

Capítulo 2

Percepción de la violencia obstétrica en mujeres indígenas embarazadas del campo agrícola Villa Alberto Andrés Alvarado Arámburo del municipio de Mulegé, Baja California Sur

*Nissa Yaing Torres-Soto*¹

*Beatriz Martínez-Ramírez*²

*Gabriela Alejandrina Suárez-Lara*³

*Bautista-Hernández*⁴

<https://doi.org/10.61728/AE20241025>

¹ Profesora Investigadora de Carrera, Departamento de Ciencias Médicas, División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, México, <https://orcid.org/0000-0003-3646-6649>

² Profesora Investigadora de Carrera, Departamento de Ciencias Médicas, División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, México, <https://orcid.org/0000-0001-8617-4279> Autor de correspondencia: Beatriz Martínez Ramírez, Departamento de Ciencias Médicas, División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Correo: beatriz.martinez@uqroo.edu.mx

³ Profesora en Psicología, Universidad Modelo, Chetumal, México, <https://orcid.org/0000-0003-1208-7505>

⁴ Docente-Investigador de Tiempo Completo, División de Ciencias de la Salud, Universidad Intercultural del Estado de Puebla, Puebla, México, <https://orcid.org/0000-0001-7670-7705>

Resumen

La violencia obstétrica surge de la convergencia de la violencia institucional y la violencia de género, implicando la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos femeninos por parte del personal sanitario. Se caracteriza por un trato deshumanizado, la medicalización excesiva y la patologización de los procesos naturales del cuerpo. El objetivo de esta investigación es describir y analizar la percepción de las mujeres indígenas sobre la experiencia obstétrica recibida durante su atención en una unidad hospitalaria de segundo nivel de atención de un hospital público del noroeste de México. A través de un estudio cualitativo, descriptivo y mediante el marco interpretativo del interaccionismo simbólico y desde una perspectiva feminista, se entrevistaron a 25 mujeres indígenas embarazadas del municipio de Mulegé, Baja California Sur, México. Se consideraron mujeres indígenas si cumplían con las siguientes características; ser nativas de una etnia, hablar su idioma, y si percibían formar parte de una etnia (auto adscripción).

Los resultados presentan una categoría principal; la discriminación racial y étnica, posterior a ello y con la red semántica y triangulación de la información teórica se obtuvieron cuatro subcategorías; falta de respeto a la cosmovisión cultural, abuso y violencia verbal durante la atención médica, discriminación racial y negación de la autonomía, al interior de cada subcategoría se presentaron entre 1 a 3 categorías emergentes. Se concluye que, respecto a las mujeres indígenas, estas han sido históricamente vulneradas, ya que tienen menos recursos para exigir el respeto de sus derechos humanos y reproductivos. Adicionalmente, debido a diversas circunstancias, durante el embarazo, parto y puerperio pueden sentirse vulnerables, sensibles y frágiles. En este sentido, es crucial establecer espacios que promuevan un diálogo abierto donde se compartan percepciones y puntos de vista, para abordar la falta de comunicación o las barreras que puedan surgir entre profesionales de la salud y pacientes.

Introducción

La violencia obstétrica surge de la convergencia de la violencia institucional y la violencia de género, implicando la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos femeninos por parte del personal sanitario. Se caracteriza por un trato deshumanizado, la medicalización excesiva y la patologización de los procesos naturales del cuerpo. Esto resulta en una pérdida de autonomía y capacidad de decisión sobre su propio cuerpo y sexualidad por parte de las mujeres, lo que impacta negativamente en su calidad de vida (Rodríguez y Martínez, 2022). Este tipo de violencia puede manifestarse durante el embarazo, parto o puerperio, ya sea en entornos hospitalarios públicos o privados a través de la acción u omisión que resulte en daño físico o psicológico (Calvo-Aguilar, Torres-Falcón y Valdez-Santiago, 2020).

La violencia obstétrica en el ámbito médico y clínico surge en un contexto donde se entrelazan la desigualdad y discriminación de género, la enseñanza sexista, el desequilibrio de poder, la adopción de distintas formas de control sobre el cuerpo de las mujeres, la creación de prácticas deshumanizadas que minimizan el dolor en la atención obstétrica, así como diversas deficiencias institucionales (Díaz et al., 2022). A nivel global, la OMS señala que la atención del parto en los centros de salud, las mujeres son tratadas de forma irrespetuosa, viviendo maltrato físico y verbal, falta de respeto, abusos, negligencias y violación de los derechos humanos por parte de los profesionales de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En México, con base en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) reportan que, en el año 2021, el 31.4 % de las mujeres que dieron a luz reportaron haber sufrido violencia obstétrica durante el parto, así mismo se destacó que tres de cada diez mujeres de entre 15 y 49 años que tuvieron un hijo en los cinco años previos a la encuesta sufrieron este tipo de abusos. En Baja California Sur, la prevalencia de maltrato en la atención obstétrica en mujeres de 15 a 49 años fue de 30.6 % (INEGI, 2021).

Pese a que la presencia de violencia obstétrica se transparenta tanto en entornos de atención médica públicos como privados y con independencia del situación socioeconómica de las mujeres, algunos investigadores

han identificado ciertos determinantes sociales que aumentan la probabilidad de que las mujeres experimenten este fenómeno (Belli, 2013).

Entre estos determinantes sociales se encuentran el residir en zonas geográficas con acceso limitado a servicios de salud, hablar una lengua indígena, ser menor de edad, vivir en condiciones de pobreza y contar con niveles educativos bajos o nulos (Arguedas, 2014). Por otra parte, Flores et al. (2019) revelaron la presencia de violencia obstétrica en las instituciones de salud de México, a pesar de que las mujeres no disponen de suficiente información para reconocerla utilizando este término teórico y legal.

A su vez, Castro-Pérez y Erviti (2015) han constatado que las mujeres enfrentan dificultades para reconocer ciertos tipos de violencia obstétrica, principalmente debido a la falta de información sobre sus derechos durante el parto y las prácticas seguras o inseguras comunes en la atención obstétrica. Este estudio reveló que las mujeres consideran altamente satisfactorio recibir suero y medicamentos para inducir o reforzar las contracciones o los dolores de parto, a pesar de que el uso regular de estos métodos está desaconsejado según la NOM-007-SSA2-2016, debido al riesgo potencial que representan y al potencial abuso de la medicalización.

Por su parte, Espinoza (2019) resalta que la categoría menos común fue la del desconocimiento, lo cual probablemente está relacionado con la estrategia metodológica utilizada para seleccionar los casos, que consistió en mujeres conscientes de haber experimentado maltrato o procedimientos innecesarios durante la atención obstétrica. La categoría de conciencia pasiva se manifestó con mucha más frecuencia. Sumado a esto, existe un componente adicional que maximiza y exagera la desigualdad de género prevaleciente en los servicios de salud: el origen étnico. Diversos estudios han evidenciado el problema de salud que representa el problema de violencia obstétrica en mujeres indígenas.

Un estudio realizado con perspectiva feminista por Rangel-Flores y Martínez-Ledezma (2017) en mujeres indígenas, encontró que las mujeres perciben como violencia únicamente el maltrato verbal, mientras que consideran los procesos de medicalización excesiva como necesarios, inevitables e incluso beneficiosos, a excepción del examen vaginal. Se relataron situaciones de abuso de poder, omisión y negligencia que las mujeres toleran porque las perciben como parte normal de la relación médico-paciente.

Por su parte, Hernández y Rangel (2023) en sus resultados evidencian las violaciones a los derechos humanos experimentadas por las participantes, así como la manera en que su etnia, clase y género, junto con su falta de conocimiento sobre estos derechos, las colocan en una situación de doble o triple vulnerabilidad frente a la violencia obstétrica. Además, se observa cómo las mujeres indígenas han internalizado la violencia al punto de no poder identificarla cuando la experimentan en contextos institucionales y por parte del personal de salud y cuando logran identificarla, prevalece la normalización de la opresión y el temor a denunciarla.

Gaffney et al. (2021) revelaron formas de violencia obstétrica en mujeres occidentalizadas. Estas formas de violencia pueden atribuirse a un ambiente médico caracterizado por la autoridad y el conocimiento hegemónico que ha predominado en la formación de profesionales de la salud, influyendo en las prácticas sin necesariamente fomentar la reflexión y conciencia crítica de estos profesionales, lo que a su vez perpetúa injusticias epistémicas. Además, esta violencia obstétrica se manifiesta en un sistema de salud que ha priorizado las demandas del mercado sobre los principios que deberían proteger la salud y la vida. Estas condiciones crean un entorno propicio para una atención que ignora los intereses, necesidades y dignidad de las mujeres.

La atención a la salud de la población indígena, especialmente durante el período de maternidad, ha sido una preocupación tanto a nivel internacional como nacional. Desde finales de la década de 1980, se han implementado iniciativas dirigidas a mejorar el acceso oportuno y culturalmente adecuado a la atención médica. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) adoptó en 1989 el Convenio 169, que establece los derechos de los pueblos indígenas a recibir atención de salud de calidad. Este convenio insta a los gobiernos a proteger y promover estos derechos mediante la provisión de servicios de salud culturalmente sensibles.

En el artículo 25, se estableció que

Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. (OIT, 1989)

En la resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas titulada “Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas” el 13 de septiembre de 2007, se estableció en el artículo 24 el derecho de las personas indígenas a recibir atención sin discriminación en todos los servicios sociales y de salud, preservando así su cultura sin poner en peligro sus vidas y protegiendo su patrimonio cultural (Organización de las Naciones Unidas, 2008).

Dentro de las medidas adoptadas por el gobierno mexicano que han sido implementadas con cierto retraso, se estableció en 2002 la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Su propósito principal radica en fomentar iniciativas, modelos y directrices para la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el reconocimiento, los derechos y el respeto hacia la diversidad cultural de las comunidades indígenas de México (Secretaría de Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, 2023). Además, otras entidades como Instituto Nacional de Mujeres (INMUJERES), Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), entre otras que también se comprometen a promover el respeto de los derechos de las mujeres y a contribuir a la reducción de la mortalidad materna.

Otro aspecto fundamental que se relaciona estrechamente con el derecho al acceso a servicios de salud de calidad es el derecho a la salud reproductiva, que está protegido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2024), el cual establece que “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. La Secretaría de Salud ha colaborado con instituciones como el IMSS, INSABI y los Centros de Salud, para proporcionar herramientas que contribuyan a reducir los índices de mortalidad. Un ejemplo de esto es la prestación de servicios de atención interinstitucional en casos de emergencia obstétrica (Freyermuth et al., 2017).

De acuerdo con Freyermuth y Luna (2014) la mortalidad materna y los servicios de salud han identificado múltiples factores que influyen en el acceso y la aceptabilidad de los servicios de salud. Este estudio señala que las disparidades entre la población mestiza e indígena representan una bre-

cha significativa en la probabilidad de experimentar muerte materna. Pese a todas estas recomendaciones nacionales e internacionales, las mujeres indígenas siguen enfrentando demoras en la atención a la salud que debería ser puntual y con respeto, dado que no se sigue consistentemente el cumplimiento de las reglas y procedimientos establecidos en la normativa mexicana. En este sentido, la mujer indígena sufre la interseccionalidad de género por su condición de mujer, embarazada e indígena; que la expone a mayores situaciones de violencia, incluidas la violencia institucional y de género.

Violencia obstétrica y de género

Se define la violencia obstétrica como cualquier forma de violencia, abuso o maltrato que afecta la integridad física, emocional o psicológica de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. Esto puede incluir la falta de respeto a la autonomía de la mujer, la coerción para someterse a intervenciones médicas innecesarias, la discriminación por motivos de género o etnia, entre otras formas de violencia (Salgado y Díaz, 2019). Esta violencia, además de ser de género, es institucional, se refiere a normas, procedimientos y acciones de funcionarios públicos, influenciados por prejuicios de género y estereotipos, que discriminan a las mujeres y obstaculizan sus derechos y acceso a políticas públicas contra la violencia (Almaguer-González et al., 2010).

Este tipo de violencia se transparenta en las prácticas cotidianas en los servicios de salud, tanto públicos como privados, debido a protocolos obsoletos y errores médicos, como la imposición de métodos anticonceptivos postparto o la elección del tipo de incisión en una cesárea. Además, la violencia obstétrica se considera una forma de violencia estructural, que implica la privación de necesidades humanas básicas debido a la estratificación social, sin necesidad de violencia directa (La Parra y Tortosa, 2003). A menudo, esta forma de violencia está tan arraigada en la sociedad que resulta difícil identificarla claramente.

Sadler (2004) destaca que, al recibir atención hospitalaria para el parto, las mujeres enfrentan una serie de mecanismos de control que buscan despojarlas de su identidad y autonomía. Estos mecanismos incluyen la

homogeneización, patologización, fragmentación, naturalización, contaminación y culpabilización. Como resultado, las mujeres son tratadas como enfermas sin capacidad de decidir sobre su propio cuerpo durante un proceso fisiológico normal, lo que oculta o justifica la violencia que puedan experimentar. Las formas más comunes de violencia obstétrica incluyen regaños, burlas, insultos, amenazas, discriminación y falta de acceso a servicios de salud adecuados, además de utilizarlas como objeto didáctico sin respetar su dignidad humana y brindarles atención deficiente o sin su consentimiento.

En la sociedad occidental, la estructura social de género confiere al Estado la capacidad de regular los cuerpos femeninos. En el contexto de la reproducción humana, esta regulación posiciona la maternidad como el objetivo fundamental para las mujeres. Como resultado, el proceso para satisfacer esta demanda social no está bajo el control autónomo de las mujeres. Las decisiones relacionadas con el cuidado durante el embarazo y el parto son influenciadas por el personal médico, particularmente los médicos, quienes ocasionalmente descartan las preferencias de las mujeres embarazadas, pasando por alto sus derechos y necesidades personales. Esta dinámica refleja claramente el control del Estado sobre el cuerpo femenino en el sistema de salud, el cual compromete la integridad de las mujeres durante el embarazo y el parto mediante sus prácticas obstétricas patriarcales (Pérez, 2021).

Estas prácticas obstétricas patriarcales son el resultado de la larga historia en la que la medicina ha asumido el control del proceso de reproducción humana, lo que se refleja en la dominación corporal a través del manejo del embarazo y el parto por parte del sistema médico patriarcal. En este sentido, el personal médico determina cuáles son las acciones “correctas” para lograr un parto exitoso desde una perspectiva biomédica, lo que coloca al cuerpo femenino como objeto de intervención y presupone que el conocimiento médico es la autoridad suprema sobre la persona (Le Breton, 1995). Esta concepción restringe a la mujer a un papel meramente receptivo desde el punto de vista corporal, reduciendo así su estatus como individuo a esta dimensión.

Una de las manifestaciones del poder obstétrico, entendido como una forma de dominio disciplinario sobre el proceso reproductivo femenino

se observa en la práctica del parto intervenido y medicalizado, la cual refleja una visión biologicista de la reproducción, la cual se desarrolla en el contexto patriarcal de las instituciones de salud (modelo médico predominante) (Arguedas, 2014).

La interacción entre las mujeres y el personal de salud revela una desigualdad palpable y simbólica que obstaculiza la plena realización de los derechos fundamentales de las mujeres (Belli, 2013), incluida la capacidad de ejercer libremente su voluntad para tomar decisiones sobre su proceso reproductivo y su resultado.

Interseccionalidad de género

Se emplea el enfoque interseccional para analizar cómo se entrelazan diversas dimensiones de la identidad y la experiencia, como el género, la etnicidad, la clase social y la ubicación geográfica, para influir en la percepción y experiencia de la violencia obstétrica en mujeres indígenas gestantes. Se reconoce que estas mujeres pueden experimentar formas específicas de violencia obstétrica que reflejan las intersecciones de su identidad y situación social (Crenshaw, 1989). La violencia obstétrica es una forma de violencia de género que se encuentra profundamente arraigada y afecta a muchas mujeres embarazadas de manera constante. Sin embargo, para las mujeres pertenecientes a comunidades indígenas del norte del país, la violencia que experimentan no se limita únicamente a su condición de género.

La vulneración de sus derechos y la afectación de su autonomía corporal se agravan debido a su pertenencia étnica y su situación económica. Existe, por lo tanto, una intersección entre las dimensiones de género, etnia y clase. Esta interseccionalidad es crucial, ya que abordar cada dimensión de forma independiente no permite comprender completamente las experiencias de estas mujeres. Solo al integrar las categorías de género (mujer), etnia (indígena) y clase (pobreza) se puede obtener una visión holística de su situación. Ninguna de estas categorías, por separado, es suficiente para describir su realidad de manera completa (Lugones, 2008).

Para analizar cada situación, es crucial considerar el entrecruzamiento de estas categorías relevantes. La interseccionalidad entre ellas no siempre se manifiesta de la misma manera, por lo que es importante estar alerta

a cómo se interrelacionan el género, la etnia y la clase en el contexto social problemático que se está abordando. En este caso particular, es fundamental comprender las implicaciones de ser mujer, estar en situación de pobreza y pertenecer a una comunidad indígena en relación con la violencia obstétrica en los centros de salud donde reciben atención (Gil, 2008). Es esencial prestar atención a las experiencias concretas de estas mujeres, dado que las categorías con las que se identifican o se distinguen de otros individuos se construyen con base a estas mismas experiencias (Jelin, 2014).

La noción de interseccionalidad surge inicialmente con el *black feminism*, que insta al feminismo estadounidense a considerar las experiencias de mujeres no blancas en términos de género, raza y clase. Se buscaba establecer un movimiento capaz de abordar todas las formas de opresión. En América Latina, este debate comienza a tomar forma en la década de los ochenta, cuando se empieza a cuestionar por qué el feminismo asume a la mujer blanca y heterosexual como su sujeto político predeterminado. En los años noventa, surgen los movimientos de mujeres indígenas (Viveros, 2016).

La relevancia de la interseccionalidad reside en su capacidad para concebir la violencia experimentada por estas mujeres en una gama completa de dimensiones, considerando simultáneamente otras manifestaciones de desigualdad y opresión a las que están expuestas debido a sus circunstancias específicas. Jelin (2011) al hablar sobre derechos y ciudadanía, sostiene que los reclamos por derechos frecuentemente implican solicitudes de reconocimiento o aceptación de las diferencias. En el caso específico abordado, se demanda el respeto hacia los conocimientos tradicionales indígenas que estas mujeres desean que se consideren durante el parto. Ante el escenario propuesto, el objetivo de esta investigación es describir y analizar la percepción de las mujeres indígenas sobre la experiencia obstétrica recibida durante su atención en una unidad hospitalaria de segundo nivel de atención de un hospital público del noreste de México.

Materiales y métodos

Participantes

A través de un estudio cualitativo, descriptivo y mediante el marco interpretativo de la teoría fundamentada y desde una perspectiva feminista, se entrevistaron a 25 mujeres indígenas embarazadas del municipio de Mulegé, Baja California Sur, México. Se consideraron mujeres indígenas si cumplían con las siguientes características; ser nativas de una etnia, hablar su idioma, y si percibían formar parte de una etnia (auto adscripción). Se consideró igualmente que fueran mayores de edad y que firmaran consentimiento informado, las mujeres que participaron se encontraban embarazadas o habían tenido un embarazo durante los últimos tres años, con la finalidad de recuperar la experiencia vivida y comprender el marco interpretativo propuesto en la investigación

Procedimiento

Se contactaron a las 25 mujeres indígenas embarazadas que acudían para control prenatal a una unidad de medicina familiar con sede en el municipio de Mulegé, Baja California Sur, México, por medio de la técnica de bola de nieve fue posible recuperar la muestra y a través de la saturación teórica se limitó el número de participantes. Las entrevistas fueron grabadas con la autorización y consentimiento informado del participante y firmado por cada participante, posteriormente fueron transcritas en un procesador de palabras para el análisis de la información. El trabajo de campo se realizó entre los meses de agosto a octubre de 2023 y se entrevistó a cada participante de forma individual con una duración aproximada de 1 hora por entrevista.

Análisis de datos

El análisis de los datos cualitativos se basó en el método de la Teoría Fundamentada, que “es un abordaje metodológico que tiene sus raíces en el interaccionismo simbólico y está centrada en el conocimiento de

la realidad a partir del conocimiento de la percepción o significado que cierto contexto u objeto tiene para la persona” (Natera-Gutiérrez et al., 2017). Para la descripción del proceso de codificación y análisis de datos, se utilizó el procedimiento de Strauss y Corbin (2002) que permitió la elaboración de categorías y subcategorías de estudio. Para la recopilación de datos, se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada que estuvo constituida por tres dimensiones de análisis: atención médica, respeto y sensibilidad cultural y respeto por la autonomía. El material obtenido de las entrevistas fue transcrito y organizado en un procesador de palabras, para luego asignar códigos a las expresiones de los entrevistados, clasificándolas (Álvarez-Gayou, 2003). Una vez definidas las categorías, se realizó la estructuración de los códigos o clasificaciones, relacionándolos entre sí, para después ser contrastados o comparados con los referentes teóricos para finalmente pasar a la teorización para la explicación del fenómeno (Martínez, 2008).

Para facilitar el proceso de codificación y el análisis de información se utilizó el programa Atlas. Ti versión 9 para Windows (Álvarez-Gayou, 2003). Con el uso de este software fue posible identificar y relacionar las distintas categorías construidas a partir del análisis de las entrevistas. Se buscaban identificar e interpretar las frases, expresiones y significados que las mujeres le asignan al proceso de atención recibida durante y después de su parto, posteriormente fueron codificados para formar categorías, con las que el programa permitió crear una red semántica para mostrar la relación entre las mismas.

Se utilizó el muestreo y la saturación teórica, el muestreo teórico, se utilizó como procedimiento de comprobación del marco teórico, y no como verificación de hipótesis. La saturación teórica, como límite que va a indicar cuándo finaliza el muestreo y codificación teórica, como técnica para interpretar los textos y los procedimientos de categorización de datos (Álvarez-Gayou, 2003).

Consideraciones éticas

La investigación se apegó a la Ley general de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en su Título Quinto: Investigación para la Salud en su artículo. Por las características del estudio, se solicitó la carta de consentimiento in-

formado, debido a que se obtuvo los datos personales, audios y opiniones de las participantes. El fundamento para el tratamiento de los datos personales lo comprenden el artículo 16 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, los artículos 18, 48, 49, 51, 52, 85, 86 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Conforme a la Declaración de Helsinki (Goodyear, 2007).

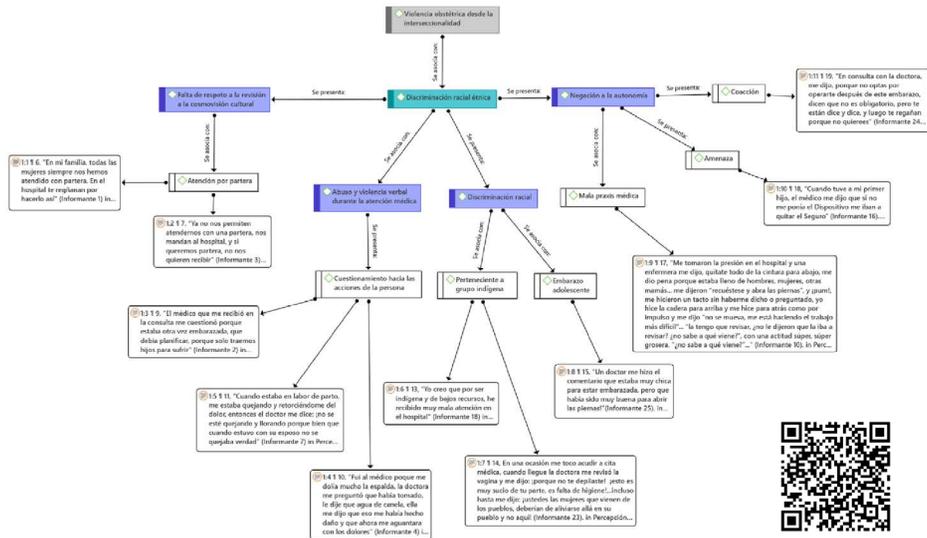
Resultados

Al caracterizar a las mujeres participantes fue posible identificar que el promedio de edad de las participantes osciló entre los 18 y 30 años con una media de edad de 25 años ($DE= 7.5$) que hablaban español y su lengua materna. Las lenguas maternas hablantes de las mujeres fueron: mixteco (66.7 %), náhuatl (16.2 %) y zapoteco (17.1 %). El 97.8 % se dedicaba a las labores del hogar y solo el 2.2 % ejercía una profesión. En lo que respecta a la escolaridad, 50.8 % había cursado hasta la secundaria, 20.1 % concluyó el bachillerato, 23.2 % la primaria, 4.3 % terminó una licenciatura y 1.6 % eran analfabetas. La mayoría de las participantes eran casadas (49.7 %) o vivían en unión libre (39.6 %), solo el 10.7 % se encontraban solteras.

Al explorar el antecedente de embarazo se identificó que 38 % presentaban su primer embarazo y el 62 % ya tenían la experiencia de un parto anterior, en su mayoría atendido en una institución de salud, solo 10 % de las mujeres entrevistadas con un parto anterior manifestó haber sido atendida por una partera.

Después de analizar la información recopilada y considerando los resultados individuales de cada entrevistado, se presenta a continuación la categorización de los hallazgos, junto con las relaciones identificadas a partir de las opiniones de los participantes. En este sentido, se presenta una categoría principal; la discriminación racial y étnica, posterior a ello y con la red semántica y triangulación de la información teórica se obtuvieron 4 subcategorías; falta de respeto a la cosmovisión cultural, abuso y violencia verbal durante la atención médica, discriminación racial y negación de la autonomía, al interior de cada subcategoría se presentaron entre 1 a 3 categorías emergentes (figura 1).

Figura 1. Red semántica de la violencia obstétrica desde la interseccionalidad de género



Nota: Elaboración propia.

[Visualizar original](#)

Violencia obstétrica desde la interseccionalidad de género

Discriminación racial y étnica

Falta de respeto a la cosmovisión cultural

Las comunidades indígenas poseen cosmovisiones únicas que guían sus prácticas y creencias. Estas cosmovisiones no solo incluyen concepciones sobre el parto y la atención médica, sino también sobre el cuerpo y la espiritualidad, por mencionar algunos. La carencia de respeto a estas cosmovisiones durante la atención obstétrica puede manifestarse de diversas maneras como la imposición de prácticas médicas que no tienen en cuenta las preferencias culturales o la limitación de su participación durante el proceso del parto. Esta condición puede estar limitando la autonomía y la dignidad de las mujeres indígenas, condición que influye en la experiencia de la atención obstétrica.

Las mujeres entrevistadas expresan privación y frustración cuando se enfrentan a un proceso de atención bajo un modelo biomédico tradicional carente de visión empática e intercultural que se adapte a cada contexto y necesidad de los usuarios. El siguiente testimonio resalta la percepción sobre la carencia de una cosmovisión integral para el contexto donde se desarrolla la atención sanitaria.

En mi familia, todas las mujeres siempre nos hemos atendido con partera. Pero en el hospital te regañan si saben que también te atiendes con la partera, ya no está permitido que una mujer tenga un hijo con una partera porque nos dicen que es nuestro problema si algo sale mal... (Informante 1).

Ya no nos permiten atendernos con una partera, nos mandan a todas para el hospital y si uno va con partera no nos quieren recibir... (Informante 3).

Abuso y violencia verbal durante la atención médica

La violencia verbal durante la atención médica se caracteriza por el uso de palabras o expresiones que humillan, intimidan o menosprecian a las mujeres, esto puede incluir insultos, burlas, comentarios despectivos por mencionar algunos que incluyen comportamientos abusivos por parte del personal médico. Este abuso es exacerbado en las mujeres indígenas por la discriminación étnica y cultural, sumado a esto las barreras lingüísticas que dificultan la comunicación efectiva.

Esta condición de abuso puede tener consecuencias muy importantes en las mujeres indígenas que llegan vulnerables para recibir una atención sanitaria, la experiencia negativa puede generar problemas en autoestima y en la pérdida de confianza en el sistema de salud que puede repercutir en una búsqueda de atención futura poniendo en riesgo su salud y la de su familia. El testimonio de las mujeres entrevistadas en este rubro plantea la urgente necesidad de que la institución sanitaria reconozca y respete la identidad cultural y derechos humanos.

El médico que me recibió en la consulta me dijo que por qué otra vez estaba embarazada y me dijo que ya tenía muchos hijos que debía planificar, porque a veces solo traemos a los hijos al mundo a sufrir, y hasta se reían otros médicos... (Informante 2)

Una vez tomé agua de canela y fui al médico porque me dolía mucho la espalda, cuando la doctora me preguntó que había tomado, le dije que agua de canela, ella me dijo que eso me había hecho daño y que ahora me aguantara con los dolores porque nadie me había dicho que lo tomara... (Informante 4)

Este es mi segundo embarazo, pero cuando estaba en labor de parto de mi primer hijo, yo me estaba quejando y retorciéndome del dolor, entonces el doctor me dice: ¡no se esté quejando y llorando porque bien que cuando estuvo con su esposo no se quejaba verdad! (Informante 7)

Discriminación racial

La discriminación racial y la violencia obstétrica son dos realidades interrelacionadas que afectan de manera desproporcionada a las mujeres indígenas durante el embarazo, parto o puerperio. Un reto tangible en la actualidad es resolver la discriminación racial en el sistema sanitario, máxime cuando el discurso es mejorar la atención con calidad y eficiencia. El uso de poder puede resaltar la discriminación racial cuando se manifiesta con un trato desigual, estereotipos negativos y barreras lingüísticas y culturales, así mismo se manifiesta con prácticas médicas coercitivas, ignorar las preferencias culturales y la imposición de procedimientos invasivos. Estas prácticas se encuentran muy arraigadas en el contexto de la desigualdad racial y social que perpetua la marginación e invisibilizarían de las mujeres indígenas embarazadas o púerperas.

Se presentan a continuación resultados de las mujeres entrevistadas que contribuyen al análisis presentado.

Yo creo que por ser indígena y de bajos recursos he recibido muy mala atención en el hospital, los médicos se sienten superiores a ti, piensan que porque ellos son la autoridad una se tiene que quedar callada. (Informante 18)

En una ocasión me tocó acudir a cita médica, cuando llegué la doctora me revisó mi parte y me dijo: ¡¿Por qué no te depilaste?! ¡Esto es muy sucio de tu parte, es falta de higiene! Me dio mucha vergüenza... hasta me dijo: ¡Ustedes las mujeres que vienen de los pueblos, deberían de aliviarse allá en su pueblo y no aquí!, pero yo nomas me solté llorando y no le contesté nada. (Informante 23)

Un doctor me hizo el comentario que estaba muy chica para estar embarazada, pero que había sido muy buena para abrir las piernas, yo me pregunté ¿acaso tengo que cumplir con una edad para que me vea bien? (Informante 25)

Negación de la autonomía

En el ámbito de la atención obstétrica la negación de la autonomía se manifiesta cuando las mujeres no tienen voz ni control sobre sus decisiones relacionadas con el proceso de la atención del parto y puerperio esto puede incluir tratamientos y procesos médicos sin consentimiento informado o desinformación sobre opciones de atención. Esta condición se exagera en las mujeres indígenas por la falta de sensibilidad cultural de los proveedores de servicios de atención médica y la imposición de prácticas occidentales que contradicen sus creencias y prácticas tradicionales. Este acto puede generar violación a sus derechos humanos fundamentales y traer consecuencias importantes no solo para la mujer sino para su comunidad.

Las opiniones vertidas por las participantes ponen de manifiesto la carencia de condiciones de empatía, interculturalidad e interseccionalidad en el contexto cultural de las comunidades indígenas.

Cuando tuve a mi primer hijo, me tomaron la presión en el hospital, entonces me dijo una enfermera, quítate todo de la cintura para abajo, me dio pena porque estaba lleno de hombres, mujeres, otras mamás, entonces me quité la ropa, me dieron una batita de papel, me dijeron “recuéstese y abra las piernas”, yo me recosté, abrí las piernas y ¡pum!, me hicieron un tacto sin haberme dicho, sin haberme preguntado, yo hice la cadera para arriba y me hice para atrás como por impulso y me dijo “no se mueva, me está haciendo el trabajo más difícil” y yo “¿pero qué está pasando?, “la tengo que revisar, ¿no le dijeron que la iba a revisar? ¿no sabe a qué viene?”, con una actitud súper, súper grosera, “¿no sabe a qué viene?”, “pues me dijeron que me van a valorar”, “pues es lo que está pasando”. (Informante 10)

Cuando tuve a mi primer hijo, el médico me dijo que si no me ponía el Dispositivo me iban a quitar el Seguro. (Informante 16)

Durante la consulta con la doctora, me dijo: “por qué no optas por operarte después de este embarazo”, dicen que no es obligatorio, pero te están dice y dice, y luego te regañan porque no quieres, pero te dicen que no es obligatorio. (Informante 24).

Las indígenas embarazadas experimentaron violencia obstétrica aún sin su conocimiento, lo que pone de manifiesto la normalización y aceptación de este tipo de violencia. Lo anterior, refleja que la violencia obstétrica va más allá de la práctica médica, ya que está respaldada por procesos administrativos e institucionales que legitiman las barreras, violaciones de derechos y las dinámicas de poder presentes en los entornos de atención médica.

Discusión

En los últimos años la violencia obstétrica ha ganado más atención ya que se reconoce la interacción entre la violencia de género y la violencia institucional. Diversas investigaciones han evidenciado esta realidad durante el parto, sin importar la etnia, raza o estrato social de las mujeres, aunque es más frecuente en aquellas que tienen una situación socioeconómica baja (Brigidi y Busquets, 2022; Gaffney et al., 2021; Zacher, 2015).

Los resultados de esta investigación hacen referencia a las experiencias de partos de mujeres indígenas en una unidad hospitalaria pública, las cuales han identificado diversas formas de violencia obstétrica. La complejidad y diversidad de estas expresiones sugieren que el fenómeno no se limita a interacciones individuales, sino que es consecuencia de la interacción de diversos componentes como la desigualdad y discriminación de género, la enseñanza sexista, la creación de prácticas deshumanizadas, entre otras (Díaz et al., 2022).

Por lo anterior, es preciso enriquecer las contribuciones de las ciencias sociales. La visión ofrecida por estas áreas de estudio indica que, incluso en la búsqueda de la curación a través de la atención médica, esta se ve afectada por el poder, las relaciones desiguales y la disparidad de género. En este sentido, estos testimonios aportan una valiosa contribución al área de la salud al examinar minuciosamente las experiencias de violencia obstétrica en mujeres indígenas tomando en consideración otros componentes como la escolaridad, estado civil, ocupación, etc. (Zacher, 2015; Gaffney et al., 2021). Por lo anterior, es preciso enriquecer las contribuciones de las ciencias sociales. La visión ofrecida por estas áreas de estudio indica que, incluso en la búsqueda de la curación a través de la atención médica, esta se ve afectada por el poder, las relaciones desiguales y la disparidad

de género. En este sentido, estos testimonios aportan una valiosa contribución al área de la salud al examinar minuciosamente las experiencias de violencia obstétrica en mujeres indígenas tomando en consideración otros componentes como la escolaridad, estado civil, ocupación, etc. (Zacher, 2015; Gaffney et al., 2021).

En las narraciones de las informantes se observaba con frecuencia la presencia de obstáculos por parte del personal de salud para permitir que las mujeres lleven a cabo prácticas culturales significativas como ser atendidas por parteras. En este sentido, se evidencia la falta de respeto a la cosmovisión cultural, esto es congruente con la investigación realizada por Range et al. (2019) quienes reportaron que las mujeres referían que si eran descubiertas de haber llevado su embarazo con parteras, eran reprendidas y se les señalaba que era su responsabilidad si algo salía mal. Esto también se respalda por lo encontrado por Gaffney et al. (2021) quienes evidenciaron que los profesionales de la salud rechazaron la presencia de parteras durante el parto.

Con respecto al abuso y violencia verbal durante la atención médica esto implica el uso de palabras o actitudes que humillan o intimidan a la paciente, desatención a sus necesidades o falta de respeto. En los testimonios se puede destacar que las informantes refirieron que se vieron restringidas en su capacidad para expresar sus inquietudes, emociones y sentimientos así como actitudes insensibles y sexistas por parte de los médicos al cuestionar el número de hijos, minimizar el dolor de la paciente durante el parto o realizar comentarios inapropiados sobre su vida sexual, esto es congruente con los resultados de previas investigaciones en donde se reportó que las informantes afirmaron haber sido criticadas por su comportamiento mediante comentarios irónicos (Mena et al., 2020) y violencia psicológica mediante el uso de lenguaje discriminatorio y humillante así como recibir críticas y comentarios despectivos (Medeiros y Nascimento, 2022; De la Garza, 2023).

En cuanto a la discriminación racial, las pacientes con ciertas características étnicas pueden experimentar un trato desigual y esto puede manifestarse en la forma en que se les comunica la información sobre su salud, en la calidad de la atención que reciben o en la disponibilidad de recursos médicos adecuados, prejuicios, entre otros. Con los testimonios, se destacan

situaciones en las que el personal médico muestra actitudes de superioridad y falta de respeto hacia las pacientes, basadas en prejuicios de género, clase social y origen étnico, esto se respalda con lo encontrado por Brigidi y Busquets (2022) quienes refieren que la violencia obstétrica se vincula con factores como el género, la posición socioeconómica, el origen étnico, la falta de comunicación en un idioma específico, la orientación sexual, las creencias religiosas, entre otros.

En relación con la Autonomía en el embarazo, parto y puerperio las mujeres tienen derecho a recibir información completa y precisa, a tomar decisiones sobre su cuidado prenatal, parto y puerperio. En los testimonios se destaca la ausencia o interferencia de comunicación por parte del personal de la salud, la orden de desnudarse y realizar un tacto sin haber obtenido el consentimiento previo esto es consistente con previas investigaciones en donde reportan que las pacientes refieren comentarios inapropiados, excesiva manipulación y falta de consentimiento para realizar tactos vaginales por parte del personal sanitario (Barandela, 2023; Massó, 2023).

Finalmente, otra forma de violencia que se identificó fue la presión por parte del personal médico para utilizar métodos anticonceptivos después de dar a luz o los comentarios repetitivos sobre la opción de esterilizarse después del parto este es congruente por lo reportado en un estudio realizado por Rangel et al. (2019) reportaron que, las participantes refirieron que la integración a programas de planificación familiar lo perciben como actos de violencia, ya que lejos de ser opcional lo sienten como obligación ya que no se reconocen sus derechos sexuales y reproductivos.

Conclusiones

Las mujeres siguen enfrentando demoras en la atención materna que debería ser puntual y con respeto, dado que no se sigue consistentemente el cumplimiento de las reglas y procedimientos establecidos en la normativa mexicana.

Con respecto a las mujeres indígenas, estas han sido históricamente vulneradas, ya que tienen menos recursos para exigir el respeto de sus derechos humanos y reproductivos. Adicionalmente, debido a diversas cir-

cunstances, durante el embarazo, parto y puerperio pueden sentirse vulnerables, sensibles y frágiles, en este sentido, es crucial establecer espacios que promuevan un diálogo abierto donde se compartan percepciones y puntos de vista, para abordar la falta de comunicación o las barreras que puedan surgir entre profesionales de la salud y pacientes.

La Violencia Obstétrica en la mayoría de las ocasiones no es identificada por las mujeres, por lo que es crucial que se implementen programas de atención a la salud femenina donde se les brinde información necesaria a las embarazadas para que identifiquen los tipos de violencia obstétrica con el fin de que tengan más autonomía y empoderamiento.

Adicionalmente es importante que se lleven a cabo programas que hayan hincapié en la problemática de la violencia de género en el área de la atención médica, es decir, que los trabajadores de la salud identifiquen que la violencia obstétrica es un abuso de poder por parte de ellos y de las instituciones hacia la autonomía de las mujeres desde una perspectiva de género. Por lo anterior, es necesario que al personal de la salud se le brinde la información y herramientas necesarias para evitar este tipo de violencia con el fin de que garanticen que los protocolos de parto sean de alta calidad, con un trato digno, ético, humano, respetuoso, comprensivo, no invasivo, ni doloroso durante uno de los periodos más significativos en la vida de las pacientes

Finalmente, se recomienda proporcionar a las mujeres una mayor conciencia de sus derechos, eliminar las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud y garantizar una atención de calidad desde una perspectiva intercultural. El primer paso hacia una sociedad más justa, igualitaria y participativa es reconocer la presencia de violencia obstétrica en nuestro sistema de salud.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez-Gayou J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. Fundamentos y metodología. México: Paidós.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1),145-169.

- Barandela, A. (2023). Producción socio-legal de la violencia obstétrica: apuntes sobre sus condiciones de posibilidad en la Argentina del siglo XXI. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, 8(1), e789. <https://doi.org/10.29112/ruae.v8i1.1789>
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1, 25-34.
- Brigidi, S. y Busquets, M. (2019). Interseccionalidades de género y violencias obstétricas. *Revista Musas*, 4 (2): 37-52. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.3>
- Calvo-Aguilar, O., Torres-Falcón, M. y Valdez-Santiago, R. (2020). Obstetric violence criminalised in Mexico: A comparative analysis of hospital complaints filed with the Medical Arbitration Commission. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46(1), 38-45.
- Castro-Pérez R. & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción forzada y derechos reproductivos*. México: Universidad Autónoma de México.
- Cohen Shabot, S. (2020). We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women's Studies*, 28(2), 213-228. doi: 10.1177/1350506820919474
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, [C.P.E.U.M], Reformada, *Diario Oficial de la Federación [D.O.F]*, 22 de marzo del 2024, (México).
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y Técnicas de Investigación Social*. Edición Revisada. Madrid, España, McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Crenshaw, Kimberle (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139-167.
- De la Garza, A. (2023). Hallazgos de violencia obstétrica en los centros de salud de Costa Rica: investigación basada en un análisis de percepciones de mujeres usuarias de la CCSS. *Revista Espiga*, 22(45), 241- 256. <https://dx.doi.org/10.22458/re.v22i45.4731>
- Díaz, A., Muciño, R., & Orizaga, I. (2022). Violencia obstétrica: un obstáculo para la justicia reproductiva de las mujeres indígenas en México. *Derechos humanos anuario*, 217-232.

- Espinoza, E. (2019). *Descolonizar el útero: Experiencias y agencia frente a la violencia obstétrica en Tijuana, México* [Tesis de Doctorado en Estudios Culturales]. Tijuana, Baja California, México.
- Flores, Y. Y. R., Ledezma, A. G. M., Ibarra, L. E. H. y Acevedo, C. E. G. (2019). Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03464.
- Freyermuth, M. G. y Luna, M. (2014). Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. *Realidad, Datos y Espacio Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 5(3), 42-61.
- Freyermuth, M. G., Muñoz, J. A., & Ochoa, M. D. P. (2017). From therapeutic to elective cesarean deliveries: factors associated with the increase in cesarean deliveries in Chiapas. *International Journal for Equity in Health*, 16, 1-15.
- Gaffney, E., Molina, D. P. y López, J. M. (2021). "Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad": experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud colectiva*, 17, e3727. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>
- Gil, F. (2008). Racismo, homofobia y sexismo. Reflexiones teóricas y políticas sobre interseccionalidad. En P. Wade, *Raza, etnicidad y sexualidades: ciudadanía y multiculturalismo en América Latina* (pp. 485-512). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Goodyear, M. D., Krleza-Jeric, K. y Lemmens, T. (2007). The declaration of Helsinki. *Bmj*, 335(7621), 624-625.
- Hernández, E. y Rangel, Y. (2023). Una mirada desde la interseccionalidad a la violencia obstétrica en mujeres indígenas. *CONfines*, (37), 31-48.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*, 2021, Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/nacional_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)* (2021). Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/> (Consultado el 10 de marzo de 2024).

- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). “Violencia obstétrica”, *Glosario para la igualdad*, disponible en: [ht-tps://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/storage/terminos_pdf/violencia-obstetrica.pdf](https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/storage/terminos_pdf/violencia-obstetrica.pdf).
- Jelin, E. (2011). Los derechos como resultado de luchas históricas. En E. Jelin, S. Caggiano, y L. Mombello. *Por los derechos. Mujeres y hombres en la acción colectiva* (pp. 21-34). Buenos Aires: Nueva Trilce.
- Jelin, E. (2014). Desigualdades de clase, género y etnicidad/raza: realidades históricas, aproximaciones analíticas. *Revista Ensamblés*, I, 11-36.
- La Parra, D. y Tortosa, J. M. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación social*, 131(3), 57-72.
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lugones M. (2008). Colonialidad y género. *Tábula rasa*, (9), 73-101.
- Martínez, P. R. (2008). La teoría fundamentada: un plan metodológico para respetar la naturaleza del mundo empírico. *Praxis Sociológica*, 12, 137-172.
- Massó, E. (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa. *Salud Colectiva*, 19, 1-12. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464>
- Medeiros, R. y Nascimento, E. (2022). No lloraste mientras lo hacías: la violencia obstétrica y sus expresiones. *Revista Estudos Feministas*, 30(3), e71008. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n371008>
- Mena, D., Iglesias, S., González, V., Cervera, A., Andreu, L. y Valero, M. (2020). Obstetric violence in Spain (Part I): Women’s perception and interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Natera-Gutiérrez, S. I., Guerrero-Castañeda, R. F., Ledesma-Delgado, M. E. y Ojeda-Vargas, M. G. (2017). *Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados*.
- Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-2016). *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios*. DOF 07-04-2016.
- Organización de las Naciones Unidas (2008). *Declaración de las naciones unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. <https://cedipiem.edomex.gob.mx/sites/cedipiem.edomex.gob.mx/files/files/Documen->

- tos%20PDF/Leyes%20par%20los%20pueblos%20indigenas/Declaracion%20derecos%20humanos.pdf (consultado el 22 de marzo de 2024).
- Organización Internacional del Trabajo (2017). *Objetivos de Desarrollo Sostenible: Manual de referencia Sindical sobre la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Ginebra, Suiza: Centro Internacional de Formación de la OIT.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement* (No. WHO/RHR/14.23). World Health Organization.
- Pérez, A. I. (2021). Ser mujer, ser pobre y ser indígena. La violencia obstétrica en las comunidades originarias del norte argentino: Hacia un parto culturalmente respetado. *Sociales Investiga*, (11), 80-93.
- Pérez, O. G. y González, A. A. A. (2010). Manual De Ejercicios Para La Asignatura Computación En Las Especialidades De Humanidades En El Entorno Semipresencial. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, (14).
- Rangel, Y., Martínez, A., Hernández, L. y González, C. (2019). Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres Tének y Náhuatl de México. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03464. <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018028603464>
- Rangel-Flores, Y. Y. y Martínez-Ledezma, A. G. (2017). Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. *Revista conamed*, 22(4), 166-169.
- Rodríguez, J. y Martínez, A. (2022). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta sanitaria*, 35, 211-212.
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En Sadler, Acuña y Obach, Nacer, *Educación, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad*, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66. *Originado en actividad de investigación*.
- Salgado, F. y Díaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 29, 23-34.
- Secretaría de Salud (2023). *Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural*. Recuperado de:

- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista* (52), 2-17.
- Zacher, L. (2015). Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4), 437-454. <https://doi.org/10.1111/maq.12174>