.

Hablar de violencia no solo es hablar de golpes, la violencia se manifiesta y se vive de muchas maneras y puede adentrarse en las relaciones familiares, laborales, académicas, institucionales, entre muchas otras. La violencia de género, particularmente, es una forma de dominación y de control hacia las mujeres, basada en una construcción histórica que ha colocado a los hombres en una posición de poder y a las mujeres en la sumisión. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la violencia es “El uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo” (OPS, s.f.).

Ahora bien, cuando esa violencia está dirigida hacia las mujeres por el mero hecho de haber nacido mujeres, estamos hablando de violencia de género, que, además de violencia física, también se incluye la violencia emocional, psicológica, económica, e institucional, es decir, “discriminación por género, en normas sociales que aceptan la violencia y estereotipos que la perpetúan” (Secretaría de Bienestar, s.f.). Esto se sostiene en construcciones sociales profundas que, como lo plantea Sherry Ortner al explicar que las mujeres han sido asociadas simbólicamente con la

naturaleza y, por tanto, subordinadas a los hombres quienes representan la cultura y trascendencia (Ortner, 1972:8).

Es bien sabido que las mujeres pasan por abusos, maltratos, denigraciones, entre otras manifestaciones de violencia, que son normalizados y que es muy difícil cambiarlos o transformarlos, incluso es difícil que las mujeres sepan que esas acciones no son correctas, más aún cuando son generadas, primeramente, por sus familiares y luego por desconocidos, a esto se le conoce como violencia de género. Es posible también, que aunque las mujeres sepan que lo que viven no es correcto, entran en estado de negación, debido a las expectativas de género. Esto sucede porque en palabras de Ortner, “es un hecho universal de que en todas las sociedades se asigna a la mujer un status de segunda clase” (Ortner, 1972:2), es decir, en todas las sociedades, las mujeres son subordinadas al hombre, esto por algo que Ortner llama “valoraciones culturales”, en ellas, los hombres pueden llegar a ser o hacer cualquier cosa que se propongan, mientras que las mujeres están destinadas a cumplir con lo que la sociedad espera de ellas.

La violencia de género se produce simplemente por ser mujer, puede estar en cualquier parte, en la casa, en el trabajo, en la escuela, pero muchas veces inicia en el lugar donde deberían sentirse más seguras las mujeres, en el hogar. La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer menciona que la violencia contra las mujeres es “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o sicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.” (ONU, 1993).

Lo preocupante es que esta violencia se sostiene en creencias muy arraigadas como pensar que los hombres deben “mandar” o que las mujeres son más frágiles. Estas creencias se insertan en el cerebro de las personas desde la infancia. Las mujeres se callan, las mujeres obedecen, las mujeres aguantan; los hombres

deciden, los hombres protegen, los hombres corrigen. Estas ideas ideas terminan legitimando todo tipo de maltratos, como bien lo menciona Ortner, se ha asociado a las mujeres con la naturaleza y a los hombres con la cultura y "Dado que el proyecto de la cultura es siempre subsumir y trascender la naturaleza, si se considera que las mujeres forman parte de ésta, entonces la cultura encontraría «natural» subordinarlas, por no decir oprimirlas" (Ortner, 1972:8), y así, la subordinación se ve como algo normal.

Como ya se mencionó anteriormente, la violencia de género no se limita a la violencia física, sino que abarca una amplia variedad de formas de violencia, incluyendo la violencia psicológica, sexual, económica, institucional y simbólica. La violencia psicológica, por ejemplo, incluye el control, la manipulación emocional, el aislamiento, y la humillación que inciden devastadoramente en la autoestima y salud mental de las mujeres. Por otro lado, la violencia económica, se manifiesta en la privación de recursos económicos, como el control del gasto o la limitación de la autonomía financiera de las mujeres (OPS, s.f).

La violencia de género se origina en las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres, que se manifiesta en una distribución desigual de poder, recursos y oportunidades. Los estereotipos de género (que más adelante se describirán), que atribuyen roles y características específicas a mujeres y hombres, refuerzan estas desigualdades y validan la violencia contra las mujeres. Pero no se trata solo de casos individuales, o de lo que un hombre le hace a una mujer, sino, más bien como menciona Segato "No se trata de un problema limitado a la esfera del individuo ni es la consecuencia directa y espontánea del ejercicio del poder del hombre sobre la mujer" (Segato, 2003:34). Además de que ese tipo de violencia no sería posible sin la existencia "de una estructura profunda previa a ese acto de poder y sometimiento nos permite hacer esta lectura y, lo que es aún más importante, permite a la víctima experimentar su terror" (Segato, 2003:40).

Como se ha detallado, la violencia de género se manifiesta de distintas formas en distintos ámbitos y contextos de la vida cotidiana, y está arraigada en estructuras y estereotipos sociales que perpetúan la discriminación y subordinación de las mujeres. La violencia obstétrica, siendo una de estas manifestaciones, demuestra cómo la violencia de género se infiltra en los servicios de salud, vulnerando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Es entonces que se debe tomar acción para garantizar la seguridad, integridad y dignidad de las mujeres a través del derecho a una vida libre de violencia. En el siguiente apartado se analizará cómo este derecho se ha establecido en el marco del derecho internacional y más tarde en el nacional; y su importancia para la protección de las mujeres frente a la violencia de género.

1.1.2 Género/Estereotipos de género

El género, a diferencia del sexo biológico, de acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), se refiere al conjunto de atributos sociales, roles, comportamientos, actividades y expectativas que una sociedad determinada asigna a hombres y mujeres (INMUJERES, s.f). Significa que, dependiendo de nacer mujer u hombre, de acuerdo con la sociedad y contexto, se podrán realizar o no actividades y formas de ser de las personas.

Cuando se habla de género no solo se hace referencia a mujeres y hombres, sino a todo un conjunto de ideas que la sociedad impone. Lagarde (1996) menciona:

El género permite comprender a cualquier sujeto social cuya construcción se apoye en la significación social de su cuerpo sexuado con la carga de deberes y prohibiciones asignadas para vivir, y en la especialización vital a través de la sexualidad. Las mujeres y los hombres no conforman clases sociales o castas; por sus características pertenecen a la categoría social de género, son sujetos de género (Lagarde, 1996:14).

Dicho de otro modo, el género les dice a las personas cómo se debería de actuar, vestir, o qué hacer, incluso, pensar, dependiendo del sexo con el que se nace.

Es decir, la sociedad espera ciertos comportamientos cuando se nace con el sexo femenino, como delicadeza, sutileza, silencio, obediencia, inocencia, entre otros aspectos, que no se esperan cuando se nace con el sexo masculino, ahí, la sociedad espera que impongan rudeza, que no se muestren débiles y que sean proveedores. Pero estas reglas se basan en lo que menciona Bourdieu “existe una gran dificultad en analizar la lógica del género ya que se trata de una institución que ha estado inscrita por milenios en la objetividad de las estructuras sociales y en la subjetividad de las estructuras mentales” (Bourdieu citado en Lamas, 2013, p. 345), por eso, muchas veces ni siquiera es notorio que esas ideas afectan y limitan.

Además, el género no solo menciona que hay únicamente mujeres y hombres, sino que coloca a los hombres por encima de las mujeres, esto pasa en la mayoría de las culturas, por no decir, todas (Scott, 2013 y Lamas, 2013). Culturas donde funcionan bajo un orden jerárquico, donde lo masculino domina. Es así que, el género, además de diferenciar, también organiza y domina.

Esta dominación provoca que las mujeres casi siempre queden en desventaja, porque se espera que sean sumisas, se espera que atiendan las necesidades de los hombres, se espera que se casen, se espera que no griten, que no se quejen, que no se opongan, y no conformes con esto, también se normaliza que sus cuerpos queden fuera del dominio propio y se deshumanizan, se tratan como cuerpos para intervenir, para regular y para decidir por ellos.

Dentro de estas construcciones de género se encuentran los estereotipos de género que son las ideas preconcebidas y simplificadas sobre las características, roles y comportamientos que se consideran apropiados para las mujeres y los hombres. Estos estereotipos pueden limitar las oportunidades y perpetuar la discriminación basada en género (INMUJERES, s.f). En el contexto de la violencia obstétrica, es totalmente notoria la sumisión, la docilidad y la dependencia con la que las mujeres han sido encasilladas por su género (INE, s.f).

Estos estereotipos de género arraigados en la sociedad influyen significativamente en la atención obstétrica; por ejemplo, la creencia de que las mujeres son pasivas y sumisas puede llevar a que se les niegue la autonomía en la toma de decisiones sobre sus cuerpos durante el parto. Además, estos estereotipos que se asocian a las mujeres con la debilidad pueden llevar a que se minimicen sus quejas y se les niegue el acceso a una atención médica adecuada.

Además, estos estereotipos que asocian a las mujeres con la maternidad como su principal rol, provocan que se minimicen sus necesidades y se prioricen las necesidades del recién nacido. Las mujeres suelen ser tratadas como simples entes que su única dedicación y vocación debe ser cuidar tanto a sus maridos como a sus hijos, y si llegan a quejarse o hacer lo contrario, se enfrentan con los graves juicios sociales, incluso, de su entorno más íntimo. Se debe reconocer que las mujeres son sujetos de derecho con autonomía y capacidad de decidir sobre sus cuerpos.

Para abordar la violencia de género, entonces, se debe analizar los conceptos de género y perspectiva de género, y cómo estos influyen en la atención obstétrica.

1.1.3 Perspectiva de género

Antes de hablar directamente sobre la definición de perspectiva de género, es importante pensar desde dónde surge la necesidad de hablar de esto. Autoras como Rita Segato han mencionado que la violencia en contra las mujeres no solo pasa de persona a persona, ni es simplemente que un hombre decida ejercer poder sobre una mujer. Para ella, esa violencia está sostenida por estructuras sociales que permiten, toleran y reproducen las desigualdades. Es justo en esa lógica donde cobra sentido hablar de perspectiva de género, una herramienta que permite ver que la violencia no está aislada, sino parte de algo más profundo que ya está armado desde antes del acto violento, y que, incluso permite que las mujeres lo vivan sin poder identificarlo. La distinción de los seres humanos según su “género”

basada en la diferencia sexual, es una de las justificaciones que normalizan estas violencias.

De acuerdo al punto anterior es que surge la perspectiva de género, que está definida en la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGIMH) como una herramienta o instrumento que permite “identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género” (Cámara de Diputados, 2024:3).

Desde el punto de vista de Marcela Lagarde, la perspectiva de género “permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar” (Lagarde, 1996:2-3). Esta perspectiva ayuda a entender que las diferencias entre mujeres y hombres no son solo biológicas, sino sociales y estructurales, y tienen implicaciones en cómo se vive la desigualdad y violencia.

La implementación de la perspectiva de género en la atención obstétrica es esencial para garantizar el respeto de los derechos humanos de las mujeres para poder prevenir y disminuir este fenómeno. La perspectiva de género también ayuda a que en normas como la NOM-046-SSA2-2005 contemplen que “la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución” (CNDH, 2016:22).

También en la NOM-046-SSA2-2005 se menciona que se debe “desarrollar acciones de educación para la salud orientadas a favorecer la decisión libre e informada que estimule en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables” (CNDH, 2016: 42).

Todo lo anterior tipificado en la norma mencionada, debería generar un ambiente de respeto hacia la dignidad de las mujeres. Sin embargo, la persistencia de la violencia obstétrica demuestra que las normas por sí solas no son suficientes para reducir esta práctica que, a menudo se arraiga en actitudes y creencias influenciadas por los roles de género. Es por eso que la implementación efectiva de la perspectiva de género en políticas, leyes y normas que atiendan la atención obstétrica, como se ha visto, es importante para transformar las desigualdades y prevenir la violencia obstétrica, porque no solo se trata de hacer políticas para dar a lo “loco” métodos anticonceptivos, se trata de preguntar si esas mujeres desean adquirir un método anticonceptivo.

A continuación, se desarrollan los conceptos de violencia objetiva y subjetiva, definidos por Žižek, los cuales ayudan a reflexionar muchas cosas que se viven diariamente pero que no siempre se ven como violencia, son acciones que están tan metidas en el funcionamiento de la sociedad que ya ni se notan, y cómo muchas veces lo más violento es justamente lo más “normal”.

También es necesario hablar sobre la violencia simbólica, este es un concepto desarrollado por Pier Bourdieu, el cual se refiere a una forma de dominación en la que no se necesita fuerza física o verbal porque actúa desde el interior de las relaciones sociales. Esta violencia funciona cuando las personas dominadas aceptan las mismas estructuras que las oprimen, como es el caso de las mujeres. Históricamente las mujeres habían aceptado el rol de ser lideradas o subordinadas

a los hombres, y ellas mismas replican y aceptan este rol, incluso, podrían señalar a las mujeres que no estuvieran de acuerdo con esta estructura.

En la violencia obstétrica estas formas de violencia están muy presentes porque ahí se juntan la autoridad médica, el sistema de salud, los roles de género y la desigualdad, que en este contexto el personal médico actúa como dominador y las mujeres usuarias adoptan el papel de subordinadas, muchas veces sin notarlo.

Además de lo que se tiene definido como violencia por las mujeres, que es un concepto que también se desarrolla en el siguiente apartado.

1.2 Violencia simbólica

La violencia simbólica juega un papel importante dentro de la violencia obstétrica, Bourdieu menciona que es:

cuento los dominados aplican a los que dominan unos esquemas que son el producto de la dominación, o, en otras palabras, cuando sus pensamientos y sus percepciones están estructurados de acuerdo con las propias estructuras de la relación de dominación que les ha impuesto, sus actos de *conocimiento* son, inevitablemente, unos actos de *reconocimiento*, de sumisión (Bourdieu, 2000:14).

Es decir, que quienes dominan logran imponer sus reglas sin necesidad de violencia física directa, porque las personas dominadas ya interiorizaron esas estructuras como si fueran naturales. Y justo eso dificulta identificar y cuestionar la violencia.

En el caso de la violencia obstétrica, la violencia simbólica actúa como mecanismo con el cual el personal médico asume el papel de dominador, desde sus conocimientos y posición institucional, invalidan o minimizan lo que las mujeres piensan o sienten. Esto se refleja en la descalificación del dolor, en las decisiones tomadas sin consultar y en la idea de que las mujeres no pueden saber qué es lo mejor para su cuerpo porque el “médico sabe más”.

Del otro lado, las mujeres usuarias terminan asumiendo el papel de dominadas, que por esta idea de superioridad de los médicos hacia ellas, altera su realidad,

haciéndoles pensar que ellas no tienen la razón. Como bien menciona Eva García “Las mujeres son controladas en tanto que reproductoras, y lo que pasa en sus cuerpos ya no es algo privado sino público. Las normas biomédicas se aceptan como inevitables, naturales, legítimas y adecuadas: de este modo el poder médico hegemónico mantiene su poder de decisión en todos los partos.” (García, 2018:144).

La violencia simbólica entonces, prepara el terreno para que la violencia obstétrica se manifieste, normalice y se perpetúe. Cuando se impone una visión médica patriarcal como la única válida, tanto el personal médico como las mujeres interiorizan estas relaciones de poder desigual, y así, la violencia deja de verse como violencia. Como señala Bourdieu, el abuso se vuelve invisible porque precisamente se presenta como algo legítimo (Bourdieu, 2000:28-29).

La violencia simbólica deja ver cómo muchas formas de dominación hacia las mujeres no necesitan de golpes y gritos para sostenerse, basta con que las mujeres crean que deben obedecer. Este tipo de violencia no se impone con fuerza pero sí con poder, un poder que en la atención obstétrica, se disfraza de saberes médicos o de cuidado profesional.

Justo esa normalización abre paso a otras formas de violencia menos visibles pero igual de dañinas. Por eso, en el siguiente punto se retoman dos conceptos que ayudan a profundizar en cómo se manifiestan las violencias, hablamos de la violencia objetiva y subjetiva. Ambas permiten entender que lo que muchas veces no se nombra como violencia, sigue afectando, oprimiendo y estando ahí, sobre todo cuando se trata de mujeres y sus derechos.

1.2.1 Violencia objetiva y subjetiva.

A lo largo de su vida una persona puede estar experimentando una forma de violencia que no se ve a simple vista, que se mantiene oculta, y se normaliza tanto que ya ni se nota, a este tipo de violencia se le conoce como violencia objetiva. La

violencia subjetiva, en cambio, es aquella que se percibe de manera inmediata, porque se presenta como agresiones verbales o físicas hacia una o un grupo de personas por cualquier razón que orille al agresor a ejercerlas.

Slavoj Žižek (2008) dice que la violencia no siempre se presenta de manera abierta, escandalosa o directa, sino que muchas veces se encuentra tan debajo de la estructura, que es difícil distinguirla. Lo complicado de esto, es que ni siquiera las personas víctimas la reconocen como tal, porque este tipo de violencia está dentro de los ámbitos cotidianos, como el económico, el político, entre otros más. Žižek lo llama violencia objetiva “de las más sutiles formas de coerción que imponen relaciones de dominación y explotación” (Žižek, 2008:7).

Este tipo de violencia se hace presente en los roles que históricamente se les han asignado a mujeres y hombres. Es una violencia que no grita ni golpea, sino subordina, denigra, menoscopia, invalida, pero sutilmente. Donde los hombres, desde su posición llena de privilegios, han aprendido que la prioridad es satisfacer todas sus necesidades, y una de las cosas más preocupantes es que esto no siempre lo imponen con agresiones físicas o verbales. Este sistema patriarcal de dominación, no solo les enseñó a los hombres que deben tener más poder, también les enseñó a las mujeres a no cuestionarlo.

La propuesta de Žižek sobre la violencia objetiva y subjetiva, permite comprender cómo ciertas formas de violencia se normalizan y permanecen dentro de la estructura social, disfrazadas en la cotidianidad condicionando a las personas en su percepción sobre lo que consideran violencia y lo que no. El sistema patriarcal les enseña a los hombres que su palabra vale más, mientras que a las mujeres les enseña a callar, aceptar, no cuestionar, e incluso, justificar actos que vulneren su dignidad.

Un claro ejemplo de violencia normalizada y minimizada por las mismas víctimas es la violencia obstétrica. Muchas mujeres piensan que por el simple hecho de estar

en calidad de pacientes, deben obedecer sin objetar. En esa obediencia, a veces silenciosa, ocurren prácticas que vulneran sus derechos sexuales y reproductivos (que se abordarán a detalle más adelante), pero las mujeres no las reconocen como violencia. Esto no solo ocurre por el desconocimiento o desinformación, sino también se sustenta en el modelo médico hegemónico, que coloca al personal médico como la única voz válida en el espacio clínico, este modelo concentra el poder, invisibiliza las experiencias y deja fuera otras opiniones (García, 2018).

Si bien la violencia obstétrica puede notarse fácilmente en casos de violencia subjetiva, como gritos o maltrato físico por parte del personal de salud, lo realmente preocupante es la normalización de procedimientos médicos realizados sin consentimiento, justificados por la falta de información o por una supuesta “eficiencia clínica”. Esta negligencia, que se vuelve sistémica y sistemática, es parte de una violencia estructural que se presenta como algo “normal” dentro del sistema de salud. El modelo médico hegemónico, como lo señala García García (2018), está construido sobre relaciones verticales, rígidas, jerárquicas, que hacen que las decisiones se tomen desde el poder y no desde la empatía ni el consentimiento. En un sistema donde las mujeres “valen menos”, su sentir ni siquiera se considera importante.

Mientras los actos de violencia subjetiva pueden ser señalados, criticados e incluso sancionados, la violencia objetiva suele pasar desapercibida o es justificada con frases como “el médico sabe lo que hace”.

Para las mujeres, que a lo largo de la historia han sido blanco fácil de la violencia, es casi seguro que en algún momento de sus vidas la experimenten. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, a veces lo más peligroso es que las mujeres no se dan cuenta de que están siendo violentadas, por el hecho de que la violencia está tan arraigada en los diferentes ámbitos, y forma parte de la vida como si fuese algo que no hay que cambiar.

Es confuso, el entender que la violencia no se ve como violencia, y más que como mujeres se les enseña desde pequeñas a callar, no cuestionar, no interferir. Se les enseña que el miedo es parte de las relaciones y esto hace que no se cuestionen si están siendo violentadas, o no.

Es por eso que en el siguiente apartado se aborda un concepto que ayuda a explicar por qué tantas mujeres no reconocen como violencia algo que sí es, dicho concepto es la percepción de violencia. porque no todo lo violento se ve, ni se siente igual, ni se nombra igual, y mucho menos se vive desde un lugar donde se enseña a obedecer y dudar de ellas mismas.

1.2.2 Percepción de violencia

Como se ha visto hasta ahora, para comprender a la violencia en sus distintas manifestaciones, es necesario reconocer que las jerarquías de poder no solo se expresan de manera visible, también están arraigadas en estructuras de género profundamente normalizadas por la sociedad. Bosch (2009), menciona que “las estructuras de género, además de ser un elemento constitutivo de las relaciones sociales que generan dominación y subordinación, se inscriben en aspectos definidores de nuestra personalidad y en aspectos inquisidores de nuestra realidad social” (Bosch, 2009:6).

Esto quiere decir que las construcciones de género crean entornos donde la subordinación femenina y la dominación masculina se vuelven parte de lo cotidiano lo cual distorsiona la manera en que se percibe la realidad. Para Bosch (2009), lo que se considera normal, adecuado o violento no es neutro, sino que está moldeado por estas estructuras de género que se interiorizan desde muy temprana edad.

En el contexto de la violencia obstétrica, esta interiorización puede provocar que tanto el personal médico como las propias mujeres normalicen prácticas que objetivamente constituyen violencia. Comentarios despectivos, procedimientos

realizados sin consentimiento, o la omisión de la información clara y accesible, pueden ser percibidos como parte de una atención médica “correcta”, sin detenerse a pensar que esas acciones vulneran derechos y la dignidad.

La invisibilidad de la violencia obstétrica podría relacionarse directamente con las estructuras de género internalizadas (Bosch, 2009). Cuando las mujeres han sido socializadas como sumisas y confían ciegamente en la autoridad médica, pueden tener dificultades para identificar y cuestionar las prácticas que vulneran sus derechos. La internalización de las estructuras de género juega un papel importante en la percepción y normalización de la violencia, particularmente de la violencia obstétrica.

A manera de cierre de este apartado, se puede decir que los distintos tipos de violencia que existen crean ambientes en los que las mujeres se convierten en presa fácil. Y lo peor de todo es que ni ellas mismas lo saben, porque la violencia está tan metida en las instituciones, en la cultura y en la manera en que las mujeres han sido educadas que se vuelve “normal”. Esto se complica más en las prácticas y factores institucionales que, no solo es cuestión de cómo actúan las personas de manera individual, en este caso, el personal médico que atiende a las mujeres a la hora del parto, sino de cómo funcionan las instituciones de salud. En el punto 5 de este estudio se llegará a una aproximación de las prácticas y factores institucionales.

Sin embargo, aunque no se justifica el hecho de que el personal médico ejerza violencia obstétrica, las condiciones institucionales, como las largas jornadas, la sobrecarga de funciones, la escasez de personal, podrían facilitar o reforzar ciertas prácticas normalizadas dentro del sistema de salud, y permite entender por qué muchas veces se reproducen casi automáticamente. Aquí es donde entran al juego las prácticas y factores institucionales

1.3 Factores y prácticas institucionales

Como se menciona en el punto anterior, las prácticas que los médicos tienen hacia con las mujeres que atienden durante y después del embarazo, pueden estar influenciadas por sesgos de género no reconocidos. Por ejemplo, un tipo de violencia de género estructural es el machismo, que suele imponer una subordinación de las mujeres hacia los hombres, por lo tanto, las mujeres suelen ser sumisas ante cualquier situación porque es lo que les han enseñado durante toda su vida.

Un claro ejemplo de prácticas institucionales es el denominado “currículo oculto” por Jarillo y Chapela (2002) que “se identifica como el proceso de reproducción de valores profesionales” (Jarillo & Chapela, 2002:29). En otras palabras, son aprendizajes no escritos de valores, normas, actitudes y creencias dentro de la formación médica, sobre todo cuando las y los estudiantes tienen sus prácticas universitarias en un hospital.

Esto significa que, más allá de lo que dicen los libros, lo que realmente aprenden tiene que ver con cómo ven actuar a sus superiores, si observan que las pacientes obedecen sin preguntar, o que se les minimiza su dolor, o que lo importante y prioritario es que el parto sea rápido y sin complicaciones aunque las mujeres no entiendan nada de lo que les hacen... entonces esos valores son los que van a replicar cuando sea su turno de ejercer.

Además, las mujeres suelen no replicar u oponerse a alguna práctica que el personal médico ejerza sobre ellas por la creencia social de “el médico tiene la razón”, esto sucede por algo llamado “modelo médico hegemónico”. Todo esto lo explica claramente Eva García en su tesis doctoral, ella dice que “En la mayoría de los países occidentales el sector sanitario está dominado por la medicina biomédica, que será el único modelo médico legal” (García, 2018:133), lo cual implica que muchas veces se da por sentado que el personal médico siempre sabe lo que hace y lo que dice, sin cuestionarlo. Lo cual hace que las mujeres no se sientan con la

libertad de opinar o decidir sobre lo que les pasa, porque el sistema está armado para que el médico tenga más valor de lo que ellas sienten o piensan. Es así, que se termina generando una relación muy desigual, donde el poder lo tiene el personal médico.

1.4 El derecho a la salud, y a la salud sexual y reproductiva de las mujeres

1.4.1 Derecho a la salud

Cuando se habla sobre salud, casi siempre se piensa que la salud es la ausencia de enfermedades, sin embargo, la salud abarca mucho más que eso. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 1946). En este sentido, la salud debe concebirse como un derecho humano fundamental, cuya garantía depende de diversos factores sociales, económicos y culturales.

En México, el derecho a la salud se integró en la Constitución Política el 3 de febrero de 1983 en el artículo 4° donde se establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (Díaz & Figueroa:12). Sin embargo, este derecho no puede entenderse de manera aislada, ya que está vinculado con otros derechos fundamentales:

El derecho a la salud está relacionado con otros derechos humanos, en especial con el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la participación, al disfrute de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación (SEGOB, 2011:3).

Por lo tanto, la vulneración de cualquiera de los derechos mencionados repercute directamente en el derecho a la salud. La realización de manera efectiva de este derecho va más allá que la existencia de un marco legal, ya que está ligado a distintos derechos fundamentales, es necesario la existencia de políticas públicas integrales que garanticen también estos derechos.

En el contexto de la atención materna, este derecho se ve vulnerado cuando las mujeres experimentan un trato irrespetuoso y negligencia durante y después del parto por parte del personal médico, prácticas que inciden negativamente en el bienestar físico, psicológico y social de las mujeres. Estas actitudes pueden estar normalizadas dentro de un sistema de salud que no siempre opera con perspectiva de género, lo que perpetúa desigualdades de género.

Aunque existe la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 que establece lineamientos para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto (puerperio), se requiere un seguimiento constante para prevenir la violencia hacia las mujeres durante la atención materna y que el trato no sea denigrante. Además, es necesaria la sensibilización y concientización del personal médico sobre derechos humanos y perspectiva de género a través de capacitaciones constantes.

La garantía del respeto a la salud, y, específicamente en la salud materna, está ligada al respeto y protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Estos derechos incluyen el derecho a la autonomía reproductiva, a la información y a la toma de decisiones libres sobre el cuerpo, estos son fundamentales para garantizar una atención digna y libre de violencia.

1.4.2 Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR)

Vivir plena y abiertamente la sexualidad ha sido un tabú en sociedades como la mexicana, con culturas machistas, es por eso que garantizar el respeto a la salud sexual y reproductiva beneficia a la ciudadanía en general, ayudando a, poco a poco, minimizar el tabú.

Los derechos sexuales y reproductivos son una extensión de los derechos humanos que garantizan la autonomía y la capacidad de tomar decisiones informadas sobre

el cuerpo y la sexualidad. La OMS los define como el conjunto de derechos que “protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación” (OMS, 2018: 3).

En México, existe, además, una Cartilla de los Derechos Sexuales y Reproductivos, desarrollada en 2001 tras el del Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales. Este instrumento establece 14 derechos fundamentales para el ejercicio de la vida sexual y reproductiva, de una manera bastante accesible y amigable con el objetivo de concientizar y empoderar a adolescentes y jóvenes sobre estos derechos, cómo ejercerlos y saber cuándo son vulnerados (CNDH, 2016: 6).

La importancia de los derechos sexuales y reproductivos radica en la capacidad que tienen para garantizar la autonomía y la libertad de las personas en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y su sexualidad. Sin embargo, la falta de acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva, así como la persistencia de estereotipos de género y actitudes discriminatorias, dificultan y limitan el ejercicio pleno de estos derechos. La Secretaría de Salud, en su programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024, reconoce la necesidad de fortalecer la educación integral en la sexualidad y así garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, incluyendo la anticoncepción y la atención prenatal y postnatal.

Se debe reconocer que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos universales, indivisibles e interdependientes. Su garantía es esencial para el logro de la equidad de género y la justicia social. En México, es fundamental la difusión y promoción de la educación sexual, para así, lograr desafiar los estereotipos de género y las actitudes discriminatorias que limitan el ejercicio pleno de estos derechos. Las Naciones Unidas destacan la importancia de garantizar el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva para todas las

personas, independientemente de la edad, género, orientación sexual o identidad de género (ONU, s.f.).

El pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es fundamental para garantizar el derecho a la salud de las personas. Estos derechos son esenciales para prevenir la violencia de género en el ámbito de la salud. La normativa nacional e internacional juega un papel importante en la protección y promoción de estos derechos.

Es por todo lo anterior que garantizar este derecho debe ser una prioridad para los gobiernos, por eso, en el siguiente punto se analizará el marco normativo de los DSR.

1.4.3 Marco normativo del derecho a la salud sexual y reproductiva (DSR)

El reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) está respaldado por una serie de marcos normativos nacionales e internacionales, los segundos establecen estándares internacionales para garantizar el acceso a la salud libre de discriminación y violencia.

A nivel internacional, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), mencionan el derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud sin discriminación ni violencia. Específicamente, en el artículo 12º se establece: “Los Estados parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (ONU, 1979). También, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, reconoce a la violencia obstétrica como una forma de violencia de género que atenta contra la

dignidad y el bienestar de las mujeres y, por tanto, el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (ONU, 1993).

A nivel nacional, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) de la Ciudad de México y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, buscan regular la atención obstétrica con un enfoque de derechos humanos (LGAMVLV, 2024; CNDH, 2016).

Además, la Secretaría de Salud tiene un órgano rector encargado de promover, contribuir, mejorar e implementar la perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva, este órgano es el Centro de Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva. Dicho órgano tuvo una campaña de difusión sobre la cartilla de los derechos sexuales y reproductivos en 2018 (CONAPO, 2018), sin embargo, sería bastante enriquecedor para la población en general, la difusión continua de esta cartilla para así reconocer e identificar los derechos a los que se tiene acceso.

Además de los marcos normativos mencionados, es importante destacar, sobre todo, el papel de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en la protección de los derechos sexuales y reproductivos, pues el artículo 4 menciona:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (CPEUM, última reforma 2025:12).

Este artículo establece la protección que el Estado tiene para cuidar el derecho a la salud de toda la ciudadanía. Más específicamente, en el artículo 7 de la Ley General de la Salud (LGS) se determina que se debe “promover e incorporar enfoques con perspectiva de género a las estrategias, campañas de información, y demás programas en el marco de sus atribuciones para contribuir a la igualdad entre mujeres y hombres en el acceso al derecho a la protección de la salud” (LGS, última

reforma 2024: 7), lo cual, teóricamente indica que la promoción con perspectiva de género en materia de salud, es ejecutada, sin embargo, es sabido que en la práctica hay una gran diferencia.

El marco normativo nacional e internacional respalda tanto los derechos sexuales y reproductivos como el derecho a la salud de las mujeres. Estos instrumentos reconocen la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de calidad y libre de violencia. Sin embargo, la brecha entre la teoría y la práctica deja en evidencia la ineeficiencia de las políticas públicas para combatir y prevenir la vulneración de estos derechos.

1.5 Políticas de atención obstétrica ¿con perspectiva de género?

Las políticas de atención obstétrica, y en particular el Programa de Acción Específica (PAE) de Salud Materna y Perinatal, busca garantizar la salud y el bienestar de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como la salud de los recién nacidos. Este programa se centra en la implementación de estrategias y acciones para reducir la mortalidad materna y perinatal, mejorar la calidad de la atención y asegurar el acceso a los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2016:9).

Los objetivos del programa son: Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pre gestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos; Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo (Secretaría de Salud, 2016:61)

Es importante señalar que estas políticas se deben implementar con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos (CNDH, 2016:10). Esto implica que se debe superar el modelo tradicional de atención obstétrica que usualmente se basa en la medicalización excesiva y la imposición de prácticas no consentidas (OMS, 2016).

Una política de atención obstétrica con perspectiva de género debe garantizar el acceso a información clara y precisa sobre procedimientos médicos, los riesgos y beneficios de las intervenciones, y las alternativas disponibles. Además, es fundamental garantizar el derecho de las mujeres a tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos, incluyendo el derecho a rechazar intervenciones médicas innecesarias (CNDH, 2016:12).

Finalmente, es importante fortalecer los mecanismos de supervisión para prevenir la violencia obstétrica en los servicios de salud (Congreso de la CDMX, 2019: 18). Es importante también que las políticas de atención obstétrica se fundamenten en evidencia científica actualizada y atiendan recomendaciones de instancias internacionales como las de la OMS. Esto significa promover prácticas obstétricas seguras y efectivas, que reduzcan los riesgos para la salud de las mujeres y sus recién nacidos, donde haya una experiencia de parto positiva y respetuosa (CNDH, 2016:22).

En resumen, las políticas de atención obstétrica, como el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal, establecen un terreno mínimo para la atención respetuosa y de calidad. Sin embargo, la efectividad de estas políticas podría depender de su implementación en la práctica diaria de las instituciones de salud.

1.6 Derecho a una vida libre de violencia

Haciendo un recuento rápido, el marco normativo nacional e internacional busca proteger a las mujeres de la violencia obstétrica. La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) menciona que “Los Estados Parte condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas” (ONU, 1979:2) y la Declaración Interamericana sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer reconoce a la violencia de género como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado

un daño o sufrimiento físico, sexual o sicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (ONU, 1993); además, esta convención también menciona que los Estados parte deben garantizar una atención de la salud libre de discriminación y violencia para las mujeres.

También, existe la Convención Belem do Para que, si bien no da una definición amplia sobre la violencia obstétrica, sí reconoce que “se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada” (OEA, 1994), esta convención es sumamente importante, ya que los Estados pertenecientes a la convención deberían tomar acción en contra de la violencia contra las mujeres en el contexto de la salud obstétrica.

A nivel nacional, la LGAMVLV de la Ciudad de México y la NOM-007-SSA2-2016, reconocen y buscan regular la atención obstétrica con respeto de los derechos humanos (LGAMVLV, 2024; CNDH, 2016).

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia (LGAMVLV), a nivel federal, establece las bases para prevenir, atender y sancionar la violencia contra las mujeres. Esta ley, en conjunto con las leyes estatales similares como la de la Ciudad de México, define las distintas modalidades de la violencia, incluyendo a la violencia obstétrica y establece obligaciones a las instituciones de salud para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Es importante destacar que el derecho a una vida libre de violencia es un derecho fundamental, reconocido en diversos instrumentos internacionales, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que establece que toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (ONU, 1948).

La Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”, por su parte, menciona

que “tiene por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general” (CNDH, 2016:6). Es decir, establece lineamientos para la atención a víctimas de violencia, incluyendo a la violencia obstétrica, en los servicios de salud.

En la atención obstétrica, todo lo anteriormente mencionado, implica el derecho de las mujeres a recibir un trato digno y respetuoso, a tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y a no ser sometidas a prácticas médicas no consentidas o innecesarias.

Capítulo 2. “La violencia obstétrica como manifestación de violencia de género”

A lo largo de este capítulo se habla de lo que implica la violencia obstétrica, no solo desde la definición, sino también desde lo que realmente pasa cuando una mujer entra al hospital. Se hace una revisión de las políticas públicas que, en teoría deberían proteger los derechos de las mujeres durante su atención obstétrica, así como los marcos legales que reconocen esta forma de violencia. También se aborda lo que las instituciones hacen o dejan de hacer cuando hay denuncias. Aunque el panorama nacional es importante, se presta atención en la Ciudad de México, con énfasis en la alcaldía Tláhuac.

2.1 Violencia obstétrica

La violencia contra las mujeres, en sus numerosas manifestaciones, se impregna en diversos ámbitos de la vida cotidiana, incluyendo la atención de la salud sexual y reproductiva. Un ejemplo particularmente grave y sistemático es la violencia obstétrica que ocurre en contextos de atención médica durante el embarazo, parto

y el periodo posterior al parto. La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México (LGAMVLV) la define como:

Es toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un establecimiento privado o institución de salud pública del gobierno de la Ciudad de México que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica (Congreso de la CDMX, 2019).

Esta forma de violencia de género denigra a las mujeres, las convierte en objetos, invalida sus emociones y decisiones sobre sus cuerpos durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto. Esta violencia se manifiesta de diversas maneras, desde la negligencia, los procedimientos sin consentimiento, la imposición de métodos anticonceptivos y la negación de la atención médica.

Un claro ejemplo de ello es la imposición de la anticoncepción posparto que es “la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente” (Secretaría de Salud, 2016:17). Sin embargo, cuando esta decisión se toma sin el consentimiento de las mujeres, se vulnera su derecho a la autonomía y refuerza estereotipos sobre su rol en la sociedad, un papel pasivo y sumiso.

La violencia obstétrica no es un problema individual o aislado, sino un fenómeno ligado a las desigualdades de género y a la falta de enfoque de derechos en la atención médica. En muchos casos, se encuentra normalizada dentro de las instituciones de salud, lo que dificulta su identificación y denuncia.

Cuando no se proporciona información clara sobre los procedimientos médicos durante el parto o cuando se imponen estos procedimientos sin consentimiento, se está ignorando la autonomía de las mujeres, esta práctica puede estar influenciada por estereotipos de género que las consideran menos capaces de tomar decisiones “racionales” sobre su salud. Así, la violencia obstétrica vulnera directamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (CNDH, 2016:10). Es por eso,

que es un claro ejemplo de cómo las decisiones del cuerpo pueden ser tomadas por otros, reflejando las concepciones de género sobre el rol reproductivo femenino.

La violencia obstétrica no solo afecta la salud física y psicológica de las mujeres, sino que también tiene consecuencias para sus familias y comunidades. Al debilitar la confianza en el sistema de salud, la violencia obstétrica puede desanimar a las mujeres a que busquen atención médica antes, durante y después del parto, lo cual podría aumentar complicaciones y muertes maternas.

Se debe reconocer que la violencia obstétrica es una vulneración a los derechos humanos de las mujeres, incluyendo el derecho a la salud, a la integridad personal, a la vida reproductiva y a una vida libre de violencia.

Para poder abordar el problema de la violencia obstétrica, como se mencionó anteriormente, se podría capacitar al personal médico en materia de derechos humanos y perspectiva de género, así como también el supervisar rutinariamente las prácticas en la atención obstétrica. También se debería concientizar a las mujeres sobre el trato digno durante el embarazo, parto y puerperio.

Como conclusión de este capítulo se tiene que, las mujeres pueden no percibir ser violentadas por cuestiones como la violencia objetiva y la violencia simbólica, además de estar enfrascadas en su papel maternal que les fue impuesto por los roles de género. El personal médico, por factores institucionales como las largas jornadas de trabajo y la normalización de agresiones contra las pacientes pueden tampoco saber que vulneran los derechos de las usuarias.

2.2 Violencia obstétrica como problema público

La violencia obstétrica es un fenómeno normalizado a lo largo del tiempo, sin embargo, se ha visibilizado dicha problemática aún más con el apogeo del feminismo. Aunque es posible que muchas mujeres conozcan sus derechos y sepan

que no deben ser maltratadas antes, durante y después del embarazo por el personal médico ni por nadie, también está la otra cara de la moneda, muchas mujeres desconocen sus derechos y normalizan el maltrato físico y psicológico que les ejercen.

Como se ha documentado a lo largo de este trabajo, de acuerdo con la Encuesta ENDIREH 2021, la prevalencia a nivel nacional de la violencia obstétrica fue de 31.4% (INEGI, 2021:104). A nivel Ciudad de México, la ENDIREH 2021 refiere que, de 294, 942 mujeres atendidas, el 38.5% experimentaron violencia obstétrica, es decir, que 113, 624 mujeres fueron víctimas de este tipo de violencia (INEGI, 2022:52).

Dicha encuesta, menciona que hubo una ligera disminución en el maltrato obstétrico en la Ciudad de México, pues en la ENDIREH 2016, las mujeres que fueron maltratadas durante su parto fue de un total de 39.2% (INEGI, 2021:52). Y, a nivel nacional, el porcentaje de mujeres que reportaron haber sido violentadas durante la atención obstétrica en el 2016 fue del 31.4% (INEGI, 2016:45). En comparación con el 2021, los datos muestran que, a nivel nacional, la violencia obstétrica también ha disminuido.

Las encuestas muestran también las manifestaciones en que la violencia obstétrica se da, dichas manifestaciones se encuentran en el gráfico 1.

Gráfico 1. Prevalencia de maltrato en mujeres de 15 a 49 años a nivel nacional.



Prevalencia de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron el nacimiento de un hijo/a en los **últimos 5 años** por situación de maltrato durante el parto o cesárea y año de la encuesta



Note: La prevalencia de maltrato en la atención obstétrica contra las mujeres es la proporción de mujeres de 15 a 49 años que experimentaron una o más situaciones de maltrato en la atención obstétrica en un momento específico o durante un período de tiempo determinado.

¹Cifra disponible únicamente para 2021.

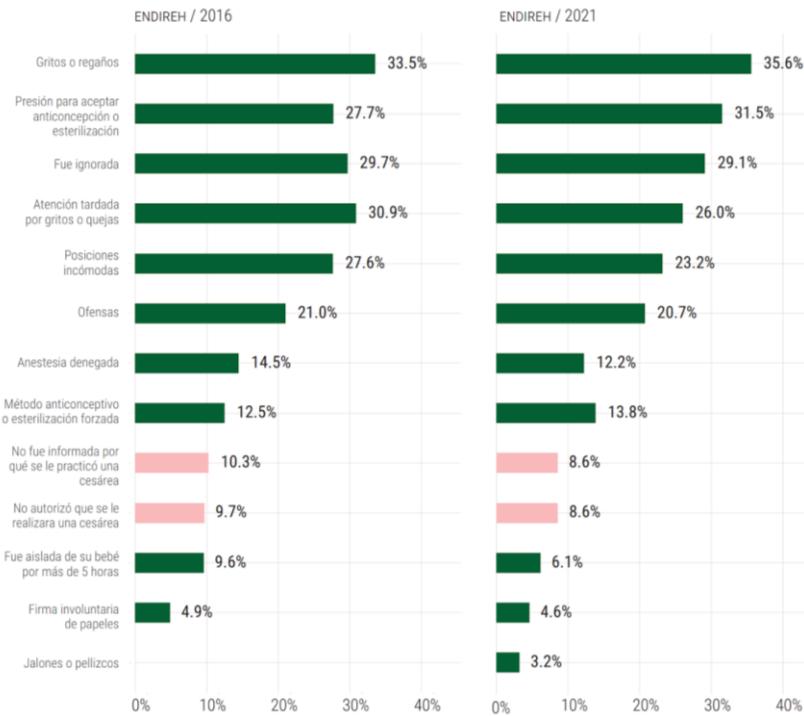
*El cambio entre las dos encuestas es estadísticamente significativo.



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021 (ENDIREH).

Los datos mostrados en la gráfica anterior muestran que hubo un decremento en las manifestaciones de la violencia obstétrica, sin embargo, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), con los resultados de las encuestas ENDIREH 2016 y 2021 hicieron su propia gráfica donde se aprecia que, en vez de disminuir, hubo un ligero aumento en las manifestaciones de la violencia obstétrica. Se puede apreciar en el gráfico 2.

Gráfico 2. Prevalencia de violencia por situación de maltrato



Fuente: GIRE. ¿Qué dicen los datos públicos? Radiografía de la violencia obstétrica y la muerte materna. 2023.

2.3 Características de la violencia obstétrica (2016-2021)

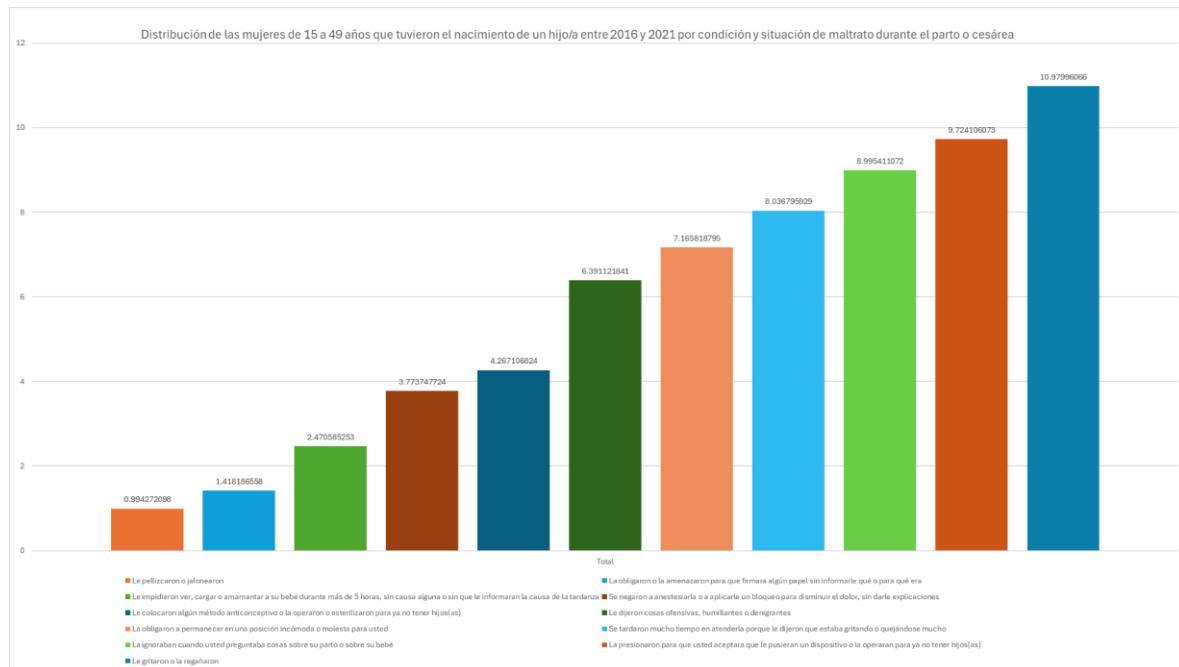
A nivel federal, la ENDIREH 2021 en sus datos tabulados, arrojó la prevalencia de la violencia obstétrica del 2016 al 2021 de acuerdo a los tipos de maltrato, en donde de 7,810,528 mujeres, 2,455,170, es decir, el 31% de mujeres tuvo alguna incidencia de maltrato durante su parto. Las incidencias reportadas son las siguientes:

- 1) La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted
- 2) Le gritaron o la regañaron
- 3) La pellizcaron o jalonearon
- 4) Le dijeron cosas ofensivas, humillantes o denigrantes
- 5) La ignoraban cuando usted preguntaba sobre su parto o sobre su bebé
- 6) Se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones
- 7) Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho

- 8) Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o la esterilizaron para ya no tener hijo(as)
- 9) La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaron para ya no tener hijo(as)
- 10) La obligaron para que firmara algún papel sin informarle qué o para qué era
- 11) Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de 5 horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza

En el gráfico se puede observar que el tipo de maltrato que más sufrieron las mujeres durante o después de su parto, fue ser regañadas o que les gritaran (cifra). Enseguida, la presión para que acepten la anticoncepción es el segundo tipo de maltrato que más sufren las mujeres. En tercer lugar, se tiene que a las mujeres las obligan a firmar algún papel que no tienen idea de qué o para qué es. Estos tres tipos de maltrato desencadenan todo los demás, pues las mujeres podrían firmar incluso una hoja donde se deslinda el hospital de la responsabilidad de ellas y sus recién nacidos. En el gráfico 3 se aprecian los datos anteriores que se mencionan.

Gráfico 3. Distribución de mujeres de 15 a 49 años por condición de maltrato durante el parto o cesárea a nivel nacional en el periodo 2016-2021.



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021 Tabulados

2.3.1 Prevalencia de la violencia obstétrica en Ciudad de México

La Ciudad de México no es la excepción de este fenómeno llamado violencia obstétrica, ya que la ENDIREH con sus datos arrojados sobre la CDMX, se muestra que, de un total de 294,942 mujeres, 113,624 sufrieron maltrato durante su atención obstétrica. Se puede observar con mayor detalle los datos en la tabla 1.

Cuadro 1.

Distribución de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron el nacimiento de un hijo/a entre 2016 y 2021 por entidad federativa según condición de maltrato en su último parto (2021)							
Entidad federativa	Total	Absolutos		Total	Relativos		
		Condición de maltrato			Condición de maltrato		
		Sin incidentes	Con incidentes		Sin incidentes	Con incidentes	
Ciudad de México	294 942	181 318	113 624	100.0	61.5	38.5	

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021 (ENDIREH) Principales Resultados Ciudad de México.

Se puede observar en los resultados de esta encuesta también, que las mujeres que mayormente sufrieron maltrato fueron mujeres que radican en zonas rurales de la ciudad, lo cual podría indicar una discriminación.

Cuadro 2.

Prevalencia ¹ de maltrato durante la atención del último parto entre las mujeres de 15 años a 49 años que tuvieron el de un hijo/a entre 2016 y 2021 por entidad federativa según lugar de residencia urbano rural (2021)			
Entidad federativa	Total	Lugar de residencia	
		Urbano	Rural
Ciudad de México	38.5	38.3	50.9

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021 (ENDIREH) Principales Resultados Ciudad de México.

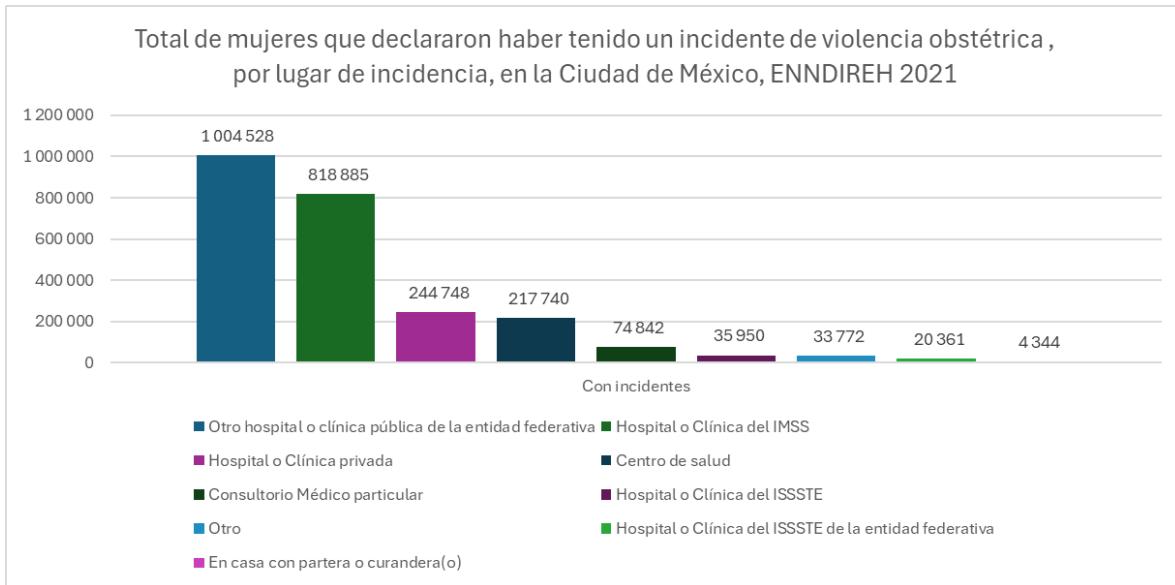
Respecto a lo anterior, es de resaltar que Tláhuac es una de las alcaldías con mayor extensión rural en la Ciudad de México, con 11,465 hectáreas (Congreso CDMX, s.f.).

2.3.2 Características de las mujeres que sufrieron violencia obstétrica (2016-2021)

Además, el número de mujeres que fueron maltratadas durante su atención obstétrica, y que asimismo tuvieron cesárea fue 3,718,900. De esta cantidad de mujeres, a 318,548 no le dijeron por qué era necesaria la cesárea, y 319,319 no autorizó la cesárea (ENDIREH, 2021, Tabulados), esto vulnera totalmente los derechos de las mujeres a no recibir información adecuada, uno de los DSR que se vulnera en estas acciones, es el Derecho a decidir de manera libre e informada sobre mi vida reproductiva.

Otro dato a destacar, es el lugar donde fueron atendidas, es decir, la institución, porque así se puede observar que la mayoría de las mujeres que sufrieron algún incidente de violencia obstétrica durante su parto en el periodo 2016-2021, fue en alguna clínica u hospital público, en estos se incluyen a los Hospitales Generales, Hospitales Pediátricos y Hospitales Materno Infantil. Todo esto se traduce a que en las mujeres pertenecientes a la población abierta, que no están afiliadas a ningún tipo de seguridad social, hay una mayor tendencia de sufrir maltrato por parte del personal médico durante o después de su parto. Los datos destacados se pueden apreciar en el gráfico 4.

Gráfico 4.



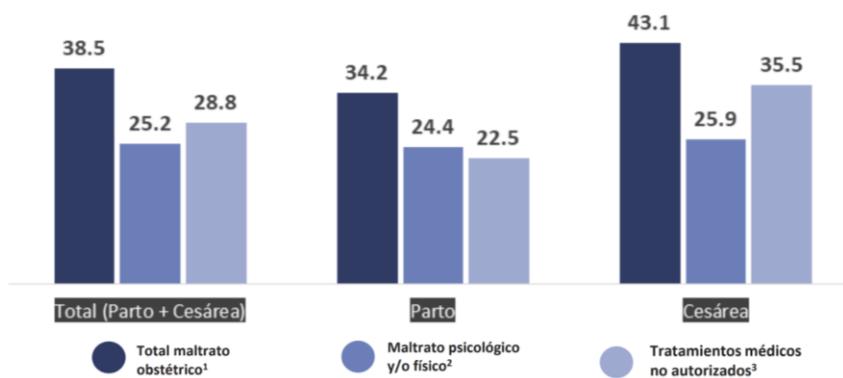
Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021 Tabulados

2.3.3 Características de mujeres maltratadas durante su atención obstétrica en Ciudad de México

En la Ciudad de México, del total de 113,624 mujeres que sufrieron violencia obstétrica, el 43.1% su parto fue por cesárea (INEGI, 2021:53), lo cual quiere decir que a las mujeres que están en posición aún más vulnerable, les ejercen mayor violencia, por lo tanto, la vulneración de sus derechos es aún mayor.

Gráfico 4.

Prevalencia de maltrato en la atención obstétrica entre las mujeres de 15 a 49 años cuyo último parto o cesárea ocurrió durante los últimos 5 años, total y por tipo de nacimiento, según situación de maltrato



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021 (ENDIREH)
Principales Resultados Ciudad de México.

- Reportes sobre violencia obstétrica

De acuerdo con el Anuario Estadístico 2023 de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la solicitud de quejas por sexo de usuario remarca que las mujeres son las mayores solicitantes de estas, pues de un total de 9,306 solicitudes, 36.5% eran mujeres, 27% hombres y el restante 36.6% no especificado, esto se puede deber a factores como los roles y estereotipos de género, a la violencia de género, y a una mala información respecto a los derechos de las mujeres en el ámbito de la salud.

En el cuadro 2 se aprecian las cifras indicadas.

Cuadro 2. Quejas emitidas por sexo.

Sexo	N	%
Femenino	3,393	36.5
Masculino	2,510	27.0
No especificado	3,403	36.6
Total	9,306	100.0

Fuente: CONAMED. Anuario Estadístico 2023

También, de acuerdo con la CONAMED, la Ciudad de México encabeza la lista con el mayor porcentaje de quejas emitidas y concluidas, pues de 984 quejas que se atendieron a nivel nacional, 568 quejas fueron en la Ciudad de México, lugar donde trabajaba el prestador de servicio (CONAMED, 2023:29).

De las quejas emitidas y concluidas a nivel nacional, el 4.3% y 3.4% fueron quejas de ginecología y obstetricia, respectivamente, en donde se atienden solo a mujeres por la naturaleza del servicio (CONAMED, 2023: 32). Además, también desagregan las quejas por grandes grupos, quedando la atención durante el parto y puerperio en segundo lugar como se puede observar en el cuadro 2.

Cuadro 3.

Motivo de la queja*	N	%
Accidentes e incidentes	26	0.7
Atención del parto y puerperio	15	0.4
Auxiliares de diagnóstico	229	6.5
Deficiencias administrativas y/o institucionales	19	0.5
Diagnóstico	930	26.5
Relación médico paciente	407	11.6
Tratamiento médico	1,141	32.5
Tratamiento quirúrgico	746	21.2
Total	3,513	100.0

Fuente: CONAMED. Anuario Estadístico 2023

Los datos de la CONAMED separan las quejas obstétricas por el tipo de maltrato que vivieron las mujeres durante su atención, donde el mayor número de casos de quejas fue en el diagnóstico, encabezada por el 28%, en ese bloque, las mujeres indican que su diagnóstico fue muy tardado (Diferimiento), erróneo, mencionan también la falta de información y consentimiento, estos tres rasgos encabezan la lista de causas de la queja (CONAMED, 2023:37). Se debe recordar que la falta de consentimiento es una violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La información se aprecia en el cuadro 4.

Cuadro 4. Causa de queja

Motivo por causa detallada*	Sector público	%
Accidentes e incidentes	16	0.8
Le administraron un medicamento que no le correspondía	1	0.1
Ocurrió trauma obstétrico para el producto	3	0.2
Ocurrió trauma obstétrico para la madre	0	0.0
Presentación de accidentes	5	0.3
Presentación de caídas del paciente	3	0.2
Presentación de infección intrahospitalaria	4	0.2
Atención del parto y puerperio	14	0.7
Complicaciones del parto	7	0.4
Diferimiento	5	0.3
Falta de control prenatal	2	0.1
Auxiliares de diagnóstico	115	5.9
Diferimiento	60	3.1
Estudios innecesarios	1	0.1
Falsos positivos	3	0.2
Resultados inopportunos	18	0.9
Secuelas	33	1.7
Deficiencias administrativas y/o institucionales	16	0.8
Demora prolongada para obtener servicio	9	0.5
Falta de equipo, insumos y/o personal	3	0.2
Falta de medicamento	2	0.1
Maltrato y/o abuso por personal hospitalario no médico	0	0.0
Negación de la atención	2	0.1
Diagnóstico	545	28.0
Diferimiento	194	10.0
Erróneo	115	5.9
Falta de Información y consentimiento	78	4.0
Innecesario	12	0.6
Inoportuno	95	4.9
Omisión	51	2.6

Fuente: CONAMED. Anuario Estadístico 2023

- Violencia obstétrica en Tláhuac

La información sociodemográfica no tiene un nivel de desagregación a nivel local, lo cual hace más relevante este estudio.

2.4 Características sociodemográficas de CDMX y Tláhuac

Dado que esta investigación parte de una hipótesis donde se plantea que los factores sociodemográficos influyen en la percepción y vivencia de la violencia obstétrica, es importante contextualizar el entorno en el que se desarrollan los hechos. A continuación, se presenta un panorama general sobre las características sociodemográficas de la Ciudad de México, con enfoque particular en la Alcaldía Tláhuac, que es el espacio geográfico donde se centra el estudio.

2.4.1 Niveles socioeconómicos de las mujeres en la CDMX

En la Ciudad de México, de acuerdo con datos de Data México, las personas empleadas en 2024 fueron 4.89 millones, de las cuales 46.9% eran mujeres (Secretaría de economía, s.f). Así mismo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2022, las mujeres tienen un ingreso trimestral de \$26,563 en promedio en contraste con los hombres que el ingreso trimestral promedio es de \$34,275 pesos, y si se desagrega por grupo etario, la diferencia es aún más notoria, por ejemplo, las mujeres de 20 a 29 años tienen un ingreso promedio de \$20,826 pesos y los hombres de \$25,347 pesos (INEGI, 2022:21).

En Tláhuac, la Secretaría de Mujeres (SEMUJERES) menciona que “De las 56 mil 147 mujeres de 12 años y más que se encuentran en el campo laboral, 66.4% (37,285) son empleadas u obreras y 23.7% (13,308) son trabajadoras por cuenta propia” (SEMUJERES, s.f:5-6).

A pesar de eso, en la alcaldía de Tláhuac hay un 42.4% de personas en situación de pobreza (Secretaría de Bienestar, 2025:1)

2.4.2 Nivel educativo de las mujeres en la CDMX

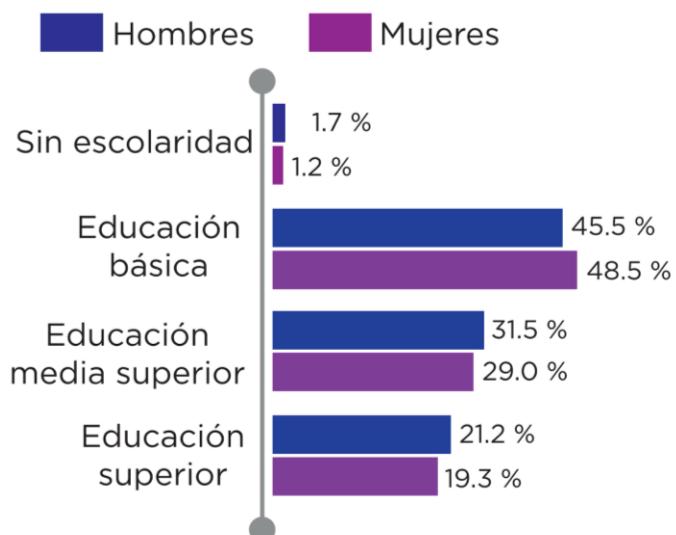
A nivel Ciudad de México, la asistencia escolar de mujeres no se ve tan mal, ya que en el nivel básico la asistencia es de casi 100% tanto para mujeres como para hombres, sin embargo, en el nivel medio superior, el porcentaje de mujeres con asistencia escolar es del 82% en contraste con la asistencia de los hombres que es del 87.6%. Por otro lado, en el nivel superior, la asistencia de las mujeres es mayor que la de los hombres, con un porcentaje de 57.5% y 48.9% respectivamente (SEMUJERES, 2024:13).

2.4.3 Nivel educativo de las mujeres en Tláhuac

En Tláhuac, las mujeres de 15 años o más que solo cuentan con educación básica conforman el 48.5% y los porcentajes van disminuyendo según el nivel de estudios. En la educación media superior las mujeres integran el 29% y solo el 19.3% es parte del porcentaje que tiene la educación superior. Todo esto recalca la necesidad de fomentar el estudio para que las mujeres no abandonen sus estudios.

Estos datos se pueden apreciar en el gráfico 5, donde se hace la comparación con el porcentaje de acuerdo con los niveles educativos de los hombres.

Gráfico 5. Escolaridad de mujeres y hombres en Tláhuac.



Fuente: SEMUJERES (s/a). Tláhuac.

2.4.4 Tasa de ocupación de las mujeres en México

De acuerdo con la INEGI, la tasa de ocupación significa “Porcentaje de la población económicamente activa que estaba trabajando en la semana de referencia que estando ausente mantenía un vínculo laboral con la unidad empleador” (INEGI, 2021). En la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2021 se menciona que las mujeres para el 2020 tenían el 44.1% de ocupación formal y 55.9% de ocupación informal. En cambio, los hombres tenían el 42.6% de ocupación formal y el 57.4% de ocupación informal.

Lo anterior tiene un trasfondo, y es que las mujeres suelen dedicarse al trabajo no remunerado en los hogares, precisamente por eso, no trabajan, porque dedican sus vidas a mantener en buen estado todo lo relacionado con los deberes domésticos. Los datos respecto a la ocupación formal e informal se aprecian en el cuadro 5.

Cuadro 5.

**POBLACIÓN OCUPADA POR CONDICIÓN DE INFORMALIDAD Y SEXO
(PORCENTAJE)**

Condición de informalidad y sexo	ENOE ^(N) 2021		ENOE 2020	Diferencia en puntos porcentuales	Diferencia absoluta
	Marzo	Febrero	Marzo	Respecto a marzo de 2020	
Estados Unidos Mexicanos	100.0	100.0	100.0		-1,960,265
Ocupación formal	43.2	44.5	44.3	-1.1	-1,467,894
Ocupación informal	56.8	55.5	55.7	1.1	-492,371
Sector informal	50.4	51.5	48.4	2.0	386,289
Fuera de sector informal	49.6	48.5	51.6	-2.0	-878,660
Hombres	100.0	100.0	100.0		-466,485
Ocupación formal	42.6	44.7	44.8	-2.2	-933,232
Ocupación informal	57.4	55.3	55.2	2.2	466,747
Sector informal	48.7	51.2	47.4	1.2	454,140
Fuera de sector informal	51.3	48.8	52.6	-1.2	12,607
Mujeres	100.0	100.0	100.0		-1,493,780
Ocupación formal	44.1	44.1	43.6	0.6	-534,662
Ocupación informal	55.9	55.9	56.4	-0.6	-959,118
Sector informal	53.4	52.1	49.8	3.5	-67,851
Fuera de sector informal	46.6	47.9	50.2	-3.5	-891,267

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2021. Principales resultados.

2.4.5 Informalidad laboral

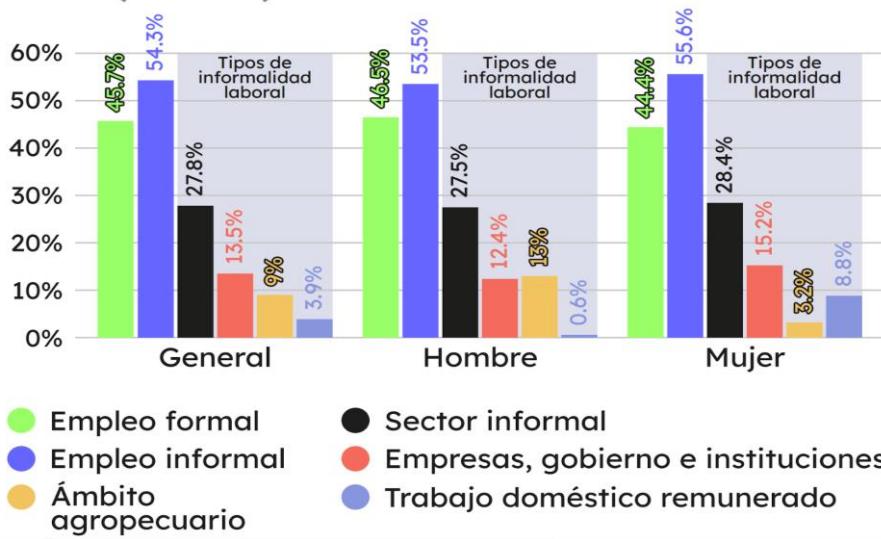
La informalidad laboral, de acuerdo con OXFAM México, es cuando “una persona trabajadora no cuenta con seguridad social o protección legal e institucional correspondiente al tiempo trabajado” (OXFAM, 2024:6). Para las mujeres, es un escenario peor, porque debido a los estereotipos y roles de género, aunque ellas trabajen, deben de cumplir con las tareas domésticas, y todo se oscurece con la informalidad laboral, donde no tienen acceso a servicios de salud.

OXFAM hace una distinción entre hombres y mujeres en el mercado laboral informal y formal, donde se aprecia que las mujeres predominan por mínimos puntos porcentuales los mercados laborales, sin embargo, el tener el nivel más alto de informalidad laboral no es de aplaudirse, pues, como se ya se mencionó, la informalidad laboral vulnera varios de los derechos de las personas, en este caso, las mujeres que estén embarazadas no tendrían la licencia por maternidad, es decir, los días que estén incapacitadas por su parto, no se les pagarán.

Gráfico 6.

Mercado laboral, ¿cómo vamos?

Sexo (1T2024)



Fuente: OXFAM México. Informe sobre la informalidad laboral. El laberinto de la informalidad: Mitos, trampas y realidades. 2024.

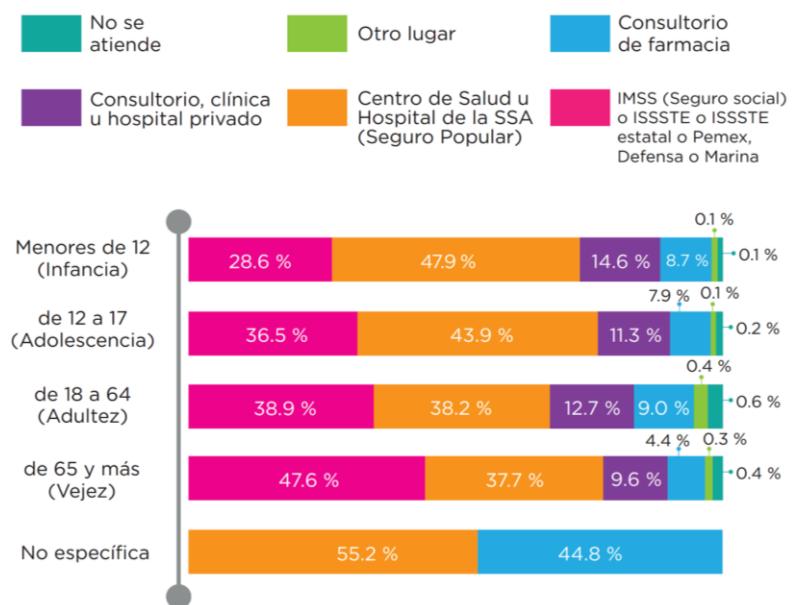
2.4.6 Afiliación a los servicios de salud

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional del Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017, a nivel nacional habían 102.3 millones de personas afiliadas a algún tipo de servicios de salud “Se estiman 102.3 millones de personas afiliadas a servicios de salud, cifra que representa el 82.7% de la población total. El 80.8% de los hombres están afiliados y en el caso de las mujeres, es el 84.5 por ciento” (INEGI, 2018:1).

El total de mujeres en la Ciudad de México es de 4,805,017, as mujeres afiliadas a algún tipo de servicio de salud son 3,582,272 y el total de las mujeres que no cuentan con afiliación a algún tipo de servicio social son 1,214,029 de acuerdo con datos del INEGI sacados de Población según condición de afiliación a servicios de salud y sexo por entidad federativa 2020 (INEGI, 2020).

En el gráfico 7 se puede observar a detalle las mujeres afiliadas a servicios de salud en Tláhuac, donde se puede observar que las mujeres en edad reproductiva son el tercer grupo con mayor afiliación a servicios médicos. El 38.9% se atiende en el IMSS y el 38.2% en algún centro de Salud o clínica del entonces llamado Seguro Popular. Sin embargo, también se observa que este grupo de mujeres también tiene un porcentaje del 12.7% que se atiende en consultorios o clínicas privadas y el 9% en consultorios de farmacia, esto, sin lugar a duda en un gasto de bolsillo.

Gráfico 7. Afiliación a servicios de salud de mujeres en Tláhuac.



Fuente: SEMUJERES (s/a). Tláhuac.

2.4.7 Gasto de bolsillo en salud

El gasto de bolsillo en salud es cuando las personas tienen que poner de su ingreso para servicios de salud, como consultas, medicamentos, entre otros, lo cual podría repercutir en el consumo de otro tipo de servicios que las familias tienen destinado.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, el gasto de bolsillo es importante porque “Su análisis permite valorar la protección financiera que el sistema público de salud ofrece a los hogares, así como los riesgos de que estos incurran en gastos catastróficos” (Secretaría de Salud, 2018:1).

La SS, con datos tomados de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2016, realizó una tabla donde se aprecia que en 2016 las personas gastaban un 58.2% de su ingreso en medicamentos, los gastos de maternidad representan el 2.8%, que, aunque suena mínimo, para mujeres solteras y sin seguridad social, es una gran carga. Los datos se pueden apreciar en el cuadro

6, donde se muestra una comparación del periodo comprendido del 2008-2010 con el año 2016.

Cuadro 6. Gasto de bolsillo nacional

Rubro	2008-2010		2016	
	Seguro Popular	Seguridad Social	Seguro popular	Seguridad Social
Medicamentos	62.0%	55.0%	65.6%	58.2%
Atención ambulatoria	24.0%	29.0%	22.5%	26.1%
Hospitalización	2.0%	2.0%	2.5%	2.4%
Maternidad	6.0%	3.0%	3.3%	2.8%
Otros	6.0%	11.0%	6.2%	10.4%

Fuente: Secretaría de Salud (SS). Estructura del Gasto de Bolsillo por Motivos de Salud en Hogares Mexicanos, 2016.

2.5 Institucionalidad de la atención a la salud materna en CDMX y Tláhuac

2.5.1 Presupuesto a Salud en CDMX

De acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Ciudad de México para el Ejercicio Fiscal 2024, el punto 2.3 de las prioridades del gasto es el de salud, por lo que el presupuesto asignado para este organismo fue de \$13,128,885,361 (Congreso de la CDMX, 2023:9).

Para la alcaldía de Tláhuac, el presupuesto total asignado fue de \$2,068,095,210. Sin embargo, en la asignación presupuestal FAISMUN 2024 se menciona que, el presupuesto fue de 98 MDP y de ese presupuesto, cero pesos fueron destinados a infraestructura de salud desde el 2022 (Secretaría de Bienestar, 2025:3).

2.5.2 Hospitales que existen en CDMX y Tláhuac

En la Ciudad de México hay un total de 578 unidades médicas, de las cuales 496 son de consulta externa, 41 de hospitalización general y 41 de hospitalización especializada (INEGI, 2020). En el caso particular de Tláhuac, se cuentan con 21 unidades médicas, 18 de consulta externa, 2 de hospitalización general y una de hospitalización especializada. Los hospitales públicos que ofrecen servicios de

atención obstétrica a la población abierta en la alcaldía son el Hospital General Tláhuac "Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua" y el Hospital Materno Infantil Tláhuac (INEGI, 2020).

Hospitales públicos para la atención materna en Tláhuac



Fuente: Google Maps. Consultado el 25 de julio de 2025

2.5.3 Políticas de salud materna y prevención en Tláhuac

En cuanto a políticas de salud materna, el Programa de Salud Materna y Perinatal impulsado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), es una política para la atención materna cuyo propósito es brindar atención de salud de calidad para las mujeres que quisieran quedar embarazada o que ya están embarazadas, además de disminuir la mortalidad materna. (Secretaría de Salud, 2016).

Este programa es a nivel nacional, se aplica también en los hospitales maternos de la Ciudad de México y, por lo tanto, se aplica en los hospitales y centros de salud de Tláhuac, Ciudad de México.

En el marco de esta investigación, se realizó una solicitud de acceso a la información pública, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia para conocer qué políticas en materia de salud materna y reproductiva se aplican específicamente en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac y en la alcaldía Tláhuac.

Como respuesta, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México señaló que las unidades administrativas competentes para responder fueron la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias, y la Dirección General de Diseño de Políticas, Planeación y Coordinación Sectorial. En los oficios entregados (SSCDMX/DGPSMU/01865/2025 y SSCDMX/DGDPPCS/DISSI/SDS/453/2025), se reconocen los esfuerzos por atender la salud materna, sin embargo, no se detallan políticas específicas diseñadas por el hospital o la alcaldía, lo cual evidencia un vacío o una falta de claridad sobre la aplicación en el territorio de análisis de las políticas públicas de esta materia.

Lo más contundente fue lo expresado por la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias, donde se señala explícitamente “Se realizó una búsqueda exhaustiva y razonable de la información solicitada; concluyendo, en los archivos de esta Dirección General NO obra expresión documental que atienda la petición de la solicitud” (SSCDMX/DGPSMU/01865/2025).

Esta ausencia institucional dice mucho, deja ver que aunque en el discurso nacional se habla de programas y derechos, en la práctica, y más aún, en zonas periféricas como Tláhuac, ni siquiera hay registros documentales accesibles sobre cómo deberían funcionar estas políticas. Esta omisión también es una forma de violencia institucional, donde lo que no se nombra, simplemente no existe para las autoridades.

Además, se entregó información estadística sobre mujeres que tuvieron su parto o cesárea entre 2016 y 2024 en esta unidad médica. No obstante, la información fue limitada y no incluyó un desglose por edad, tipo de parto ni referencias sobre consentimiento informado, lo que impide tener un panorama más claro de la atención obstétrica.

A continuación se muestra una tabla entregada por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México como parte de la respuesta a la solicitud de información.

**Egresos Hospitalarios, Atendidos en el
Hospital Materno Infantil Tláhuac
2016 – 2024***

Concepto	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Parto	948	999	1319	1365	1706	1318	690	820	356
Cesárea	940	876	1159	961	738	602	585	565	208

Fuente: SEDESA/ DGDPPCS/ DISSI/ SAEH (Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios), 2016- 2020.

Fuente: Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA - SEUL) 2021-2024.

*Información enero-junio.

Fuente: Secretaría de Salud de CDMX, Respuesta a la solicitud de información con folio 330026925000114.

Plataforma Nacional de Transparencia

Como se observa, existe una disminución significativa en la cantidad de partos y cesáreas a partir del 2020, lo cual puede estar relacionado con la pandemia por COVID-19, pero también con el deterioro progresivo de los servicios o la migración de las usuarias a otras instituciones fuera de la alcaldía. El año 2024 muestra cifras aún más bajas, aunque solo corresponden al primer trimestre.

Otra parte fundamental de la respuesta institucional fue el traslado de las competencias operativas de los hospitales públicos locales al IMSS-BIENESTAR, que entró en vigor el 1 de julio del 2024. A partir de esta fecha, el Gobierno de la Ciudad de México transfirió al IMSS-BIENESTAR la responsabilidad de ofrecer atención médica gratuita, incluyendo la atención obstétrica, para personas sin afiliación a alguna institución de seguridad social. Esto implica que las políticas públicas específicas en materia de salud materna deberán ahora ser consultadas directamente con dicho organismo.

Esta transición institucional es relevante porque implica cambios en la administración, protocolos, atención y seguimiento de derechos sexuales y reproductivos en hospitales como el Hospital General de Tláhuac y el Materno Infantil de Tláhuac, que son las dos unidades principales con servicios obstétricos en la alcaldía. No obstante, este cambio no vino acompañado de información clara o campañas de difusión para las usuarias, lo que puede afectar directamente su derecho a la información y a una atención informada y digna.

Finalmente, con el objetivo de ampliar el análisis sobre las políticas públicas de atención materna en la alcaldía, se realizó una segunda solicitud de información a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, esta vez dirigida al Hospital General de Tláhuac “Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua”.

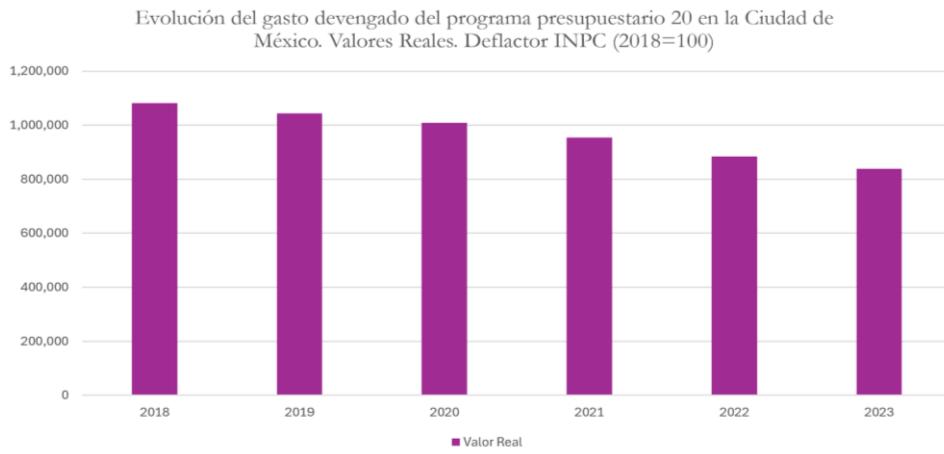
En dicha solicitud se pidió conocer las políticas públicas aplicadas en materia de salud materna y reproductiva, el número de partos naturales y cesáreas registrados durante el periodo 2016-2024. Sin embargo, hasta el momento de la redacción de este documento, la respuesta oficial sigue en trámite.

Esta situación refuerza la falta de transparencia de datos en torno a la atención obstétrica, lo cual representa un obstáculo para el monitoreo ciudadano y académico de los derechos sexuales y reproductivos en contextos periféricos como Tláhuac.

2.5.4 Presupuesto en salud materna, nacional, CDMX, Tláhuac

En el gráfico 8, se puede apreciar la evolución del gasto devengado del presupuesto al Programa Presupuestario 20 Salud materna, Sexual y Reproductiva de la Ciudad de México, donde se nota la disminución del presupuesto a este programa.

Gráfico 8. Evolución del gasto devengado del programa presupuestario 20 en la CDMX.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública, Transparencia Presupuestaria, 2018-2023.
Nota: Datos expresados en millones de pesos (MDP)

No se encontraron datos del programa a nivel alcaldía de Tláhuac.

Para concluir con este capítulo, se entiende que, es importante señalar que las mujeres sufren más arbitrariedades durante su atención médica en general, por lo que la perspectiva de género podría estar fallando en el sistema de salud mexicano, y es cuestiones como la atención obstétrica, son solo mujeres las que reciben esta atención y está entre los más afectados, de acuerdo con la CONAMED, y no debería de ser. También, es necesario fijar la mirada a que las mujeres no logran terminar con su educación superior, por lo que tienden a laborar en la informalidad y de ello se deriva que solo se atienden en hospitales que brindan atención a la población abierta, y las que no se atienden en esos lugares, gastan en clínicas y hospitales particulares, que, para una mujer sin seguridad social, implicaría mayor gasto sobre su ingreso.

Por último, el presupuesto al programa de Salud Materna, Sexual y Reproductiva no debería de ir en decremento, pues si se tienen bastantes quejas de mujeres en el área de obstetricia, y ese programa brinda apoyo a que las mujeres puedan parir de manera digna, deberían de darle mayor presupuesto, para que las mujeres puedan tener una atención de calidad, y más aún, no sentirse agredidas en un momento tan vulnerable como el parto.

Capítulo 3. “La violencia obstétrica entre cifras y voces: hallazgos entre encuestas, entrevistas y teoría”

En este capítulo se exponen los principales hallazgos derivados del trabajo de campo con la estrategia metodológica mixta, en la que se combinó un cuestionario digital aplicado en *Google Forms* y difundido en redes sociales con entrevistas a profundidad dirigidas a mujeres que tuvieron su parto o cesárea en el periodo comprendido del 2016 al 2024 en hospitales públicos de la alcaldía Tláhuac, CDMX.

El cuestionario digital ayudó a hacer una aproximación cuantitativa permitiendo identificar algunos patrones y tendencias que reciben las mujeres atendidas en hospitales públicos de la alcaldía estudiada durante el período abarcado del 2016 al 2024. Este instrumento, también, permitió recopilar datos sobre el nivel socioeconómico, la percepción que tienen sobre la violencia, el consentimiento informado sobre prácticas médicas y el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

Por otro lado, se realizaron entrevistas a profundidad realizadas a mujeres que tuvieron su parto o cesárea durante el mismo periodo, con el objetivo de explorar sus experiencias personales de manera más cercana, así como reconocer prácticas normalizadas que no siempre se identifican como violencia. Las entrevistas sirvieron para analizar el contexto en el que ocurre la atención obstétrica, que incluyeron la descripción del trato recibido, las condiciones hospitalarias y si a las mujeres se les tomó en cuenta o no sus decisiones.

En el Anexo 1 se puede consultar el diseño del formulario, el cual, además, fue acompañado de un “Termómetro Obstétrico” diseñado por la autora de este trabajo, con base en la información teórica y normativa desglosada en el capítulo 1. Del mismo modo, en el Anexo 2 está disponible la guía de las entrevistas a profundidad que fue aplicada a 5 mujeres, 3 de ellas quienes tuvieron su parto o cesárea en Tláhuac, 1 en el Hospital Belisario Domínguez ubicado en la alcaldía Iztapalapa y la

última en la Clínica 71 del IMSS en Chalco, Edo de México. En los dos últimos casos, si bien se salen de nuestro objeto geográfico de estudio, permite hacer una contrastación sobre todo a lo referente a las prácticas institucionales hospitalarias que promueven o evitan la violencia obstétrica; es de resaltar, entonces que 4 de las mujeres entrevistadas se atendieron en hospitales públicos de la Secretaría de Salud (hospitales con el mayor número de mujeres que reportaron un incidente de violencia obstétrica) y una en el IMSS (el segundo en orden de hechos de violencia obstétrica).

A lo largo de este capítulo se buscará identificar la relación de la violencia obstétrica con los factores socioeconómicos, institucionales y el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos (DSR), que pueden influir en la manera que las mujeres viven, experimentan o perciben la violencia obstétrica, tal como fue planteado en la hipótesis de esta investigación.

Es importante señalar que la muestra del cuestionario no es representativa, ni pretendía serlo. El cuestionario fue respondido por 46 mujeres de las cuales sólo 35 son válidas por los filtros de temporalidad y lugar del parto, es decir, que las mujeres que no se atendieron en Tláhuac durante el periodo comprendido del 2016 al 2024, quedaron excluidas porque no entran dentro del objeto de estudio. Las 5 entrevistas a profundidad realizadas permitieron un mayor análisis de cómo las mujeres pueden normalizar situaciones de violencia que vivieron antes, durante y después de su parto o cesárea, la selección de las entrevistas fue a través de la estrategia denominada “bola de nieve”, es decir, que una mujer recomendaba a otra que también podía ser entrevistada.

Se incluyen datos cuantitativos tomados de los resultados del cuestionario digital acompañados de fragmentos de las entrevistas que se relacionan fuertemente con los datos, esto para dar sentido a las cifras a través de las voces de mujeres.

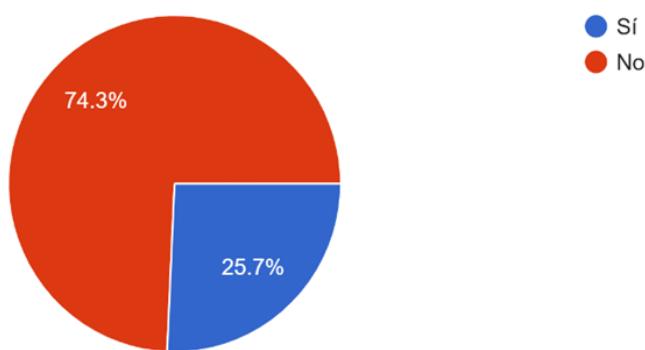
3.1 ¿Viviste violencia obstétrica?

Más del 74% de las mujeres encuestadas reportan no haber vivido violencia obstétrica. Sin embargo, y tal como fue planteado en la hipótesis, el que digan que no han vivido violencia obstétrica, no significa que no haya ocurrido. Lo que dice podría decir este dato es que la mayoría no la reconoció como tal.

Gráfico 9 Porcentaje de mujeres que consideraron o no vivir violencia obstétrica.

¿Considera que en su último parto o cesárea vivió violencia obstétrica?

35 respuestas



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

Muchas veces, las prácticas que son claramente violentas se normalizan tanto que ya ni siquiera se identifican; sobre todo cuando se trata de violencia de género institucionalizada a través de la práctica médica hegemónica. Por ejemplo, la entrevistada 4 aseguró que no vivió violencia, pero luego narró cómo le pusieron un anticonceptivo sin su consentimiento y cómo firmó papeles sin saber qué eran. Ella misma dijo:

“No siento que haya sido violencia, yo pienso que más bien era negligencia”

Entrevistada 4, 35 años

De acuerdo con el marco teórico, la violencia obstétrica puede manifestarse por medio de maltratos, negligencias o procedimientos médicos realizados a la fuerza o sin el consentimiento de las mujeres. Todas estas prácticas han sido normalizadas por las mujeres y realizadas sin remordimiento por el personal médico porque también lo normalizan.

También, se vincula con lo que Bourdieu (2003) denomina violencia simbólica, que como se explicó anteriormente, es la violencia donde los dominadores ejercen poder y control sin la necesidad de violencia física o verbal que se distingue a simple vista. ¿Por qué? porque esta violencia está tan arraigada al sistema de salud que los dominados (en este caso, las mujeres gestantes) la aceptan o no la reconocen, por lo tanto, ellas se posicionan como subordinadas sin saberlo.

Ortner, por su parte, también explica que estas estructuras están tan metidas en la vida diaria que parecen naturales (Ortner, 1972). En el caso de la atención obstétrica, muchas mujeres ya saben que “así son las cosas”, que hay que firmar lo que sea, que no te van a preguntar nada, que no puedes pedir explicaciones ni quejarte mucho.

Segato, insiste que la violencia sexual (y la obstétrica también lo es), no solo es un asunto entre médico y paciente. Hay toda una estructura previa que permite que eso pase, una estructura que legitima que a las mujeres se les toque, se les corte, se les inserten cosas, se les calle, sin que eso se vea como violencia (Segato, 2003:40).

Y eso se ve en los testimonios, la entrevistada 5 dijo que solo hasta que vió el *violentómetro* obstétrico se dió cuenta de que lo que había vivido sí era violencia:

*“Yo la verdad lo tenía muy normalizado,
yo lo justifiqué”*

Entrevistada 5, 28 años

Es por ello por lo que este gráfico 9 no muestra ausencia de violencia obstétrica, sino la fuerza con la que opera el silencio, el desconocimiento de las prácticas violentas que están normalizadas, lo cual afecta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Esto se contrastará más adelante, con los resultados de las preguntas sobre sus experiencias de maltrato obstétrico luego de mostrarles el termómetro obstétrico.

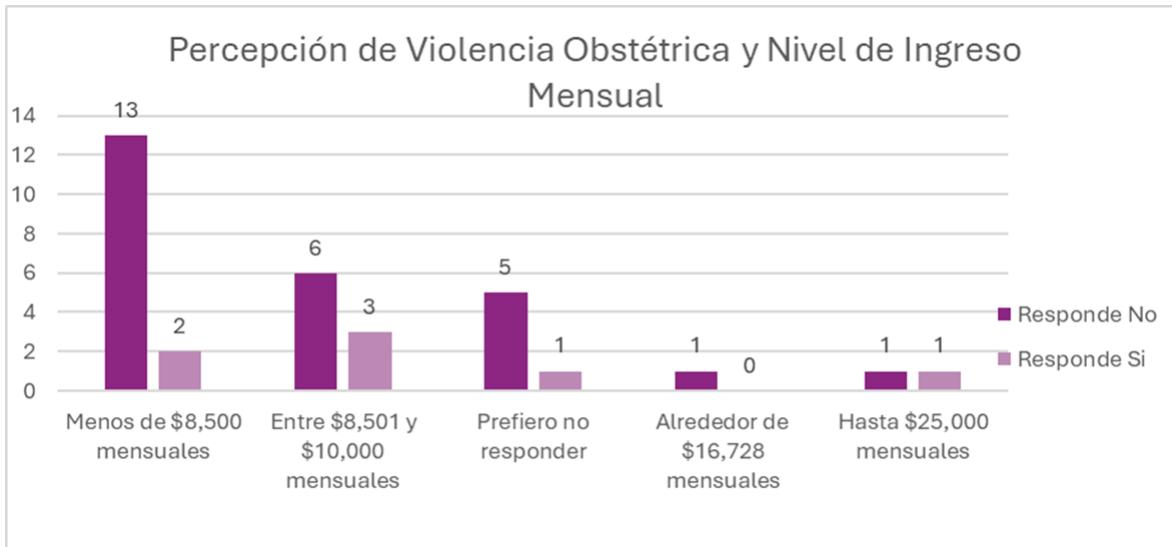
Ahora bien, hablando sobre la percepción de violencia, Bosch menciona que “Las estructuras de género, además de ser un elemento constitutivo de las relaciones sociales que generan dominación y subordinación, se inscriben en aspectos definidores de nuestra personalidad y en aspectos inquisidores de nuestra realidad social” (Bosch, 2009:6).

3.2 Desigualdades económicas y educativas como barrera

En el siguiente gráfico 10, se observa la relación de las mujeres que reportaron haber vivido violencia obstétrica y su nivel de ingreso mensual. Se observa que **las mujeres con un menor ingreso son las que reportaron no haber vivido violencia obstétrica**, lo cual podría incidir en la manera que interpretan o perciben la violencia, y más cuando depende de servicios de salud públicos. Es importante esta relación porque los ingresos limitados podrían estar vinculados con el tipo de atención que reciben, el acceso a información que tienen, entre otros factores.

Y es importante resaltar que **las mujeres que más reportaron no haber vivido violencia obstétrica son las que tienen un ingreso menor a un salario mínimo mensual, es decir, menos de \$8,500.**

Gráfico 10 Relación entre la percepción de haber vivido violencia obstétrica y el nivel de ingreso mensual,



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

En el gráfico 11 se hace el cruce de haber vivido violencia obstétrica, pero ahora con el nivel educativo, y se obtiene un resultado similar al anterior, pues **las mujeres que más reportaron no haber vivido este fenómeno durante su atención obstétrica se encuentran en los niveles educativos menores**, sin embargo, incluso las mujeres con licenciatura completa reportan no haber vivido violencia obstétrica, a diferencia de las que llegaron a la secundaria completa, quienes la mitad afirma no haberla vivido, y la otra mitad sí.

Por ejemplo, la entrevistada 2 mencionó:

“Me querían hacer firmar la responsiva pero no la firmé, hasta que llegó mi esposo él la firmó”

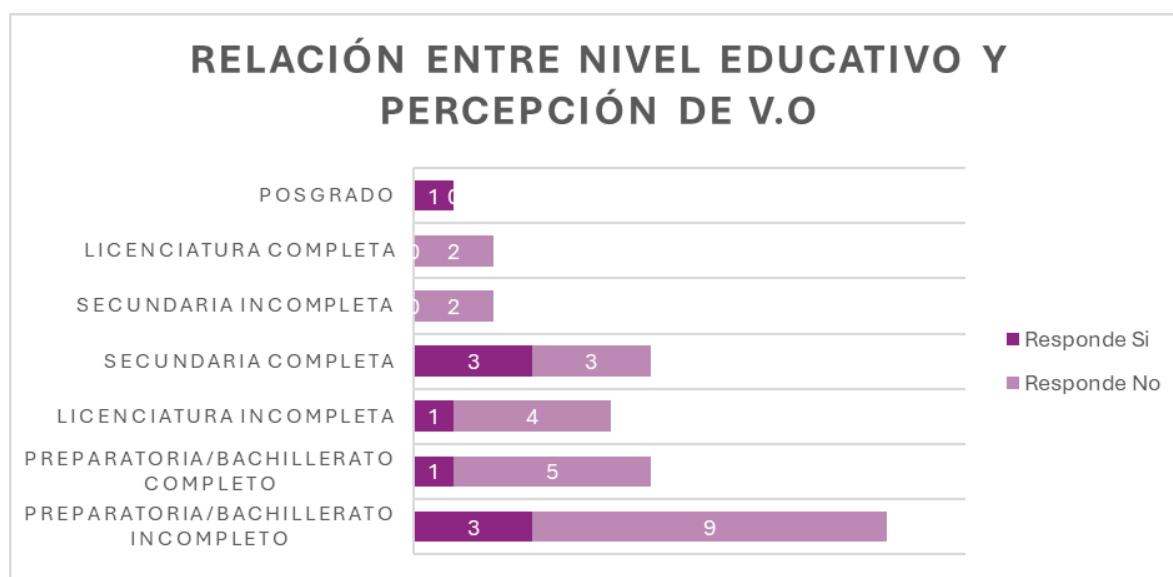
Entrevistada 2, 38 años, Bachillerato concluido.

Siguiendo con lo que Bosch (2009) menciona, las mujeres pueden llegar a internalizar y normalizar la jerarquía en el ámbito médico lo cual hace que ellas mismas minimicen o invaliden su experiencia. Además, teniendo en cuenta que la entrevistada 2 tiene un ingreso menor a \$8,500 mensuales, eso plantea que,

efectivamente, si su ingreso es menor, las mujeres tienden a normalizar conductas violentas.

Esta gráfica evidencia que **el nivel académico no siempre se traduce en la capacidad de reconocer cuando los derechos están vulnerados**, y justamente por el hecho del desconocimiento de derechos que se verá en el gráfico 12 y 13.

Gráfico 11. Relación entre el nivel educativo y la percepción de violencia obstétrica.



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

Tal vez, encontrarse en un estado de vulnerabilidad como lo es la económica, perpetúa la existencia de violencia obstétrica, y las mujeres que no tienen las posibilidades de acceder a información podrían normalizar prácticas violentas.

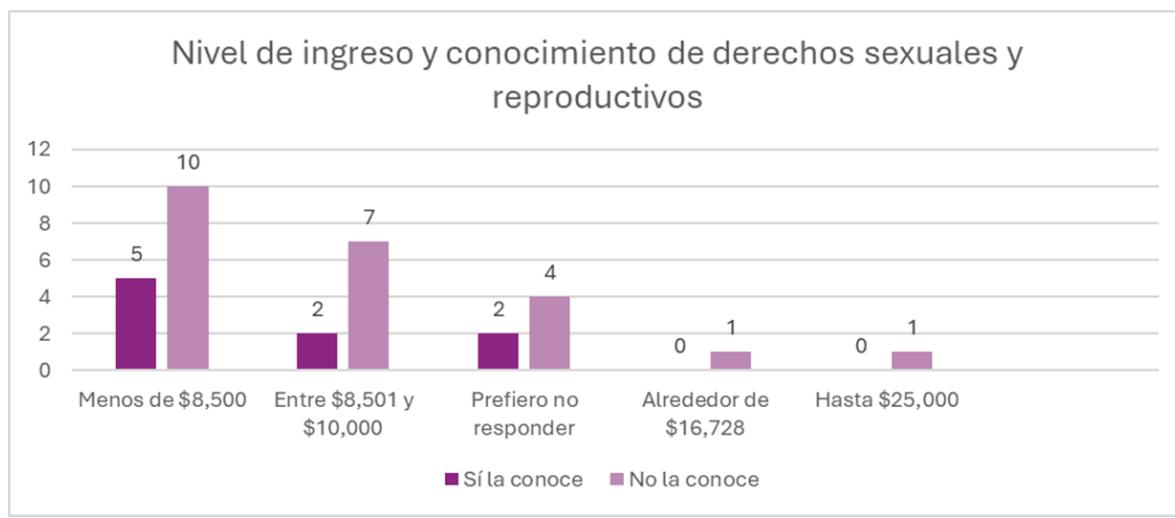
Además, esta gráfica hace referencia a lo que menciona Žížek (2008) con la violencia objetiva, que está detrás de las dinámicas y estructuras económicas que fomentan la violencia y es invisible en mayor medida para las personas con vulnerabilidad, porque justamente actúa desde la normalidad.

Por otro lado, como se mencionó anteriormente, los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) son definidos por la OMS como los derechos que se dedican

a velar por el goce de la expresión sexual y al mismo tiempo de la salud sexual (OMS, 2018: 3).

En el gráfico siguiente, se observa a las mujeres que declararon no conocer sus DSR y la relación que hay con respecto a su nivel de ingreso mensual. Lo que llama la atención es que las mujeres que tienen un ingreso menor a \$8,500 mensuales, es decir, las más vulnerables económicamente, 10 mujeres de 35 afirmaron no conocer sus DSR. A ellas se integran las mujeres que tienen un ingreso de entre \$8,502 y \$10,000 mensuales, que tampoco conocen sus DSR. Esto es una muestra de que la información no está llegando a las personas menos favorecidas, se deja sin herramientas a las mujeres, y se les deja más expuestas a padecer algún tipo de violencia.

Gráfico 12. Nivel de ingreso y conocimiento de DSR



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

Como se mencionó anteriormente, el nivel educativo no siempre es garantía para conocer los derechos que se tienen, sin embargo, no se puede ignorar que la desigualdad escolar influye en el acceso a información.

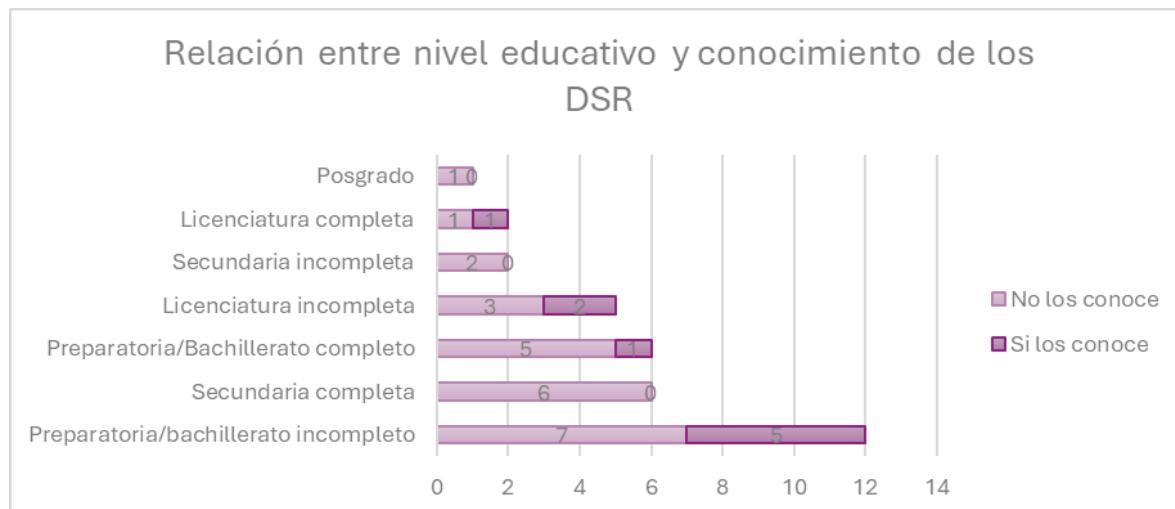
En el gráfico 5 se puede apreciar cómo la desigualdad escolar se hace presente incluso en el conocimiento de algo tan esencial como los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR). Las mujeres que menos conocen sus derechos son las

mujeres que tienen los niveles educativos menores. ¿Qué significa eso? Que el derecho a saber (acceso a información) atraviesa por condiciones que limitan la autonomía de las mujeres desde antes de pisar un hospital. Y es que, como Bosch menciona:

Esta normalización de la violencia permite afirmar que el acto agresivo, el uso de la fuerza para conseguir unos objetivos, es activo y simbólico a la vez. Los golpes se sienten ofensivos a nivel personal, pero se tornan simbólicos a nivel social, desapareciendo como actos agresivos, legitimándose en supuestas formas educativas practicadas por los hombres y las mujeres. (Bosch, 2009: 15).

Es entonces que, las mujeres no sólo desconocen sus derechos, sino que también tienden a justificar la violencia.

Gráfico 13. Relación entre nivel educativo y conocimiento de DSR



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

¿Estos derechos se podrían vulnerar durante la atención obstétrica? La respuesta es sí, ya que las mujeres, en teoría, tienen el derecho a decidir libremente sobre su cuerpo y su sexualidad y, en la atención obstétrica, implica también estar informadas sobre los procedimientos realizados o que se realizarán, así como la justificación médica entendible para las mujeres.

Todo esto nos dice que el silencio que se refleja en estos gráficos no es ausencia de violencia, es el resultado de una estructura social que invisibiliza, normaliza y

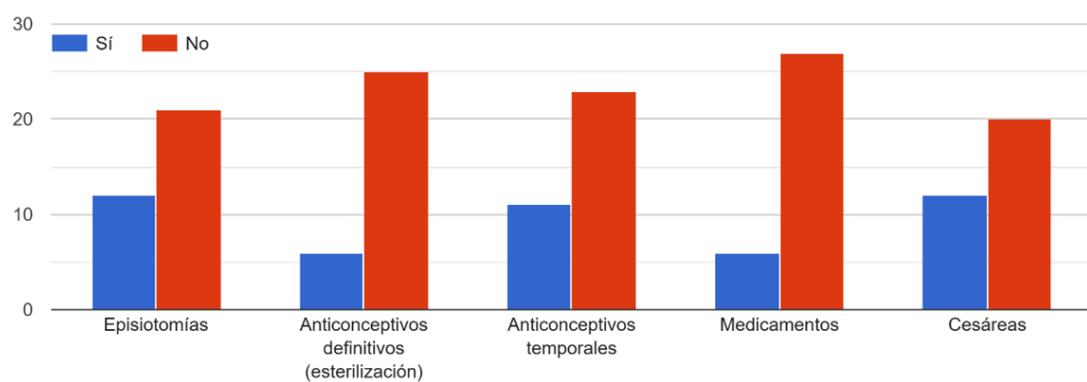
tolera estas prácticas, especialmente hacia mujeres con menores ingresos, menor escolaridad y menos acceso a información confiable. Sin embargo, hay algo que sorprende, las mujeres con educación superior o incluso posgrado también dijeron no conocer sus derechos, esto confirma que no basta con estudiar más años para garantizar el acceso a la información útil y cala sobre el cuerpo. Como dijo Lagarde (1996:2–3), la perspectiva de género sirve justamente para analizar cómo estas desigualdades afectan las posibilidades vitales de las mujeres, sus cuerpos, sus decisiones, sus maternidades

3.3 Violencia disfrazada de rutina

Tal como se observa en el siguiente gráfico, **de las mujeres encuestadas, 12 sí recibieron episiotomías sin consentimiento**, que es la práctica más frecuente en esta encuesta, seguida de las cesáreas, anticonceptivos temporales y, finalmente, medicamentos y esterilización quedan empatados.

Gráfico 14. Prácticas realizadas sin consentimiento informado durante la atención obstétrica.

¿Recibió algún procedimiento médico sin explicación previa o sin estar de acuerdo?

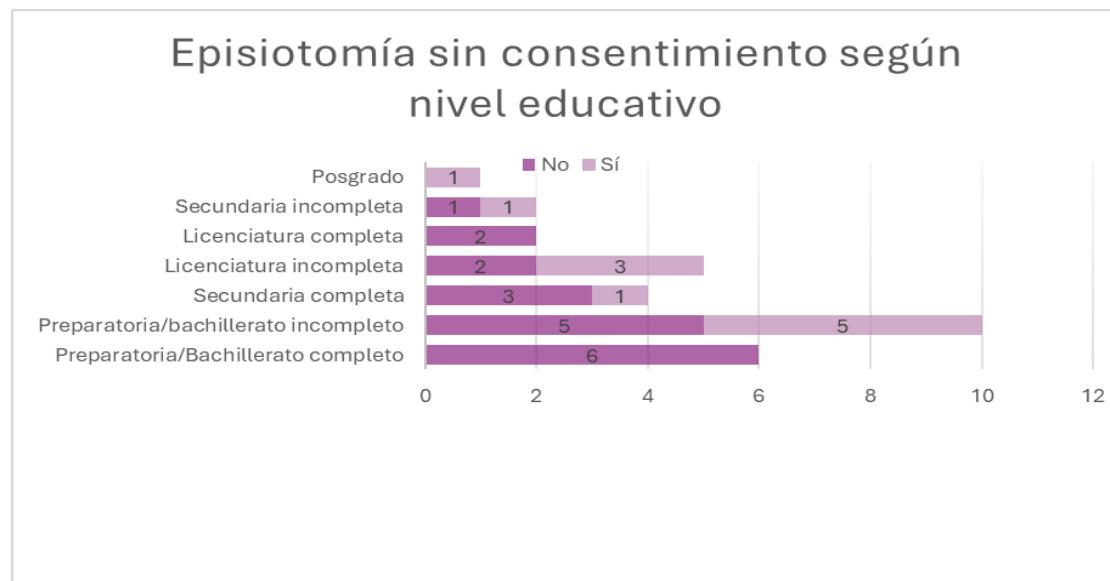


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

Si se desagregan estos datos con el nivel de estudio y las prácticas realizadas sin consentimiento o explicación previa, se obtiene un análisis más riguroso. En el

gráfico siguiente se aprecia que **las mujeres con el nivel medio superior incompleto y la licenciatura incompleta fueron las que reportaron haber sufrido una episiotomía sin consentimiento ni información previa**. Esto es una grave vulneración a sus derechos sexuales y reproductivos.

Gráfico 15. Episiotomías sin consentimiento según el nivel educativo.



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

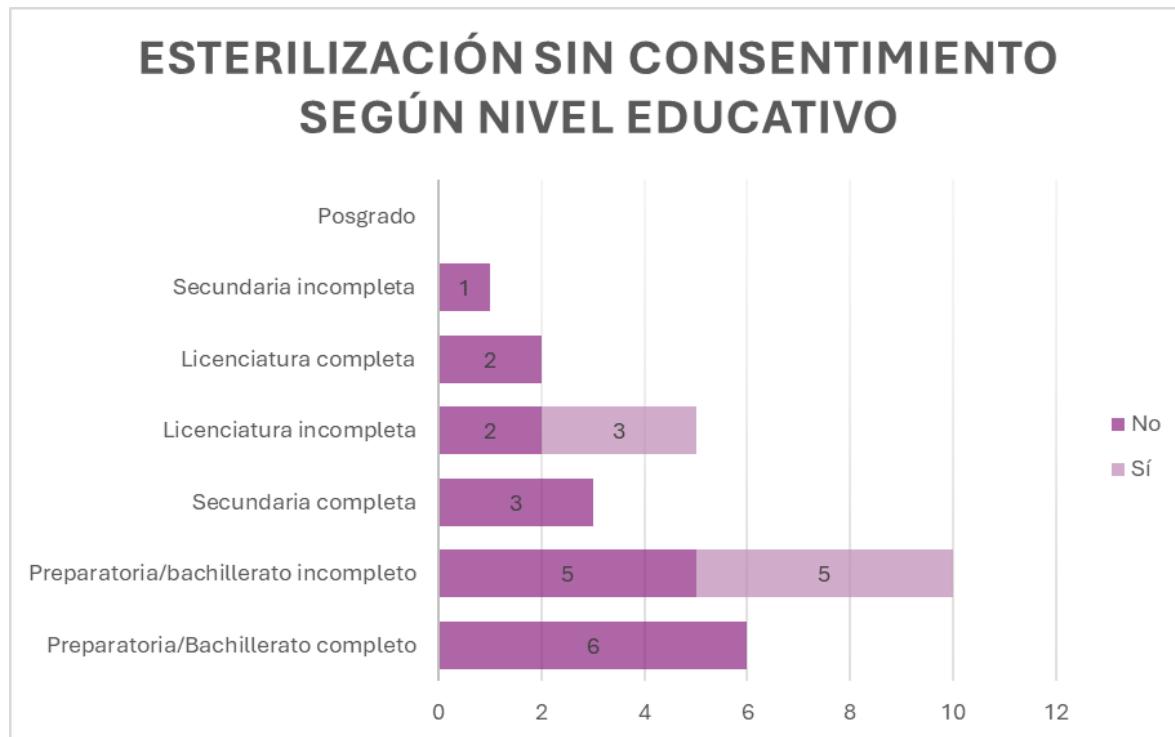
En el gráfico se aprecia cómo las mujeres con menor escolaridad son las que mencionan haber recibido violencia obstétrica, sin embargo, se observa también que 3 mujeres encuestadas con la licenciatura incompleta recibieron esta práctica médica, pese a que la OMS ha dicho que “No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo” (OMS, 2018:7) esto quiere decir que, las mujeres que no tienen programado su parto, que son la mayoría de los casos, simplemente están a la espera de que el bebé nazca, no se les tendría que aplicar una episiotomía, al menos que haya una justificación médica de gran importancia, una vez descartadas todas las demás estrategias para procurar un parto normal; y sin embargo, lo hacen. Por ejemplo, la entrevistada número 3 menciona que:

“A mi hijo lo tuvieron que sacar con fórceps, me hicieron la episiotomía, no me pidieron ningún permiso”.

Entrevistada 3, 24 años, Secundaria concluida.

Esto quiere decir que no se estarían respetando las recomendaciones de la OMS.

Gráfica 16. Esterilización sin consentimiento según nivel educativo.



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

En el gráfico 16 se aprecia la relación con el nivel educativo y los **casos de las mujeres que se les realizó una esterilización sin consentimiento**. Los resultados fueron alarmantes, porque de una muestra tan pequeña, a 8 mujeres de las 35 encuestas válidas, sí se les realizó una esterilización sin haber tenido su consentimiento. A este respecto, por ejemplo, la entrevistada 1 menciona:

“Me dijeron: ‘Ay señora, usted no se vaya a embarazar, mejor de una vez la operamos”

Entrevistada 1, 32 años, secundaria terminada

Esta entrevistada tiene la secundaria concluida, y de las mujeres a las que se les aplicó la encuesta que dijeron sí haber recibido esta práctica, 5 tienen el bachillerato incompleto y 3 tienen la licenciatura incompleta.

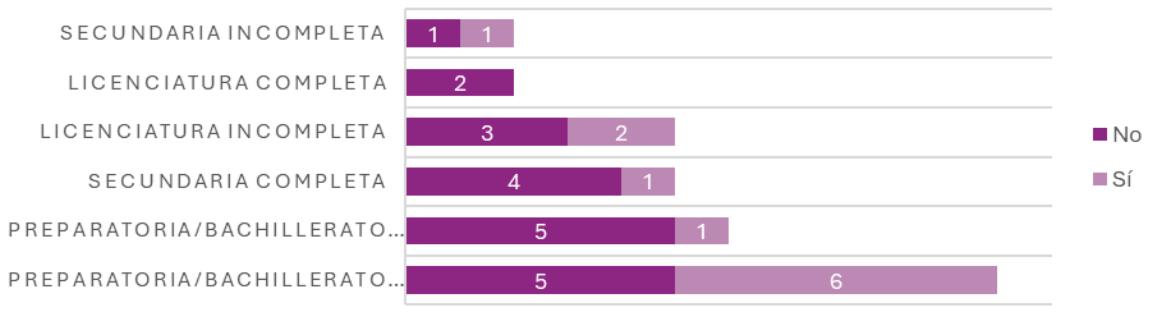
Esto es grave porque incluso con niveles medios de estudios, a las mujeres se les violentan sus DSR ¿por qué o en qué sentido? Para empezar, en la cartilla de los Derechos Sexuales y Reproductivos (CNDH,2016), justamente el primer derecho es tener la libertad de decidir libre, autónoma e informada sobre el cuerpo y la sexualidad. Este derecho es vulnerado de muchas formas al esterilizar sin consentimiento a las mujeres, porque no se les da información, no se les permite decidir sobre sus cuerpos y no se les justifica claramente el acto.

Ahora bien, la teoría de Bourdieu (2000) sobre la violencia simbólica permite entender que este tipo de actos, que son ejecutados sin uso de la fuerza, pero que son violencia justamente por ejercerlos de manera arbitraria, los convierte en violencia, y las mujeres no se dan cuenta de lo violentas que pueden llegar a ser las prácticas porque como ya se mencionó, no conocen sus derechos.

En el siguiente gráfico 17 se analiza el cruce de el nivel de estudios de las mujeres con los métodos anticonceptivos temporales que no fueron consentidos por ellas, sino que, se los pusieron, o ejercieron presión para que aceptaran su colocación. Ejercer presión para obtener un “Si” no es legítima autorización, es violencia.

Gráfica 17. Anticonceptivos temporales y nivel de estudios

ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES NO CONSENSUADOS Y RELACIÓN CON EL NIVEL EDUCATIVO



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

Las mujeres, sin importar el nivel de estudios, sufren violencia, ya sea por medio de presiones para “persuadir” a aceptar algo, o por, simplemente imponer la práctica médica, porque claro, los médicos y las enfermeras saben mejor lo que “les conviene”. En el gráfico 17 se observa una mayor diversidad, por así llamarlo, de mujeres que recibieron un método anticonceptivo no consensuado. En casi todos, excepto en 1, se observa que a las mujeres las obligan a tener un método anticonceptivo. Es decir, que no hay una relación directa claramente expresada entre el nivel educativo y la presión a colocar métodos anticonceptivos temporales de manera no consensuada. Así, quizá, la derivación de esto sería que, en muchos casos, el simple hecho de ser mujer, implica ya un factor de discriminación y violencia, según las teorías de género estudiadas en el capítulo 1.

Una entrevistada narra:

“Yo les pedía que me pusieran el implante y ellos me dijeron que no que como estaba gorda no me podían poner el implante”

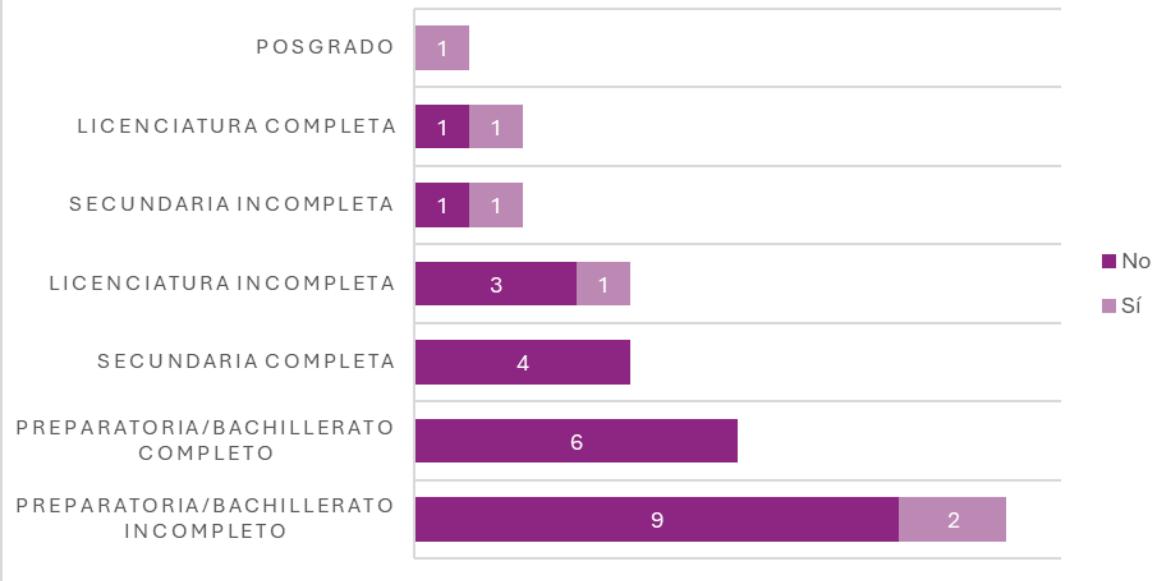
Entrevistada 1, 34 años

En este caso, no solo le niegan el método anticonceptivo deseado, sino que también se utilizó la apariencia física como criterio o justificación para negarlo. Y tal como menciona Zizek (2008) con la violencia objetiva, este es un tipo de violencia normalizada e invisibilizada que está arraigada en el sistema y que las mujeres, si bien, saben que es incorrecto el trato, no suelen denunciarlo porque “así son las cosas”.

La vulneración al derecho de estar informadas y decidir sobre sus cuerpos se repite en distintas prácticas médicas, como sucede con la administración de medicamentos sin consentimiento o sin justificación médica y con argumentos médicos entendibles para las mujeres. Este análisis se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica 18. Administración de medicamentos sin consentimiento según nivel educativo.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS SIN CONSENTIMIENTO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

En este gráfico, se muestra que, aunque en todos los niveles educativos hay al menos un caso en el que sí administraron medicamentos sin consentimiento de las mujeres, hay algo que llama realmente la atención: a mayor nivel educativo, parece haber mayor conciencia de la falta de consentimiento, o al menos una mayor disposición para nombrarlo,

Por ejemplo, en el nivel de posgrado, la única mujer encuestada reportó que sí recibió medicamentos sin que se le pidiera autorización. En el caso de mujeres con licenciatura completa, hubo un empate: una dijo que sí, y otra que no. Pero conforme bajamos en los niveles educativos, especialmente en preparatoria incompleta, nueve mujeres dijeron que no, frente a sólo dos que sí. Este patrón se repite en secundaria y bachillerato: la mayoría respondió que no, aunque también hubo quien sí lo reportó.

Esto no quiere decir que a las mujeres con menor escolaridad no se les haya administrado medicamentos sin consentimiento, sino que, como se ha venido

discutiendo, puede que no lo reconozcan como una violación a sus derechos. Y justo ahí entra la violencia simbólica, esa forma de dominación que opera de forma tan sutil que termina siendo invisible. Como diría Bourdieu, esta violencia se vuelve aceptable para quienes la sufren porque está tan normalizada que ni siquiera se cuestiona.

La entrevistada 4, por ejemplo, mencionó que le colocaron un anticonceptivo sin avisarle ni pedirle permiso, y que también firmó papeles sin saber lo que eran. Ella misma no lo nombró como violencia obstétrica hasta que se le mostró el violentómetro. Eso nos habla de cómo el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos es clave para entender por qué muchas mujeres no denuncian ni se quejan: porque ni siquiera saben que hubo una violación.

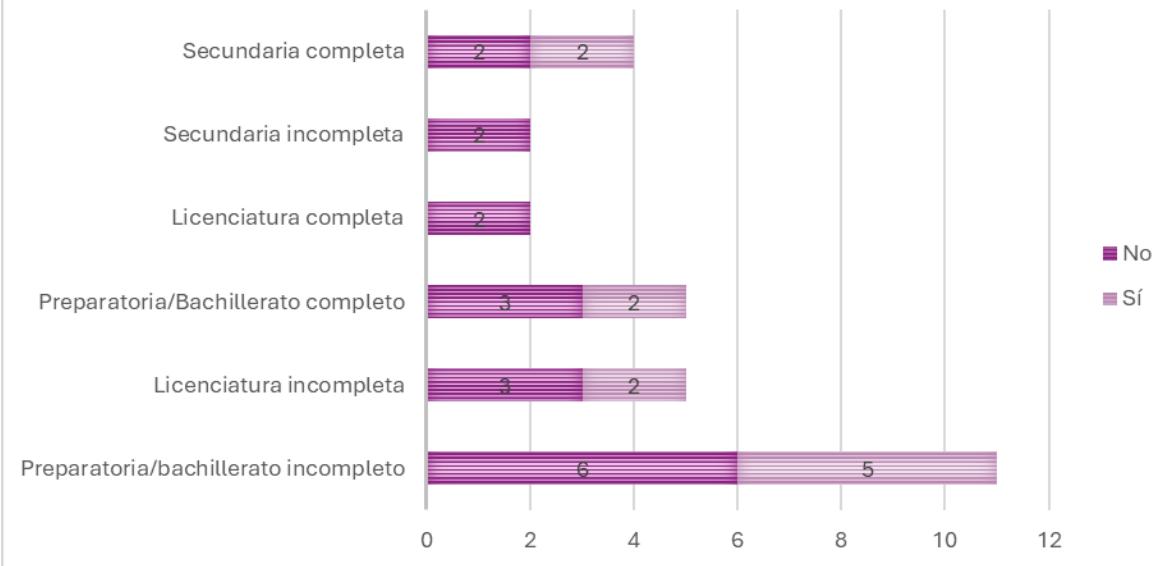
Por su parte, Ortner señala que las estructuras de dominación están tan arraigadas en la vida cotidiana que parecen naturales (Ortner, 1972), y este gráfico es una prueba de ello. Muchas veces, el personal médico ni siquiera considera necesario explicar lo que están administrando, porque se parte de la idea de que la paciente no necesita saber, que "ellos saben lo que hacen", que "mejor no preguntar".

Lagarde también explica que la perspectiva de género implica justamente identificar esas relaciones asimétricas entre hombres y mujeres, pero también entre instituciones y usuarias. Y lo que este gráfico muestra es que en los servicios obstétricos, esa asimetría está viva y operando: se actúa sobre el cuerpo de las mujeres sin su consentimiento y, lo más grave, es que eso se sigue viviendo como normal (Legarde, 1996:pp).

Entonces, esta gráfica no solo refleja una práctica médica, sino que expone una estructura de poder y desigualdad que atraviesa la atención obstétrica y que tiene consecuencias directas sobre la autonomía de las mujeres.

Gráfica 19. Cesáreas sin consentimiento según nivel educativo.

CESÁREAS SIN CONSENTIMIENTO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

El gráfico 19 analiza la relación entre el nivel educativo de las mujeres encuestadas y si les practicaron una cesárea sin su consentimiento. Aunque en todos los niveles las mujeres respondieron que no vivieron una cesárea sin autorización, también hay una presencia significativa de casos en los que si se les realizó.

Por ejemplo, en el nivel de preparatoria o bachillerato incompleto, 5 mujeres dijeron que si se les realizó cesárea sin haberlas consultado, este grupo se concentra en el mayor número de reportes de cesáreas no consentidas. En licenciatura incompleta, la mitad reporta que sí; en preparatoria completa, 2 mujeres de 5 también lo afirmaron. Por otro lado, a niveles educativos más altos, como licenciatura completa, ninguna mujer reportó haber tenido una cesárea sin consentimiento.

Es por ello que se pone sobre la mesa la pregunta ¿cómo el nivel educativo puede influir en la percepción y capacidad de exigir derechos?. Si no se nombra, no existe, y si nadie les explica nada a las mujeres, tampoco saben lo que deben exigir, simplemente asumen que tal vez las prácticas ejercidas son un beneficio para ellas.

La entrevistada 5 relató que el cambio de turno fue decisivo, el nuevo médico decidió que ya no podía tener parto natural y ordenó una cesárea sin darle oportunidad o explicarle alternativas.

"Y cuando fue el cambio de turno en la mañana, el doctor que llegó me dijo 'no tu ya estas muy mal, ya no tienes líquido te vamos a hacer cesárea' en ningún momento hubo una pregunta de consentimiento o que siquiera me llevaran a la sala de parto de que 'puja o algo así' nada"

Entrevistada 5, 28 años, licenciatura completa.

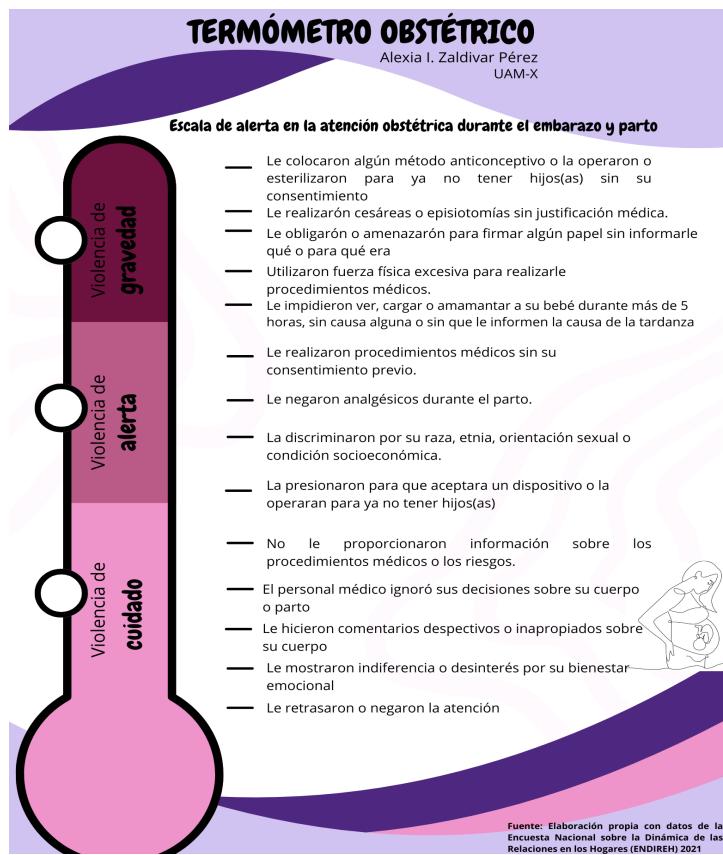
Aquí entra nuevamente lo que dice Segato, donde, en el contexto obstétrico, hay una estructura donde el cuerpo de las mujeres está disponible para ser intervenido sin consultarlo, porque “es por tu bien”.

Lagarde, por su lado, explica que la perspectiva de género permite justamente mirar esas relaciones como las de médico-paciente, no como hechos aislados, sino como una red de desigualdades históricas, culturales e institucionales que definen la vida, las decisiones y autonomía de las mujeres (Lagarde, 1996).

Así que esta gráfica no solo habla de cesáreas, habla de una deuda histórica con el consentimiento, con el derecho a decidir sobre los cuerpos propios, y con el reconocimiento de que la violencia también ocurre en bata blanca y quirófano, sin gritos ni golpes, pero con silencio.

3.4 Influencia del Termómetro Obstétrico en el reconocimiento de la violencia

El gráfico 20 muestra cómo reaccionaron las mujeres encuestadas después de observar el termómetro obstétrico, herramienta diseñada para esta investigación, con el fin de visibilizar y clasificar las prácticas médicas que pueden constituir violencia obstétrica. Véase en la siguiente imagen:

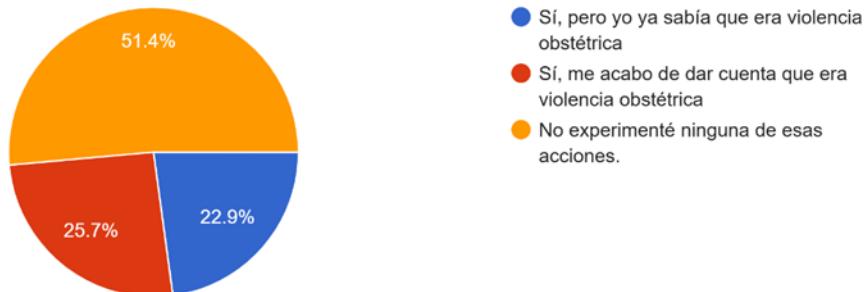


Más de la mitad (52.4%) dijo que no vivió ninguna de esas acciones, mientras que otro 46.6% sí reconoció situaciones de violencia obstétrica. De estas, un 25.7% se dió cuenta gracias al termómetro obstétrico.

Gráfica 20. Porcentaje de mujeres que descubrieron haber vivido violencia obstétrica después de ver el termómetro obstétrico.

Después de observar la imagen, ¿Pudo notar alguna situación que haya vivido durante su último parto o cesárea que no había tenido en cuenta y que se considera violencia obstétrica?

35 respuestas



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

Esto nos dice mucho, lo primero es que no porque las mujeres digan que no vivieron violencia significa que realmente no la vivieron, más bien se trata de acciones, conductas y situaciones que puede ser simplemente que las mujeres no hayan identificado sus vivencias como violencia. Y es aquí donde el violentómetro fue clave, ayudó a ponerle nombre a situaciones que estaban normalizadas.

Por ejemplo, la entrevistada 5 dijo que no había pensado que lo que vivió era violencia obstétrica hasta que vió el termómetro obstétrico, ahí se dió cuenta que la forma en que la sujetaron para administrarle la anestesia entre varios hombres, se considera violencia.

“Fíjate que lo de que no me moviera, yo lo identificaba como un pues no me tengo que mover porque si no me van a lastimar, no lo identifiqué en ese momento como violencia y menos como violencia obstétrica porque eso no estaba en mi cabeza, la verdad lo tenía muy normalizado, yo lo justifiqué.”

Entrevistada 5, 28 años.

Esto conecta con lo que dice Ortner, cuando explica que las estructuras de dominación están tan metidas en la vida cotidiana que ya ni se cuestionan (Ortner, s.f.). También con lo que dice Bourdieu sobre la violencia simbólica, esa que no se

ve pero se ejerce con fuerza y que muchas veces termina siendo aceptada sin resistencia por lo normalizada que está (Bourdieu, 2000:14).

Como bien lo dice Segato (2003), este tipo de violencia no ocurre en el vacío, no es solo que a un médico “se le pasó” o que la enfermera “no tuvo tacto”. Lo que pasa en los hospitales con los cuerpos de las mujeres está sostenido por toda una estructura que lo permite y lo justifica (Segato, 2003).

Ella explica que “sólo la existencia de una estructura profunda previa a ese acto de poder y sometimiento nos permite hacer esta lectura” (Segato, 2003: 27). Es decir, lo que vemos como casos aislados son en realidad reflejo de una forma de organización social que ya dio permiso para que eso pase. Y eso tiene consecuencias: cuando el sistema toca, corta, aprieta o impone sin preguntar, el cuerpo de las mujeres se vuelve territorio controlado por otros. Por eso, muchas veces ni siquiera se puede nombrar como violencia hasta que alguien nos dice que lo es.

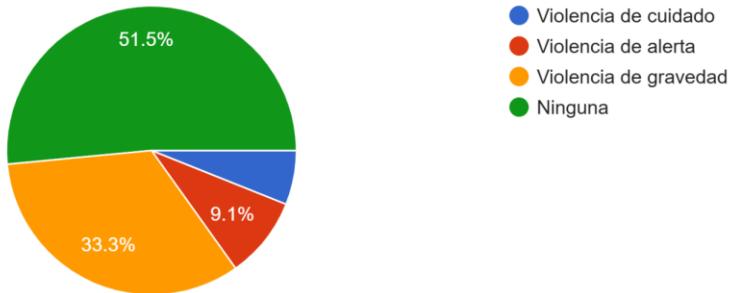
Y esto también lo podemos cruzar con lo que dice Lagarde sobre el papel de la perspectiva de género. Ella plantea que una perspectiva de género permite entender no solo las diferencias entre mujeres y hombres, sino también “los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar” (Lagarde, 1996: 2–3), y eso es lo que justamente se ve aquí, un sistema de salud que normaliza prácticas violentas hacia las mujeres.

En resumen, esta gráfica muestra que una herramienta sencilla y visual como el violentómetro puede ayudar a las mujeres a ponerle nombre e identificar esas violencias, visualizarlas y empezar a cuestionarlas.

Luego de observar el termómetro obstétrico, se les preguntó a las mujeres cuál consideraban que había sido el nivel de violencia que vivieron durante su atención obstétrica. El 33.3% identificó haber vivido violencia de gravedad, seguida por un 9.1% que vivió violencia de alerta y un 6.1% que ubicó su experiencia como violencia de cuidado.

Gráfica 21. Porcentaje de mujeres según el nivel de violencia del termómetro obstétrico.

Considerando la imagen anterior, y si reconoció alguna vivencia que haya tenido durante su atención obstétrica, ¿Cuál es el nivel de violencia obstétrica que vivió?
33 respuestas



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac 2016–2024 (junio, 2025).

Un dato increíblemente alarmante, es que, de las mujeres que identificaron violencia obstétrica, la mayoría vivió violencia de gravedad. Esto demuestra que no fueron tratos menores, sino acciones que pusieron en riesgo su integridad física y emocional, como el uso de la fuerza para mantenerlas o procedimientos médicos sin consentimiento... todo eso está en el nivel de gravedad.

Y lo más duro no es solo que haya pasado, sino que muchas de ellas no lo habían visto como violencias hasta que se les mostró el termómetro obstétrico. Este dato conecta directamente con los resultados de la gráfica 20, donde varias mujeres reconocieron que con solo ver la imagen se dieron cuenta que lo que vivieron si era violencia obstétrica, es decir, hay tantas prácticas tan normalizadas, tan rutinarias, que llegan a ser invisibles.

Ahí es donde entra la violencia simbólica de la que habla Bourdieu (2000), no solo se trata del acto violento en sí, sino de cómo se oculta tras la rutina médica y los discursos de autoridad, haciendo que incluso las mujeres no lo reconozcan como tal (Bourdieu, 2000).

Segato (2003) lo dice de forma contundente, estas violencias no son errores individuales, son posibles porque hay una estructura entera que permite y sostiene que los cuerpos de las mujeres sea un campo de intervención constante, sin consentimiento, sin preguntas, sin explicaciones. Así, la violencia obstétrica parece “normal” (Segato, 2003). Por ejemplo, la entrevistada 5 menciona que:

“Yo sabía que los médicos tenían conductas groseras, pero yo no conocía el término de violencia obstétrica, no sabía que se llamaba así”

Entrevistada 5, 28 años.

Ortner también aporta a esto cuando explica que esas formas de dominación están tan metidas en la vida que se sienten naturales. Y si a esto se le suma el desconocimiento de los derechos, depender de un hospital publico, no tener redes de apoyo o haber crecido en un entorno donde se espera que aguantes, entonces, claro que se normaliza (Ortner, 1972).

Esta gráfica, no solo dice que hubo violencia obstétrica, habla respecto a que muchas mujeres sólo pudieron verla cuando se puso a su alcance una herramienta visual; habla que la información salva y que se requieren formas para romper el silencio. Si el personal médico atiende emergencias con semáforos, ¿por qué no atendería también con un termómetro obstétrico?. Las mujeres necesitan estos recursos, y el Estado es quien tiene la obligación de garantizarlos.

Conclusiones

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre los factores socioeconómicos y las prácticas institucionales en función de la perspectiva de género de los servicios de salud sobre la percepción de la violencia obstétrica en mujeres embarazadas de Tláhuac, durante el periodo 2016-2024. Para lograrlo, se aplicó el cuestionario digital y las entrevistas a profundidad, además de mostrarles el instrumento propio denominado “Termómetro Obstétrico”, con el fin de hacer visibles aquellas prácticas que se normalizan.

Y si, los objetivos se cumplieron. Se visibilizó que muchas mujeres no identifican situaciones violentas que vulneran sus DSR, no porque no sucedan, más bien es que no las distinguen como tal. Esto pasa, justamente, por el desconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, como se planteó en la hipótesis. En cuanto a los factores socioeconómicos, como el ingreso y la escolaridad, aunque sí influyen, ni la escolaridad, ni el nivel de ingreso mensual son determinantes para una atención obstétrica violenta. La violencia obstétrica no distingue en escolaridad. El desconocimiento de los DSR es la mayor desventaja que las mujeres pueden tener.

Otro hallazgo importante fue el que se tuvo con el “Termómetro Obstétrico”, gracias a este instrumento visual, las mujeres pudieron reconocer que algunas situaciones que tenían como normales, no lo son en realidad. Esto también demuestra que las mujeres necesitan herramientas de esta naturaleza, que sean accesibles para que puedan identificar rápidamente la violencia.

Queda pendiente el análisis de una práctica violenta descubierta durante las entrevistas, en donde las mujeres sufren por tomar decisiones sobre sus cuerpos, como lo que relató la entrevistada 5, ella menciona el haber ejercido su derecho a decidir sobre su cuerpo en cuanto a querer o no tener un método anticonceptivo, y eso dio pie a que el médico a cargo ejerciera violencia, afectando no solo a ella, sino también a su recién nacido. Por haberse negado al método anticonceptivo, le

negaron la leche materna proveniente del banco de leche, el personal argumentó carecer de este líquido.

Aquí se encuentran varios aspectos, por ejemplo, existe un proyecto de norma llamada *PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna*, donde la prioridad es darles una alimentación adecuada a los recién nacidos, sin embargo, la norma está estancada desde el 2018, lo cual hace pensar que no es relevante o simplemente no es de interés para la autoridad (Congreso de la Unión, 2018).

La lactancia materna es reconocida como derecho humano de las infancias y de las mujeres, ya que para las niñas y niños recién nacidos, es fundamental para tener una sana alimentación, y a las mujeres se les debe de dar información que las ayude a tener una lactancia de calidad, sin sentirse presionadas (CNDH, s.f.).

Y no solo eso, la entrevistada 4 mencionó que le daba miedo poner una queja o denuncia porque queda el miedo a las represalias, es decir, les da miedo defender sus derechos. Esto abre paso a investigaciones futuras para comprender el qué tan arraigada está la violencia dentro del sistema de salud en la atención obstétrica que a las mujeres les da miedo meter una queja, porque, siendo conscientes de que estuvieron mal las acciones de los médicos, no denuncian.

Otro tipo de prácticas que vulneran a las mujeres es el hecho de tener que cuidar al recién nacido, solas. Las mujeres, después de haber vivido una larga jornada de dolores, incomodidades, tensiones, frustraciones y demás, a pesar de estar agotadas física y emocionalmente, deben cargar con el peso de la responsabilidad de una vida por primera vez. Es crucial que a las mujeres se les permita estar acompañadas durante el periodo de observación, porque así, ellas podrían estar más tranquilas. Las mujeres recién paridas necesitan cuidados, necesitan atenciones y necesitan ser consentidas.

La entrevistada 4 mencionó una vivencia que tuvo en su primer parto, ella cuenta que por ser ella la afiliada al seguro tenía 8 horas más de reposo en el hospital, pero una mujer, que dió a luz el mismo dia que ella, la dieron de alta al día siguiente

porque el afiliado al seguro era el esposo y no ella, eso se lo explicaron. Esta investigación dejó en claro que al Estado le falta un largo y ancho camino por recorrer en cuanto a garantizar los DSR de las mujeres, y más a aquellas sin afiliación a seguridad social.

A perspectiva de esta autora, y con toda la información recopilada, es importante que el personal de los hospitales y clínicas (sin excepciones) se sensibilice y capacite en perspectiva de género, es decir, que tanto al personal administrativo, como las y los médicos y enfermeras tengan periódicamente cursos que les ayude a entender la perspectiva de género y cómo poder aplicarla dentro de su ámbito laboral. No es suficiente el saber atender el parto, también deben hacerlo con respeto y empatía, desde que entran a pedir informes, hasta que salen de alta con sus bebés.

Hace falta que el Estado provea, sin escatimar, a los servicios de salud materna, pues las mujeres dan a luz a futuras generaciones que ayudarán al sostén de este país.

Esta investigación propone algo, brindarle herramientas a las mujeres para que conozcan sus derechos. Es importante que este tipo de herramientas, como el *Termómetro Obstétrico*, estén en los centros de salud, en las clínicas, en los hospitales, que se difundan en redes sociales, que en las campañas de vacunación pregunten por mujeres embarazadas y les den un folleto con este instrumento. Que las mujeres lo vean, que sepan que es por y para ellas, para proteger su seguridad e integridad física y psicológica.

Todo eso es lo mínimo necesario para que las mujeres cuenten con una atención digna y de calidad antes, durante y después de su parto.

Las mujeres merecen parir en paz, sin miedo.

Referencias:

- Bourdieu, Pierre. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama. Barcelona, España. Recuperado el 25 de marzo de 2025 en: <https://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/Bondieu-Pierre-la-dominacion-masculina.pdf>
- Bosch, Montserrat (2009). *Invisibilidades dolorosas. Una mirada sobre la percepción de la violencia de género en una comunidad de Guatemala*. Liminar Estudios sociales y humanísticos. Chiapas, México. Recuperado el 31 de marzo de 2025 en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/liminar/v7n2/v7n2a6.pdf>
- Cámara de la Ciudad de México (2019). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal. Congreso de la Ciudad de México I Legislatura. Recuperado el 1 de diciembre de 2024, de: <https://www.congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL DISTRITO FEDERAL.pdf>
- Cámara de Diputados (16 diciembre de 2024). Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. H. Congreso de la Unión. México. Recuperado el 26 de marzo de 2025 en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf>
- Cámara de Diputados (17 de marzo de 2025). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. H. Congreso de la Unión. México. Recuperado el 2 de abril de 2025 en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Cámara de Diputados (7 de junio de 2024). Ley General de Salud. H. Congreso de la Unión. México. Recuperado el 3 de abril de 2025 en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) (16 de julio de 2015). Programa Salud Materna y Perinatal. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México. Recuperado el 21 de febrero de 2025

en:<https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/programa-salud-materna-y-perinatal>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) (2016). *Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes y Jóvenes*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Ciudad de México, México. Recuperado el 16 de enero de 2025 en:

<https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/vih/divulgacion/cartillas/cartilla-derechos-sexuales-adolescentes-jovenes.pdf>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) (s.f) Lactancia Materna: Un derecho humano. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recuperado el 30 de julio de 2025 en:

https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Ninez_familia/Material/trip-lactancia-materna.pdf

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) (7 de abril de 2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1016, Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México. Recuperado el 18 de marzo de 2025 de: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo%2C%20parto%20y%20puerperio.pdf>.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), (24 de marzo de 2016). Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 “violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México. Recuperado el 3 de abril de 2025 en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeyesNormasReglamentos/NormaOficialMexicana/NOM-046-SSA2-2005_ViolenciaFamiliarSexual.pdf

Corte IDH, (2021). *Derechos Humanos de las Mujeres*. Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Recuperado el

27 de febrero de 2025 en:

https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo4_2021.pdf

Congreso de la Ciudad de México. (26 de diciembre de 2023). Presupuesto de Egresos de la Ciudad de México para el Ejercicio Fiscal 2024. Instituto de Investigaciones Legislativas. México. Recuperado el 9 de abril de 2025 en:
<https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/7d14510e8dd791413de1ca13c91664fef9c577fd.pdf>

Congreso de la Ciudad de México (s.f). Comisión de Alcaldías y Límites Territoriales.

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2018). "Campaña de difusión de la Cartilla de Derechos Sexuales". Gobierno de México, México Documento electrónico recuperado de: <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/campana-de-difusion-de-la-cartilla-de-derechos-sexuales>

Congreso de la Unión (2 de mayo de 2018). PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna. Diario Oficial de la Federación. México. Recuperado el 30 de julio de 2025 en:
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521251&fecha=02/05/2018#gs_c.tab=0

Díaz, Rosa; Figueroa, Aída. (2020). *El ombudsman de la salud en México*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas. México. Recuperado el 2 de abril de 2025 en:
<15a.pdf>

Facio, Alda. (2014) *La responsabilidad estatal frente al derecho humano a la igualdad*. Métodhos. Revista Electrónica de Investigación Aplicada en Derechos Humanos, núm. 6. Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, México.

García, Eva. (2018) La Violencia Obstétrica como Violencia de Género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado el 21 de julio de 2025 en:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Grupo en Información y Reproducción Elegida (GIRE), (s.f). *Violencia Obstétrica*. Grupo de Información en Reproducción Elegida. México. Recuperado el 16 de enero de 2025 en: <https://gire.org.mx/violencia-obstetrica/>

Gobierno de México, (s.f). Tláhuac. Municipio de la Ciudad de México. Data México, Gobierno de México, México. Recuperado el 27 de febrero de 2025 en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/tlaluac>

Grupo Parlamentario de Morena (s.f). Iniciativa que Reforma y Adiciona el Artículo 6° de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, A cargo del Diputado Raymundo Atanacio Luna del Grupo Parlamentario de Morena. México. Recuperado el 27 de febrero de 2025 en: https://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2022/12/asun_4475852_20221215_1670957135.pdf

Instituto Nacional Electoral (INE), (s.f). ¿Qué se entiende por género? Guía para la Prevención, Atención y Sanción de la Violencia Política Contra las Mujeres por Razón de Género del Instituto Nacional Electoral. Instituto Nacional Electoral. México. Recuperado el 27 de marzo de 2025 en: [Guia_Prevencion_Violencia_Politica_Texto_3.pdf](#)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (noviembre 2021). Cuantificando la clase media en México 2010-2020. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México. Recuperado el 27 de febrero de 2025 en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/investigacion/cmedia/doc/cm_desarrollo.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*. INEGI, México. Recuperado el 7 de abril de 2025 en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf

INEGI (18 de agosto de 2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*. INEGI, México. Recuperado el 7 de abril de 2025 en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

INEGI (31 de diciembre de 2020). Unidades Médicas en Servicio de las Instituciones del Sector Público de Salud por Demarcación Territorial y a Nivel de Atención Según Institución. México. Recuperado el 9 de abril de 2025 en:

https://www.inegi.org.mx/app/cuadroentidad/CDMX/2021/05/5_6

INEGI (2020). "Población según condición de afiliación a servicios de salud y sexo por entidad federativa, 2020". INEGI, México. Documento electrónico recuperado de:

https://inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_01_3e83e8a1-690d-4cfb-8af0-a1e675979b3e

INEGI (2021). Principales Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Recuperado el 14 de abril de 2025 en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enoe/15ymas/doc/enoe_nota_tecnica_0321.pdf

INEGI (agosto de 2022). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). Principales resultados Ciudad de México*. INEGI, México. Recuperado el 7 de abril de 2025 en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/09_ciudad_de_mexico.pdf

INEGI (2022). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2022 (ENIGH). Ciudad de México. INEGI, México. Recuperado el 9 de abril de 2025 en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2022/doc/enigh2022_ns_presentacion_resultados_cdmx.pdf

INMUJERES, (s,f). Estereotipos de género. Campus género. México. Recuperado el 25 de marzo de 2025 en:
<https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/estereotipos-de-genero>

INSP (25 de noviembre de 2025). La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Recuperado el 26 de marzo de 2025 en: <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

Jarillo, Edgar; Chapela, María. (2002). Reproducción de los valores médicos a través de la información de estudiantes de medicina. Nueva época/Salud problema. México. Recuperado el 26 de marzo de 2025 en: [Vista de Reproducción de valores médicos a través de la formación de estudiantes en medicina](#)

Lagarde, M. (1996). El género. La perspectiva de género. UNAM. Recuperado el 25 de julio de 2025 en:
https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEsco lar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf

Lagarde, M. (1997), Género y Feminismo. Desarrollo Humano y democracia, 2a. ed., Madrid, Grafistaff. Recuperado el 25 de julio de 2025 en:
<https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/EI%20genero.%20La%20construccion%20cultural%20de%20la%20diferencia%20sexual.pdf>

Lamas, M. (1996). *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género*. En M. Lamas (Comp.), *EI género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 327-366). México: PUEG/UNAM. Recuperado el 25 de julio de 2025 en:
<https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/EI%20genero.%20La%20construccion%20cultural%20de%20la%20diferencia%20sexual.pdf>

Organización de los Estados Americanos (OEA). (9 de junio de 1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Para”. Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos. Brasil. Recuperado el 2 de abril de 2025 en:
<https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/13.conencion.belen%20DO%20para.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (ONU), (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer. Naciones Unidas Derechos Humanos. Recuperado el 27 de febrero de 2025 en: https://www.oas.org/dil/esp/convencion_sobre_todas_las_formas_de_discriminacion_contra_la_mujer.pdf

ONU, (1948). *Declaración universal de los derechos humanos*. Naciones Unidas Derechos Humanos. Recuperado el 27 de febrero de 2025 en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

ONU, (s.f.). *Derechos sexuales y reproductivos*. Naciones Unidas. México. Recuperado el 21 de febrero del 2025 en: <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivos-2/>

ONU, (20 de diciembre de 1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Naciones Unidas. Recuperado el 26 de febrero de 2025 en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>

OMS (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Recuperado el 31 de marzo de 2025 en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

OPS (s.f.). Prevención de la Violencia. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud Región de las Américas. Recuperado el 30 de marzo de 2025 en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>

Ortner, Sherry (1972). Is Female to Male as Nature is to Culture?. *Feminist Studies*, I(2): 5-31. Revisado y reimpresso en Michelle Rosaldo y Louise Lamphere, Eds. *Woman, Culture and Society*. Stanford: Standford University Press.

OXFAM México (2024). Informe sobre la informalidad laboral. El laberinto de la informalidad: Mitos, trampas y realidades. OXFAM México, México. Recuperado el 15 de abril de 2025 en: <https://oxfammexico.org/wp-content/uploads/2024/10/El-laberinto-de-la-informalidad.pdf>

Secretaría de Bienestar (2025). Informe Anual Sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social 2025. 09. Ciudad de México. 09011 Tláhuac. Gobierno de México. México. Recuperado el 19 de marzo de 2025 en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/973138/09011_Tla_huac_2025.pdf

Scott, J. W. (1990). *La construcción del género*. En M. Lamas (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). México: PUEG/UNAM. Recuperado el 25 de julio de 2025 en:
<https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/EI%20genero.%20La%20construccion%20cultural%20de%20la%20diferencia%20sexual.pdf>

Secretaría de Gobernación (SEGOB), (2011). *Derecho a la Salud*. Unidad para la Promoción y Defensa de los Derechos Humanos. México. Recuperado el 28 de febrero de 2025 en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/100172/014_Dere_Salud.pdf

Secretaría de Gobernación (SEGOB) (17 de agosto de 2015). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4. Secretaría de Salud. México. Recuperado el 18 de marzo de 2025 en:
<https://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4>

Secretaría de Salud (diciembre de 2024). Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024. Secretaría de Salud. México. Recuperado el 26 de marzo de 2025 en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf

Secretaría de Salud (2016). Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal. Secretaría de Salud. México. Recuperado el 3 de abril de 2025 en:http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

Secretaría de Salud (diciembre 2018). Estructura del gasto de Bolsillo por Motivos de Salud en Hogares Mexicanos, 2016. México. Recuperado el 15 de abril de 2025

en:https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/419440/181207_Gasto_bolsillo_2016.pdf

Secretaría de Salud (11 de abril de 2007). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Gobierno de México, México. Recuperado el 18 de marzo de 2025 de: https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/normas/nom_05.pdf

Secretaría de Salud (2002). Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posabortion. Gobierno de México. Ciudad de México, México. Recuperado el 18 de marzo de 2025 en: <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7204.pdf>

Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México (SEMUJERES) (junio de 2024). Estadísticas sobre educación con perspectiva de género. Consejo de Evaluación de la Ciudad de México Dirección de Investigación. México. Recuperado el 9 de abril de 2025 en: https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/JuevesEstadisticasGenero/2024/Educacion_genero_EVALUA.pdf

Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México (SEMUJERES) (s/f). "Tláhuac". Semujeres CdMx, México. Documento electrónico recuperado de: <https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Publicaciones/Tlahuac.pdf>

Segato, Rita (2003). Las estructuras elementales de la violencia. Buenos Aires, Argentina. Prometeo. Recuperado el 25 de julio de 2025 en: <https://redmovimientos.mx/wp-content/uploads/2020/04/Segato-Rita.-Las-Estructuras-elementales-de-la-violencia-comprimido.pdf>

Serna Jose, (2024). Sección III. La salud como una Política Pública en México. Reflexiones sobre dos temas vinculados con el sistema de salud mexicano: El concepto de derecho a la salud y la regulación de la protección de los trabajadores de la salud para la prevención del riesgo biológico. en Cano, Fernando (2024). *Reconstrucción del sistema nacional de salud en México*. Archivos jurídicos UNAM.

México. Recuperado el 6 de marzo de 2025 en:
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/15/7441/16.pdf>

Uría, María. (2024). Fenomenología social y marco normativo de la violencia obstétrica a nivel internacional con especial enfoque en América latina. Universidad del CEMA. Argentina. Recuperado el 25 de marzo de 2025 en:
<https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-social/article/view/18368/19863>

Zizek, Slavoj, (2008). *Sobre la violencia: seis reflexiones para aprender a interpretar la violencia y luchar contra ella.* Adagio ma non troppo e molto espressivo: SOS Violencia. Paidós Esenciales. Barcelona, España. Recuperado el 23 de marzo de 2025 en:
https://proassetspdldcom.cdnstatics2.com/usuaris/libros_contenido/arxius/37/36667_SOBRE_LA_VIOLENCIA.pdf

Anexos:

Anexo 1. Estructura de cuestionario digital.

Experiencias de atención obstétrica en Tláhuac (2016–2024)

Este cuestionario está dirigido a mujeres que hayan tenido un parto o cesárea entre los años 2016 y 2024 en algún hospital o clínica pública ubicada en la alcaldía Tláhuac, Ciudad de México, y forma parte de una investigación universitaria.

El objetivo es conocer cómo fue su experiencia de atención médica durante el embarazo, parto o posparto, con la finalidad de generar conocimiento académico que contribuya a mejorar los servicios de salud materna.

Su participación es **voluntaria, anónima y confidencial**. No se le pedirá ningún dato personal que la identifique.

¡Gracias por compartir su experiencia!

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. ¿Cuál es su edad? *

Dropdown

Marca solo un óvalo.

- Menor de 18
- De 18 a 24
- De 25 a 35
- Mayor de 45

2. ¿Cuál fue su último nivel de estudios? *

Marca solo un óvalo.

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Preparatoria/bachillerato incompleto
- Preparatoria/Bachillerato completo
- Licenciatura incompleta
- Licenciatura completa
- Posgrado
- Sin escolaridad

3. ¿Cuenta con algún tipo de seguro médico? *

Marca solo un óvalo.

- IMSS
- IMSS Bienestar (o Seguro Popular)
- ISSSTE
- Seguro privado
- Sin seguridad social
- No sabe
- Otros: _____

4. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado de su hogar, considerando a todas las personas que contribuyen económicamente? *

Esta pregunta es únicamente con fines estadísticos. Su respuesta es voluntaria y será tratada con estricta confidencialidad.

Marca solo un óvalo:

- Menos de \$8,500 mensuales
- Entre \$8,501 y \$10,000 mensuales
- Alrededor de \$16,728 mensuales
- Hasta \$25,000 mensuales
- Prefiero no responder
- Otros: _____

5. ¿Su último parto o cesárea ocurrió durante el periodo 2016-2024? *

Marca solo un óvalo:

- Sí
- No

Atención en hospitales y clínicas de Tláhuac parte 1

6. En su último parto o cesárea, ¿Se atendió en algún hospital o clínica pública de Tláhuac entre 2016-2024? *

Marca solo un óvalo:

- Sí
- No

Atención en hospitales y clínicas de Tláhuac parte 2

7. ¿En cuál?

Marca solo un óvalo:

- Hospital Materno Infantil de Tláhuac
- Hospital General de Tláhuac
- Hospital General ISSSTE Tláhuac

8. ¿Cómo fue su último parto?

Marca solo un óvalo:

- Natural
- Cesárea

9. En su último parto o cesárea, ya al momento de atenderse para dar a luz ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que llegó hasta ser atendida?

Marca solo un óvalo:

- Menos de 20 minutos
- De 20 a 40 minutos
- De 45 minutos a 1 hora
- De 1 a 2 horas
- De 2 a 5 horas
- Mas de 5 horas

10. En su último parto o cesárea, ¿Considera que la atención médica fue brindada en el momento en el que la necesitaba?

Marca solo un óvalo.

- Si, fue oportuna
 No, se tardaron mas de la cuenta
 No sabe

11. En su último parto o cesárea, ¿Fue atendida en fin de semana o día festivo? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No *Ir a la pregunta 13*

Atención en fines de semana

12. Si su parto o cesárea fue en fin de semana, ¿cómo califica la atención recibida?

Marca solo un óvalo.

- Muy buena
 Buena
 Mala
 Muy mala

Suficiencia de personal e insumos médicos

13. En su último parto o cesárea ¿Tuvo conocimiento de que el hospital o la clínica no contaba con el personal médico suficiente para su atención?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

14. En el caso de que NO hubiera insumos ni personal médico necesario para su atención, ¿Le pidieron firmar alguna carta responsive o comprar algún insumo médico (como gasas, medicamentos, sueros, etc.) para poder atenderle?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 No aplica

15. ¿Hubo necesidad de enviarla a otro hospital o clínica?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No *Ir a la pregunta 17*

Traslado a otro hospital

-
16. En caso de que la respuesta sea sí, describa brevemente el motivo de su traslado

Experiencia con el personal médico

17. ¿Le permitieron estar acompañada durante su parto o cesárea?

Marca solo un óvalo.

- Si me lo permitieron
 No me lo permitieron
 No lo solicite/ o no quise

18. ¿Le explicaron los riesgos y beneficios de los procedimientos médicos antes de realizarlos?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

19. ¿Recibió algún procedimiento médico sin explicación previa o sin estar de acuerdo?

Marca solo un óvalo por fila.

	Sí	No
Episiotomías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticonceptivos definitivos (esterilización)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticonceptivos temporales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cesáreas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Luego de nacer su bebé, ¿Le negaron ver, cargar o amamantar a su bebé sin explicación médica por más de 5 horas?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 No recuerda

21. ¿Considera que recibió algún tipo de trato discriminatorio por su raza, etnia, orientación sexual o condición socioeconómica?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No Ir a la pregunta 22

Cartilla de DSR

22. ¿Sabía que existe la cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos?

Marca solo un óvalo.

- Sí, la conozco y la he leído
 Sí, he escuchado de ella
 No la conozco ni he tenido información sobre ella

Ir a la pregunta 24

Conocimiento de DSR

23. En caso de que sí la conozca, mencione algún derecho que recuerde de la cartilla

Conocimiento de DSR parte 2

24. ¿Sabía que tenía la posibilidad de interponer una queja o denuncia en caso de una vulneración a sus Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR)?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

25. ¿Considera que sus derechos sexuales y reproductivos fueron respetados durante la atención obstétrica en su último parto?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

26. ¿Considera que en su último parto o cesárea vivió violencia obstétrica?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

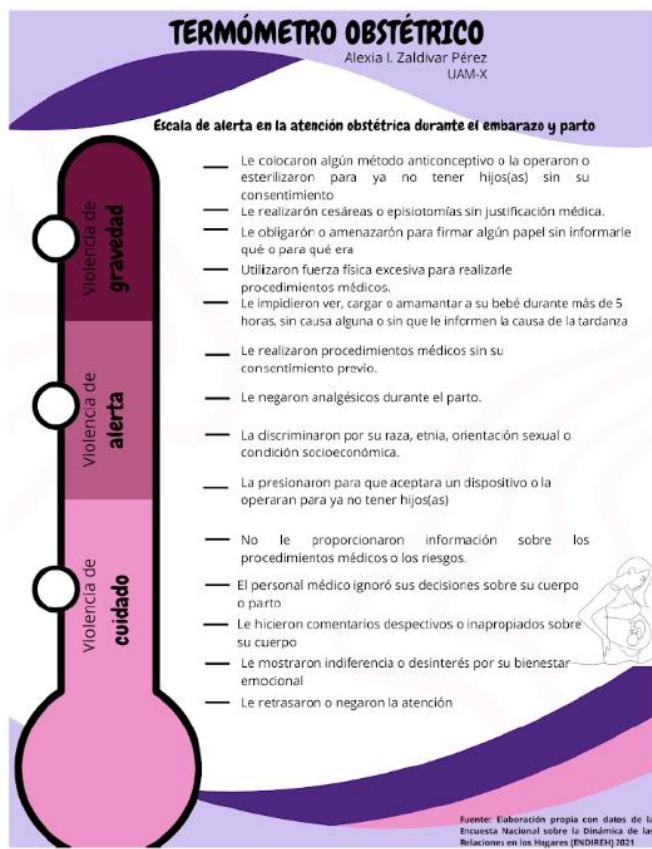
Ir a la pregunta 28

Vivencia de violencia obstétrica

27. ¿En qué sentido o con qué actos la hicieron vivir violencia obstétrica (describa)?

Conciencia sobre V.O

28. Observe la siguiente imagen



29. Despues de observar la imagen, ¿Pudo notar alguna situación que haya vivido durante su último parto o cesárea que no había tenido en cuenta y que se considera violencia obstétrica?

Marca solo un óvalo.

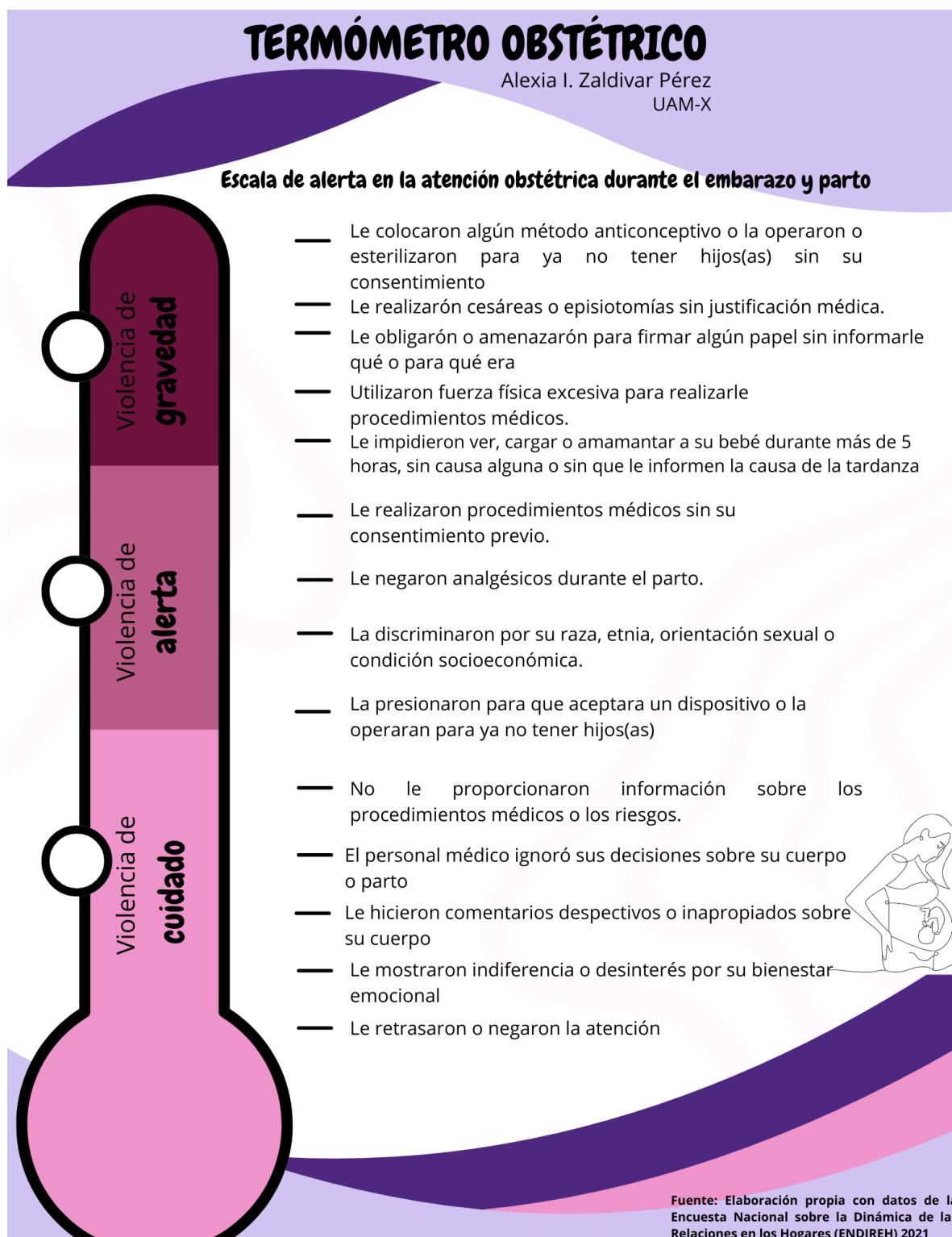
- Sí, pero yo ya sabía que era violencia obstétrica
 Sí, me acabo de dar cuenta que era violencia obstétrica
 No experimenté ninguna de esas acciones.

30. Considerando la imagen anterior, y si reconoció alguna vivencia que haya tenido durante su atención obstétrica, ¿Cuál es el nivel de violencia obstétrica que vivió?

Marca solo un óvalo.

- Violencia de cuidado
 Violencia de alerta
 Violencia de gravedad
 Ninguna

Anexo 2. Termómetro Obstétrico.



Anexo 3. Relación de categorías analíticas y entrevistas a profundidad.

Entrevista 1

Edad: 34

Nivel educativo: Secundaria concluida

Año de parto: 2021

Tipo de parto: Cesárea

Hospital: Hospital General de Tláhuac

Seguridad social: IMSS Bienestar

Ingreso mensual: Entre \$8,501 y \$10,000 mensuales

Conocimiento de DSR: No

¿Percibe que vivió violencia obstétrica?: Si

Fragmento textual	Categoría Analítica	Nota de análisis
“Fui por mis dolores y me decían ‘regrese más tarde’”...	Factores institucionales	Falta de atención oportuna

<p>“A veces los médicos son muy bruscos y en el momento en que me revisaban la dilatación y me dolía, me decían ‘¡ay, señora! Pues si la cabeza de su hijo va a estar más grande y yo nada más le estoy metiendo dos dedos”</p>	<p>Violencia obstétrica</p>	<p>Maltrato verbal, minimización de dolor</p>
<p>“Duré casi 15 días con dolores y al final de cuentas tuve desprendimiento de placenta”</p>	<p>Factores institucionales</p>	<p>Falta de atención previa</p>
<p>“En el hospital materno me decían que no había doctores y que me esperara y que me operara y que no comiera nada”</p>	<p>Factores institucionales</p>	<p>Falta de personal médico</p>

<p>“No me encontraban como hacerme la ráquea y la anestesióloga me decía ‘¡Ay señora, hay cosas que duelen peor! A ver si usted ya se pone a dieta porque esta usted muy gorda y no le encuentro la vena’”</p>	<p>Violencia obstétrica</p>	<p>Violencia de cuidado, le hicieron comentarios despectivos o inapropiados sobre su cuerpo</p>
<p>“En el materno siempre te dicen que no hay médicos” “Yo me alivie el 2 de octubre, si era día festivo”</p> <p>“Te tienes que ir a otro hospital por tus propios medios”</p>		
<p>“Me atendieron rápido en el hospital general porque ya yo tenía desprendimiento de placenta, ya había ruptura de membranas, ya llevaba mucho dolor”</p>		
<p>“No, no te explican lo que te harán”</p>	<p>Conocimiento de DSR</p>	<p>Vulneración de DSR (consentimiento informado)</p>

“No me permitieron estar acompañada, porque estábamos en COVID”	Factores institucionales	Restricción de acompañamiento en el parto, afectando la debida atención obstétrica.
“después de dar a luz si fueron un poco groseros, me dijeron ‘Ay señora, usted no se vaya a embarazar, mejor de una vez la operamos’”	Conocimiento de DSR	Presión para recibir un método de anticoncepción definitiva sin información suficiente.
“Yo les pedía que me pusieran el implante y ellos me dijeron que no que como estaba gorda no me podían poner el implante”	Violencia obstétrica	Negación del método anticonceptivo.
“Hay muchas veces que te quedas callada porque tienes miedo a que los médicos tome represalias contra tí”	Violencia obstétrica	Violencia simbólica (Relación de poder desiguales que las mujeres hacen parecer inevitables)

Entrevista 2

Edad: 38

Nivel educativo: Bachillerato concluido

Año de parto: 2019

Tipo de parto: Cesárea

Hospital: Hospital Materno Infantil de Tláhuac

Seguridad social: IMSS Bienestar

Ingreso mensual: menos de \$8,500

Conocimiento de DSR: No

¿Percibe que vivió violencia obstétrica?: Si

Fragmento textual	Categoría Analítica	Nota de análisis
"Me tuvieron esperando un día porque no bajaba el bebé, todavía no llegaba a la dilatación" "El motivo porque me atendieron fue porque me hinché y me hicieron cesárea de emergencia"	Factores institucionales	Retraso en la atención
"No había doctores, me dijeron que me tenía que esperar y mandaron a llamar a no se quién y que no había anestesiólogo"	Factores institucionales	Personal médico incompleto que provoca una atención inadecuada.
x	Conocimiento de DSR	Vulneración de DSR

<p>“Si, me negaron los analgésicos, pero no me explicaron porque”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia obstétrica - Conocimiento de DSR 	<ul style="list-style-type: none"> - Negación de analgésicos sin explicación (violencia de alerta). - Vulneración de DSR
<p>“Si te regañan porque te tardas o no te tardas en tener a tus hijos seguidos”</p>		

Entrevista 3

Edad: 24

Nivel educativo: Secundaria concluida

Año de parto: 2016

Tipo de parto: Natural

Hospital: Hospital Materno Infantil de Tláhuac

Seguridad social: Sin seguridad social

Ingreso mensual: Menos de \$8,500

Conocimiento de DSR: No

¿Percibe que vivió violencia obstétrica?: Si

Fragmento textual	Categoría Analítica	Nota de análisis
-------------------	---------------------	------------------

“El personal que estaba me decía que yo no pujaba lo suficiente y que por eso mi hijo no podía salir porque yo no pujaba”	Violencia obstétrica	
“Tardaron como 48 hrs en atenderme”	Factores institucionales	Retraso en la atención (violencia de cuidado)
“A mi hijo lo tuvieron que sacar con fórceps, me hicieron la episiotomía, no me pidieron ningún permiso”	- Violencia obstétrica - Conocimiento de DSR	- Realizar procedimientos médicos sin consentimiento (violencia de alerta).
“Jamás me pidieron autorización, ellos solo llegaban y me revisaban y se iban”	Conocimiento de DSR	Falta de consentimiento en los procedimientos realizados
“Solo dilate 7 cm, me hicieron la episiotomía, empezaron a apachurrarme (el estómago)”	Violencia obstétrica	Utilizaron fuerza física para realizar procedimientos médicos (violencia de gravedad)
“Mi hijo ya tenía sufrimiento fetal y como lo sacaron con fórceps eso le causo una parálisis facial”	Factores institucionales	Consecuencias de los procedimientos médicos realizados y del retraso excesivo en la atención

<p>“cuando el nació me dijeron que estaba muerto”....</p> <p>“El nació a las 11 de la mañana y nos dieron informe hasta las 4 de la tarde que pues el niño estaba muy delicado y que iba a permanecer en observación”</p>	Violencia obstétrica	Impedir ver al bebé por mas de 5 horas sin justificación médica (violencia de gravedad)
<p>“No me permitieron estar acompañada”</p>	Factores institucionales	Derecho al acompañamiento durante el parto vulnerado
<p>“no, no me explicaron nada sobre ningún procedimiento”</p>	Conocimiento de DSR	
<p>“Si, viví violencia de gravedad porque cuando me realizaron la episiotomía no me avisaron, simplemente me la hicieron”</p>	Violencia obstétrica Conocimiento de DSR	Solo hasta después supo que sus derechos habían sido vulnerados

Entrevista 4

Edad: 35

Nivel educativo: Carrera técnica

Año de parto: 2016

Tipo de parto: Natural

Hospital: Hospital de especialidades “Dr. Belisario Domínguez”

Seguridad social: Sin seguridad social

Ingreso mensual: de \$10,000 a \$15,000

Conocimiento de DSR: No

¿Percibe que vivió violencia obstétrica?: No

Fragmento textual	Categoría analítica	Nota de análisis
“yo entré al seguro un viernes porque tenía principios de preeclampsia, estuve todo el día ahí y nadie me atendió”	Factores institucionales	Retraso en la atención (violencia de cuidado)
“Todo el viernes estuve internada, ósea pero no me hicieron caso, nada más llegué, me instalé y ahí”	Factores institucionales	Omisión de atención durante hospitalización
“Para empezar llegas y te tienes que formar... te dicen ‘no, el de usted es amarillo y hay que esperarse’”	Factores institucionales	Se prioriza el color sin considerar el dolor o estado clínico.

"me hicieron quitarme la cobija" / "te tienes que quitar tu ropa, nadie te ayuda"	Factores institucionales	Trato carente de empatía.
"hay como muchachos que van a hacer su servicio... todos te tienen que ver el tacto... no, le pedían permiso al doctor, a mi no"	Violencia obstétrica Conociendo de DSR	Exposición del cuerpo sin consentimiento (violencia de alerta) Ausencia de consentimiento informado en procedimientos íntimos.
"Yo pedí no ponerme la raquea y ¡no! Me decían que sí me la tenían que poner, que era una orden del hospital"	Violencia obstétrica Conocimiento de DSR	Violencia de alerta (realizar procedimientos médicos sin consentimiento)
"Me pusieron luego luego, un anticonceptivo, no te preguntan nada, te lo ponen. A mi me pusieron uno en el brazo."	Violencia obstétrica Conocimiento de DSR	Violación del derecho a decidir sobre el propio cuerpo (violencia de gravedad)

<p>“Te meten a una habitación con unas 5 o 6 mamás y, ósea, de plano te dejan a tu hijo. Y si vas al baño pues tienes que confiar en la de al lado, no hay muchas enfermeras, y pues le encargas a tu bebé a otra mamá si te quieres bañar”</p>	<p>Factores institucionales</p>	
<p>“no me permitieron estar acompañada”</p>	<p>Factores institucionales</p>	<p>Negación del derecho al acompañamiento durante el parto</p>
<p>“No, no me explicaron qué eran las hojas, solo me las dieron a que las firmará y ya, y estando tu con los dolores no tienes ni idea de que estas firmando, o realmente no sabes si son responsivas de que no se hace cargo el hospital y pues tu no sabes ni que”</p>	<p>Conocimiento de DSR</p>	<p>Firmas sin información, invalidez del consentimiento</p>

<p>“No, yo no sabía que era violencia obstétrica, hasta que vi tu dese de niveles, hasta ahí me di cuenta”</p>	<p>Conocimiento de DSR</p>	<p>El termómetro obstétrico ayudó a la identificación de situaciones como violencia,</p>
<p>“Si, a mi me dijeron ‘no grites, no faltes al respeto, no pidas las cosas a la fuerza porque no te lo van a dar, ósea tu llega tranquila, y si tu sientes que algo está pasando no digas nada porque no te van a dar el trato’” “sí, creo que con todos es así, ose de que no grites, no te pongas loca con los dolores porque no te hacen caso”</p> <p>“Todo lo que ellos digan, lo tienes que hacer”</p>	<p>Factores institucionales</p>	<p>Sumisión como estrategia de supervivencia.</p>

Entrevista 5

Edad: 35

Nivel educativo: Carrera técnica

Año de parto: 2016

Tipo de parto: Natural

Hospital: Hospital de especialidades “Dr. Belisario Domínguez”

Seguridad social: Sin seguridad social

Ingreso mensual: de \$10,000 a \$15,000

Conocimiento de DSR: No

¿Percibe que vivió violencia obstétrica?: No

Fragmento textual	Categoría analítica	Nota
“tardaron un poco porque era sábado... no había casi personal”	Factores institucionales	Falta de personal en fines de semana lo que resta atención
“me revisa una doctora, me hace el tacto, me lastimó horrible y cuando me hace el tacto me revienta la fuente y recuerdo su expresión que tal cual fue ‘uuuuy ya te reventé la fuente’ y yo no sentí nada porque tenía la incomodidad de su mano, solo vi cuando empezó a escurrir todo”	Violencia obstétrica Conocimiento de DSR	

<p>“y cuando fue el cambio de turno en la mañana, el doctor que llegó me dijo ‘no tu ya estas muy mal, ya no tienes líquido te vamos a hacer cesárea’ en ningún momento hubo una pregunta de consentimiento o que siquiera me llevaran a la sala de parto de que ‘puja o algo así’ nada,</p>	<p>Violencia obstétrica Conocimiento de DSR</p>	<p>Cesárea sin consentimiento (violencia de alerta)</p>
<p>“jamás me pidieron permiso para el tacto”</p>	<p>Conocimiento de DSR</p>	
<p>“siempre estuve sola”</p>	<p>Factores institucionales</p>	<p>Vulneración al derecho al acompañamiento</p>
<p>“en las pláticas te dicen tus derechos, pero ya estando ahí es otra cosa</p>	<p>Conocimiento de DSR</p>	<p>Brecha entre la teoría y la práctica</p>

<p>“Recuerdo que me agarraron así super fuerte entre 4 personas que estaban ahí, puros hombres, y me agarraron para que no me moviera, y al final de cuentas no funcionó la anestesia, sufrí en vano”</p>	<p>Violencia obstétrica</p>	<p>Uso excesivo de fuerza (violencia de gravedad)</p>
<p>Fíjate que lo de que no me moviera, yo lo identificaba como un pues no me tengo que mover porque si no me van a lastimar, no lo identifiqué en ese momento como violencia y menos como violencia obstétrica porque eso no estaba en mi cabeza, la verdad lo tenía muy normalizado, yo lo justifique porque decía ósea si me agarraron fuerte y todo, pero gracias</p>	<p>Conocimiento de DSR</p>	

<p>a eso sigo caminando porque me decían que si me movía iba a dejar de caminar. Lo del implante si porque yo tenía muy claro que como no lo necesitaba pues no lo quería, no es no</p>		
<p>“yo había escuchado o leído testimonios así de mujeres que sufrían violencia, pero les decían ‘puja y no grites’ pero no sabía que existía como tal la violencia obstétrica, yo decía que pues eran prácticas que ya tenían en los hospitales”</p>		