

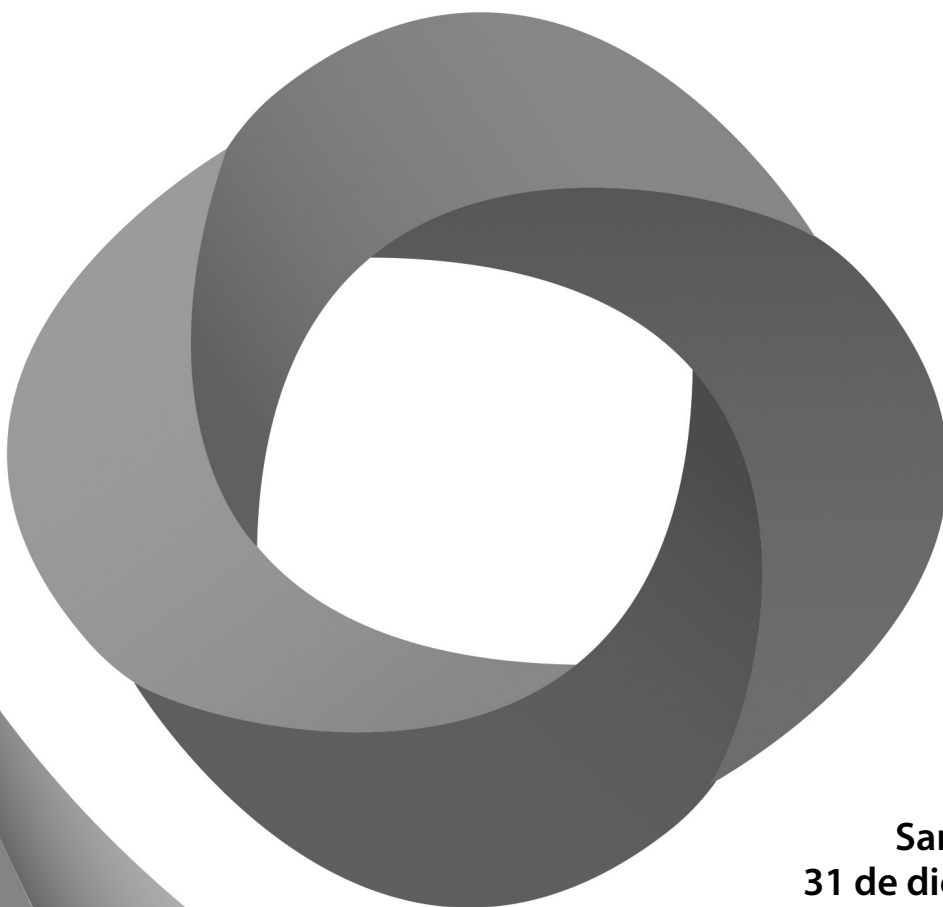
Estudio sobre la situación actual de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio en la Microrregión Huasteca Centro de San Luis Potosí

Diciembre 2018

**Estudio sobre la situación actual de las mujeres
en el embarazo, parto y puerperio en la Microrregión
Huasteca Centro de San Luis Potosí**

Resultados del estudio

**LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN:
GÉNERO, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS HUMANOS (LIGIDH)
EL COLEGIO DE SAN LUIS**



**San Luis Potosí, SLP.
31 de diciembre de 2018.**

Estudio sobre la situación actual de las mujeres en el
embarazo, parto y puerperio en la Microrregión Huasteca
Centro de San Luis Potosí

Diciembre 2018



Gobierno del Estado de San Luis Potosí, Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí, Francisco I. Madero No. 305, Col. Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí, S.L.P., México.

Página Web: <http://www.imes.gob.mx>

Correo electrónico: imes_dirgeneral@slp.gob.mx

Reservados todos los derechos. Se autoriza la reproducción parcial o total de la información contenida en esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

Cita recomendada: Estudio sobre la situación actual de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio en la Microrregión Huasteca Centro de San Luis Potosí, Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí, 2019.

Primera edición, diciembre de 2018
Impreso en San Luis Potosí, S.L.P., México.

« La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea y la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID) de la Secretaría de Relaciones Exteriores. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva del Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea y de la AMEXCID ».

DIRECTORIO

UNIÓN EUROPEA

Embajador Klaus Rudischhauser

Embajador de la Delegación de la Unión Europea en México

Jérôme Poussielgue

Jefe de Cooperación en la Delegación de la
Unión Europea en México

Marie Augouy

Agregada de Cooperación en la Delegación de la
Unión Europea en México

Francisco Javier Ruiz Arteaga

Jefe de la Asistencia Técnica Internacional
de la Unión Europea

José Manuel Ramos Robles

Asistencia Técnica Internacional

AGENCIA MEXICANA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO

Embajador Agustín García López- Loeza

Director Ejecutivo de AMEXCID

Martha Navarro Albo

Directora General de Cooperación Técnica y Científica

María Cristina Emigdia Ruiz Ruiz

Directora General Adjunta para Europa, Asia y
América del Norte

GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

Juan Manuel Carreras López

Gobernador Constitucional del Estado

Aldo Emmanuel Torres Villa

Secretario Técnico de Gabinete

Erika Velázquez Gutiérrez

Directora General del Instituto de las Mujeres del
Estado de San Luis Potosí

Celia Pescina Meléndez

Coordinadora del programa

CRÉDITOS

Coordinación del estudio:

Dra. Oresta López Pérez

Coordinadora del Laboratorio de Investigación:

Género, Interculturalidad y Derechos Humanos de El Colegio de San Luis (LIGIDH).

Equipo interdisciplinario de investigación:

Dra. Oresta López Pérez, Dra. Yésica Yolanda Rangel Flores y Dra. Mariana Juárez Moreno.

Investigadora responsable de la base de datos:

Dra. Ángeles Martínez Toledo.

Responsable de aplicación de encuestas:

Mtra. Luz. María Baldazo Castellanos.

Traductoras bilingües:

Ana Maria Yañez Gabino, Graciela Cepeda Borjas, Dionicia Hernandez Gonzalez, Lucia Flores Torres, Teresa Borjas Martinez y Yadira Sabino Reyes.

Diseño de mapas y colaboración en base de datos:

Geog. Angel Gabriel Esparza Roque.

Colaboración en procesamiento de datos municipales:

Dra. Julia Gabriela Eraña, Dra. Jennifer Eckerly Goss, Dra. Adriana Zavala Álvarez y Mtra. Bania Yarabí Hernández Hernández.

Diseño de libro electrónico:

Irubí Camacho

Lectoras externas:

Dra. Paloma Bonfil Sánchez, Dra. Martha Isabel Leñero Llaca y Mtra. Urenda Queletzú Navarro Sánchez.

Índice General

7	Índice General
10	Índice de Gráficas
13	Índice de Tablas
16	PRESENTACIÓN
19	PRÓLOGO
22	I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN
27	II. ANTECEDENTES
30	III. METODOLOGÍA
30	3.1. OBJETIVOS
30	3.1.1. Objetivo general del estudio:
30	3.1.2. Objetivos específicos:
31	3.2. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS
31	3.2.1. Tipo de estudio:
32	3.2.2. Sobre los tiempos y área de estudio:
34	3.2.3. Criterios del estudio y selección de informantes:
34	3.2.4. Estrategia de selección de informantes:
35	3.2.5. Diseño del estudio estadístico:
37	3.2.6. Instrumentos de investigación y recolección de datos:
38	3.2.7. Sobre las técnicas de recolección de información:
41	3.2.8. Estrategia de trabajo de campo
42	3.2.9. Técnicas de análisis de resultados estadísticos
43	IV. RESULTADOS
43	4.1. AQUISMÓN
43	4.1.1. Caracterización sociodemográfica
44	4.1.2 Caracterización de la muestra
46	4.1.3. Acceso a la salud durante el embarazo
49	4.1.4. Sobre la experiencia del parto.
51	4.1.5. Experiencias asociadas a violencia obstétrica en el último parto.
53	4.1.5.2. Experiencias asociadas a posible negligencia
59	4.1.6. Secuelas físicas del parto que afectan la calidad de vida de las mujeres
61	4.2 HUEHUETLÁN
61	4.2.1. Caracterización sociodemográfica
61	4.2.2 Caracterización de la muestra
63	4.2.3 Acceso a la salud durante el embarazo
66	4.2.4 Sobre su experiencia del parto.
68	4.2.5. Experiencias asociadas a violencia obstétrica en el último parto.

Índice General

76	4.2.6. Secuelas físicas del parto que afectan la calidad de vida de las mujeres:
78	4.3. SAN ANTONIO
78	4.3.1. Caracterización sociodemográfica
79	4.3.2 Caracterización de la muestra
81	4.3.3. Acceso a la salud durante el embarazo
84	4.3.4. Sobre su experiencia del parto.
86	4.3.5. Experiencias asociadas a violencia obstétrica en el último parto
93	4.3.6. Secuelas físicas del parto que afectan la calidad de vida de las mujeres
95	4.4. TANCANHUITZ DE SANTOS
95	4.4.1. Caracterización sociodemográfica
95	4.4.2. Caracterización de la muestra
97	4.4.3. Acceso a la salud durante el embarazo
100	4.4.4. Sobre su experiencia del parto.
103	4.4.5. Experiencias asociadas a violencia obstétrica en el último parto.
114	4.5. TANLAJÁS
114	4.5.1. Caracterización sociodemográfica
114	4.5.2. Caracterización de la muestra
114	4.5.2.1 Domicilio de las encuestadas.
116	4.5.3. Acceso a la salud durante el embarazo
120	4.5.4. Sobre su experiencia del parto.
122	4.5.5. Experiencias asociadas a violencia obstétrica en el último parto.
130	4.5.6. Secuelas físicas del parto que afectan la calidad de vida de las mujeres
132	4.6. TAMPAMOLÓN CORONA
132	4.6.1. Caracterización sociodemográfica
132	4.6.2. Caracterización de la muestra
134	4.6.3. Acceso a la salud durante el embarazo
139	4.6.5. Experiencias asociadas a violencia obstétrica en el último parto.
147	5.1. Características sociodemográficas de la Microrregión Huasteca Centro
148	5.1.2. Población y densidad poblacional
149	5.1.3. Nacimientos y defunciones
150	5.1.4. Fecundidad
150	5.1.5. Mortalidad
151	5.1.7. Pobreza
154	5.1.8. Marginación
156	5.1.9. Acceso a servicios de salud

Índice General

157	5.2. Caracterización de la muestra de estudio
157	5.2.1. Edad
160	5.2.2. Domicilio de las mujeres encuestadas
162	5.2.3. Estado civil
164	5.2.4. Ocupación, cargos y adscripción étnica
167	5.2.5. Adscripción étnica
168	5.2.6. Escolaridad
169	5.2.7. Acceso a la salud durante el embarazo
171	5.2.8. Revisión médica prenatal
173	5.2.9. Consejos de cuidado, médicos y no médicos
174	5.2.10. Evolución de embarazo y resolución del parto
189	5.3. Experiencias asociadas con violencia obstétrica en el último parto
189	5.3.1. Experiencias asociadas con la discriminación
194	5.3.2. Experiencias asociadas con probable negligencia
211	Buenas prácticas del personal de salud
212	5.4. En la búsqueda de las correlaciones que expliquen la violencia obstétrica
220	Retos de interculturalidad que devela el estudio
224	Percepción del riesgo en salud sexual y reproductiva
226	Epidemiología población indígena
228	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
238	GLOSARIO. Violencia obstétrica y salud materna
246	BIBLIOGRAFÍA
254	ANEXO

Índice de Gráficas

- 44 Gráfica 1. Estado civil de las mujeres encuestadas. Aquismón
- 45 Gráfica 2. Años de estudios cursados por las mujeres encuestadas. Aquismón
- 46 Gráfica 3. Tipo de derechohabiencia referida por las mujeres. Aquismón
- 47 Gráfica 4. Estrategia de resolución del parto. Aquismón
- 50 Gráfica 5. Posiciones preferentes para parir de las mujeres encuestadas. Aquismón
- 51 Gráfica 6. Número de revisiones médicas posparto de las mujeres encuestadas.
Aquismón
- 55 Gráfica 7. Horas de ayuno posterior al parto en las mujeres encuestadas. Aquismón
- 62 Gráfica 8. Estado civil de las mujeres encuestadas. Huehuetlán
- 63 Gráfica 9. Años de estudio cursados por las mujeres encuestadas. Huehuetlán
- 64 Gráfica 10. Tipo de derechohabiencia referida por las mujeres. Huehuetlán.
- 66 Gráfica 11. Estrategia de resolución del parto. Huehuetlán
- 67 Gráfica 12. Posiciones preferentes para parir en las mujeres encuestadas.
Huehuetlán
- 68 Gráfica 13. Número de revisiones médicas posparto de las mujeres encuestadas.
Huehuetlán
- 72 Gráfica 14. Horas de ayuno referidas posterior al parto de mujeres encuestadas.
Huehuetlán
- 79 Gráfica 15. Estado civil de las mujeres encuestadas. San Antonio
- 80 Gráfica 16. Años de estudio cursados por las mujeres encuestadas. San Antonio
- 81 Gráfica 17. Tipo de derechohabiencia referida por las mujeres. San Antonio
- 83 Gráfica 18. Estrategia de resolución del parto. San Antonio
- 85 Gráfica 19. Posiciones preferentes para parir de las mujeres encuestadas. San
Antonio
- 85 Gráfica 20. Número de revisiones médicas posparto de las mujeres encuestadas.
San Antonio
- 89 Gráfica 21. Horas de ayuno referidas en las mujeres encuestadas. San Antonio
- 96 Gráfica 22. Estado civil de las mujeres encuestadas. Tancanhuitz
- 97 Gráfica 23. Años de estudio cursados en las mujeres encuestadas. Tancanhuitz
- 98 Gráfica 24 . Tipo de derechohabiencia referida por las mujeres. Tancanhuitz
- 99 Gráfica 25. Estrategia de resolución del parto. Tancanhuitz
- 102 Gráfica 26. Posiciones preferentes para parir en las mujeres encuestadas.
Tancanhuitz
- 102 Gráfica 27. Número de revisiones médicas posparto de las mujeres encuestadas.
Tancanhuitz

Índice de Gráficas

- 108 Gráfica 28. Horas de ayuno posterior al parto en las mujeres encuestadas. Tancanhuitz
- 115 Gráfica 29. Estado civil de las mujeres. Tanlajás
- 116 Gráfica 30. Años de estudio cursados por las mujeres. Tanlajás
- 117 Gráfica 31. Tipo de derechohabiencia referida por las mujeres. Tanlajás
- 119 Gráfica 32. Estrategia de resolución del parto. Tanlajás
- 121 Gráfica 33. Posiciones preferentes para parir en las mujeres encuestadas. Tanlajás
- 122 Gráfica 34. Número de revisiones médicas posparto de las mujeres encuestadas. Tanlajás
- 133 Gráfica 36. Estado civil de las mujeres encuestadas. Tampamolón Corona.
- 134 Gráfica 37. Años de estudio cursados en las mujeres encuestadas. Tampamolón Corona.
- 135 Gráfica 38. Tipo de derechohabiencia referida por las mujeres. Tampamolón Corona.
- 136 Gráfica 39. Estrategia de resolución del parto. Tampamolón Corona
- 138 Gráfica 40. Posiciones preferentes para parir en las mujeres encuestadas. Tampamolón Corona
- 139 Gráfica 41. Número de revisiones médicas posparto de las mujeres encuestadas. Tampamolón Corona
- 143 Gráfica 42. Horas de ayuno en las mujeres encuestadas. Tampamolón Corona
- 149 Gráfica 43. Nacimientos y defunciones registradas en los municipios de la Microrregión Huasteca Centro
- 151 Gráfica 44. Porcentaje la población en la microrregión Huasteca Centro en educación.
- 153 Gráfica 45. Porcentaje de la población en Pobreza en la Microrregión Huasteca Centro
- 156 Gráfica 46. Indicadores de marginación por municipio en la MRHC
- 162 Gráfica 47. Estado civil de las informantes en la MRHC
- 168 Gráfica 48. Mujeres que hablan algún idioma indígena en la MRHC
- 169 Gráfica 49. Años escolares cursados por las informantes en la MRHC
- 170 Gráfica 50. Acceso a servicios en las informantes de la MRHC
- 172 Gráfica 51. Revisiones médicas a las que acudieron las informantes
- 174 Gráfica 52. Actores que emiten consejo sobre cuidados prenatales
- 175 Gráfica 53. Perfil reproductivo en las informantes, según número de partos

Índice de Gráficas

176	Gráfica 54. Forma de resolución del parto en las informantes. Comparación entre municipios
177	Gráfica 55. Estrategia de resolución del parto en la población de estudio
180	Gráfica 56. Mujeres que reconocen los órganos sexuales femeninos
182	Gráfica 57. Mujeres que describen correctamente la imagen de dilatación
183	Gráfica 58. Mujeres que describen correctamente la imagen de la expulsión
183	Gráfica 59. Mujeres que describen correctamente la imagen del alumbramiento
185	Gráfica 60. Preferencia de posición para parir según referencia de las informantes
187	Gráfica 61. Experiencias asociadas al parto por las informantes
201	Gráfica 62. Respuestas afirmativas a indicadores de abuso
201	Gráfica 63. Respuestas negativas a indicadores de abuso
210	Gráfica 64. Promedio de Experiencias Críticas en los indicadores

Índice de Tablas

35	Tabla 1. Encuestas calculadas y realizadas por Municipio
36	Tabla 2. Variables sociodemográficas y categorías de representación
47	Tabla 3. Frecuencia de revisiones médicas. Aquismón.
51	Tabla 4. Experiencias asociadas a discriminación. Aquismón
53	Tabla 5. Experiencias asociadas a posible negligencia. Aquismón
55	Tabla 6. Experiencias asociadas a abuso. Aquismón
57	Tabla 7. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales. Aquismón
65	Tabla 8. Número de revisiones médicas a las que accedió cada mujer. Huehuetlán
69	Tabla 9. Experiencias asociadas a discriminación. Huehuetlán
71	Tabla 10. Experiencias asociadas a posible negligencia. Huehuetlán
73	Tabla 11. Experiencias asociadas con abuso. Huehuetlán
74	Tabla 12. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales. Huehuetlán
82	Tabla 13. Número de revisiones médicas a las que accedió cada mujer. San Antonio
86	Tabla 14. Experiencias asociadas a discriminación. San Antonio
88	Tabla 15. Experiencias asociadas a posible negligencia. San Antonio
90	Tabla 16. Experiencias asociadas con abuso. San Antonio
91	Tabla 17. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales. San Antonio
99	Tabla 18. Número de revisiones médicas a las que accedió cada mujer. Tancanhuitz
103	Tabla 19. Experiencias asociadas a discriminación. Tancanhuitz
105	Tabla 20. Experiencias asociadas a posible negligencia. Tancanhuitz
108	Tabla 21. Experiencias asociadas con abuso. Tancanhuitz
110	Tabla 22. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales. Tancanhuitz
118	Tabla 23. Número de revisiones médicas a las que accedió cada mujer. Tanlajás
122	Tabla 24. Experiencias asociadas a discriminación. Tanlajás
124	Tabla 25. Experiencias asociadas a posible negligencia. Tanlajás
128	Tabla 27. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales. Tanlajás
136	Tabla 28. Número de revisiones médicas a las que accedió cada mujer. Tampamolón Corona
140	Tabla 29. Experiencias asociadas a discriminación. Tampamolón Corona
141	Tabla 30. Experiencias asociadas a posible negligencia. Tampamolón Corona
144	Tabla 31. Experiencias asociadas con abuso. Tampamolón Corona

Índice de Tablas

- 145 Tabla 32. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales.
Tampamolón Corona
- 149 Tabla 33. Población en la Microrregión Huasteca Centro
- 157 Tabla 34. Porcentaje de habitantes afiliados a un sistema de salud en la Microrregión
Huasteca Centro
- 158 Tabla 35. Edades reportadas por las informantes en cada uno de los municipios
- 161 Tabla 36. Distribución de las informantes, según tipo de comunidad de origen
- 165 Tabla 37. Ocupación principal referida por las informantes
- 166 Tabla 38. Cargos comunitarios y participación ejidal de las informantes
- 190 Tabla 39. Indicador de exploración para experiencias asociadas a Discriminación
- 194 Tabla 40. Indicador de exploración para experiencias asociadas a probable
negligencia
- 197 Tabla 41. Horas de ayuno posparto referidas por las mujeres de la MRHC
- 200 Tabla 42. Indicador de exploración para experiencias asociadas a abuso
- 204 Tabla 43. Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u
omisiones intencionales
- 212 Tabla 44. Exploración de correlaciones "R" (Pearson, $p = <0.05$) identificadas entre
algunos parámetros sociales e indicadores de violencia obstétrica en el Municipio
de San Antonio ($n = 18$).
- 213 Tabla 45. Exploración de correlaciones "R" (Pearson, $p = <0.05$) identificadas entre
algunos parámetros sociales e indicadores de violencia obstétrica en el Municipio
de Tampamolón Corona ($n = 29$).
- 215 Tabla 46. Correlaciones "R" (Pearson, $p = <0.05$) identificadas entre algunos
parámetros sociales e indicadores de violencia obstétrica en el Municipio de
Tanlajás ($n = 38$).
- 217 Tabla 47. Correlaciones "R" (Pearson, $p = <0.05$) identificadas entre algunos
parámetros sociales e indicadores de violencia obstétrica en el Municipio
Tancanhuitz ($n = 41$).
- 218 Tabla 48. Correlaciones "R" (Pearson, $p = <0.05$) identificadas entre algunos
parámetros sociales e indicadores de violencia obstétrica en el Municipio de
Huehuetlán ($n = 32$).
- 219 Tabla 49. Tabla. Correlaciones "R" (Pearson, $p = <0.05$) identificadas entre algunos
parámetros sociales e indicadores de violencia obstétrica en el Municipio de
Aquismón ($n = 101$).

Índice de Ilustraciones

33	Ilustración 1. Microrregión Huasteca Centro
41	Ilustración 2. Configuración de los grupos focales del estudio
148	Ilustración 3. Regiones que conforman el estado de San Luis Potosí
152	Ilustración 4. Municipios con mayor grado de pobreza de Estado, 2010
154	Ilustración 5. San Luis Potosí: Grado de marginación por municipio, 2015
155	Ilustración 6. Grado de marginación por municipio. Estimaciones CONAPO.
180	Ilustración 7. Anatomía del útero
182	Ilustración 8. Fases del parto
184	Ilustración 9. Posturas en el parto



PRESENTACIÓN

En septiembre de 2015, el Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí y la Secretaría de Relaciones Exteriores por conducto de la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXID), suscribieron un acuerdo de colaboración con el Programa de Participación Bilateral denominado **“Laboratorio de Cohesión Social II México-Unión Europea”** (LCSII), para crear y fortalecer el Programa Interinstitucional de Prevención y Atención a la Violencia Obstétrica con el fin de disminuir la mortalidad materna en la Microrregión Huasteca Centro de San Luis Potosí.

La mortalidad materna es un tema relevante en nuestra agenda de trabajo, pues constituye uno de los más importantes retos para San Luis Potosí y particularmente para las regiones donde están asentados los pueblos originarios, donde persiste la pobreza, el aislamiento y mayores dificultades para brindar los servicios de salud. Es en estos lugares de nuestra entidad donde aún las mujeres mueren por causas directas asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Es de interés del estado de San Luis Potosí indagar sobre las causas específicas que afectan a las mujeres indígenas, garantizar su derecho a la salud sexual y reproductiva y respetar sus derechos culturales.

En las convenciones internacionales se ha declarado y estipulado la importancia de garantizar los derechos a la salud y a la vida de las mujeres en las etapas reproductivas como un derecho fundamental para ellas y sus hijos. Para ello, se han desarrollado metodologías de generación de indicadores de seguimiento y monitoreo de aquellos que son garantes de estos derechos. El primer paso es el reconocimiento sectorial y social del problema, el conocimiento científico sobre el alcance local del fenómeno, los avances jurídicos estatales para configurar posibilidades de acceso de las mujeres a la justicia en casos de omisiones y negligencias. Pero más que acciones punitivas, se requieren políticas públicas pertinentes para lograr cambios consensuados e interculturales de fondo en las prácticas médicas y de atención a las mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio, que permitan garantizar sus vidas y construir un nuevo modelo de atención que dé mayor agencia y empoderamiento sobre sus cuerpos a las mujeres más vulnerables de nuestra entidad.

Los cambios en la atención médica son necesarios. Según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, en el estado de San Luis Potosí, en los últimos 5 años, el 33.9% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, sufrieron algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron, mientras que el dato nacional es del 33.4%.

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de nuestra entidad, reconoce, desde el 30 de junio de 2015, a la **violencia obstétrica** como un fenómeno que afecta a las mujeres como colectivo. En esta Ley, la violencia obstétrica se define como: *“Todo abuso, conducta, acción intencional, negligente y dolosa que lleve a cabo el personal de salud, de manera directa e indirecta, que dañen, denigren, discriminen y den un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio; que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad”.*

Un primer resultado de estos esfuerzos colaborativos por llevar a cabo una intervención adecuada frente al problema de la mortalidad materna, va asociado al conocimiento de la situación de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en la Microrregión Huasteca Centro (MRHC) de San Luis Potosí, y en este sentido, el presente estudio constituye un valioso esfuerzo para aproximarnos al problema.

El primer trabajo al respecto fue un diagnóstico cualitativo realizado en 2016 con recursos de Unión Europea por investigadoras de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, basado en entrevistas y grupos focales en la región, y el que ahora presentamos, realizado por el Laboratorio de Investigación: Género Interculturalidad y Derechos Humanos de El Colegio de San Luis. Este último está basado en una encuesta de corte estadístico y también en el trabajo con grupos focales, que se aplicó a mujeres de los seis municipios de la MRHC que tuvieron partos en los últimos 12 meses. De esta manera, contaremos con estudios que se complementan y contribuyen a conocer en formas rigurosas la situación de las mujeres huastecas, téneks y náhuatl de San Luis Potosí, en su experiencia de atención del embarazo, el parto y el puerperio. Hacer visibles las expresiones de violencia obstétrica que viven las mujeres en esta región, es el primer paso para incrementar la creatividad en la mejora y transformación de prácticas normalizadas y negativas que corresponden al sector salud y a los programas sociales de la región.

El Instituto de las Mujeres cumple así con favorecer la investigación que contribuya a prevenir y erradicar los tipos de violencia que afectan a las mujeres en San Luis Potosí.

Atentamente
Lic. Erika Velázquez
Directora
IMES

PRÓLOGO

Estudio sobre la situación actual de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio en la microregión Huasteca Centro San Luis Potosí

Dra. Paloma Bonfil S.

i. Relevancia de la aportación del tema abordado desde una perspectiva interseccional de género e interculturalidad

Este libro de investigación aplicada sobre la situación de mujeres en edad reproductiva de la región Huasteca Centro de San Luis Potosí es un aporte importante a la comprensión sobre los mecanismos que operan para reproducir la exclusión y la discriminación en contra de un sector de la población en el que convergen diferentes expresiones de la desigualdad.

El *Estudio* confronta las condiciones de vida y de salud sexual y reproductiva de mujeres téenek y nahuas de la Región Huasteca Centro con las condiciones en que se brindan los servicios locales de salud para analizar las formas en que se presenta específicamente, la violencia obstétrica, como una manifestación de la violencia institucional en contra de las mujeres de los pueblos indígenas en la entidad. Este análisis es relevante pues pone luz en un sector de la población que se ha identificado entre los “que menos denuncia”; y que a partir de los resultados obtenidos en el Estudio, es con frecuencia víctima de violencia obstétrica bajo las formas de abuso y negligencia, particularmente.

Al utilizar categorías de género para identificar la vulnerabilidad y desigualdad específicas de las mujeres indígenas de la región Huasteca Centro frente a los servicios públicos de salud, el Estudio arroja luz sobre una problemática que combina distintos ámbitos de desigualdad y que exige intervenciones de diseño e implementación de políticas de salud, que reconozcan las especificidades culturales y sociales de los entornos en que se proveen los servicios públicos.

Pese al corto tiempo del que se dispuso para la elaboración del Estudio, el equipo investigador incluyó en la formulación del proyecto y las preguntas de investigación; en el diseño de los instrumentos, en su implementación y su sistematización, elementos de

aproximación intercultural (caracterización sociocultural de las regiones o subregiones de la Huasteca Centro en San Luis Potosí; indicadores de pertenencia étnica; identificación de barreras culturales y lingüísticas para el acceso de mujeres a los servicios de salud; por ejemplo), que permitieron sustentar recomendaciones orientadas a construir servicios de salud culturalmente adecuados como una estrategia para cerrar las brechas de acceso de la población indígena –especialmente femenina- a la atención pública a la salud y al ejercicio de ese derecho.

Al abordar la violencia obstétrica como uno de los puntos centrales del estudio, el enfoque intercultural se refleja, tanto en los cuestionamientos pertinentes a una práctica médica jerárquica y autoritaria, como a la percepción de las usuarias de los servicios de salud sobre la calidad de la atención que reciben; así como en la incorporación de elementos para el análisis sobre las prácticas médicas propias.

La importancia de este enfoque interseccional de género e interculturalidad es que fundamenta la serie de recomendaciones incluidas en el Estudio; caracteriza y distingue las condiciones en que se encuentran las subregiones estudiadas (Aquismón, Huhuetlán, San Antonio, Tancanhuitz de Santos, Tanlajás, Tampamolón Corona), tanto en su entorno general, como en la caracterización de la muestra en cada una de ellas que incorpora de manera central, la condición de hablantes de lengua indígena; y utiliza los resultados del Estudio para recuperar la experiencia de las usuarias de los servicios de salud como un elemento que permite identificar –desde un actor social femenino, culturalmente determinado- los problemas, los retos y los nichos de oportunidad para ofrecer servicios públicos de salud pertinentes, con calidad y calidez; así como para incorporar a la oferta pública en salud, prácticas complementarias y enriquecedoras de salud reproductiva (acompañamiento de las parturientas por algún familiar; libertad para escoger la posición del parto; no separación del bebé al momento de nacer; lactancia inmediata, etc.)

Los elementos del análisis del Estudio que incorporan la dimensión de la interculturalidad, permiten vislumbrar la posibilidad de contar tanto con mejores políticas y servicios de salud para las mujeres –sobre todo indígenas- en temas de salud sexual y reproductiva; como con mayores elementos para ir cerrando efectivamente, la brecha de derechos que separa a la población indígena en general, y a las mujeres particularmente, de otros sectores de la sociedad mexicana. El enfoque intercultural en este Estudio, es un enfoque de derechos que reconoce la diferencia, la desigualdad y la diversidad de la población femenina; y las condiciones en que se expresa la triple discriminación contra las mujeres indígenas en el campo de la salud. En esto reside la principal aportación del Estudio, tanto al conocimiento general de las realidades de la mujeres de los pueblos indígenas en la entidad; como a la sustentación de una acción pública con sentido de equidad e inclusión.

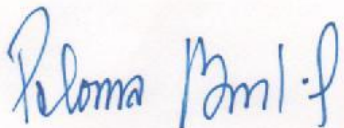
ii. Metodología y enfoque interseccional de género e interculturalidad

Como parte de los elementos metodológicos de género e interculturalidad, el equipo de investigación convocó a mujeres que colaboraron en el Estudio seleccionándolas dentro de un perfil susceptible a la violencia obstétrica (baja escolaridad, pertenencia a un pueblo indígena, bajo nivel de ingresos, y manejo elemental del español, por ejemplo); así como representativo de la población indígena como una estrategia metodológica que permitió reconocer los retos de generación de conocimientos con enfoque intercultural en lo que se refiere a la atención obstétrica.

Los marcos conceptuales de género e interculturalidad permitieron, finalmente, que el Estudio reconociera las barreras específicas que enfrentan las mujeres indígenas en su etapa reproductiva, para acceder a los servicios públicos de salud; para no ser objeto de violencia –especialmente institucional cuando es obstétrica- ni de discriminación; y, en términos generales, para registrar los mecanismos que reproducen la exclusión, la discriminación y el racismo contra la población indígena en el México del siglo XXI.

Junto con estos señalamientos y denuncias, apoyados por datos duros y estudios previos a los que se hace referencia en el Estudio, se incluyen recomendaciones y propuestas dirigidas en especial, a las instituciones de salud; pero también a la academia, para conocer y documentar más a fondo esta problemática y para generar información útil a los tomadores de decisiones en el campo de la salud. La aplicabilidad de las conclusiones y recomendaciones hace de este Estudio, un ejemplo cuidadoso y documentado de investigación aplicada.

Ciudad de México, 20 de marzo 2019



*Las mujeres son los únicos seres que se reproducen a sí mismas.
Los otros las tienen a ellas para lograr su reproducción.
[...] Las instituciones de salud atienden a las mujeres
en un espacio extradoméstico ajeno.
El parto y el nacimiento dejan la intimidad de la casa
y de la propia cultura para convertirse en espacio estatal.
[...] La modernidad ha entrado a los cuerpos de las mujeres
y ha expropiado para las instituciones públicas
esa parte de la maternidad que es la procreación doméstica.*

Marcela Lagarde, 1990, pps. 94 y 228¹

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En enero de 2013 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a México como el país con mayor índice de cesáreas en el mundo, con una incidencia de 40.9% en el sector público y de hasta 69.6% en el privado², tasa mayor por mucho a lo que recomienda esa organización, que es del 10-15%. Dicha declaración activó un monitoreo sobre las razones que motivan la práctica de este procedimiento en el país, el cual documentó que tan sólo en 2017, dos de cada tres cesáreas realizadas en México fueron practicadas innecesariamente.³

1 Lagarde, Marcela, Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas putas, presas y locas, UNAM, México, 1990.

2 Suárez L, Campero L, De la Vara E, Rivera L, Hernández M, Walker D, Hernández M, Lazcano E. (2013) Elevada recurrencia a las cesáreas: Revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>

3 Beltrán AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section

Gracias a este monitoreo se hizo evidente, por otra parte, un problema que desde hace tiempo se había pretendido incorporar en la agenda pública nacional: el de la visibilidad y atención a la violencia obstétrica. Este tipo de violencia en contra de las mujeres puede tener una variedad de definiciones, las cuales en su mayoría coinciden en que se trata de una situación que de forma intencional y a través de un trato médico deshumanizado –por acción u omisión–, genera condiciones que de manera directa o indirecta dañan a las mujeres, ya sea mediante acciones de franco abuso físico o psicológico, o a través de la realización de procedimientos innecesarios, que significan serios riesgos para la vida de las mujeres y sus hijos.^{4 5}

La visibilización de la violencia obstétrica se hizo evidente por otra parte, debido al número de quejas asociadas con la atención obstétrica que se levantaron en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en el periodo 2005-2015, mismas que mostraron un incremento de casi el 20%.⁶

La problemática asociada con la violencia obstétrica ha alcanzado tal magnitud en México, que la última modificación a la NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, establece de manera explícita que: “Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto”.⁷ De igual manera, en el marco de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) y en la norma estatal que corresponde a San Luis Potosí, se define como violencia obstétrica a “todo abuso, conducta, acción u omisión intencional, negligente y dolosa que lleve a cabo el personal de salud, de manera directa o indirecta,

Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS One 2016;11(2): e0148343. doi: 10.1371/journal.pone.0148343.

4 GIRE. Violencia obstétrica un enfoque de derechos humanos. 2015. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.

5 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1o de febrero de 2007 DOF 28-01-2011 Recuperado de: <http://www.cofemer.gob.mx/LGAMVLV.pdf>.

6 Fernández S, Rizo J. La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015. CONAMED 2018;3(1):33-42. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con181g.pdf>

7 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. Disponible en: http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1589/1/NOM007_Embarazo-DOF-070416.pdf.

que dañen, denigren, discriminen y den un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio; que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad”.⁸

Aunque existen autores que señalan que la violencia obstétrica se presenta tanto en los servicios públicos como en los privados, con independencia de las condiciones sociales de las mujeres,⁹ existen otros estudios que han señalado que algunos determinantes sociales incrementan la vulnerabilidad de las mujeres de vivir experiencias asociadas con esta problemática, y entre ellos se encuentran: el habitar en lugares sin acceso permanente a servicios de salud; las construcciones de género que se tejen alrededor de las mujeres en temas que culturalmente son sensibles de tratar; las actitudes y creencias frente al personal de salud; las relaciones de poder en el hogar; el tener adscripción a un grupo étnico y hablar una lengua indígena; el tener menos de 19 años; así como las condiciones socioeconómicas y el bajo nivel educativo.¹⁰

Las mujeres indígenas son uno de los grupos que menos denuncias levanta ante las comisiones de derechos humanos, aun cuando diversas investigaciones han documentado que este grupo es particularmente vulnerado, dado que en ellas confluyen una serie de determinantes sociales que potencian su vulnerabilidad frente al maltrato obstétrico; en su mayoría son madres adolescentes o mayores, pobres, analfabetas y no hablan castellano.¹¹ Además, las mujeres que culturalmente se han desarrollado dentro de contextos en los que se reproducen de manera cotidiana actos de discriminación y maltrato en diversas esferas de sus vidas, particularmente en su sexualidad y salud reproductiva, pero también de discriminación en las instituciones de salud, cuando en la atención del parto se tiene nula consideración a sus preferencias culturales, creencias y cosmovisiones.¹²

8 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. DOF 28-01-2011. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_171215.pdf.

9 Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética*, 1(7), 25- 34.

10 Mejía-Mendoza, Martha Leticia, Laureano-Eugenio, Jorge, Gil-Hernández, Elisa, Ortiz-Villalobos, Roberto Carlos, Blackaller-Ayala, Jorge, & Benítez-Morales, Ricardo. (2015). Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(4), 242-252. <https://dx.doi.org/10.18597/rcog.291>. véase asimismo: Uribe, M., Rodríguez, K., Agudelo, M. (2015). Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular: Estudio de caso en el municipio de León – Guanajuato. México: CLACSO.

11 Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for indigenous and afrodescendant women in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2015; 38(2):96-109.

12 Venkatraman C, Joar S, Avni A, Helga F, Lale S, Françoise G, Marleen T. Twenty Years After International Conference on Population and Development: Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights? *Journal of adolescent health* 2015; 56(1): S1–S6.

En el contexto antes descrito resulta relevante visibilizar las experiencias de violencia obstétrica que viven las mujeres habitantes de contextos en desventaja estructural, toda vez que en ellas confluyen una serie de determinantes que potencian su vulnerabilidad frente a la problemática. La huasteca de San Luis Potosí se considera una de las regiones de mayor desventaja social en México, y dentro de ella, en la microrregión de la huasteca centro, según los resultados reportados en la última encuesta intercensal (2015), es donde habita el mayor porcentaje de población que habla lengua indígena en el estado.

Esta microrregión se caracteriza además por otras condiciones que han sido reconocidas como potenciadoras de vulnerabilidad frente a la violencia obstétrica, como son la condición de ruralidad, la pobreza, la desnutrición, el analfabetismo y las prácticas reproductivas asociadas al alto riesgo obstétrico.¹³

Según resultados reportados en el Diagnóstico inicial de la situación de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio de esta microrregión (2016), en los municipios de Huehuetlán, San Antonio y Tanlajás, el 100% de la población se clasifica como rural, en tanto, en cinco de los municipios la mayoría recibe un salario mínimo o menor por su trabajo. La escolaridad en la población que habita esta región es extremadamente baja, con un promedio de escolaridad de 7.2 en hombres y 7.1 en mujeres, muy por debajo del nivel nacional (8.8 y 9.2). Bajo estas condiciones, la microrregión ha sido reconocida como una de las más marginadas del estado, ya que uno de los seis municipios está clasificado como de «muy alto grado de marginación», mientras los cinco restantes se clasifican con «alto grado de marginación». Sin embargo, en general, los seis municipios están entre los 11 más marginados a nivel estatal, lo cual está relacionado con el hecho de que más del 90% de su población está considerada como rural, con un alto porcentaje de población indígena, con predominio de un ingreso salarial bajo y también de un bajo promedio de escolaridad.

Respecto de la caracterización sociodemográfica asociada con un elevado riesgo obstétrico, según lo reportado en la Encuesta Intercensal 2015, en esta microrregión se ubica el 4.3% del total de las mujeres en edad fértil del estado, y en los seis municipios

13 Mejía-Mendoza, Martha Leticia, Laureano-Eugenio, Jorge, Gil-Hernández, Elisa, Ortiz-Villalobos, Roberto Carlos, Blackaller-Ayala, Jorge, & Benítez-Morales, Ricardo. (2015). Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(4), 242-252. <https://dx.doi.org/10.18597/rcog.291>. véase asimismo: Uribe, M., Rodríguez, K., Agudelo, M. (2015). Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular: Estudio de caso en el municipio de León – Guanajuato. México: CLACSO.

que conforman la región, el grupo de edad con mayor población es el de 15-19, seguido por el de 20-24 años. Las tasas específicas de fecundidad más altas se dieron en el grupo de 20 a 24 en el municipio de Aquismón (169.6 nacimientos x 1000 mujeres en edad fértil), muy por encima de la tasa a nivel microrregión (148.1).

La tasa global de fecundidad está muy por encima del nacional (2.1), además, en esta región la situación del embarazo en adolescentes es una problemática grave, particularmente porque se presenta en niñas menores de 15 años. Para 2014, en los seis municipios se contabilizaron un total de 35 casos, cifra que puede ser mayor, toda vez que se identificaron 55 casos de mujeres cuyas edades no se especificaron.

En lo que se refiere a la incidencia de mortalidad materna por causa obstétrica, se identifica que esta microrregión posee una de las más altas tasas acumuladas en el periodo 2002-2014, donde en orden decreciente se encontró una tasa acumulada de 153.7 en el municipio de Aquismón, 146.6 en Tancanhuitz, 141.5 en Huehuetlán, 122 en Tampamolón Corona, 98.4 en San Antonio, y 92.9 en Tanlajás.

En función del contexto antes descrito, se considera relevante monitorear en todas las formas posibles, el impacto que el pilotaje del "Protocolo para la atención de mujeres en el embarazo, parto y puerperio" está generando en las experiencias que las mujeres de la MRHC asocian a sus procesos reproductivos. Urge medir indicadores cuantitativos y cualitativos que permitan estimar la pertinencia de las acciones derivadas de la implementación piloto de este protocolo, el cual surgió en 2017 a partir de los resultados recabados como parte del primer diagnóstico financiado con recursos de Unión Europea a través de AMEXCID.

II. ANTECEDENTES

Si bien la violencia obstétrica constituye una tipología de reciente configuración en el marco normativo mexicano, tiene antecedentes que se fundamentan en los derechos a la salud materna y en los derechos de salud sexual y reproductiva, en los relativos a la no discriminación y en el derecho a una vida libre de violencia para las mujeres, que vienen de tiempo atrás. Por lo que al hablar de violencia obstétrica es necesario retomar el marco normativo y legal que sustenta el derecho de las mujeres a recibir asistencia durante el embarazo, parto y puerperio, con apego a los derechos humanos. La historia de estos derechos tiene la huella de las constantes luchas de las mujeres por conquistar la autonomía sobre sus cuerpos y garantizar derechos fundamentales para la vida.

Los fundamentos internacionales nos remiten a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que sostiene que los seres humanos tenemos derechos inalienables, y toca al Estado garantizar las condiciones para mantener la vida y la seguridad física. En el artículo 5º de esta declaración se establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, el acceso a la salud como un derecho humano, en especial a la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales. Y se enfatiza que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

La conferencia de Bucarest (1974), y la Primera Conferencia sobre la Mujer (1975), reconocieron que las funciones productivas y reproductivas de la mujer, están vinculadas

a las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales, jurídicas y religiosas que limitaban el adelanto de las mujeres y que ante ello tocaba a los estados parte de estas conferencias, generar condiciones que garantizaran el respeto a los derechos humanos de las mujeres.

Más aún, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979), reafirmó que el Estado debería tomar las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre (artículo 3). Esta Convención confirma asimismo el derecho de las mujeres a decidir en cuanto a la reproducción. Señala con firmeza que el Estado tiene la obligación de incluir la educación sexual dentro del sector educativo, tal como hace en el sector salud; de igual manera, insta a realizar las acciones necesarias para promover que las mujeres decidan libremente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, contando con la información, la educación y los medios que les permitan ejercer tales derechos (artículos 10h y 16e).

Fue en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en 1994 en El Cairo, donde se reiteró la accesibilidad de los servicios de planificación familiar y en donde se enuncia de manera clara lo referente a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos universales basados en la inherente libertad, dignidad e igualdad de todos los seres humanos.

En México, el artículo 4º de nuestra Constitución, señala que hombres y mujeres son iguales ante la ley y que “toda persona tiene derecho a decidir sobre el número de sus hijos, a la protección de la salud, a un medio ambiente adecuado, a disfrutar de vivienda digna”. Asimismo, señala que los pueblos y comunidades indígenas tienen derecho a la libre determinación y a la autonomía. Por lo que se deben respetar sus garantías individuales, los derechos humanos y la dignidad e integridad de las mujeres de estos pueblos. Así, se confirma su derecho a preservar sus conocimientos indígenas ancestrales, sus lenguas y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad.

Cabe decir que la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en México y en nuestro estado, establece como violencia contra las mujeres: “Cualquier acción y omisión no accidental que perjudique a las mujeres, basada en su género, que les cause daño psicológico, físico, patrimonial, económico sexual o la muerte.” Para el caso de San Luis Potosí, se adicionó el 30 de julio de 2015, el concepto de violencia obstétrica,

señalada como: *“Todo abuso, acción u omisión, negligente y dolosa que lleve a cabo el personal de salud, de manera directa o indirecta, que dañen, denigren, discriminen y den un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio; que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad”*. Las expresiones que marca la ley son:

- a. Prácticas que no cuenten con el consentimiento informado de las mujeres, como la esterilización forzada.
- b. Omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas.
- c. No propiciar el apego precoz del bebé con la madre, sin causa médica justificada.
- d. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante su patologización, abuso de medicación, o uso de técnicas de aceleración, sin que ellas sean necesarias.
- e. Practicar el parto vía cesárea sin autorización de la madre, cuando existan condiciones para parto normal, y cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

El presente estudio se basa en el marco legal para establecer configuraciones de actos de violencia obstétrica. Asimismo, se retroalimenta también de los resultados y la experiencia de investigación realizadas en nuestra entidad para la producción de datos locales, como el “Diagnóstico inicial de la situación de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio de la Microrregión Huasteca Centro, SLP” (2016), realizado por el Instituto de las Mujeres del Estado, a través de la contratación de los servicios de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, que aporta valiosa información sobre las perspectivas de la salud sexual y reproductiva en la MRHC, recuperando voces de mujeres embarazadas, madres y personal de salud, ofreciendo una mirada cultural y de políticas públicas. Propone crear indicadores que puedan dar cuenta de la violencia obstétrica, haciendo un valioso acercamiento a la magnitud del problema y las formas del fenómeno.

El presente estudio se enfoca en hacer esfuerzos de medición y de tratar de objetivar estadísticamente las categorías que enuncia la ley y que ya la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2016) ha experimentado en las encuestas a mujeres. Agregamos en el instrumento recursos que ayuden a identificar los saberes de las mujeres sobre su cuerpo, así como un ordenamiento y codificación más clara de elementos que podrían configurar experiencias de violencia obstétrica.

III. METODOLOGÍA

3.1. OBJETIVOS

3.1.1. Objetivo general del estudio:

Describir las expresiones de violencia obstétrica que manifiestan y viven las mujeres en edad reproductiva en la Microrregión Huasteca Centro (MRHC).

3.1.2. Objetivos específicos:

3.1.2.1. Identificar las características sociales, demográficas, económicas, culturales y de salud de mujeres de 15 a 49 años, que están o estuvieron embarazadas en los últimos 12 meses. Se consideran, de este modo, los siguientes aspectos:

- a. Sociales: tipo de familia.
- b. Demográficas: domicilio, edad, estado civil, escolaridad,
- c. Económicas: Ingreso económico.
- d. Culturales: etnia, religión.
- e. Salud: Control prenatal y de puerperio (Médico, partera, otro); lugar de resolución del embarazo (Médico, partera, otro); aborto, cesárea. Método de Planificación Familiar (PF) actual y tipo.

3.1.2.2. Identificar las expresiones de violencia obstétrica que señalan las mujeres que sufrieron por parte del personal de salud, de acuerdo a los indicadores que se establecen para la medición de la violencia obstétrica en la más reciente Encuesta Nacional de la Dinámica de los Hogares (ENDIREH 2016).

3.1.2.2. Identificar los patrones culturales y factores generadores de violencia obstétrica que experimentan las mujeres de 15 a 49 años, que están o estuvieron embarazadas en los últimos 12 meses.

3.2. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

3.2.1. Tipo de estudio:

Se hizo un estudio diagnóstico con metodologías mixtas (perspectiva cuantitativa y cualitativa), enfatizando el corte estadístico descriptivo, con el fin de generar datos que posibiliten medir rasgos y expresiones de las experiencias de violencia obstétrica, y que permita, de ser el caso, realizar futuras mediciones para dar seguimiento a los cambios que generen las intervenciones de política pública. Mediante la producción de datos duros derivados de una encuesta aplicada a mujeres de la región de estudio, se exploran y miden prácticas relacionadas con experiencias de atención obstétrica a las mujeres de la MRHC, que en su mayoría son pobres e indígenas. Para ello empleamos tanto instrumentos ya valorados como eficaces para detectar violencia obstétrica por ENDIREH, como otros que buscan configurar patrones culturales y exploran sus conocimientos y saberes sobre la anatomía del cuerpo y el lenguaje médico. En todo momento se acompañó el estudio con traductoras bilingües, para recuperar con exactitud las expresiones y respuestas de las mujeres participantes en el estudio.

Asimismo, se exploraron datos de contextos que afectan a las mujeres tales como las características socioeconómicas y culturales, los años de estudio, la ubicación territorial, la adscripción étnica, condición etaria, nivel de ingresos, etcétera, mismos que constituyen indicadores del nivel de vulnerabilidad en relación a este tipo específico de violencia. Los grupos focales realizados, por otra parte, aportan datos de casos específicos, a partir de conversaciones colectivas que generan narrativas posicionadas, que develan experiencias concretas que viven las mujeres y las formas en que subjetivan la experiencia de ser madres en el sistema de salud pública.

En este sentido, con datos cuantitativos y cualitativos, se aspira a la construcción de categorías que posibiliten identificar referentes estructurales, locales y culturales, así como prácticas específicas generadoras de violencia obstétrica que afectan a las mujeres de 15 a 49 años, que estuvieron embarazadas y vivieron un parto, en los últimos 12 meses, en esta microrregión.

Tanto en la parte cuantitativa como en la cualitativa, se procura establecer relaciones con indicadores que produzcan indicadores medibles y datos locales que nos permitan dialogar con los estudios nacionales existentes, particularmente con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, que en su última versión (2016) incluyó por primera vez, el tema de la violencia obstétrica.

Para la parte cuantitativa del estudio se hizo un diseño no experimental, descriptivo-correlacional y de corte transversal.

3.2.2. Sobre los tiempos y área de estudio:

El estudio se realizó en el periodo noviembre-diciembre de 2018, compensando el poco tiempo con la participación de un grupo interdisciplinario más grande. Las participantes en la encuesta fueron 259 mujeres con edades entre 15 a 49 años que estuvieron embarazadas y dieron a luz en los últimos 12 meses, habitaban en los municipios que conforman la MRHC: Aquismón, Huehuetlán, San Antonio, Tampamolón Corona, Tancanhuitz y Tanlajás. La convocatoria fue abierta e impulsada por diferentes instancias y también se aplicaron en comunidades y mercados. Se trabajó con todas las mujeres que acudieron a nuestra invitación, incluso hubo más participantes de las que preveíamos y también se incluyen en el estudio.

Ilustración 1.
Microrregión Huasteca Centro



3.2.3. Criterios del estudio y selección de informantes:

3.2.3.1. De inclusión:

- Mujeres cuyos domicilios permanentes se encuentren en alguno de los seis municipios que conforman la MRHC.
- Mayores de 15 y menores de 49 años.
- Mujeres cuyo último parto haya acontecido dentro de los últimos 12 meses, independientemente de la forma en que éste se haya resuelto y del lugar donde tuvo lugar (institucional, en casa o mediante atención con partera).

3.2.3.2. De exclusión:

- Mujeres que una vez informadas de la naturaleza del estudio, no deseen participar.
- Que no den su consentimiento informado, ya sea verbal o por escrito, para hacer uso de la información.

3.2.3.3. De eliminación:

- Mujeres que independientemente de haber aceptado participar, decidan en el trayecto de la investigación no hacerlo más.

3.2.4. Estrategia de selección de informantes:

En la investigación se realizó un estudio estadístico que aportó datos duros sobre los indicadores que expresan la intensidad y configuración de la violencia obstétrica en la MRHC del estado de San Luis Potosí, aplicando una encuesta que dialogue con el enfoque de ENDIREH 2016. Se produjeron datos que coadyuvan a detectar y conocer sistemáticamente las características y patrones de este tipo particular de violencia, a través de esto logran proponerse indicadores para monitorear el comportamiento del fenómeno en la región.

Como ya se mencionó, el universo estuvo constituido por mujeres cuya edad osciló entre los 15-49 años, que estuvieran embarazadas o hubiesen sido madres en los últimos 12 meses en la microrregión Huasteca. Una vez que se tuvo acceso a las características demográficas de las mujeres de esta región, se procedió al cálculo probabilístico de la muestra, buscando que la magnitud del sesgo fuese mínima y posibilitara generalizar

resultados y conclusiones a partir de la representatividad de las participantes que habitaban en los diferentes municipios de la región.

3.2.5. Diseño del estudio estadístico:

Se empleó una estrategia de muestreo estratificado que hiciera posible la representatividad significativa de mujeres en cada municipio. La fórmula para calcular la muestra tuvo con un nivel de confianza del 95% y un margen de error estándar de +/- 3%.

$$n = Z_{\alpha}^2 * p * (1-p) / E^2 = (1.96)^2 * (0.95) * (0.05) / (0.03)^2 = 202.75 \approx 203.0$$

En función al cálculo antes señalado, se determinó la muestra de población a encuestar y una vez conocido el tamaño de la población, se realizó el ajuste para tamaño de muestra con la siguiente fórmula: $n_a = n / (1 + n/N)^{1.2}$. Se compensó el número de muestras con el 20% más de encuestas para compensar un probable error muestral. Consecuente con lo anterior se obtuvo que el tamaño de la muestra sería de **245**. Considerando la proporción de la población total de los municipios de estudio se calculó el número de encuestas a realizar. Resultando como se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla 1.
Encuestas calculadas y realizadas por Municipio

MUNICIPIO	NÚMERO DE ENCUESTAS CALCULADAS	NÚMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS
Aquismón	92	101
Huehuetlán	30	32
San Antonio	18	18
Tampamolón Corona	29	29
Tancanhuitz	39	41
Tanlajás	37	38
TOTAL	245	259

Como se observa en la tabla, en algunos casos se aplicaron más cuestionarios de los calculados para cada municipio, por lo que el nivel de confianza fue más representativo en el estudio, disminuyendo el nivel del error, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$E = [(Z\alpha^2 * p*(1-p)) / n]^{1/2} = [((1.96)^2 * 0.95*(0.05)) / 259]^{1/2} = 0.026$$

El error estimado para el estudio disminuyó del +/- 3% al +/- 2.6%. Se procuró un muestreo y realización de encuestas y entrevistas selectivas, asegurando la inclusión de informantes que posibilitaran comprender el fenómeno desde las siguientes categorías socioeconómicas, culturales y demográficas:

Tabla 2.
Variables sociodemográficas y categorías de representación

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	CATEGORÍAS DE REPRESENTACIÓN
Etnia	Mujeres no indígenas Mujeres náhuatl Mujeres tének
Ingreso mensual	Menor a \$3,355.00 \$3,356.00 a \$6,788.00 Más de \$6,789.00
Estado civil	Madres solteras Casadas En unión libre Separadas Divorciadas
Edad	Adolescentes (menores de 19 años) Mujeres en la denominada "edad reproductiva" (19-35 años) Mujeres grandes para la reproducción (mayores de 35 años y menores de 49)
Educación	Analfabetas Sabe leer y escribir Escolarizadas

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	CATEGORÍAS DE REPRESENTACIÓN
Estado de salud	Sin diagnóstico de enfermedad crónica Con diagnóstico de enfermedades crónicas En situación de discapacidad
Idioma	Habla castellano Sólo habla lengua indígena Habla castellano y lengua indígena
Acceso a servicios de salud	Con acceso a seguridad social Sin acceso a seguridad social Con acceso de programa de protección en salud Sin acceso a programas de protección en salud
Religión	Practicante de una religión No practicante de ninguna religión

El número de participantes en el estudio, así como el número de entrevistas realizadas se determinó considerando la saturación temática de los datos.

3.2.6. Instrumentos de investigación y recolección de datos:

Para la construcción del instrumento se trabajaron 36 preguntas que exploran las cinco categorías contenidas en el concepto de violencia obstétrica que incorpora la LEAMVLV en San Luis Potosí:

- 1) Discriminación,
- 2) Negligencia,
- 3) Abuso,
- 4) Acción u omisión intencional, y
- 5) Negación de la autonomía.

Asimismo, se integró un apartado que explora conocimientos que tienen las mujeres en relación con su cuerpo y los procesos reproductivos a partir de dibujos sobre la representación anatómica de los órganos reproductores de la mujer, la fisiología de un parto y las posiciones del parto, hegemónicas y no hegemónicas en el sistema de salud pública.

El instrumento inicia con un apartado de datos generales para configurar los perfiles sociodemográficos de las mujeres encuestadas, que permiten aplicar el análisis interseccional de variables tales como: Edad, domicilio, tipo de conyugalidad, número de hijos y sus edades, ocupación, etnia y lengua, acceso a la tierra y a la propiedad, cargos y responsabilidades comunitarias, años de escolaridad, religión, estado de salud y/o discapacidad, acceso a servicios de salud durante el embarazo y recursos monetarios para procurar esta atención, entre otros. (Véase el instrumento aplicado en anexo 1).

3.2.7. Sobre las técnicas de recolección de información:

3.2.7.1. Investigación documental, bibliográfica y hemerográfica

Desde un inicio, se tomaron en cuenta las bases de datos de CONEVAL e INEGI, ENDIREH, así como trabajos de los centros documentales de instituciones estatales, municipales y federales; también se revisaron los reportes de información y producción de conocimiento o de sistematizaciones que se generan desde las instituciones habilitadas para atender el problema de la violencia obstétrica.

3.2.7.2. Encuesta

Una vez diseñado el instrumento, se procedió a su pilotaje y se atendieron las recomendaciones emitidas por el comité evaluador. Se hicieron ajustes con la finalidad de comprobar que la escala de Likert aplicada para la medición del indicador fuera clara y adecuada. A la vez, se hizo un diseño que permitiera recuperar datos cuantitativos y cualitativos. En todos los casos se solicitó el consentimiento informado para aplicar la encuesta y realizar los grupos focales, y por lo tanto, se cuenta con las cartas firmadas de todas las participantes. La encuesta se aplicó ajustándola a la forma de una entrevista llevada a cabo por mujeres encuestadoras previamente capacitadas y hablantes de idiomas indígenas. En la estrategia de trabajo de campo se incluyó a dos becarias con formación en psicología y en derechos humanos, para que apoyaran a las usuarias encuestadas, tanto en casos de una probable crisis emocional como para aportar algún conocimiento y asesoría a las mujeres encuestadas que lo requirieran. Asimismo, se proporcionó a todas las mujeres participantes material informativo sobre temas de violencia de género.

3.2.7.3. Grupos Focales

Los Grupos Focales (GF) son una técnica de investigación que recoge información a lo largo de la discusión guiada de un grupo sobre un tema determinado por el investigador. El GF es un método de recolección de información cuya riqueza radica en el hecho de que provoca procesos reflexivos derivados de la interacción de un grupo de personas que viven una experiencia común y donde el rol del investigador, aunque es crucial no es protagónico.

Los participantes generalmente deben conocer los objetivos del estudio y aceptar colaborar en el mismo. En este sentido, aceptan compartir públicamente sus puntos de vista, y ser observados, e incluso ser grabados en audio o video. Se convoca generalmente a grupos pequeños de entre 8 y 10 personas. Es recomendable que sean grupos que compartan ciertas características para generar confianza y que el tema a tratar les interese. La técnica de grupo focal para el presente estudio fue muy importante porque permitió invitar al diálogo entre las mujeres participantes quienes además fueron con todo y sus bebés. Recuperamos así puntos de vista de las mujeres interactuando con otras similares de otras localidades, que no se podrían conocer sin esta interacción. Por ello se convirtió en un momento único e irrepetible, pues un comentario genera diferentes reacciones y respuestas entre las mismas personas que participan en el grupo.

Se realizaron cuatro grupos focales con las siguientes características:

1. GRUPO FOCAL 1 (mujeres indígenas de la MRHC. Menores de edad. Solas o unidas).
2. GRUPO FOCAL 2 (mujeres indígenas de la MRHC. Mayores de 35 años. Solas o unidas).
3. GRUPO FOCAL 3 (mujeres indígenas de la MRHC en edad reproductiva [19-35 años] con baja escolaridad. Solas o unidas).
4. GRUPO FOCAL 4 (mujeres indígenas de la MRHC en edad reproductiva [19-35 años] con más de 10 años de escolaridad. Solas o unidas).

Se trabajaron dos bloques de preguntas. El primero para todos los grupos, asociado a las categorías que se trabajan en la LGAVLVM, agregando el término de discriminación, que fue una dimensión que cobró relevancia en los resultados obtenidos en el primer diagnóstico (cualitativo), realizado en 2016, y otro bloque de preguntas asociadas a las particularidades de cada grupo. (Véase guía de grupo focales en anexo 2).

A continuación se describe cada una de las dimensiones consideradas para la exploración de prácticas asociadas a violencia obstétrica:

1. **Discriminación:** Toda acción u omisión realizada por personas o instituciones, en las que se da un trato diferente a una persona, grupo o institución en términos diferentes al que se da a sujetos similares, de los que se sigue un prejuicio o consecuencia negativa para el receptor de ese trato. Se considera que estas acciones tienen el potencial para provocar un daño psicológico y entorpecer la atención oportuna.
2. **Negligencia:** Todo acto realizado por parte de un proveedor de asistencia sanitaria que se desvía de los estándares aceptados en la comunidad médica (guías de práctica clínica), con potencial para lesionar a las pacientes; implica también, no tener la diligencia requerida para el caso particular. Se considera que estas acciones poseen potencial para provocar daño físico tanto en la madre como en el producto de la concepción.
3. **Abuso:** Se entiende este desde el contexto del abuso de autoridad o poder, que se refiere a la existencia de prácticas de intercambio social en las que se ejecuta una conducta basada en una relación de poder, jerarquizada y desigual, donde la autoridad o individuo tiene y ejerce poder sobre el otro, ostentándose dueño de conocimiento y desacreditando desde esta noción los conocimientos, deseos y derechos de las mujeres. Se considera que estas acciones poseen potencial para provocar daño físico y psicológico, sin embargo, su mayor gravedad radica en que son prácticas que llegan a institucionalizarse e incidir en formas de violencia «normalizadas».
4. **Acciones u omisiones intencionales.** Serie de prácticas con potencial para daño psicológico y físico, que se realizan o dejan de realizarse con la finalidad de dominar, someter, controlar o agredir de manera física o verbal a las mujeres. En este segmento se incluye, haciendo mención aparte, los aspectos que tienen relación como la negación de la autonomía, entendida como la negación individual o institucional de la capacidad que tienen las mujeres para establecer sus propias normas y regirse por ellas a la hora de tomar decisiones sexuales y reproductivas. Se consideran de naturaleza sumamente grave, ya que contradicen derechos reconocidos tanto en instrumentos internacionales como en la propia Constitución Mexicana

Ilustración 2.
Configuración de los grupos focales del estudio



3.2.8. Estrategia de trabajo de campo

Las mujeres participantes en el estudio fueron convocadas de manera abierta, y lo hicieron en forma voluntaria y suscribiendo un documento de consentimiento informado. En el caso de las mujeres menores de 18 años, se consideró que el establecimiento de vida en pareja constituía la consolidación de la emancipación, consecuentemente tenían autonomía para decidir participar o no en el estudio.

En los municipios seleccionados, se contó con el apoyo de becarias investigadoras y la aplicación se hizo en espacios públicos y/o de hospitales o de la municipalidad. Los

espacios son importantes para crear un ambiente adecuado, pues no sólo se recuperan datos, sino se interactúa con las mujeres y sus bebés, sus historias y sus expectativas. Incluso se aporta información para ellas y se les sensibiliza sobre sus derechos a la salud. En la mayoría de los casos, como se podrá ver en las evidencias fotográficas y videográficas, se contó con espacios adecuados para el estudio, se ofreció un refrigerio a las madres y en algunas ocasiones se hizo ludoteca para los niños más grandes, pues los pequeños recién nacidos todo el tiempo estuvieron con sus madres, quienes incluso les daban leche materna mientras nos respondían. Lo sorprendente es que no se rompía el flujo de las conversaciones y reflexiones. Podemos que ver que todas ellas pueden estar escuchando, participando y acariciando o alimentando a sus pequeños a lo largo del estudio.

Se realizó y llevó adelante un cuidadoso diseño de trabajo de campo, que incluyó desde oficios de invitación a autoridades, visitas personalizadas a instituciones, hasta el traslado a comunidades donde se tuvo conocimiento de mujeres que cubrían las características del estudio. La estrategia logística fue importante para manejar nuestro escaso tiempo, asignar responsabilidades, contratar proveedores de alimentos, y al mismo tiempo capacitar a las investigadoras para el manejo de las guías para la aplicación de la encuesta, así como de los grupos focales.

3.2.9. Técnicas de análisis de resultados estadísticos

Las 259 encuestas fueron capturadas y procesadas en el programa Excel. Inicialmente trabajando las preguntas cuantificables y posteriormente construyendo rangos para las preguntas semiestructuradas. El análisis estadístico se realizó con el programa SAS para Windows versión 9.1, obteniendo estadística descriptiva. Aspiramos también a trabajar cruces e hipótesis, medidas de tendencia central y correlaciones entre los indicadores y las variables sociodemográficas.

Desarrollaremos el análisis de los discursos en forma selectiva y en apartados especiales de este documento. Son datos fundamentales para conocer las relaciones entre las categorías y subcategorías del estudio a partir de los códigos vivos expresados en las narrativas generadas en la interacción con las mujeres participantes en el estudio. El análisis interseccional se trabaja con datos específicos de mujeres que aportaron información de las distintas posibilidades dentro de cada variable, como se muestra en el cuadro [de la página 19] sobre variables sociodemográficas y categorías de representación.

IV. RESULTADOS

4.1. AQUISMÓN

4.1.1. Caracterización sociodemográfica

Según estadísticas de INEGI para 2015, este municipio cuenta con una población total de 48,772 habitantes; con un mayor porcentaje de hombres (50.1) que de mujeres (49.9). El 88.6% de la población es indígena. Es el segundo municipio con más alto grado de marginación en el estado de San Luis Potosí (CONAPO, 2010).

En lo que respecta al acceso a la educación, 17% de la población no tiene escolaridad, el 67.8% cuenta con el nivel básico de educación, 12.8% con educación media superior y únicamente el 2.3% con educación superior. En relación con el acceso a seguridad social, 93% de la población se encuentra afiliada a algún tipo de servicio de salud y dentro de esta población el 95.3% recibe atención a la salud a través del Programa Seguro Popular (INEGI, 2015).

4.1.2 Caracterización de la muestra

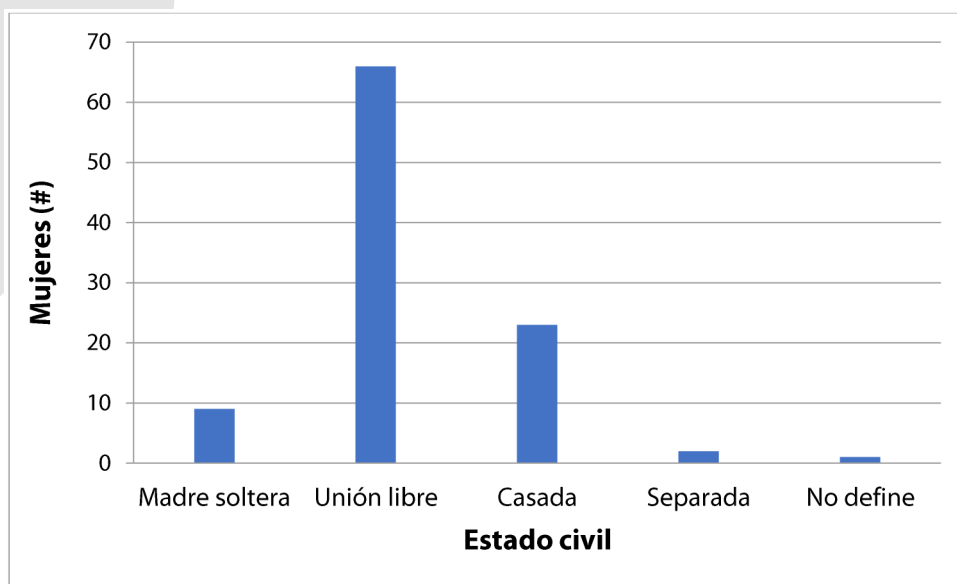
4.1.2.1. Domicilio de las encuestadas

Los resultados que se reportan para este municipio derivan de información proporcionada por 101 mujeres, de las cuales 39 (38.6%) habitaban en comunidades del interior del municipio, 59 (58.4%) en viviendas adscritas a la cabecera municipal y tres (3%) no especificaron sobre este dato. Su promedio de edad fue de 29.5 años, con una mínima de 15 y una máxima de 41 años.

4.1.2.2. Estado civil

En lo que respecta al estado civil, 66 (65.3%) refirió vivir en unión libre, 23 (22.8%) están casadas, dos separadas (2%) y nueve (8.9%) se refieren como madres solteras. (Ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Estado civil de las mujeres encuestadas. Aquismón



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo

4.1.2.3. Ocupación, cargos y adscripción étnica

En cuanto a la ocupación, 89 (88.1%) refirieron dedicarse a las labores del hogar, 10 (9.9%) tienen un empleo, una (1%) es estudiante y otra (1%) prefirió no responder esta pregunta.

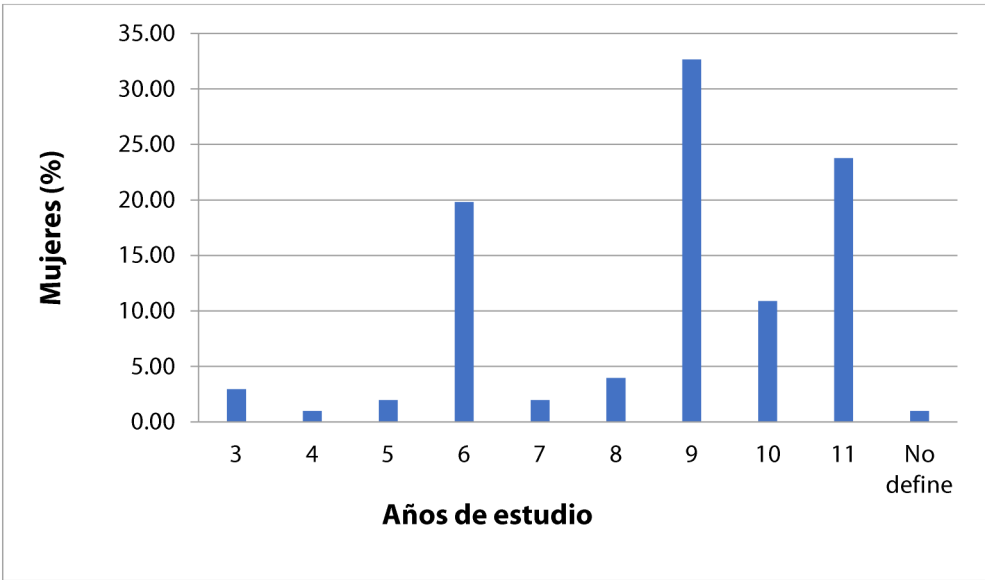
Las mujeres que trabajan tienen un ingreso semanal de entre \$500.00 y \$1,200.00. Once mujeres (11%) refieren tener otro tipo de ingreso, 8 (7.9%) de ellas pertenecen al programa PROSPERA, dos de ellas (2%) reciben ingreso de un negocio familiar y una de ellas (1%) no especificó respuesta. Un 14.9% (15) de la muestra son propietarias o ejidatarias. Catorce (13.8%) de las mujeres señalaron desempeñar algún cargo dentro de la comunidad, cinco como vocales de PROSPERA, cuatro como vocales o auxiliares de salud, una en la iglesia y cinco con responsabilidad dentro de comités de la escuela; una de las mujeres desempeña dos cargos.

En relación con la adscripción étnica, 83 (82.2%) dijeron pertenecer a una comunidad indígena. El 86.1% (87) tiene como idioma el Tének y 4% (4) el Náhuatl. Respecto a la religión, 61 (60.4%) se asumieron católicas, una (1%) evangelista, cuatro cristianas (4%), y 35 mujeres (34.6%) prefirieron no responder esta pregunta.

4.1.2.4. Escolaridad

Sobre los años escolares cursados, el grupo manifestó un promedio de 8.6 años, con una moda de 9, un mínimo de 3 años y un máximo de 11. (Ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Años de estudios cursados por las mujeres encuestadas. Aquismón



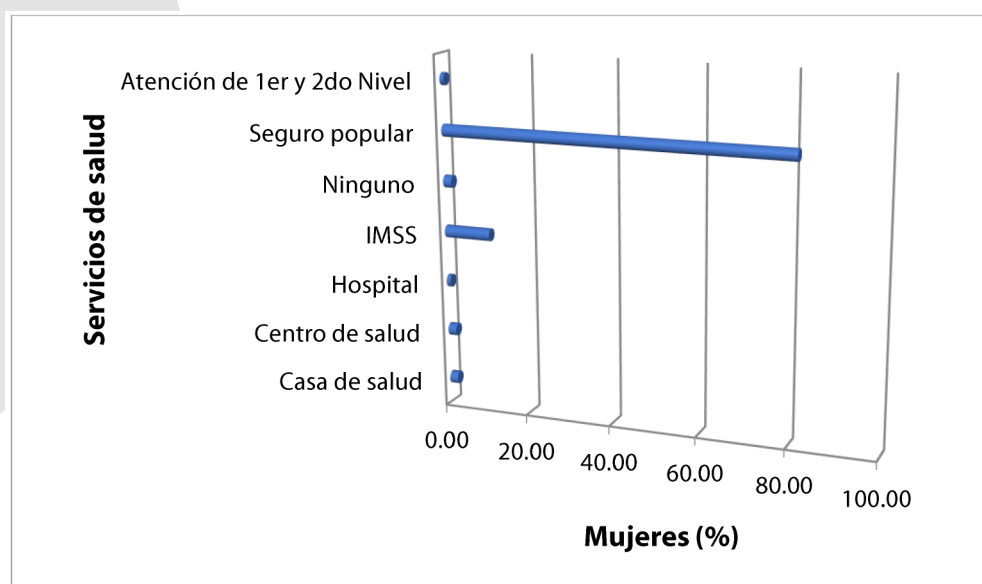
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.1.3. Acceso a la salud durante el embarazo

En lo que respecta a su percepción de la propia salud, ocho (7.9%) no se consideran sanas, cinco refieren tener problemas de la hipertensión y tres presentaban anemia. Dos (2%) de las mujeres tenían ceguera y tres (3%) de ellas habían sido diagnosticadas con problemas mentales, dos con depresión y una con ansiedad.

En lo que respecta al acceso a servicios de salud, 11 (10.9%) de las mujeres pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 88 (87.1%) refirieron acceder a través de los servicios de salud y dos de ellas (2%) no cuentan con ningún tipo de servicio de salud. En la gráfica 3 puede observarse que aun cuando buscó recuperarse el dato exclusivo de derechohabiencia, las mujeres señalaron no sólo esta, sino el lugar a donde acudieron para recibir la atención durante el embarazo, dado que esto es lo que es significativo para ellas, se incluyó también como parte de esta variable.

Gráfica 3. Tipo de derechohabiencia referida por las mujeres. Aquismón



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.1.3.1. Revisión médica prenatal

En función de lo anterior, 96 (94%) dijeron haber acudido al médico para llevar el control prenatal, tres (3%) señalaron haberlo llevado con partera y tres (3%) no llevaron ningún tipo de control. En cuanto al número de consultas recibidas durante la etapa prenatal, se encontró un promedio de 7.2 consultas, con una mínima de 1 y una máxima de 13. (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de revisiones médicas. Aquismón.

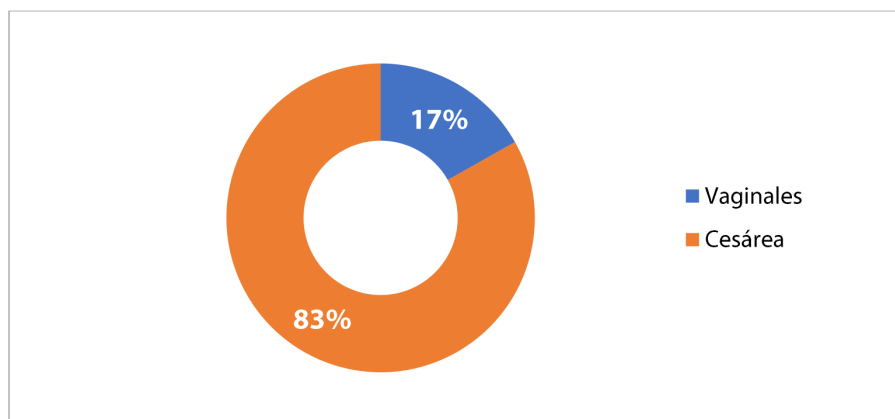
REVISIONES MÉDICAS	
Rango de revisiones	Mujeres (%)
0	0.0
1 a 4	11.9
5 a 10	74.3
más de 10	5.9
No responde	7.9

Fuente: Elaboración propia a partir de información recabada en trabajo de campo

4.1.3.2. Evolución de embarazo y resolución del parto.

Respecto a la evolución de sus últimos embarazos, 17 mujeres (16.8%) refirieron haber presentado alguna complicación durante éste, ocho asociadas a amenaza de parto pretérmino, seis por preclampsia y tres más por otras enfermedades o infecciones. Respecto a la estrategia mediante la cual se resolvió el parto, se encontró que 84 (83.2%) tuvieron partos vaginales y 17 (16.8%) cesárea. (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Estrategia de resolución del parto. Aquismón



Fuente: Elaboración propia a partir de información recabada en trabajo de campo

4.1.3.3. Consejos de cuidado, médicos y no médicos

Las mujeres de la muestra refirieron haber recibido múltiples consejos respecto al cuidado que amerita el embarazo, 87 (86.1%) por parte del médico o enfermera, 52 (51.5%) de sus madres, 52 también por parte de sus esposos, 35 de sus suegras (34.36%), 17 (16.8%) de sus amigas, 15 (14.8%) de otras personas y 6 (5.9%) por parte de la partera.

Algunos de los consejos que les daban, pueden reflejar las creencias que se tienen en las comunidades indígenas respecto el embarazo. Dentro de estos consejos muchas de ellas mencionaron que sus suegras y madres les decían *“que me ponga listón rojo y seguro para que no me echen ojo”*. Respecto a esta práctica se tiene la creencia de que *“echar el ojo”* puede afectar la salud de los niños. Una de ellas mencionó que su madre le dijo *“que no tenga miedo que todo va saliendo, que me ponga listón rojo y seguro porque si no nace con discapacidad”*; otra de las mujeres dijo que una de sus amigas le dijo *“que me cuide bien, que no durmiera tanto porque se complica el parto, porque se te pega el bebé”*.

En lo que respecta a los cuidados que deben implementarse en el puerperio, las mujeres refirieron también múltiples consejeros que acompañan en esta etapa del ciclo reproductivo, 81 (80.2%) los recibieron por parte del médico o enfermera. Entre los consejos recibidos mencionaron por ejemplo que: *“me recomendó buena alimentación, que le de pecho al bebé hasta los 6 meses”*; 47 (46.5%) los recibió de su madre; 31 (30.7%) de su suegra; 15 (14.8%) de la partera; 9 (8.9%) de sus amigas y 10 (9.9%) de otras personas en la comunidad.

Entre los consejos que daban las mujeres de la comunidad se encuentran aquellos que aludían aspectos relacionados con su alimentación y la finalidad de producir *“suficiente”* leche, como *“tomar atole”* y *“hacer tés”*; también les daban consejos para evitar que *“la leche se vaya”* como los siguientes: *“que no me bañara con agua fría”, “no acercarse al fogón, no salir”, “(que) no me acercara a la lumbre, que no cocinara”, “que me vendara y me sacara la leche que le quedaba, que me lavara con agua tibia”, “que no saliera porque agarraría aire”*. Entre los consejos que les daban para evitar esfuerzos que pudieran originar evisceraciones o hernias se encuentran los siguientes: *“cuidarse, no barrer la casa porque el polvo hace que se caiga la matriz”, “que no haga fuerza, que esté en cama y no quiero”*. Con respecto a los consejos para el cuidado del bebé les aconsejaron *“que no lo deje llorar mucho tiempo, porque el ombligo se le infla y quererlo mucho”, “que no comiera tomates, ni huevos porque le haría daño”*.

4.1.4. Sobre la experiencia del parto.

De las mujeres encuestadas 40 (39.6%), fueron madres primerizas en 2018. Respecto de cómo fue su experiencia del último parto, 35 (34.6%) consideraron que su parto fue doloroso (*"fue doloroso, me cosieron muy feo, no me cerraba la herida"*); 19 (18.8%) tuvieron complicaciones en su embarazo; para 13 (12.9%) el embarazo fue rápido; 14 (13.9%) estuvieron entre uno y cinco días en labor de parto, una de ellas mencionó (*"duré una semana hospitalizada, me provocaron el parto y no sentí dolor, y como pedí que me hicieran OTB, no supe si me la hicieron, porque no me dejaron preguntar si se tenía que hacer ultrasonido para saber"*). Otra mujer relató (*"estuve tres días en la Casa de la mujer embarazada, después tres días estaba muy nerviosa, tenía miedo, había tres mujeres más en la sala de parto y eso me estresó, dijeron que me llevarían a Valles por la presión alta y en eso nació"*). Cuatro de ellas (4%), dijeron que habían recibido una buena atención por parte del personal de salud, una de ellas que fue atendida en el Hospital de Axtla comentó (*"fue cesárea, fue un episodio muy importante y me trataron muy bien, en ese sentido estoy contenta"*); al contrario, cinco de ellas (4.9%), declararon no haber recibido un buen trato por parte del personal de salud. Se encontró que 30 (29.7%) reconocieron pensar que su condición indígena había influido negativamente en la vivencia de su parto, algunas consideraron que el no hablar y entender español, es lo que complica la comunicación con el personal de salud. Los resultados mostraron que 34 (33.7%) sintieron que su vida estaba en peligro en el momento del parto, todas ellas atribuyeron su sobrevivencia al funcionamiento de las instituciones de salud y su personal.

En lo que concierne al lugar o espacio en que fue atendido su parto, 67 (66.3%) dijeron haber tenido a su último hijo en hospital o clínica, 33 (32.8%) no especificaron, y una (1%) tuvo su parto en su casa, esto sucedió debido a que no se había dado cuenta que estaba embarazada, hasta que inició labor de parto.

4.1.4.1. Conocimiento de su cuerpo y de la fisiología del parto

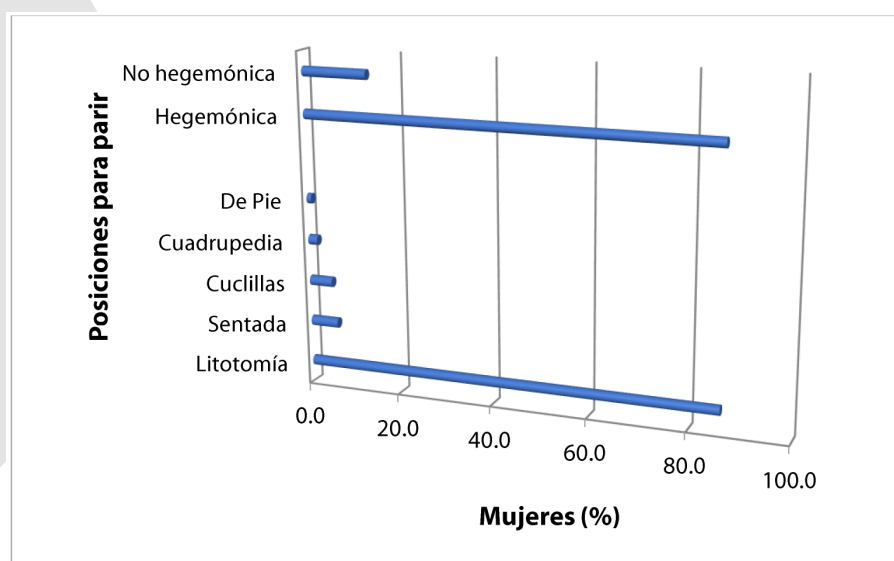
Es importante destacar que 33 (32.7%) de las mujeres reconocieron haber vivido su experiencia de parto sin jamás haber recibido información sobre la naturaleza de dicho proceso. Lo anterior se confirmó cuando se les pidió que explicaran las imágenes que se incluyeron en la encuesta. En este ejercicio se pudo observar que a pesar de que 93 mujeres (92.1%) reconocen el dibujo de los órganos sexuales femeninos, no lograron hacer lo mismo con las imágenes que aludían a la dilatación, expulsión y alumbramiento. Menos de la mitad (47.5%, 48 mujeres), explicaron la imagen de la dilatación, únicamente

el 13.9% (14) reconoció la imagen de la expulsión, y 8.9% (9) la del alumbramiento.

4.1.4.2. Reconocimiento de agencia durante el parto

Por otra parte, aunque 87 mujeres (86.1%) dijeron estar conformes con la posición de litotomía para resolver sus partos, el resto (13.9%) reconoció que hubieran preferido ser atendidas en posiciones distintas a la antes señalada, entre las posiciones que hubiesen preferido, cinco (4.9%) señalaron la de “en cuclillas”, otras dos (2%) la “cuadropedia”, seis (5.9%) dijo que hubiese sido mejor la posición “sentada” y otra más (1%) en la posición de pie, (ver Gráfica 5).

Gráfica 5. Posiciones preferentes para parir de las mujeres encuestadas. Aquismón

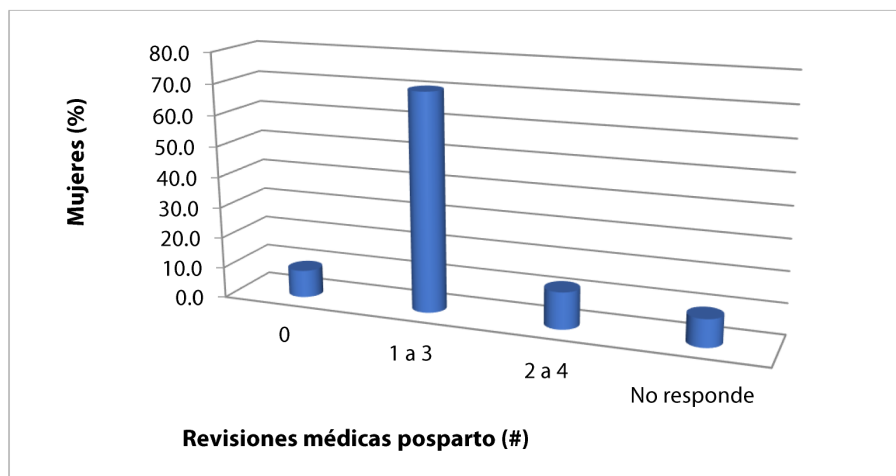


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.1.4.3. Revisión médica posparto

Al preguntarles sobre las revisiones médicas posparto, 71 (70.3%) de las mujeres recibieron entre una y tres revisiones, 12 (11.9%) entre dos y cuatro consultas, una (8.9%) no recibió ninguna. Lo anterior puede observarse en la Gráfica 6.

Gráfica 6. Número de revisiones médicas posparto de las mujeres encuestadas. Aquismón



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.1.5. Experiencias asociadas a violencia obstétrica en el último parto.

En cuanto a la experiencia específica de estas mujeres con prácticas asociadas a la violencia obstétrica, se identificaron los siguientes resultados:

4.1.5.1. Experiencias asociadas a discriminación

Tabla 4.
Experiencias asociadas a discriminación. Aquismón

AQUISMÓN (n = 101)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a discriminación	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
Después de haber acudido al hospital ¿la regresaron a su casa y su hijo nació fuera del hospital (calle, jardín, transporte, sala de espera, etc.)	ID1	Sí	4.0
		No	89.1
		No aplica/No responde	5.9

AQUISMÓN (n = 101)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a discriminación	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Considera que el personal atendió las solicitudes que usted hacía para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	ID2	Sí	77.2
		No	16.8
		No aplica/No responde	6.0
¿Alguien del personal de salud se burló de alguna de las solicitudes que usted hizo para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	ID3	Sí	4.0
		No	92.1
		No aplica/No responde	4.0
En algún momento, ¿alguien del personal de salud le dijo que no podían atenderla o simplemente no le hizo caso?	ID4	Sí	8.9
		No	85.1
		No aplica/No responde	6.0
¿Alguien del personal de salud le ofreció la oportunidad de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	ID5	Sí	56.4
		No	40.6
		No aplica/No responde	3.0
Alguien del personal de salud ¿se negó a su solicitud de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	ID6	Sí	23.8
		No	73.3
		No aplica/No responde	3.0
¿En algún momento de la atención, usted sintió que el personal la trataba como si usted no fuera capaz de entender lo que estaba pasando con usted o su hijo?	ID7	Sí	5.9
		No	92.1
		No aplica/No responde	2.0

De los siete indicadores que exploran las prácticas asociadas a discriminación, se identificó que en casi la mitad de las mujeres sus experiencias de parto estuvieron enmarcadas con alguna práctica sustentada en la discriminación. Destaca el alto número de mujeres (41, 40.6%) que no se les ofreció estar acompañadas durante los dolores o el parto.

Otros de los indicadores que estadísticamente resultó más representativo (17, 16.8%), es aquel que tienen que ver con la decisión del personal sanitario de ignorar las necesidades y solicitudes que las mujeres hacen tanto durante el trabajo de parto como en el parto.

Finalmente es importante destacar que hubo cuatro casos de mujeres que, aun habiéndose acercado de manera oportuna a los servicios de salud, fueron rechazadas para su ingreso, derivado lo anterior se vieron obligadas a parir en espacios no acondicionados para ello, con los riesgos que esto conlleva. Es grave por otra parte, el hecho de que existan cuatro mujeres que refieran haber sido objeto de burla, dos haber sido ignoradas y seis sentirse infantilizadas durante la atención de su parto.

4.1.5.2. Experiencias asociadas a posible negligencia

Tabla 5.
Experiencias asociadas a posible negligencia. Aquismón

AQUISMÓN (n = 101)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a posible negligencia	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Sintió en algún momento de la atención, que su intimidad no fue respetada? (desnudarla frente a otras personas, hablar de sus cuerpos en chiste, hacer preguntas referentes a la sexualidad en público, etc.)	IN1	Sí	5.9
		No	92.1
		No aplica/No responde	2.0
¿Le explicaron por qué realizaban cada uno de los procedimientos? (ponerle lavativa, suero o rasurarla)	IN2	Sí	62.4
		No	32.7
		No aplica/No responde	5.0
En caso de que le hayan realizado corte para que naciera su hijo (episiotomía) ¿Le pidieron autorización para hacerlo?	IN3	Sí	30.7
		No	26.7
		No aplica/No responde	42.6

AQUISMÓN (n = 101)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a posible negligencia	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del equipo de salud se subió a su panza para que saliera su hijo (a)?	IN4	Sí	13.9
		No	76.2
		No aplica/No responde	9.9
¿Le permitieron estar con su hijo (a) a los primeros 30 minutos de vida de este? (apego y lactancia precoz) ¹⁴	IN5	Sí	87.1
		No	11.9
		No aplica/No responde	1.0

De los cinco indicadores que exploran las prácticas asociadas a posible negligencia, llama la atención el hecho de que 33 mujeres continúan refiriendo ausencia de comunicación sobre los procedimientos que les son realizados (32.7%), aun cuando éstos son tan delicados como la práctica de una episiotomía, de la que 27 mujeres mencionaron que no se les explicó en qué consistía (26.7%).

Es importante problematizar la práctica de técnicas desaconsejadas, como es la maniobra de Kristeller, estrategia que se ha prohibido con sustento en amplia evidencia científica sobre el riesgo que implica para la vida tanto de la mujer como de su hijo¹⁵; al 13.9% (14) de las mujeres de la muestra se le realizó esta maniobra.

Cabe destacar que a 12 de las mujeres (11.9%) no se le permitió estar con su hijo los primeros treinta minutos de vida, práctica que se ha demostrado promueve el apego y la lactancia precoz. Resulta importante mencionar por otra parte que, a seis de las mujeres en algún momento de la atención, su intimidad no fue respetada. Una (1%) de ellas comentó *“cuando me dijeron que me pusiera la bata, había doctores en el cuarto”*.

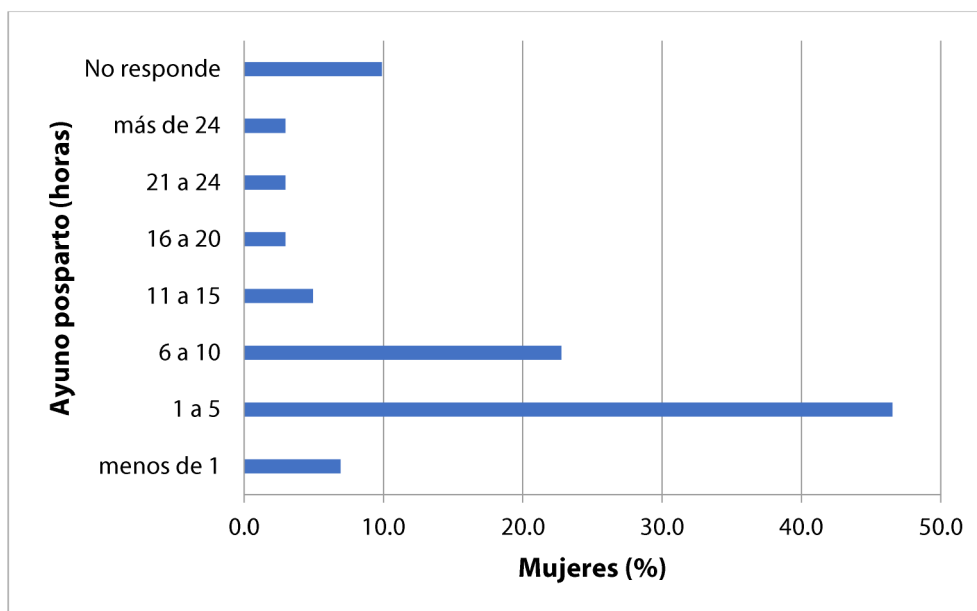
Respecto a las horas de ayuno que se impone a las mujeres y que representan no solo la insatisfacción de un derecho y una necesidad, sino un riesgo biológico para la sana

14 Sólo se reportaron como sí, los casos donde las mujeres no recibieron información sobre que esta separación se debía a alguna situación de complicación con ellas o sus hijos.

15 Guía de práctica clínica para la vigilancia y manejo atención del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. 2014.

evolución de las mujeres y sus bebés se identificó que en promedio pasan 6.3 horas sin probar alimento posterior al parto, con un promedio de 3.8 para quienes tuvieron cesárea y 6.8 para quienes vivieron un parto vaginal. (Ver Gráfica 7).

Gráfica 7. Horas de ayuno posterior al parto en las mujeres encuestadas. Aquismón



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.1.5.3. Experiencias asociadas con abuso

Tabla 6. Experiencias asociadas a abuso. Aquismón

AQUISMÓN (n = 101)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a abuso	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿El personal de salud se mostró compresivo con su dolor? (le decían palabras de aliento, explicaron por qué dolía, le ofrecieron anestesia, le enseñaron a respirar, etc.)	IA1	Sí	77.2
		No	17.8
		No aplica/No responde	5.0

AQUISMÓN (n = 101)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a abuso	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal de salud le exigió que se callara, no gritara o gimiera para expresar su dolor?	IA2	Sí	13.9
		No	78.2
		No aplica/No responde	7.9
¿Alguien del personal emitió frases que minimizaran sus expresiones de dolor? "ni duele tanto", "es una exagerada", "no es para tanto"	IA3	Sí	8.9
		No	83.2
		No aplica/No responde	7.9
¿Alguien del personal le dijo que frases que aludieran al parto como un castigo por vivir su sexualidad? Por ejemplo: "Así hubiera gritado cuando lo estaba haciendo" "Pero cuando lo hizo, bien que le gusto" "Para que ya no lo vuelva a hacer"	IA4	Sí	4.0
		No	87.1
		No aplica/No responde	8.9

Respecto a las cuatro preguntas que exploran este indicador, se identificó que 18 mujeres (17.8%) perciben incomprensión sobre su experiencia de parto por parte de los actores de los servicios de salud, al 13.9% (14) de las mujeres se le exigió que se callara, no gritara o gimiera, una de ellas dijo *"llegue al hospital y me atendieron, sabía todo la trabajadora social, buscaba que me tranquilizara, pero me dijeron que si no me relajaba tendría la culpa si no nacía bien el bebé"*. Narraron incluso haber sido víctimas o haber presenciado la victimización de otras mujeres a las que se les exigía aguantar el dolor en función de que es consecuencia de un acto sexual que asumen disfrutado. Una de ellas relató *"la doctora me dijo que me aguantara, que así con mucho gusto lo hice, que me aguantara, eso si se me hizo injusto a poco a ella no le duele"*.

4.1.5.4. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales

Tabla 7. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales. Aquismón

AQUISMÓN (n = 101)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal se negó a responder si usted tenía dudas sobre por qué usaron aparatos (fórceps), o le cortaron para que naciera su hijo, o porqué le daban suero, o porque debía guardar reposo?	IAO1	Sí	5.0
		No	86.1
		No aplica/No responde	8.9
¿Considera que el personal mantuvo una comunicación clara con sus familiares, para explicarles su estado de salud y el de su hijo o hija?	IAO2	Sí	88.1
		No	5.9
		No aplica/No responde	5.9
¿Alguien del personal de salud le amenazó a usted o sus familiares con no brindarle la atención?	IAO3	Sí	1.0
		No	97.0
		No aplica/No responde	2.0
¿Alguien del personal de salud le amarró para evitar que se moviera durante la atención?	IAO4	Sí	1.0
		No	9.31
		No aplica/No responde	5.9
¿Alguien del personal de salud le metió algún objeto o le tapó la boca con la mano para evitar que gritara?	IAO5	Sí	0.0
		No	90.1
		No aplica/No responde	9.9
¿Alguien del personal de salud grabó o tomó fotografías a usted o a su hijo o hija, sin tener su permiso?	IAO6	Sí	0.0
		No	94.1
		No aplica/No responde	5.9

AQUISMÓN (n = 101)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal de salud le cruzó o cerró las piernas cuando su hijo/hija ya estaba naciendo?	IAO7	Sí	0.0
		No	89.1
		No aplica/No responde	10.9
En caso de que su hijo (a) haya nacido por cesárea, ¿le explicaron claramente cuáles fueron las razones para hacerlo de esta forma?	IAO8	Sí	13.9
		No	14.9
		No aplica/No responde	71.3
¿Alguien del personal de salud ofreció darle o colocarle un método de Planificación familiar (MPF)?	IAO9	Sí	96.0
		No	3.0
		No aplica/No responde	1.0
¿Alguien del personal de salud le obligó a aceptar la colocación de un método de planificación familiar?	IAO10	Sí	13.9
		No	81.2
		No aplica/No responde	5.0
¿Le colocaron el MPF que usted deseaba y les dijo?	IAO11	Sí	75.2
		No	17.8
		No aplica/No responde	7.0
¿Recibió algún tipo de amenaza por parte del personal de salud para que aceptara colocarse un método?	IAO12	Sí	5.9
		No	86.1
		No aplica/No responde	8.0
¿La esterilizaron o le colocaron un MPF sin su consentimiento?	IAO13	Sí	9.9
		No	76.2
		No aplica/No responde	13.9

Respecto a las trece preguntas que evalúan este indicador se identificó que los más relevantes fueron aquellos que tienen relación el acceso a métodos de Planificación Familiar. Con respecto a este punto, 14 (13.9%) mujeres mencionaron que las obligaron a aceptar la colocación de un método de planificación familiar, a 18 (17.8%) mujeres les colocaron un método que no deseaban, a diez (9.9%) las esterilizaron o les colocaron un

método sin su consentimiento y seis (5.9%) recibieron un tipo de amenaza por parte del personal de salud para aceptar colocarse un método.

Sobre el tema de la planificación familiar los consejos que les daban sus parejas, suegras, madres y amigas tienen gran peso para tomar la decisión de la planificación. Algunas de los consejos que las mujeres mencionaron fueron los siguientes: *"(Mi suegra) me decía que no me planifique, si ella tuvo 13 hijos", "(Mi esposo) me dijo que no planifique, que para que me hicieran mujer", "(Una amiga) me decía que no me operara, porque no está bien"*. En contraste, algunas de las madres y amigas de las mujeres de la muestra les daban consejos sobre lo importante de la planificación familiar, como los siguientes: *"(Mi mamá me dijo) que me cuidara por mi edad, por el bien de mis hijos que ya no tenga", "(Una amiga) me decía que me planifique porque estaba teniendo muchos hijos y después iba a batallar"*.

En este mismo indicador volvieron a referirse situaciones que evidencian limitaciones para la comunicación terapéutica. Llama la atención que a cinco (4.9%) mujeres no les explicaron los procedimientos que se realizaban y seis (5.9%) mujeres mencionaron que el personal no mantuvo una comunicación clara con sus familiares.

4.1.6. Secuelas físicas del parto que afectan la calidad de vida de las mujeres

Como parte de esta investigación se les preguntó si asociaban que, tras alguno de sus partos, se hubiese desencadenado alguna situación asociada a incontinencia urinaria o fecal, fístulas o dispareunia (dolor en la penetración); 28 (27.7%) de las mujeres reportaron haber presentado alguna situación, 19 (18.8%) reportaron incontinencia urinaria, dos (2%) incontinencia fecal y 11 (10.9%) de ellas identificaron dispareunia posterior al parto.



4.2 HUEHUETLÁN

4.2.1. Caracterización sociodemográfica

De acuerdo con las estadísticas de INEGI para 2015, este municipio cuenta con una población total de 15 828 habitantes, de los cuales 51.2% son mujeres y 48.8% hombres. En relación con la educación, 7.1% no cuenta con escolaridad, el 65% ha accedido a la educación básica, el 19.5% cuenta con educación media superior y el 8% tiene educación superior. Huehuetlán se encuentra entre los municipios en el que más del 80 % de sus pobladores tienen ingresos inferiores a la línea de bienestar. En lo que respecta al acceso a la salud, 91.2% recibe atención a través del Programa Seguro Popular.

4.2.2 Caracterización de la muestra

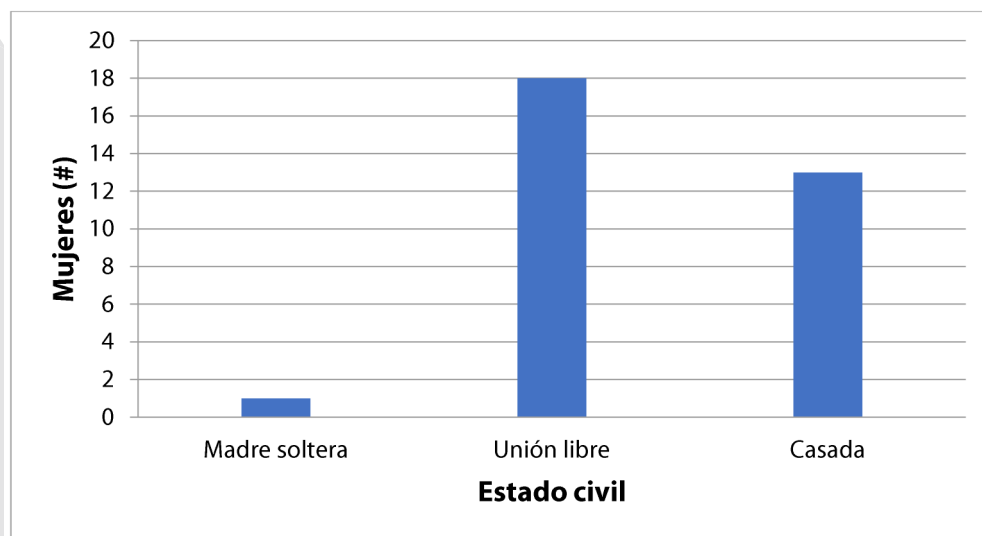
4.2.2.1. Domicilio de las encuestadas.

Los resultados que se reportan para este municipio derivan de la información proporcionada por 32 mujeres de las cuales cuatro (12.5%) viven en la cabecera municipal, 22 (68.8 %) en alguna comunidad y seis (18.7%) no respondieron. El promedio de edad fue de 29.6 años, con una mínima de 18 y una máxima de 46.

4.2.2.2. Estado civil

En lo que respecta al estado civil, 18 (56%) refirieron vivir en unión libre, 13 (41%) casadas y una (3%) como madre soltera. (Ver Gráfica 8).

**Gráfica 8. Estado civil de las mujeres encuestadas.
Huehuetlán**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.2.2.3. Ocupación, cargos y adscripción étnica

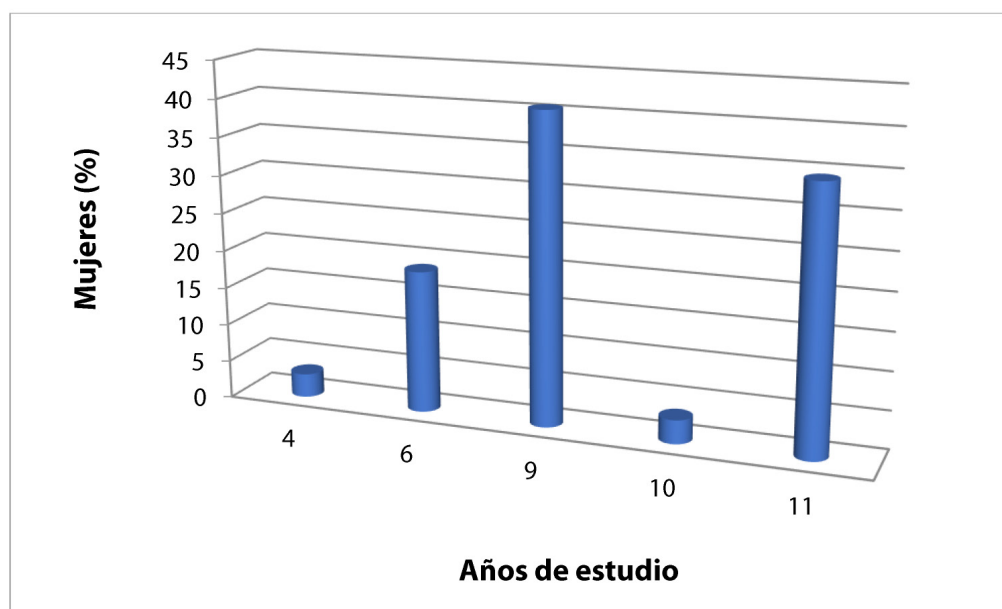
La mayoría de las mujeres son amas de casa, dos (6.2%) son trabajadoras domésticas (\$1,500.00 por semana), una (3.1%) empleada (\$700.00 semanal), una (3.1%) estudiante y dos (6.2%) son comerciantes. El 43.7% (14) recibe el apoyo PROSPERA. Seis (18.7%) dijeron desempeñar algún cargo dentro de su comunidad, dos (6.2%) como voluntarias de salud, una (3.1%) como vocal de PROSPERA, dos (6.2%) dentro de programas alimenticios en las escuelas y una (3.1%) dentro del comité de su comunidad.

Con relación al idioma, el Tének es el referido por 29 (91%) de las mujeres, mientras que 28 (87.5%) dijeron pertenecer a una etnia o comunidad indígena. Respecto a la religión, 18 (56.2%) de las participantes se asumieron católicas, tres cristianas (9.4%) y 11 (34.4%) no dieron respuesta a esta pregunta.

4.2.2.4. Escolaridad

Sobre los años escolares cursados, 3.1% (1) de las mujeres refiere haber cursado cuatro años, 18.7% (6) seis, 40.6% (13) nueve, 3.1% (1) diez y 34.3% (11) 11 años de escolarización formal. (Ver Gráfica 9).

Gráfica 9. Años de estudio cursados por las mujeres encuestadas. Huehuetlán



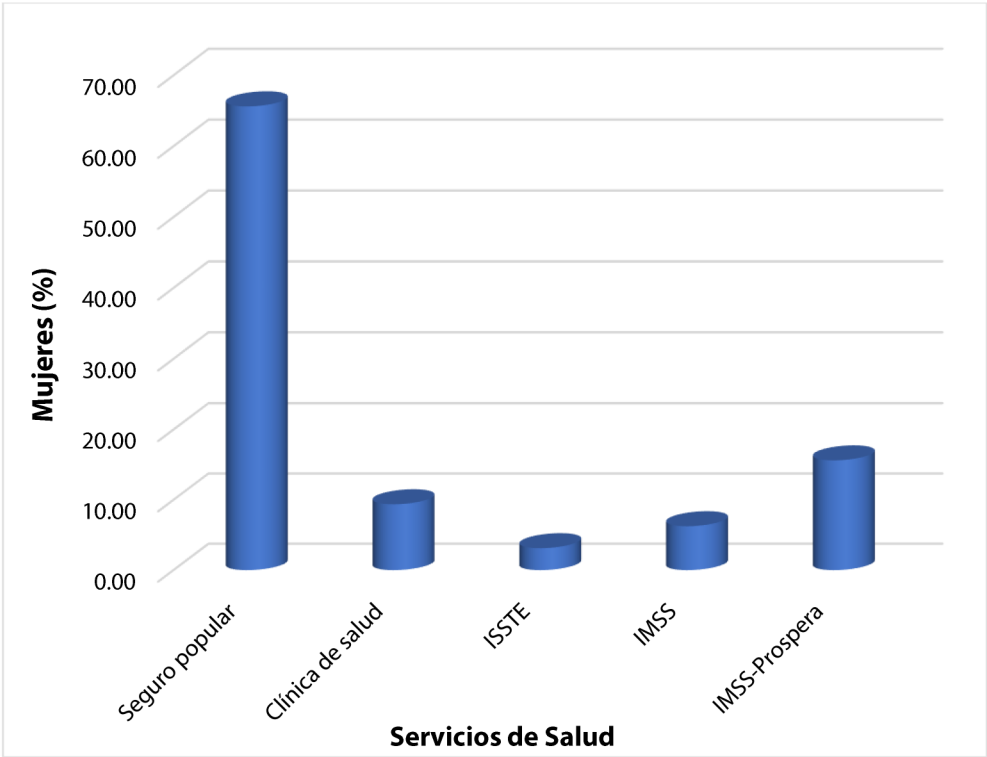
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.2.3 Acceso a la salud durante el embarazo

En lo que respecta a la percepción sobre su salud, 28 (87.5%) se consideran sanas, mientras que cuatro (12.5%) se consideran no sanas por haber sido diagnosticadas con alguna enfermedad, dos con hipertensión, una con asma y una más con colesterol. Solo una mujer refirió tener problemas de salud mental (depresión), ninguna con discapacidad y una participante dijo haber nacido con una enfermedad o malformación de nacimiento (estrabismo).

El acceso a los servicios de salud de acuerdo con los resultados de la encuesta muestra que el 65.6% (21) de las mujeres cuentan con Seguro Popular, 9.3% (3) acude a clínicas de salud, 3.1% (1) tiene ISSSTE, 6.2% (2) IMSS, y 15.6% (5) IMSS-PROSPERA. (Ver Gráfica 10).

Gráfica 10. Tipo de derechohabiencia referida por las mujeres. Huehuétlan.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.2.3.1. Revisión médica prenatal

Todas dijeron haber acudido al médico para llevar el control prenatal, sin embargo, cinco de ellas (15.6%) también mantuvieron revisiones con la partera. En cuanto al número de consultas recibidas durante la etapa prenatal, se encontró un promedio nueve, una mínima de tres y una máxima de 15. En la Tabla 8 se observa el número de consultas prenatales a las que acudió cada una de las mujeres.

Tabla 8. Número de revisiones médicas a las que accedió cada mujer. Huehuetlán

REVISIONES MÉDICAS	
Rango de revisiones	Porcentaje de mujeres
0	0.0
1 a 4	6.3
5 a 10	65.6
más de 10	18.8
No define	6.3
No responde	3.0

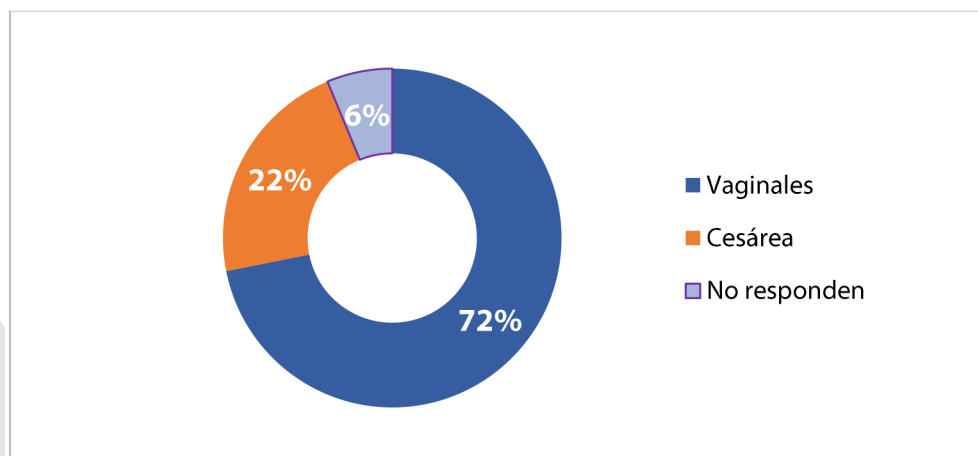
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.2.3.2. Evolución de embarazo y resolución del parto.

Respecto a la evolución de su último embarazo, 10 mujeres (31.2%) refirieron haber presentado alguna complicación durante éste, una (3.1%) debido a la diabetes, otra (3.1%) relacionada con el método de planificación familiar, una más (3.1%) por movilidad del feto, tres (9.4%) por presión arterial, dos (6.3%) por amenaza de aborto y finalmente una (3.1%) por síntomas de Infecciones de Transmisión Sexual.

De las mujeres encuestadas, 28.12% (9) fueron madres primerizas en el 2018. Por su parte, en la forma de resolución del parto se encontró que siete (22%) fueron por cesárea, 23 (72%) tuvieron partos vaginales, y dos (6%) no respondieron. (Ver Gráfica 11).

Gráfica 11. Estrategia de resolución del parto. Huehuetlán



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.2.3.3. Consejos de cuidado, médicos y no médicos

Con relación a los cuidados que debían tener durante el embarazo las mujeres recibieron múltiples consejos por parte de diferentes personas, 27 (84.4%) los recibió del médico o enfermera, 11 (34.4%) de su madre, 11 (34.4%) por parte de su suegra, diez (31.3%) de la partera, nueve (28.1%) del esposo, nueve (28.1%) de sus amigas y siete de otras personas. Entre las sugerencias que les dieron durante el embarazo están *“no cargar cosas pesadas, comer más para que crezca el bebé y no tener problemas con el esposo”*.

Las participantes refirieron haber recibido múltiples consejos respecto al cuidado en el puerperio: 28 (87.5%) dijeron haberlos recibido por parte del médico o enfermera, 15 (46.9%) de sus madres, 12 (37.5%) de sus suegras, 6 (18.8%) de la partera, seis (18.8%) de las amigas y cinco (15.6%) dijeron haberlos escuchado de otras personas. Entre los consejos que les daban están *“Que no comiera grasa porque me iba a hinchar”, “comer sano y no salir del cuarto”*.

4.2.4 Sobre su experiencia del parto.

Respecto a donde tuvo lugar su último parto, 12 (37.5%) de ellas lo tuvieron en un hospital mientras que 20 (62.5%) no especificaron el lugar. El 50% (16) de las mujeres sintió que su vida estaba en riesgo durante el parto y una de ellas no fue admitida en el

servicio de salud y su hijo nació en otro sitio. El 15.6% (5) declaró no haber recibido buen trato por parte del personal de salud, mientras que el 43.7% (14) señaló haber sentido discriminación durante el parto.

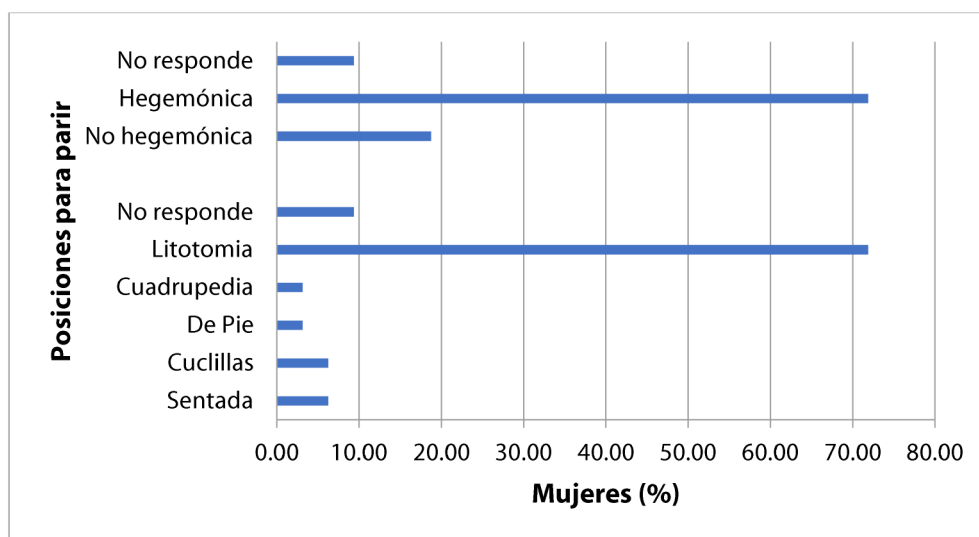
4.2.4.1. Conocimiento de su cuerpo y de la fisiología del parto

Del total de participantes, el 28.1% (9) no tenía información de cómo iba a ser su parto. Al mostrarles imágenes para que las identificaran y explicaran, una mujer no reconoció el dibujo de los órganos sexuales femeninos, ocho (25%) no reconocieron la imagen de dilatación, 28 (87.5%) decidieron no responder ante la imagen de dilatación, y sólo tres (9.4%) pudieron explicar correctamente la imagen del alumbramiento.

4.2.4.2. Reconocimiento de agencia durante el parto

Al indagar sobre las posiciones preferentes para parir, aun cuando el 71.9% (23) de las mujeres dijo estar conforme con la posición de litotomía para resolver sus partos, el 18.7% (6) reconoció que hubieran preferido ser atendidas en posiciones distintas a la antes señalada, 6.2% (2) dijo que hubiese sido mejor la posición sentada, 6.2% (2) señaló la de en cuclillas, 3.13% (1) la cuadrupedia, y 3.1% (1) en la posición de pie, mientras que el 9.3% (3) no respondió a este cuestionamiento. (Ver Gráfica 12).

Gráfica 12. Posiciones preferentes para parir en las mujeres encuestadas. Huehuetlán

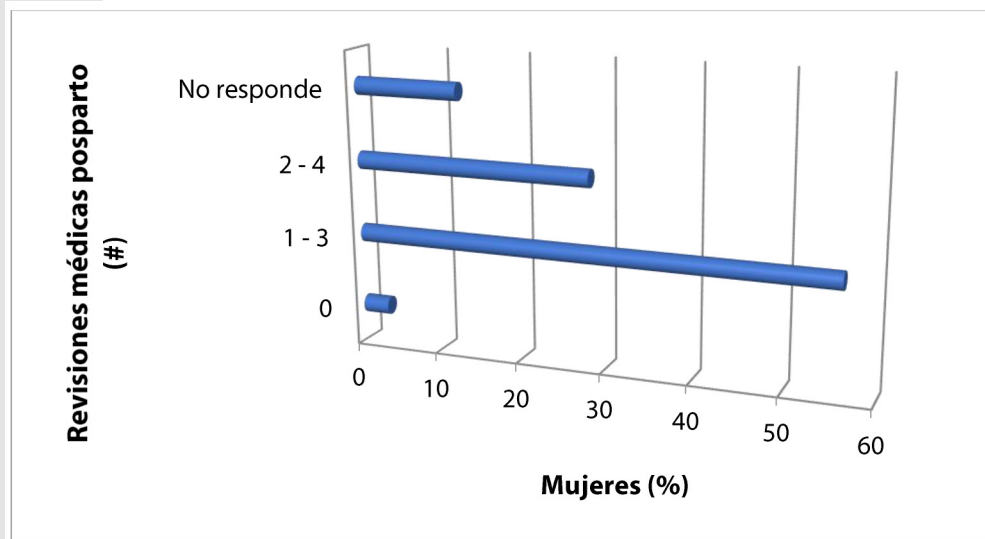


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.2.4.3. Revisión médica posparto.

Al preguntarles sobre las revisiones médicas posparto, 18 (56.5%) recibieron de una a tres revisiones médicas, nueve (28.2%) de las mujeres recibieron entre dos y cuatro revisiones. Una (3.1%) mujer no recibió ninguna revisión. Lo anterior puede observarse en la Gráfica 13.

Gráfica 13 Número de revisiones médicas posparto de las mujeres encuestadas. Huehuetlán



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

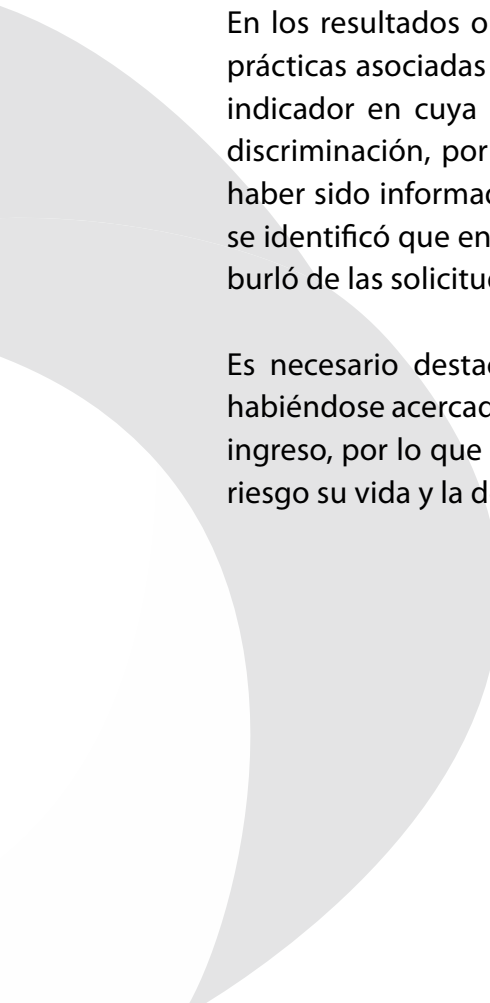
4.2.5. Experiencias asociadas a violencia obstétrica en el último parto.

En relación con la experiencia de estas mujeres con prácticas asociadas con violencia obstétrica, se identificaron los siguientes resultados:

4.2.5.1. Experiencias asociadas a discriminación

Tabla 9. Experiencias asociadas a discriminación. Huehuetlán

HUEHUETLÁN (n = 32)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a discriminación	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
Después de haber acudido al hospital ¿la regresaron a su casa y su hijo nació fuera del hospital (calle, jardín, transporte, sala de espera, etc.)	ID1	Sí	3.1
		No	75.0
		No aplica/No responde	21.9
¿Considera que el personal atendió las solicitudes que usted hacía para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	ID2	Sí	62.5
		No	21.9
		No aplica/No responde	15.6
¿Alguien del personal de salud se burló de alguna de las solicitudes que usted hizo para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	ID3	Sí	6.3
		No	84.4
		No aplica/No responde	9.3
En algún momento, ¿alguien del personal de salud le dijo que no podían atenderla o simplemente no le hizo caso?	ID4	Sí	9.5
		No	87.5
		No aplica/No responde	3.0
¿Alguien del personal de salud le ofreció la oportunidad de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	ID5	Sí	43.8
		No	50.0
		No aplica/No responde	6.2
Alguien del personal de salud ¿se negó a su solicitud de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	ID6	Sí	12.5
		No	78.1
		No aplica/No responde	9.9
¿En algún momento de la atención, usted sintió que el personal la trataba como si usted no fuera capaz de entender lo que estaba pasando con usted o su hijo?	ID7	Sí	6.3
		No	81.3
		No aplica/No responde	12.4



En los resultados obtenidos se observó que en los siete indicadores que exploran las prácticas asociadas a discriminación, existe por lo menos el caso de una mujer en cada indicador en cuya experiencia de parto tuvo lugar alguna práctica sustentada en la discriminación, por ejemplo, destaca la cantidad de mujeres (50%) que reconocen no haber sido informadas sobre su derecho a ser acompañadas durante el parto. También se identificó que en siete casos (21.9%) el personal sanitario ignoró las necesidades y se burló de las solicitudes que las mujeres hacen durante el trabajo de parto (6.3%).

Es necesario destacar además la presencia del caso de una mujer (3.1%) que, aun habiéndose acercado de manera oportuna a los servicios de salud, fue rechazada para su ingreso, por lo que se vio obligada a parir en espacios no acondicionados poniendo en riesgo su vida y la de su bebé.

4.2.5.2. Experiencias asociadas a posible negligencia

Tabla 10. Experiencias asociadas a posible negligencia. Huehuetlán

HUEHUETLÁN (n = 32)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a posible negligencia	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Sintió en algún momento de la atención, que su intimidad no fue respetada? (desnudarla frente a otras personas, hablar de sus cuerpos en chiste, hacer preguntas referentes a la sexualidad en público, etc.)	IN1	Sí	6.3
		No	87.5
		No aplica/No responde	6.3
¿Le explicaron por qué realizaban cada uno de los procedimientos? (ponerle lavativa, suero o rasurarla)	IN2	Sí	62.5
		No	28.1
		No aplica/No responde	9.4
En caso de que le hayan realizado corte para que naciera su hijo (episiotomía) ¿Le pidieron autorización para hacerlo?	IN3	Sí	34.4
		No	31.3
		No aplica/No responde	34.3
¿Alguien del equipo de salud se subió a su panza para que saliera su hijo (a)?	IN4	Sí	21.9
		No	59.4
		No aplica/No responde	18.7
¿Le permitieron estar con su hijo (a) a los primeros 30 minutos de vida de este? (apego y lactancia precoz) ¹⁶	IN5	Sí	78.1
		No	9.4
		No aplica/No responde	12.5

De la misma forma que en los resultados anteriores, en relación con las prácticas asociadas a negligencia, se encuentran por lo menos dos casos en cada uno de los indicadores, por ejemplo, dos de las mujeres (6.3%) refirieron que, en algún momento de la atención, su intimidad no fue respetada, dado que pudo ser vista en una situación tan íntima por

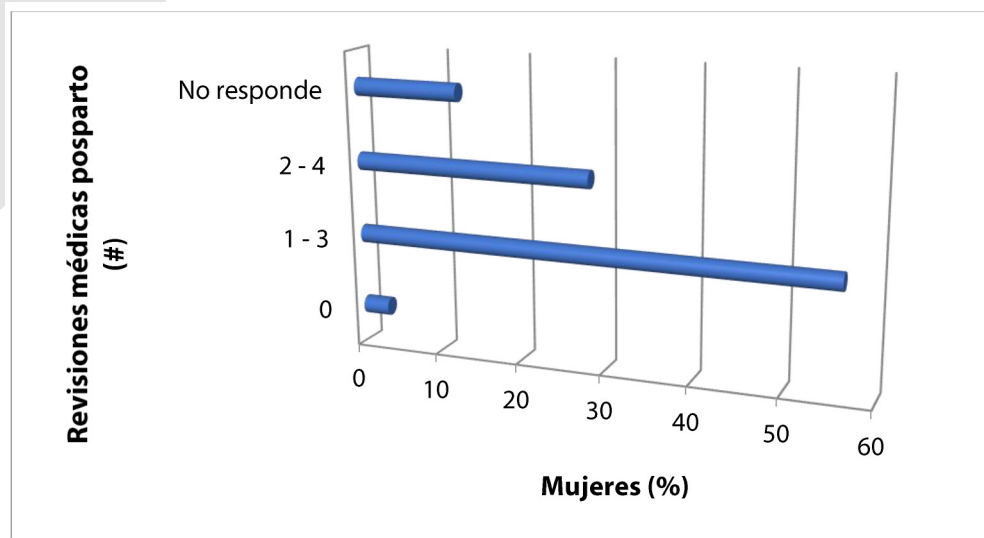
¹⁶ Sólo se reportaron como sí, los casos donde las mujeres no recibieron información sobre que esta separación se debía a alguna situación de complicación con ellas o sus hijos.

otras mujeres y a su vez, pudo ver también a otras. En nueve de los casos (28.1%) se hace referencia a la ausencia de comunicación sobre los procedimientos que les son realizados, aun cuando estos son tan delicados como la práctica de una episiotomía (cirugía menor), o que sean separadas de sus hijos sin conocer las razones que justifican esta medida y sin explicarles las razones.

Vale la pena mencionar el uso de técnicas desaconsejadas, como es la maniobra de Kristeller, estrategia que se ha prohibido con sustento en evidencia científica sobre el riesgo que implica para la vida tanto de la mujer como de su hijo¹⁷, sin embargo, puede observarse que se utilizó en siete casos (21.9%).

Finalmente, como parte de los indicadores asociados a posible negligencia se encuentran las horas de ayuno que se impone a las mujeres y que representan además de la violación de un derecho, también un riesgo para la sana evolución de las mujeres y sus bebés, y en este sentido se identificó que las mujeres pasan hasta 48 horas sin probar alimento posterior al parto. (Ver Gráfica 14).

Gráfica 14. Horas de ayuno referidas posterior al parto de mujeres encuestadas. Huehuetlán



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

17 Guía de práctica clínica para la vigilancia y manejo atención del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. 2014.

4.2.5.3. Experiencias asociadas con abuso

Tabla 11. Experiencias asociadas con abuso. Huehuetlán

HUEHUETLÁN (n = 32)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas con abuso	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿El personal de salud se mostró comprensivo con su dolor? (le decían palabras de aliento, explicaron por qué dolía, le ofrecieron anestesia, le enseñaron a respirar, etc.)	IA1	Sí	81.3
		No	12.5
		No aplica/No responde	6.2
¿Alguien del personal de salud le exigió que se callara, no gritara o gimiera para expresar su dolor?	IA2	Sí	15.6
		No	71.9
		No aplica/No responde	12.5
¿Alguien del personal emitió frases que minimizaran sus expresiones de dolor? "ni duele tanto", "es una exagerada", "no es para tanto"	IA3	Sí	6.3
		No	78.1
		No aplica/No responde	15.6
¿Alguien del personal le dijo que frases que aludieran al parto como un castigo por vivir su sexualidad? Por ejemplo: "Así hubiera gritado cuando lo estaba haciendo" "Pero cuando lo hizo, bien que le gusto" "Para que ya no lo vuelva a hacer"	IA4	Sí	3.1
		No	81.3
		No aplica/No responde	15.6

La exploración de las prácticas asociadas con abuso se hace a través de cuatro preguntas, en las que se identificó que las mujeres en cuatro de los casos perciben que el personal de salud no se muestra comprensivo sobre su experiencia de parto, además de referir que se les exigía que callaran sus expresiones de dolor. Entre las frases que el personal emitió y que consideran ofensivas se encuentran "Que no hiciera escándalo que para eso me debía cuidar para no embarazarme", "Que no estuviera llorando que ya sabían que tenía dolor", "Cállate tú te lo buscaste".

4.2.5.4. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales

Tabla 12. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales. Huehuetlán

HUEHUETLÁN (n = 32)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal se negó a responder si usted tenía dudas sobre por qué usaron aparatos (fórceps), o le cortaron para que naciera su hijo, o porqué le daban suero, o por que debía guardar reposo?	IAO1	Sí	18.8
		No	62.5
		No aplica/No responde	18.8
¿Considera que el personal mantuvo una comunicación clara con sus familiares, para explicarles su estado de salud y el de su hijo o hija?	IAO2	Sí	68.8
		No	21.9
		No aplica/No responde	9.3
¿Alguien del personal de salud le amenazó a usted o sus familiares con no brindarle la atención?	IAO3	Sí	0.0
		No	96.9
		No aplica/No responde	3.1
¿Alguien del personal de salud le amarró para evitar que se moviera durante la atención?	IAO4	Sí	3.1
		No	87.5
		No aplica/No responde	9.4
¿Alguien del personal de salud le metió algún objeto o le tapó la boca con la mano para evitar que gritara?	IAO5	Sí	3.1
		No	90.6
		No aplica/No responde	6.3
¿Alguien del personal de salud grabó o tomó fotografías a usted o a su hijo o hija, sin tener su permiso?	IAO6	Sí	0.0
		No	93.8
		No aplica/No responde	6.2

HUEHUETLÁN (n = 32)

Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal de salud le cruzó o cerró las piernas cuando su hijo/hija ya estaba naciendo?	IAO7	Sí	0.0
		No	75.0
		No aplica/No responde	25.0
En caso de que su hijo (a) haya nacido por cesárea, ¿le explicaron claramente cuáles fueron las razones para hacerlo de esta forma?	IAO8	Sí	21.9
		No	12.5
		No aplica/No responde	65.6
¿Alguien del personal de salud ofreció darle o colocarle un método de Planificación familiar (MPF)?	IAO9	Sí	84.4
		No	12.5
		No aplica/No responde	3.1
¿Alguien del personal de salud le obligó a aceptar la colocación de un método de planificación familiar?	IAO10	Sí	18.8
		No	78.1
		No aplica/No responde	3.1
¿Le colocaron el MPF que usted deseaba y les dijo?	IAO11	Sí	78.1
		No	9.4
		No aplica/No responde	12.6
¿Recibió algún tipo de amenaza por parte del personal de salud para que aceptara colocarse un método?	IAO12	Sí	15.6
		No	81.3
		No aplica/No responde	3.1
¿La esterilizaron o le colocaron un MPF sin su consentimiento?	IAO13	Sí	12.5
		No	71.9
		No aplica/No responde	15.6

En este indicador se identificó que existen muchas experiencias negativas de las mujeres en relación con el acceso a métodos de Planificación Familiar. Al respecto, existen mujeres que mencionan que el método no les fue ofrecido como un derecho sino impuesto u obligado, por ejemplo, seis (18.8%) de ellas refieren haber sido amenazadas para acceder a su colocación y cuatro (12.5%) señalan que el método les fue colocado sin su consentimiento. En este sentido, tres mujeres dijeron que no fueron escuchadas ni les fue colocado el método de su predilección (9.4%), sin explicarles las razones. Entre los discursos de las mujeres al respecto se encuentran *“Me obligaron a operarme, firmé porque no me dejaban salir”, “Me dijeron que me operara que para que quería más hijos”*.

Se identificaron también, situaciones que evidencian limitaciones en la comunicación, por ejemplo, seis mujeres (18.8%) refieren que el personal se negó a responderles sus dudas y que no se les explicó sobre los procedimientos que se realizaron en su cuerpo, además, siete (21.9%) comentaron que no hubo una adecuada comunicación con sus familiares, para explicarles su estado de salud y el de su hijo.

4.2.6. Secuelas físicas del parto que afectan la calidad de vida de las mujeres:

Una de las preguntas de esta investigación fue que si tras alguno de sus partos, se hubiese desencadenado alguna situación asociada a incontinencia urinaria o fecal, fístulas o dispareunia (dolor en la penetración). Ocho (25.0%) de las mujeres dijo presentarlas, cinco (15.6%) dijeron tener incontinencia urinaria, una (3.1%) incontinencia fecal y tres (9.3%) dijeron presentar dispareunia.



4.3. SAN ANTONIO

4.3.1. Caracterización sociodemográfica

De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015 de INEGI, este municipio cuenta con una población total de 9 361 habitantes que representa el 0.3% de la población total del estado. Con respecto a la distribución poblacional por sexo, los hombres representan el 50.2% (4 706) mientras que las mujeres el 49.8% (4 655). Su población es 100% rural y habita en 64 localidades. Por otro lado, el 97.2% es población indígena, así mismo, el 86.6% de la población de 3 años de edad y más habla alguna lengua indígena.

Es un municipio con alto grado de marginación y ocupa el sexto lugar con respecto a los municipios estatales de mayores rezagos sociales. Del total de su población, el 90.54% presenta la condición de pobreza. De acuerdo con las estimaciones del CONEVAL, el 90.6% de la población tiene un ingreso inferior a la línea de bienestar y el 64.1% presenta un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo.

Destaca el 85.5% de la población que presenta carencia por acceso a la seguridad social, 93.7% tiene carencia por servicios básicos, 50.7% tiene carencia por calidad y espacios de vivienda, 41.6% presenta carencia por acceso a la alimentación y hay un 24.4% que presenta carencia por rezago educativo. Finalmente, solo el 4.33% tiene carencia por acceso a la salud. El principal sistema de salud que utilizan los pobladores de este municipio es el del Seguro Popular o una nueva generación de este programa, con un 93.4% de afiliación, le sigue el IMSS con una afiliación del 3.8% y el ISSSTE estatal con un

3%. El 4.6% no se encuentra afiliada a ningún sistema de salud. En materia educativa, el 13.4% de la población de 15 años o más es analfabeta y el 29.6% de este rango de población no tiene primaria completa

4.3.2 Caracterización de la muestra

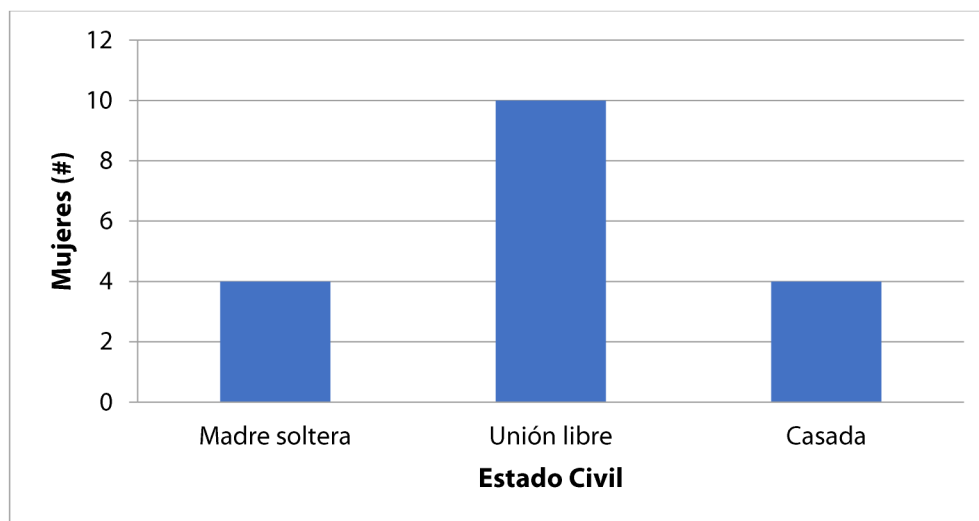
4.3.2.1 Domicilio de las encuestadas.

Los resultados que se reportan corresponden a la información proporcionada por 18 mujeres entre 18 y 41 años. Su promedio de edad es de 30.6 años. Con respecto al lugar donde habitan, 17 (94.4%) viven en comunidades al interior del municipio y una (5.6%) en la cabecera municipal.

4.3.2.2 Estado civil

En lo que respecta al estado civil, 55.5% (10) vive en unión libre, el 22.2% (4) está casada y el 22.2% (4) restante es madre soltera. (Ver Gráfica 15).

Gráfica 15. Estado civil de las mujeres encuestadas. San Antonio



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en el trabajo de campo.

4.3.2.3. Ocupación, cargos y adscripción étnica

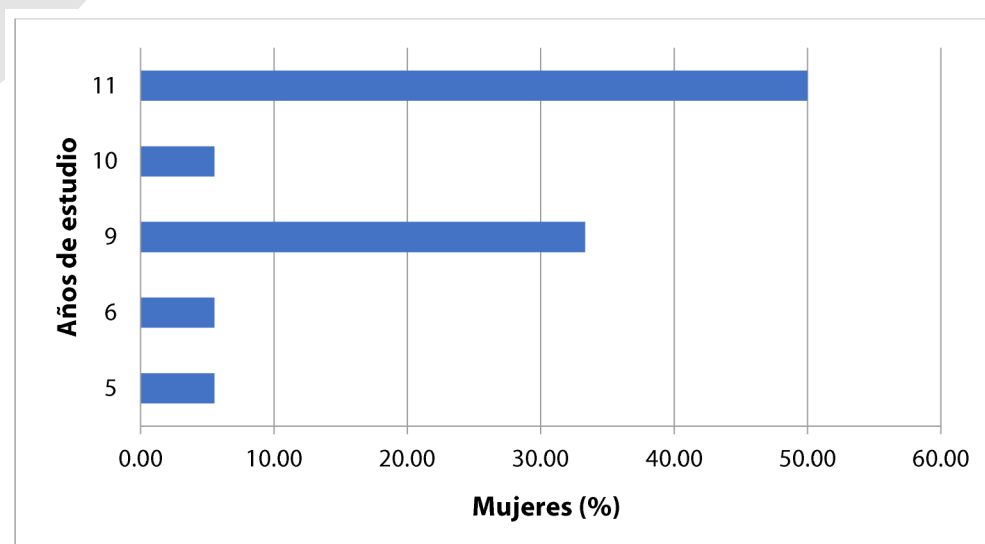
Del total de la muestra, el 88.9% de las mujeres (16) se dedica a actividades del hogar y sólo el 11.1% (2) tiene empleo. Doce mujeres (66.7%) respondieron que cuentan con otro ingreso. Diez mujeres (55.5%) cuentan con el apoyo de PROSPERA, que asciende a \$950 pesos cada dos meses, una (5.5%) se dedica a las ventas con un ingreso de \$200 pesos por semana y otra (5.5%) recibe apoyo familiar. Tres de las 18 mujeres (16.6%), señalaron desempeñar un cargo dentro de la comunidad, dos (11.1%) dentro de los comités en escuelas y una (5.5%) como auxiliar de juez.

Con respecto a la adscripción étnica, 16 (88.9%) dijeron pertenecer a una comunidad indígena. Todas las 18 mujeres (100%) manifestaron que se pueden comunicar en español y también hablan y entienden la lengua Tének. En cuanto a la religión, el 83.3% (15) manifestó ser católica, una evangelista (5.6%) y dos (11.1%) manifestaron que no pertenecen a ninguna.

4.3.2.4. Escolaridad

Respecto al nivel educativo se encontró un promedio de 9.6 años de estudio, con una moda de 11, mínima de 5 y máxima de 11. (Ver Gráfica 16).

Gráfica 16. Años de estudio cursados por las mujeres encuestadas. San Antonio



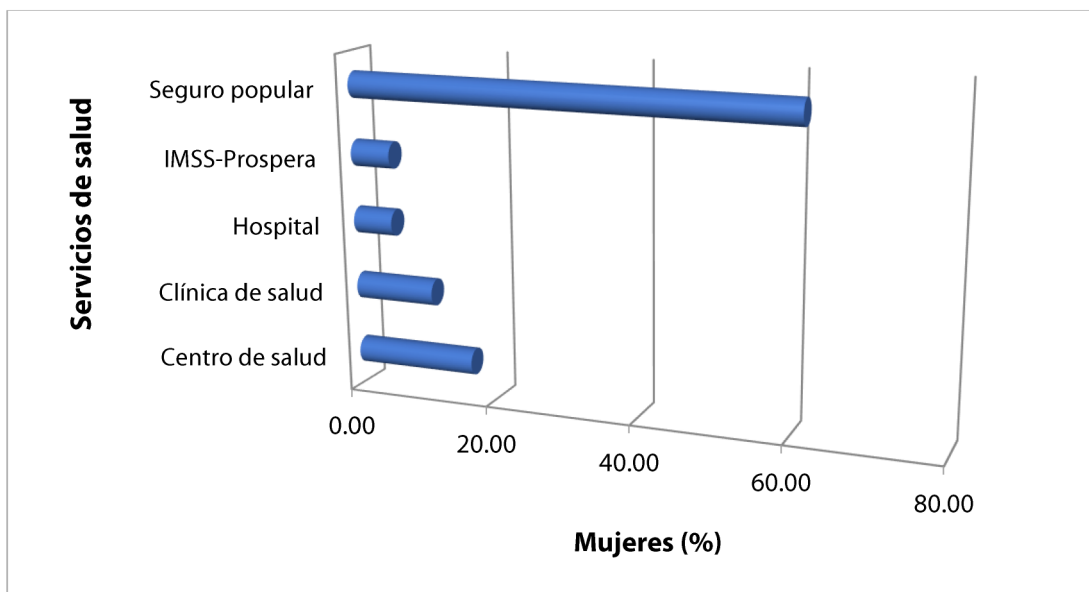
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.3.3. Acceso a la salud durante el embarazo

Solo una de las mujeres (5.6%) manifestó padecer colesterol y presión baja por lo que se considera "no sana". Sin embargo, cuando se les preguntó si han padecido una enfermedad por más de tres meses, tres (16.6%) de las mujeres contestaron afirmativamente y las otras quince (83.3%) negaron vivir dicha situación. El 100% de las mujeres informó no padecer enfermedades o malformaciones de nacimiento. Así como 12 de ellas no presentan ninguna discapacidad, las seis restantes no respondieron. En cuanto a problemas de salud mental, 88.9% (16) afirmó no padecer este tipo de enfermedades y dos no respondieron.

Cuando se analiza el tema de derechohabiencia, los resultados arrojan que el 61.1% (11) de las mujeres utiliza el Seguro popular y 5.5% al IMSS. En la gráfica 17 puede observarse que aun cuando buscó recuperarse el dato exclusivo de derechohabiencia, las mujeres señalaron no sólo esta, sino el lugar a donde acudieron para recibir la atención durante el embarazo, dado que esto es lo que es significativo para ellas, se incluyó también como parte de esta variable.

Gráfica 17. Tipo de derechohabiencia referida por las mujeres. San Antonio



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.3.3.1. Revisión médica prenatal

Para llevar el control prenatal, 16 (88.8%) acudieron al médico, una (5.5%) al médico y a la partera, y otra más (5.5%) acudió al médico, pero no recibió consulta y apoyo prenatal, ya que comentó “no me checaba, solo me decía que estaba bien”.

En cuanto al número de consultas recibidas durante la etapa prenatal, se encontró un promedio de ocho consultas, con una moda de nueve, una mínima de 2.3 y una máxima de 13. En la Tabla 13 puede observarse el número de consultas prenatales a las que accedió cada mujer de la muestra.

Tabla 13. Número de revisiones médicas a las que accedió cada mujer. San Antonio

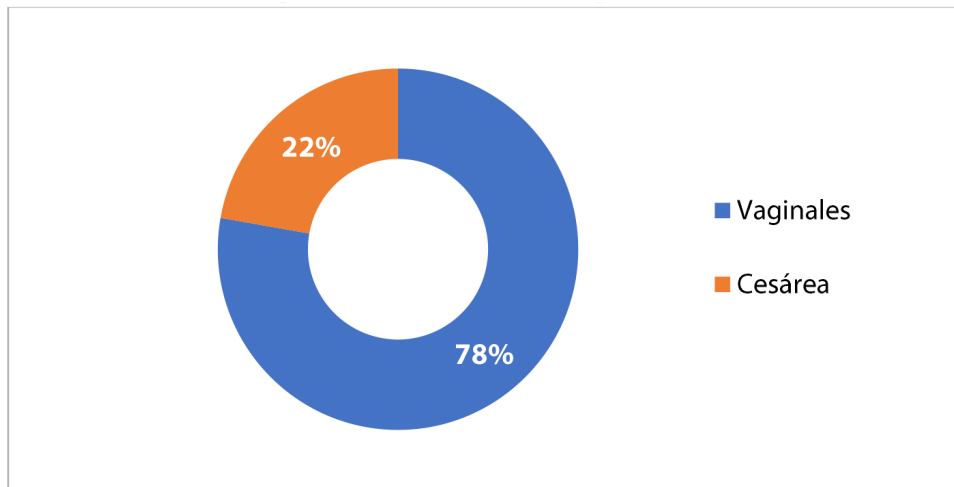
REVISIONES MÉDICAS	
Rango de revisiones	Porcentaje de mujeres
0	0.0
1 a 4	11.1
5 a 10	77.8
más de 10	11.1

Fuente: Elaboración propia a partir de información recabada en trabajo de campo

4.3.3.2. Evolución de embarazo y resolución del parto.

Con respecto a la evolución de sus últimos embarazos, cinco mujeres (27.7%) presentaron alguna complicación durante éste, una (5.5%) asociada a preclampsia, dos (11.1%) por infecciones urinarias, una (5.5%) más por riesgo de aborto y otra presentaba hemorragia decidual y no sabía que estaba embarazada. De las que no tuvieron complicaciones (13), una no supo que estaba embarazada hasta que tenía cuatro meses. Respecto a la estrategia mediante la cual se resolvió el parto, se encontró que 14 (77.7%) tuvieron partos vaginales y cuatro (22.2%) cesárea. (Ver Gráfica 18).

Gráfica 18. Estrategia de resolución del parto. San Antonio



Fuente: Elaboración propia a partir de información recabada en trabajo de campo

4.3.3.4. Consejos de cuidado, médicos y no médicos

Las mujeres encuestadas refirieron haber recibido múltiples consejos respecto al cuidado que ameritaba el embarazo. Las 18 (100%) recibieron consejos del médico o la enfermera que les aconsejaban *"cuidar la alimentación, lo doble que comía antes y tomara mucha agua"*. El 88.9% (16) recibió consejos de sus madres, quienes les decían *"comer natural, nopales, sojo, para no enfermarse y para que nazca bien el bebé"*, *"que se pusiera suero"*, *"que cargara cortaúñas para el chupete"*, *"que no estuviera mucho rato sentada"*, *"que no comiera cosas que le hicieran daño al bebé"*, *"que se pusiera un listón rojo"* y *"que comiera pura verdura"*. El 50% (9) recibió consejos de las amigas, a una de ellas le dijeron *"que se cuidara mucho por la edad"*. Sólo seis (33.3%) recibió consejos del esposo, cuatro (22.2%) de la suegra y dos (11.1%) de la partera.

4.3.4. Sobre su experiencia del parto.

De las 18 mujeres, 11.1% fueron madres primerizas en 2018. Con respecto a su experiencia en el parto, el 44.4% (8) refirió que había sido doloroso, 33.3% (6) tuvo complicaciones, para cuatro de ellas (22.2%) fue un parto rápido, dos (11.1%) estuvieron en labor de parto entre uno y cinco días.

Por otro lado, el 38.8% (7) refirió que no tenía información de cómo iba a ser su parto, mientras que el 33.3% (6) sintió que su vida estaba en riesgo durante este proceso. En cuanto al trato recibido, 11.1% (2) declaró no haber recibido buen trato por parte del personal de salud. El 22.2% (4) indicó no haber tenido buena respuesta a sus solicitudes para sentirse más cómoda durante el parto, incluso, una mujer mencionó haber recibido burlas a su solicitud de comodidad. A tres mujeres (16.6%) se les negó una petición de atención durante el parto.

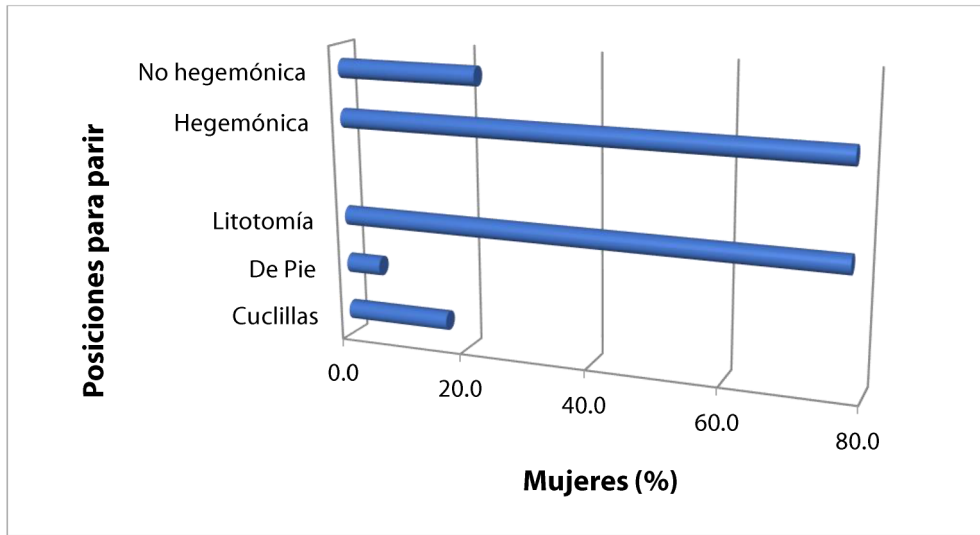
4.3.4.1. Conocimiento de su cuerpo y de la fisiología del parto.

Es importante destacar que 11 (61.1%) de las mujeres reconocieron haber vivido su experiencia de parto sin jamás haber recibido información sobre la naturaleza de dicho proceso. Lo anterior se confirmó cuando se les pidió que explicaran las imágenes que se incluyeron en la encuesta. En este ejercicio se pudo observar que a pesar de que 17 mujeres (94.4%) reconocen el dibujo de los órganos sexuales femeninos, no lograron hacer lo mismo con las imágenes que aludían a la dilatación, expulsión y alumbramiento. La mitad (50%, 9 mujeres) explicó la imagen de la dilatación, únicamente el 45.4% (5) reconoció la imagen de la expulsión, y solo 11.1% (2) la del alumbramiento.

4.3.4.2. Reconocimiento de agencia durante el parto

Por otra parte, aunque 14 mujeres (77.8%) dijeron estar conformes con la posición de litotomía para resolver sus partos, el resto (22.2%) reconoció que hubieran preferido ser atendidas en posiciones distintas a la antes señalada, entre las posiciones que hubiesen preferido, tres (16.7%) señalaron la de cuclillas y una (5.5%) en la posición de pie. (Ver Gráfica 19).

Gráfica 19. Posiciones preferentes para parir de las mujeres encuestadas. San Antonio

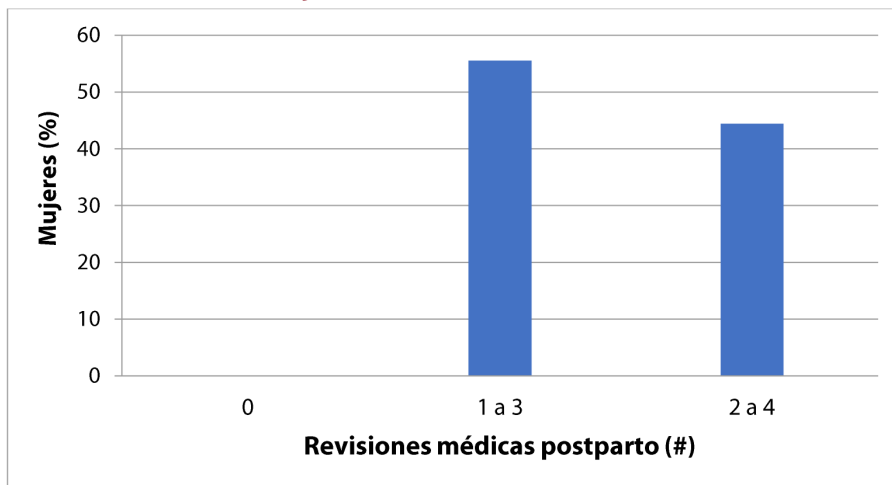


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.3.4.3. Revisión médica posparto

Al preguntarles sobre las revisiones médicas posparto, diez (55.5%) de las mujeres de recibió de una a tres revisiones, ocho (44.6%) entre dos y cuatro consultas. Lo anterior puede observarse en la Gráfica 20.

Gráfica 20. Número de revisiones médicas posparto de las mujeres encuestadas. San Antonio



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.3.5. Experiencias asociadas a violencia obstétrica en el último parto

En cuanto a la experiencia específica de estas mujeres con prácticas asociadas a la violencia obstétrica, se identificaron los siguientes resultados.

4.3.5.1. Experiencias asociadas a discriminación

Tabla 14. Experiencias asociadas a discriminación. San Antonio

SAN ANTONIO (<i>n</i> = 18)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a discriminación	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
Después de haber acudido al hospital ¿la regresaron a su casa y su hijo nació fuera del hospital (calle, jardín, transporte, sala de espera, etc.)	ID1	Sí	0.0
		No	66.7
		No aplica/No responde	33.3
¿Considera que el personal atendió las solicitudes que usted hacía para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	ID2	Sí	66.7
		No	22.2
		No aplica/No responde	11.1
¿Alguien del personal de salud se burló de alguna de las solicitudes que usted hizo para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	ID3	Sí	5.5
		No	88.9
		No aplica/No responde	5.5
En algún momento, ¿alguien del personal de salud le dijo que no podían atenderla o simplemente no le hizo caso?	ID4	Sí	16.7
		No	83.3
		No aplica/No responde	0.0
¿Alguien del personal de salud le ofreció la oportunidad de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	ID5	Sí	50.0
		No	50.0
		No aplica/No responde	0.0

SAN ANTONIO (n = 18)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a discriminación	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
Alguien del personal de salud ¿se negó a su solicitud de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	ID6	Sí	22.2
		No	72.2
		No aplica/No responde	5.5
¿En algún momento de la atención, usted sintió que el personal la trataba como si usted no fuera capaz de entender lo que estaba pasando con usted o su hijo?	ID7	Sí	5.5
		No	94.4
		No aplica/No responde	0.0

De los siete indicadores para evaluar las prácticas recurrentes de discriminación, varios de ellos se siguen presentando a pesar de que existen otros aspectos donde la atención a las mujeres presenta mejoría.

El 22.2% (4) de las mujeres manifestó que no se atendieron sus solicitudes para estar más cómodas durante el parto y que el personal de salud les negó el derecho de estar acompañadas mientras estaban con dolores o en parto. Por otro lado, un 16.7% (3) de las mujeres expresó que el personal de salud no les hizo caso o les dijo que no podían atenderlas.

Siguen presentándose burlas (5.5%) por parte del personal de salud ante las solicitudes de las mujeres, así como también les hacen sentir que no son capaces de atender a su hijo o comprender lo que está sucediendo (5.5%). Como ejemplo de lo anterior, una de las mujeres encuestadas manifestó: *“En el hospital estaba sola, al cambiar al bebé se me salió el suero y salí a buscar a las enfermeras para que lo acomodaran”*.

4.3.5.2. Experiencias asociadas a posible negligencia

Tabla 15. Experiencias asociadas a posible negligencia. San Antonio

SAN ANTONIO (n = 18)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a posible negligencia	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Sintió en algún momento de la atención, que su intimidad no fue respetada? (desnudarla frente a otras personas, hablar de sus cuerpos en chiste, hacer preguntas referentes a la sexualidad en público, etc.)	IN1	Sí	16.7
		No	83.3
		No aplica/No responde	0.0
¿Le explicaron por qué realizaban cada uno de los procedimientos? (ponerle lavativa, suero o rasurarla)	IN2	Sí	72.2
		No	27.8
		No aplica/No responde	0.0
En caso de que le hayan realizado corte para que naciera su hijo (episiotomía) ¿Le pidieron autorización para hacerlo?	IN3	Sí	11.1
		No	27.8
		No aplica/No responde	61.1
¿Alguien del equipo de salud se subió a su panza para que saliera su hijo (a)?	IN4	Sí	5.6
		No	72.2
		No aplica/No responde	22.2
¿Le permitieron estar con su hijo (a) a los primeros 30 minutos de vida de este? (apego y lactancia precoz) ¹⁸	IN5	Sí	94.4
		No	5.6
		No aplica/No responde	0.0

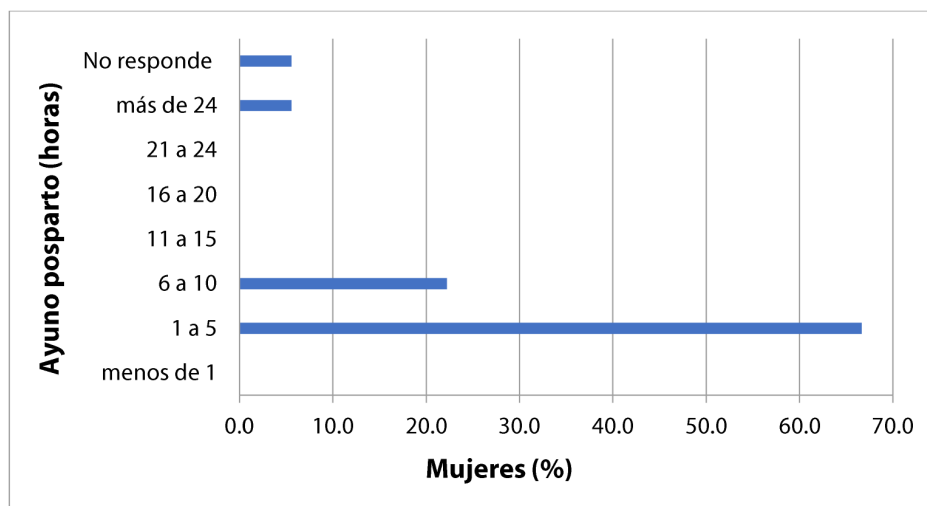
De los cinco indicadores que analizan las prácticas asociadas a la negligencia, se observa que un 27.8% de las mujeres no se les informó sobre los procedimientos que les fueron realizados, aun cuando se trata de procedimientos delicados como la práctica de la episiotomía.

Por otro lado, a una mujer se le aplicó la maniobra de Kristeller (5.5%), que está prohibida porque se ha comprobado científicamente que existe riesgo para la vida tanto de la mujer

como de su hijo ¹⁸. Es conveniente mencionar, que esta técnica se utiliza para acabar antes con el parto y no por razones de emergencia.

En cuanto a las horas de ayuno que se impone a las mujeres y que representan un riesgo biológico para las madres y sus bebés, se identificó que en promedio pasan 5.5 horas sin probar alimento después del parto. (Ver Gráfica 21).

Gráfica 21. Horas de ayuno referidas en las mujeres encuestadas. San Antonio



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

18 Guía de práctica clínica para la vigilancia y manejo atención del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. 2014.

4.3.5.3. Experiencias asociadas con abuso

Tabla 16. Experiencias asociadas con abuso. San Antonio

SAN ANTONIO (n = 18)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas con abuso	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿El personal de salud se mostró comprensivo con su dolor? (le decían palabras de aliento, explicaron por qué dolía, le ofrecieron anestesia, le enseñaron a respirar, etc.)	IA1	Sí	72.2
		No	27.8
		No aplica/No responde	0.0
¿Alguien del personal de salud le exigió que se callara, no gritara o gimiera para expresar su dolor?	IA2	Sí	5.6
		No	94.4
		No aplica/No responde	0.0
¿Alguien del personal emitió frases que minimizaran sus expresiones de dolor? "ni duele tanto", "es una exagerada", "no es para tanto"	IA3	Sí	0.0
		No	100.0
		No aplica/No responde	0.0
¿Alguien del personal le dijo que frases que aludieran al parto como un castigo por vivir su sexualidad? Por ejemplo: "Así hubiera gritado cuando lo estaba haciendo" "Pero cuando lo hizo, bien que le gusto" "Para que ya no lo vuelva a hacer"	IA4	Sí	5.6
		No	94.4
		No aplica/No responde	

De las cuatro preguntas que integran este indicador de experiencias asociadas con abuso, se observa que cinco mujeres (27.8%) perciben poca empatía del personal médico con su experiencia. Incluso una encuestada refiere que observó que los médicos estaban acostados.

Por otro lado, una de ellas (5.5%) mencionó que se les exigió que aguantaran el dolor y entre las frases narradas se recuperaron las siguientes: *"No grite ni llore"*, *"La enfermera me dijo aguanta porque así quisiste"*, *"Me gritó la enfermera"*, *"Una señora me dijo que no gritara porque si no, no me iban a atender"*, *"La enfermera me dijo estas así porque quisiste, si no hubieras querido no estarías aquí"*.

4.3.5.4. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales

Tabla 17. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales. San Antonio

SAN ANTONIO (<i>n</i> = 18)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal se negó a responder si usted tenía dudas sobre por qué usaron aparatos (fórceps), o le cortaron para que naciera su hijo, o porqué le daban suero, o por que debía guardar reposo?	IAO1	Sí	16.7
		No	77.8
		No aplica/No responde	5.6
¿Considera que el personal mantuvo una comunicación clara con sus familiares, para explicarles su estado de salud y el de su hijo o hija?	IAO2	Sí	77.8
		No	3.4
		No aplica/No responde	18.8
¿Alguien del personal de salud le amenazó a usted o sus familiares con no brindarle la atención?	IAO3	Sí	0.0
		No	100.0
		No aplica/No responde	0.0
¿Alguien del personal de salud le amarró para evitar que se moviera durante la atención?	IAO4	Sí	0.0
		No	100.0
		No aplica/No responde	0.0
¿Alguien del personal de salud le metió algún objeto o le tapó la boca con la mano para evitar que gritara?	IAO5	Sí	0.0
		No	100.0
		No aplica/No responde	0.0
¿Alguien del personal de salud grabó o tomó fotografías a usted o a su hijo o hija, sin tener su permiso?	IAO6	Sí	0.0
		No	100.0
		No aplica/No responde	0.0

SAN ANTONIO (n = 18)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal de salud le cruzó o cerró las piernas cuando su hijo/hija ya estaba naciendo?	IAO7	No	88.9
		Sí	0.0
		No aplica/No responde	11.1
En caso de que su hijo (a) haya nacido por cesárea, ¿le explicaron claramente cuáles fueron las razones para hacerlo de esta forma?	IAO8	Sí	22.2
		No	0.0
		No aplica/No responde	77.8
¿Alguien del personal de salud ofreció darle o colocarle un método de Planificación familiar (MPF)?	IAO9	Sí	94.4
		No	5.6
		No aplica/No responde	0.0
¿Alguien del personal de salud le obligó a aceptar la colocación de un método de planificación familiar?	IAO10	Sí	27.8
		No	72.2
		No aplica/No responde	0.0
¿Le colocaron el MPF que usted deseaba y les dijo?	IAO11	Sí	55.6
		No	22.2
		No aplica/No responde	22.2
¿Recibió algún tipo de amenaza por parte del personal de salud para que aceptara colocarse un método?	IAO12	Sí	5.6
		No	83.3
		No aplica/No responde	11.1
¿La esterilizaron o le colocaron un MPF sin su consentimiento?	IAO13	Sí	11.1
		No	72.2
		No aplica/No responde	16.7

De acuerdo con las trece preguntas que evalúan este indicador, se identificó que los resultados más relevantes fueron aquellos que tienen relación con el acceso de las mujeres a métodos de Planificación Familiar. Respecto a este punto, cinco mujeres

reportaron (27.8%) que el método no les fue ofrecido como un derecho, sino impuesto u obligado, incluso una (5.6%) refirió haber sido amenazada para acceder a su colocación, por lo que asume que dicho método les fue colocado sin su consentimiento. En el mismo sentido, cuatro mujeres (22.2%) dijeron que no fueron escuchadas ni les fue colocado el método de su predilección, tampoco les fue explicado el porqué de esta situación. Dos mujeres (11.1%) mencionaron que les colocaron un Método de Planificación Familiar sin su consentimiento.

En este mismo indicador tres de las mujeres (16.7%) mencionaron que el personal se negó a responder las dudas que tenían sobre los procedimientos que les realizaron en el parto.

4.3.6. Secuelas físicas del parto que afectan la calidad de vida de las mujeres

En este sentido y para conocer si asociaban con el parto alguna consecuencia como incontinencia urinaria o fecal, fístulas o dispareunia (dolor en la penetración), tres mujeres (16.7%) expresaron que tenían problemas de incontinencia urinaria y ardor.



4.4. TANCANHUITZ DE SANTOS

4.4.1. Caracterización sociodemográfica

Estadísticas de INEGI señalan que para 2015, el municipio de Tancanhuitz de Santos tenía una población de 20 500 habitantes, de los cuales el 51.4% son mujeres y el 48.6% hombres. De la población de 15 años y más, 62.7% ha cursado el nivel básico, 20.4% ha accedido a nivel medio y 8.2% a nivel medio superior. Las carencias por acceso a servicios de salud han disminuido en los últimos diez años, con el 91.5% de la población afiliada a algún servicio de salud. De éstos, el 84.2% recibe atención mediante su adscripción al Seguro Popular. A pesar de que se han presentado mejorías en los principales indicadores de desarrollo en la última década, Tancanhuitz aun presenta rezago por carencia acceso a servicios de agua entubada, drenaje y electricidad en viviendas particulares superiores a la media estatal, mientras que la carencia por material de pisos en la vivienda también supera la media estatal, lo cual revela que persisten las vulnerabilidades individuales y colectivas.

4.4.2. Caracterización de la muestra

4.4.2.1 Domicilio de las encuestadas.

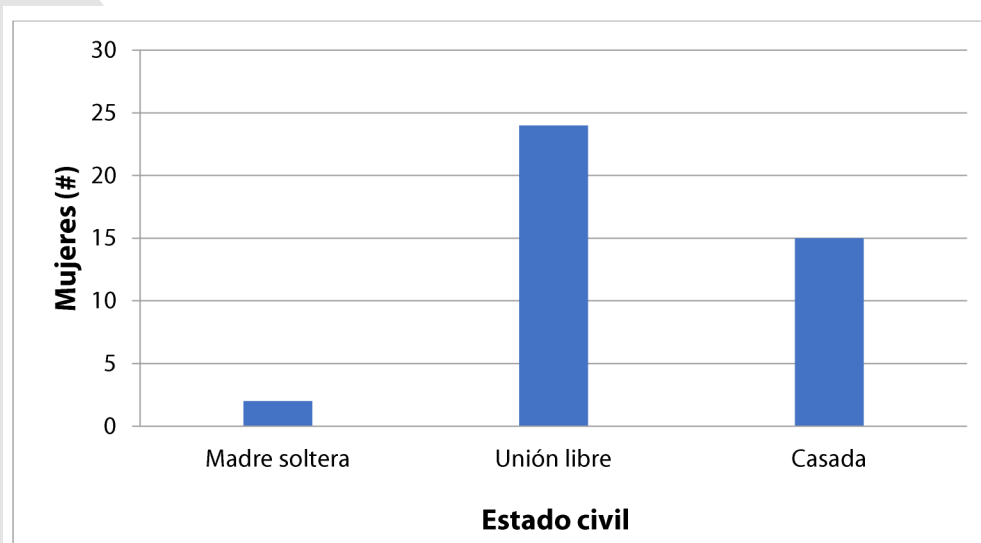
En Tancanhuitz, la encuesta se aplicó a 41 mujeres, de las cuales seis (14.6%) habitaban en viviendas situadas en la cabecera municipal; 30 (73.2%) de las encuestadas viven en

comunidades del interior del municipio, y cinco (12.2%) no respondieron a este inciso en la encuesta. La edad promedio de las mujeres de la muestra fue de 27.4 años, con una mínima de 16 y una máxima de 41.

4.4.2.2. Estado civil

Con respecto a su estado civil, 24 (58.5%) reportaron vivir en unión libre, 15 (36.6%) casadas, y dos (4.9%) como madres solteras. (Ver Gráfica 22).

Gráfica 22. Estado civil de las mujeres encuestadas. Tancanhuitz



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.4.2.3 Ocupación, cargos y adscripción étnica

De las 41 encuestadas, 34 (82.9%) se dedicaban a labores del hogar y sólo seis (14.6%) tenía un empleo remunerado, de estas últimas, cuatro son comerciantes, una es empleada, una profesora y la otra estudiante. De las seis que reportan tener un ingreso por empleo, perciben entre \$500 y \$1,500 semanales, mientras que dos de las encuestadas reportan estar inscritas en el programa PROSPERA. Dos de las participantes dedicadas al hogar también realizan bordados artesanales. Una tiene cargo en la comunidad como juez auxiliar y otra es vocal de PROSPERA.

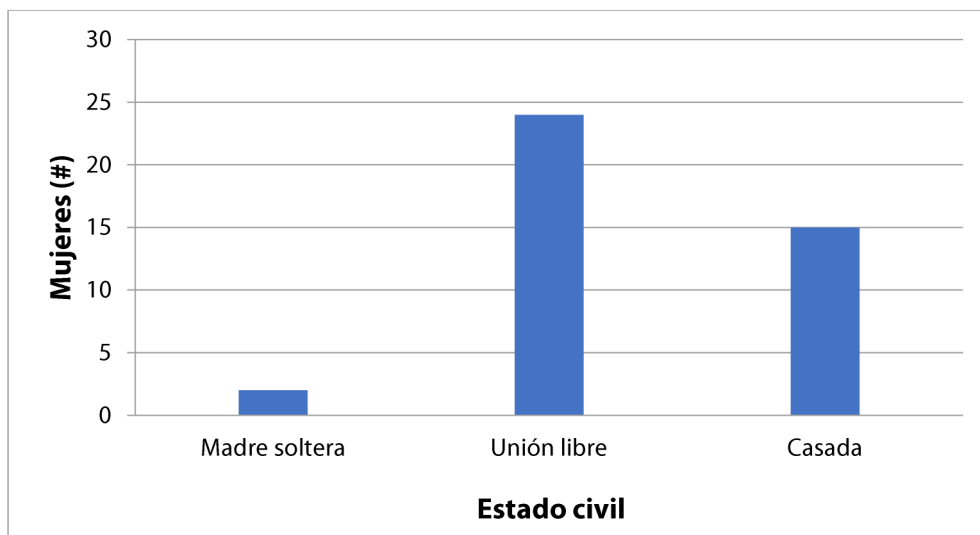
En relación con la adscripción étnica, 32 (78%) refirieron pertenecer a una comunidad

indígena, cinco (12.2%) no pertenecen a una comunidad indígena y cuatro (9.8%) no respondieron; por su parte, 21 (51.2%) hablan Tének y 14 (34.1%) hablan náhuatl. Respecto a la religión, 22 (53.7%) se asumieron como católicas, tres (7.3%) pertenecen a la religión cristiana y una (2.4%) pertenece a una iglesia evangélica, mientras que 15 (36.6%) de las encuestadas no respondieron a este inciso.

4.4.2.3 Escolaridad

Sobre los años escolares cursados, el grupo manifestó un promedio de 8.4, con una moda de 9, un mínimo de 0 años de estudio y un máximo de 17. (Ver Gráfica 23).

Gráfica 23. Años de estudio cursados en las mujeres encuestadas. Tancanhuitz



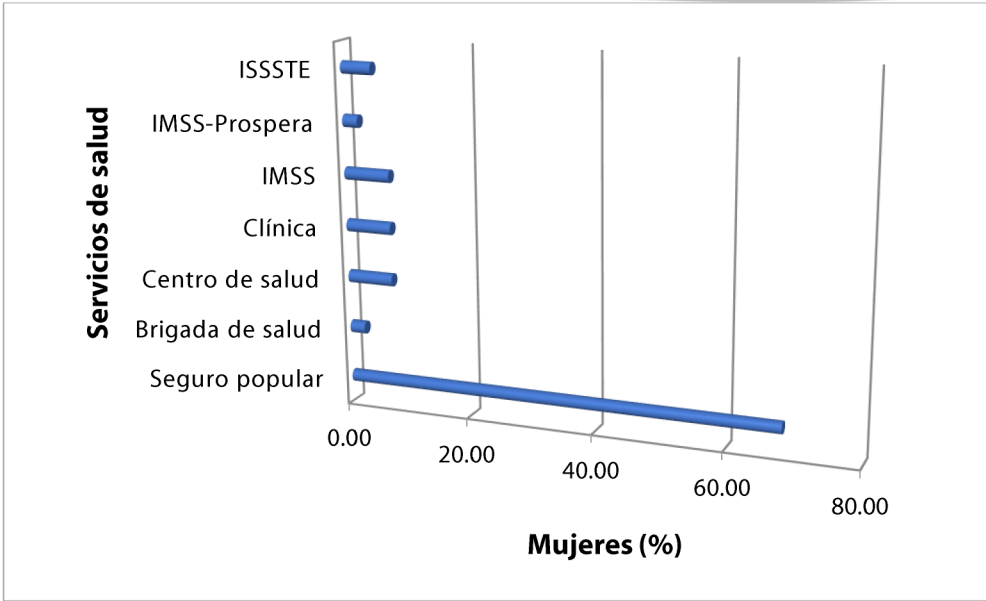
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.4.3. Acceso a la salud durante el embarazo

En lo que respecta a su percepción de la propia salud, cinco (12.2%) de las 41 encuestadas en el municipio refirieron considerarse “no sanas”, de las cuales cuatro señalaron como padecimiento una elevada presión sanguínea. Una de las encuestadas reportó presentar ceguera y otra sordera, mientras que otra reportó haber padecido de piedras en la vesícula.

Para recibir servicios de salud, 70.7% de las encuestadas reportaron ser usuarias del Seguro Popular, 9.7% al IMSS, 4.9% al ISSSTE. En la gráfica 24 puede observarse que aun cuando buscó recuperarse el dato exclusivo de derechohabiencia, las mujeres señalaron no sólo esta, sino el lugar a donde acudieron para recibir la atención durante el embarazo, dado que esto es lo que es significativo para ellas, se incluyó también como parte de esta variable.

Gráfica 24 . Tipo de derechohabiencia referida por las mujeres. Tancanhuitz



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.4.3.1. Revisión médica prenatal

De las 41 encuestadas, 40 (97.6%) fueron atendidas por un médico durante su control prenatal (una no respondió), y de esas 40, cinco (12.2%) además acudieron a la partera al menos una vez durante su embarazo. En cuanto al número de consultas recibidas durante la etapa prenatal, se encontró un promedio de 8.1, con una moda de 9, una mínima de 4 y una máxima de 14.5 consultas.

En la Tabla 18 puede apreciarse el número de consultas prenatales a las que acudió cada una de las mujeres, nótese que existe el caso de una mujer que prefirió no responder a esta pregunta.

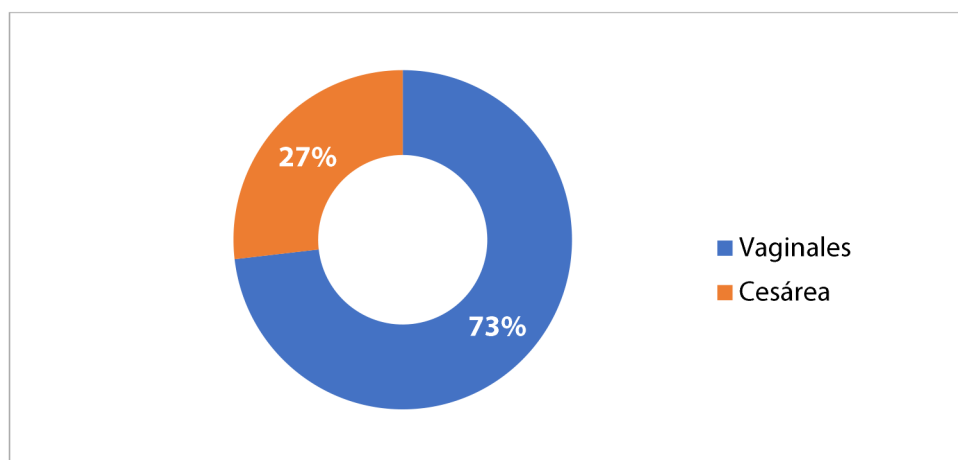
Tabla 18. Número de revisiones médicas a las que accedió cada mujer. Tancanhuitz

REVISIONES MÉDICAS	
Rango de revisiones	Porcentaje de mujeres
0	0.0
1 a 4	17.1
5 a 10	80.5
más de 10	0.0
No define	0.0
No responde	2.4

Fuente: Elaboración propia a partir de información recabada en trabajo de campo

En cuanto a la evolución de sus últimos embarazos, siete mujeres (17.1%) refirieron haber presentado alguna complicación durante éste, tres (7.3%) tuvieron una amenaza de aborto; dos (4.9%) padecieron preclampsia, una (2.4%) presentó una infección y una (2.4%) no pudo precisar el tipo de complicación que tuvo. Respecto a la estrategia mediante la cual se resolvió el parto, se encontró que 30 (73.2%) tuvieron partos vaginales y 11 (26.8%) cesáreas. (Ver Gráfica 25).

Gráfica 25. Estrategia de resolución del parto. Tancanhuitz



Fuente: Elaboración propia a partir de información recabada en trabajo de campo

4.4.3.2. Consejos de cuidado, médicos y no médicos

Las mujeres refirieron haber recibido múltiples consejos respecto al cuidado que amerita el embarazo: 33 (80.5%) dijeron haberlos recibido por parte del médico o enfermera, 24 (58.5%) de sus madres, 21 (51.2%) de su respectivo esposo o pareja, 16 (39.0%) de sus suegras, 11 (26.8%) de la partera o sanador, seis (14.6%) de sus amigas, y una (2.4%) de otras personas. Una de las encuestadas relató que, al acudir con una partera, esta última le proporcionó unas hierbas para abortar, cuyos efectos la llevaron a acudir al hospital de Aquismón; otra narró que, como acción adicional a la atención médica para procurar mantener la salud durante el embarazo, se “iba a sobar” cuando sentía dolores.

En lo que respecta a los cuidados que deben implementarse en el puerperio, las mujeres refirieron también múltiples consejeros que acompañan en esta etapa del ciclo reproductivo: 31 encuestadas (75.6%) recibieron consejos de médicos y enfermeras, entre los cuales narraron que les dieron consejos de planificación familiar, por ejemplo, *“para que al año no tuviera otra vez”*, o en un caso, a una encuestada el personal médico le exigió que se realizara una intervención quirúrgica para no tener más hijos. Por su parte, de las 41 encuestadas en Tancanhuitz, 20 (48.8%), recibieron consejos en el puerperio de sus madres y 15 (36.6%) de las suegras. Como ejemplo, se narraron consejos en sentido de que no comieran cosas frías, que consumieran dieta blanda, o que se taparan la cabeza *“para que no entrara aire”*.

4.4.4. Sobre su experiencia del parto.

De las mujeres encuestadas 18 (43.9%) fueron madres primerizas en 2018. Con respecto a cómo fue su experiencia del último parto, se encontró que 15 (36.6%) consideraron que su condición indígena había influido negativamente en la vivencia de su parto, particularmente en el hecho de no ser atendida con rapidez. En este sentido, narraron que se sintieron ignoradas por el personal médico, al grado incluso de que, en el caso de una mujer encuestada, a pesar de estar en una camilla del hospital, tuvo a su bebé sola mientras la doctora y enfermera atendían a otras mujeres. Otras relataron que las discriminaron por no saber hablar español.

En lo que concierne al lugar o espacio en que fue atendido su parto, 19 (46.3%) dijeron haber tenido a su último hijo en una institución hospitalaria, dos (4.9%) tuvieron su parto en una casa particular y 20 (48.8%) prefirieron no responder. Catorce (34.1%) mujeres

dijeron haber sentido que su vida estuvo en peligro en el momento del parto, y de ellas, cinco consideraron que gracias a la intervención del personal médico, sus vidas o las de sus bebés fueron salvadas.

Llama la atención que, del total de las mujeres, 22 (53.7%) reconocieron haber vivido su experiencia de parto sin jamás haber recibido información sobre la naturaleza de dicho proceso. De las mujeres que dijeron haber contado con información, ocho (19.5%) dijeron fueron informadas sobre el tema por alguien del personal de salud, mientras que las otras dos dijeron haber recibido esta información por parte de otras personas.

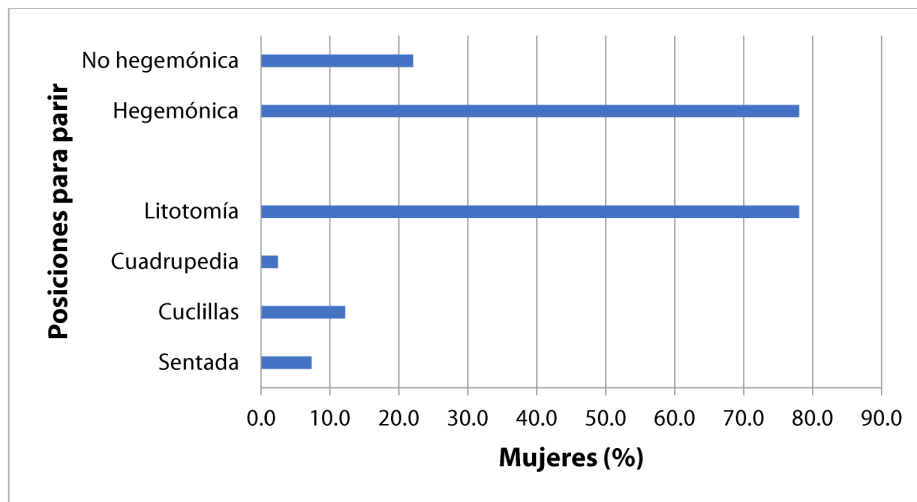
4.4.4.1. Conocimiento de su cuerpo y de la fisiología del parto

Al serles presentadas imágenes durante la etapa de aplicación de las encuestas, a las mujeres se les pidió que las explicaran. De las 41 encuestadas en Tancanhuitz de Santos, 34 (82.9%) pudieron identificar los órganos sexuales femeninos, pero sólo 19 (46.3%) pudieron identificar y explicar la imagen de dilatación; sólo nueve (22%) reconocieron y explicaron correctamente la imagen de exposición; y únicamente seis (14.6%) reconocieron y explicaron correctamente la imagen de alumbramiento.

4.1.4.2. Reconocimiento de agencia durante el parto

Por otra parte, aunque 32 mujeres (78%) dijeron estar conformes con la posición de litotomía para resolver sus partos, el resto (22%) reconoció que hubieran preferido ser atendidas en posiciones distintas a la antes señalada. Entre las posiciones que hubiesen preferido, cinco hubieran preferido estar en cuclillas, tres preferían estar sentada y una en posición de cuadrupedia. (Ver Gráfica 26).

Gráfica 26. Posiciones preferentes para parir en las mujeres encuestadas. Tancanhuitz

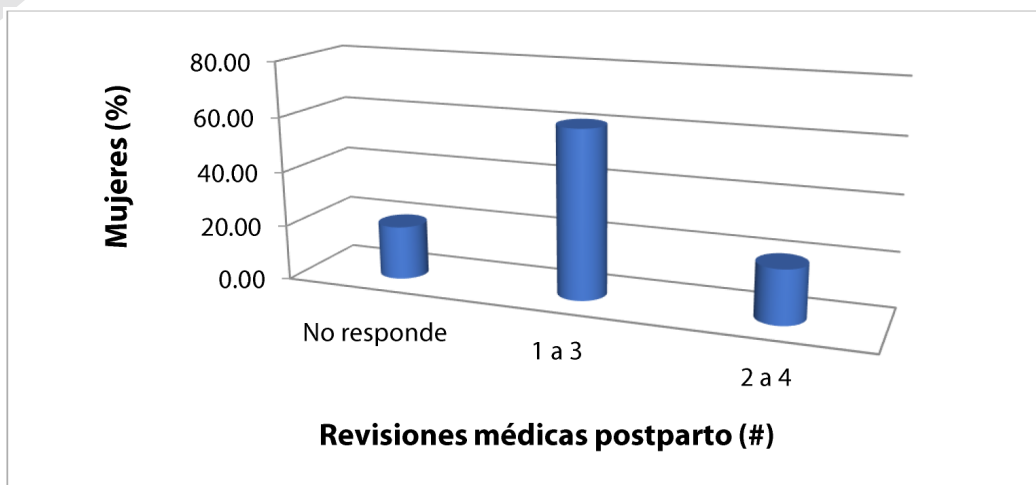


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.4.4.3. Revisión médica posparto

Al preguntarles sobre las revisiones médicas posparto, 25 (60.9%) de las mujeres recibieron entre una y tres revisiones, ocho (19.5 %) entre dos y cuatro consultas. Lo anterior puede observarse en la Gráfica 27.

Gráfica 27. Número de revisiones médicas posparto de las mujeres encuestadas. Tancanhuitz



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.4.5. Experiencias asociadas a violencia obstétrica en el último parto.

En lo que se refiere específicamente a la experiencia de estas mujeres con prácticas asociadas con violencia obstétrica, se identificaron los siguientes resultados:

4.4.5.1 Experiencias asociadas a discriminación

Tabla 19. Experiencias asociadas a discriminación. Tancanhuitz

TANCANHUITZ (<i>n</i> = 41)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a discriminación	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
Después de haber acudido al hospital ¿la regresaron a su casa y su hijo nació fuera del hospital (calle, jardín, transporte, sala de espera, etc.)	ID1	Sí	4.9
		No	92.7
		No aplica/No responde	2.4
¿Considera que el personal atendió las solicitudes que usted hacía para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	ID2	Sí	68.3
		No	19.5
		No aplica/No responde	12.2
¿Alguien del personal de salud se burló de alguna de las solicitudes que usted hizo para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	ID3	Sí	0.0
		No	82.9
		No aplica/No responde	17.1
En algún momento, ¿alguien del personal de salud le dijo que no podían atenderla o simplemente no le hizo caso?	ID4	Sí	12.2
		No	75.6
		No aplica/No responde	12.2

TANCANHUITZ (<i>n</i> = 41)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a discriminación	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal de salud le ofreció la oportunidad de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	ID5	Sí	58.5
		No	26.8
		No aplica/No responde	14.7
Alguien del personal de salud ¿se negó a su solicitud de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	ID6	Sí	19.5
		No	63.4
		No aplica/No responde	17.1
¿En algún momento de la atención, usted sintió que el personal la trataba como si usted no fuera capaz de entender lo que estaba pasando con usted o su hijo?	ID7	Sí	7.3
		No	82.9
		No aplica/No responde	9.8

De los siete indicadores que exploran las prácticas asociadas con discriminación, se identificó que en todos, por lo menos hubo una mujer cuya experiencia de parto estuvo afectada por la discriminación en seis formas posibles.

Es notable que, en dos casos (4.9%), una vez que ya habían acudido al hospital con dolores de parto, las encuestadas fueron regresadas a sus casas y sus bebés nacieron fuera de los confines del hospital. Una de las encuestadas señaló que el bebé nació afuera de su casa, y la otra no especificó. De este modo, se vio obligada a parir en un espacio no acondicionado para ello, con los riesgos que esto conlleva. Ella narró su experiencia así:

“Fui a cada rato a la clínica y me regresaron. Estuve un viernes, sábado y domingo y nada, y me regresaron el día lunes. Los dolores estaban intensos y en la madrugada del martes nació en mi casa. Mis familiares me ayudaron; en el ISSSTE no me atendieron, me regañaron y no me quisieron dar el papel. Pagamos taxi para Valles y allá me atendieron bien”.

Además, la encuestada refirió que, tras dar a luz afuera de casa, no le bajó la leche

pronto y, siendo el mes de abril, su bebé se estaba deshidratando.

Para parir, algunas tuvieron que acudir fuera de su comunidad, por lo cual tuvieron que permanecer en albergues en Axtla de Terrazas o costear sus traslados a Ciudad Valles. Otro de los indicadores que estadísticamente resultó más representativo, es aquel que tienen que ver con la decisión del personal sanitario de ignorar las necesidades y solicitudes que las mujeres hacen. En Tancanhuitz, ocho (19.5%) de las encuestadas señalaron que consideran que el personal no atendió las solicitudes que ellas hacían para sentirse más cómodas durante su parto.

Estudios científicos revelan la importancia de involucrar a la pareja en el proceso de parto, y sin embargo a 11 (26.8%) de las 41 encuestadas no se les ofreció la oportunidad de permanecer acompañadas mientras estaban en parto o con dolores, y a ocho (19.5%) de las 41 encuestadas en este municipio el personal les negó su solicitud de ser acompañada mientras estaban en parto o con dolores.

4.4.5.2 Experiencias asociadas a posible negligencia

Tabla 20. Experiencias asociadas a posible negligencia. Tancanhuitz

TANCANHUITZ (<i>n</i> = 41)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a posible negligencia	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
Después de haber acudido al hospital ¿la regresaron a su casa y su hijo nació fuera del hospital (calle, jardín, transporte, sala de espera, etc.)	IN1	Sí	4.9
		No	92.7
		No aplica/No responde	2.4
¿Considera que el personal atendió las solicitudes que usted hacía para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	IN2	Sí	68.3
		No	19.5
		No aplica/No responde	12.2

TANCANHUITZ (n = 41)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a posible negligencia	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal de salud se burló de alguna de las solicitudes que usted hizo para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	IN3	Sí	0.0
		No	82.9
		No aplica/No responde	17.1
En algún momento, ¿alguien del personal de salud le dijo que no podían atenderla o simplemente no le hizo caso?	IN4	Sí	12.2
		No	75.6
		No aplica/No responde	12.2
¿Alguien del personal de salud le ofreció la oportunidad de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	IN5	Sí	58.5
		No	26.8
		No aplica/No responde	14.7
Alguien del personal de salud ¿se negó a su solicitud de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	IN6	Sí	19.5
		No	63.4
		No aplica/No responde	17.1
¿En algún momento de la atención, usted sintió que el personal la trataba como si usted no fuera capaz de entender lo que estaba pasando con usted o su hijo? ²⁰	IN7	Sí	7.3
		No	82.9
		No aplica/No responde	9.8

Es notable el hecho de que durante el parto se siga dejando de informar a las mujeres acerca de las razones que motivan las decisiones médicas que se toman, negando la posibilidad de que las mismas participen en la toma de decisiones sobre sus propios

19 Sólo se reportaron como sí, los casos donde las mujeres no recibieron información sobre que esta separación se debía a alguna situación de complicación con ellas o sus hijos.

cuerpos con base en información clara. En ocho (19.5%) de los casos no se les pidió su autorización para realizarles la episiotomía, el cual es un procedimiento quirúrgico. En los casos en que sí explicaron los procedimientos, las encuestadas relataron que les dieron explicaciones como *“le tenía que limpiar por la cesárea, el suero para que tuviera líquido,” “para que el bebé naciera bien,”* y *“para que estuviera limpio donde iba a salir el bebé.”*

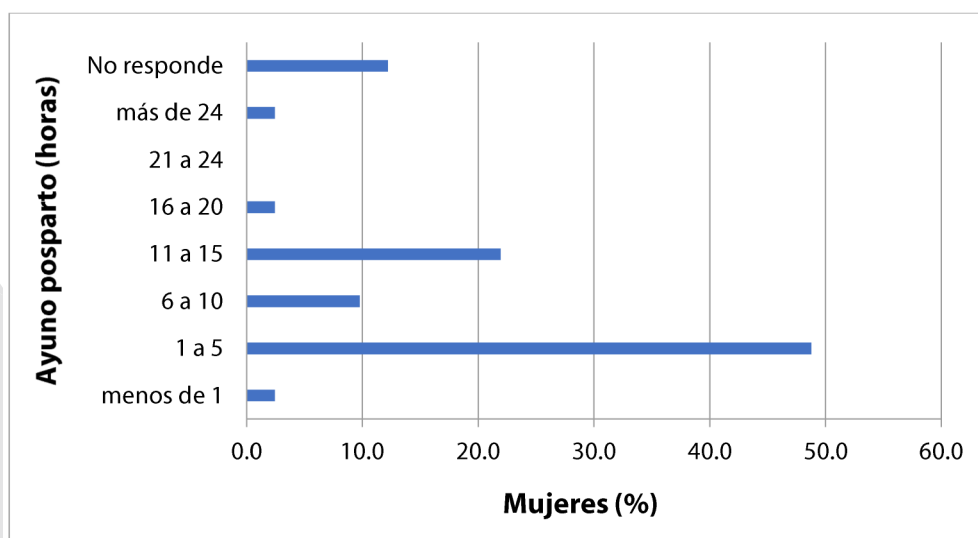
Como se mencionó en otros apartados del presente documento, la maniobra de Kristeller, estrategia que se ha prohibido con sustento en amplia evidencia científica sobre el riesgo que implica para la vida tanto de la mujer como de su hijo, se sigue aplicando de manera indebida²⁰. No fue la excepción el municipio de Tancanhuitz, en donde siete (17.1%) de las encuestadas señalaron que personal médico *“se subió a su panza”* para que saliera su hijo durante el parto. En un caso, la encuestada señaló que fue una enfermera la que se subió para *“ayudar a que saliera el bebé.”*

Dos (4.9%) de las mujeres refirieron que, en algún momento de la atención, su intimidad no fue respetada. En uno de los casos, la encuestada narró que el señor de intendencia entraba de manera constante y *“observaba todo.”* Otra señaló que, durante su parto, al ser exhibida, le dijo un elemento del personal médico que *“a ver si así aprendía a ya no tener hijos.”*

Respecto de las horas de ayuno que se impone a las mujeres y que representan no sólo la insatisfacción de un derecho y una necesidad, sino un riesgo biológico para la sana evolución de las mujeres y sus bebés, se identificó que en promedio pasan 6.3 horas sin probar alimento posterior al parto, con un rango de entre media hora hasta 30 horas, sin que hubiera una diferencia significativa entre el tiempo de espera que pasaron las mujeres que habían presentado partos vaginales y las que tuvieron partos por cesárea. (Ver Gráfica 28).

²⁰ Guía de práctica clínica para la vigilancia y manejo atención del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. 2014.

Gráfica 28. Horas de ayuno posterior al parto en las mujeres encuestadas. Tancanhuitz



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.4.5.3. Experiencias asociadas con abuso

Tabla 21. Experiencias asociadas con abuso. Tancanhuitz

TANCANHUITZ (<i>n</i> = 41)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas con abuso	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿El personal de salud se mostró comprensivo con su dolor? (le decían palabras de aliento, explicaron por qué dolía, le ofrecieron anestesia, le enseñaron a respirar, etc.)	IA1	Sí	78.0
		No	17.1
		No aplica/No responde	4.9
¿Alguien del personal de salud le exigió que se callara, no gritara o gimiera para expresar su dolor?	IA2	Sí	12.2
		No	70.7
		No aplica/No responde	17.1

TANCANHUITZ (n = 41)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas con abuso	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal emitió frases que minimizaran sus expresiones de dolor? “ni duele tanto”, “es una exagerada”, “no es para tanto”	IA3	Sí	7.3
		No	75.6
		No aplica/No responde	17.1
¿Alguien del personal le dijo que frases que aludieran al parto como un castigo por vivir su sexualidad? Por ejemplo: “Así hubiera gritado cuando lo estaba haciendo” “Pero cuando lo hizo, bien que le gusto” “Para que ya no lo vuelva a hacer”	IA4	Sí	9.8
		No	73.2
		No aplica/No responde	17.0

Mientras que algunas mujeres señalaron haber recibido consejos de respiración profunda para ayudarles con el dolor de las labores de parto, en relación con las cuatro preguntas que exploran este indicador, se identificó que siete mujeres (17.1%) perciben incomprensión sobre su experiencia de parto por parte del personal de los centros de salud y hospitales en donde tienen su parto.

Actores particularmente señalados fueron las enfermeras, que refirieron les exigían a las parturientas que dejaran de gritar porque no se les iba a quitar el dolor así, o les decían “así hubiera gritado cuando lo estaba haciendo”. Otra de las mujeres señaló que le dijeron que “A la próxima que tenga bebé se va a morir por sus gritos”.

4.4.5.4. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales

Tabla 22. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales. Tancanhuitz

TANCANHUITZ (n = 41)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal se negó a responder si usted tenía dudas sobre por qué usaron aparatos (fórceps), o le cortaron para que naciera su hijo, o porqué le daban suero, o por que debía guardar reposo?	IAO1	Sí	14.6
		No	75.6
		No aplica/No responde	9.8
¿Considera que el personal mantuvo una comunicación clara con sus familiares, para explicarles su estado de salud y el de su hijo o hija?	IAO2	Sí	78.0
		No	19.5
		No aplica/No responde	2.5
¿Alguien del personal de salud le amenazó a usted o sus familiares con no brindarle la atención?	IAO3	Sí	0.0
		No	90.2
		No aplica/No responde	9.8
¿Alguien del personal de salud le amarró para evitar que se moviera durante la atención?	IAO4	Sí	0.0
		No	82.9
		No aplica/No responde	17.1
¿Alguien del personal de salud le metió algún objeto o le tapó la boca con la mano para evitar que gritara?	IAO5	Sí	0.0
		No	82.9
		No aplica/No responde	17.1
¿Alguien del personal de salud grabó o tomó fotografías a usted o a su hijo o hija, sin tener su permiso?	IAO6	Sí	2.4
		No	80.5
		No aplica/No responde	17.1
¿Alguien del personal de salud le cruzó o cerró las piernas cuando su hijo/hija ya estaba naciendo?	IAO7	Sí	0.0
		No	80.5
		No aplica/No responde	19.5

TANCANHUITZ (n = 41)

Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
En caso de que su hijo (a) haya nacido por cesárea, ¿le explicaron claramente cuáles fueron las razones para hacerlo de esta forma?	IAO8	Sí	24.4
		No	7.3
		No aplica/No responde	68.3
¿Alguien del personal de salud ofreció darle o colocarle un método de Planificación familiar (MPF)?	IAO9	Sí	90.2
		No	7.3
		No aplica/No responde	2.4
¿Alguien del personal de salud le obligó a aceptar la colocación de un método de planificación familiar?	IAO10	Sí	17.1
		No	80.5
		No aplica/No responde	2.4
¿Le colocaron el MPF que usted deseaba y les dijo?	IAO11	Sí	80.5
		No	17.1
		No aplica/No responde	2.4
¿Recibió algún tipo de amenaza por parte del personal de salud para que aceptara colocarse un método?	IAO12	Sí	4.9
		No	90.2
		No aplica/No responde	4.9
¿La esterilizaron o le colocaron un MPF sin su consentimiento?	IAO13	Sí	7.3
		No	90.2
		No aplica/No responde	2.4

Respecto de las trece preguntas que evalúan este indicador se identificó que las respuestas más relevantes fueron aquellas que tienen relación con el acceso de las mujeres a métodos de Planificación Familiar. Siete (17.1%) de las mujeres refirieron que fueron obligadas a aceptar la colocación de un MPF, y la misma proporción de encuestadas en Tancanhuitz señaló que no se les colocó el MPF que querían. Dos de ellas (4.9%), fueron amenazadas para que aceptaran colocarse un MPF, y tres (7.3%) fueron esterilizadas o se les colocó el

MPF sin su autorización, todo lo cual revela limitaciones en la comunicación terapéutica, la negación de información a las mujeres y de la posibilidad de tomar decisiones sobre sus propios cuerpos.

Si bien la mayoría recibió información y opciones que a las encuestadas les parecieron adecuadas para tomar su propia decisión, algunas reportaron que se les informó que *“estaban obligadas”*, oyendo frases como *“es un proceso obligatorio del hospital”*; *“me dijeron que ahí tengo que salir planificada si no, no me dan de alta”*. En algunos casos la obligación de colocarse el MPF se dio después del parto en las brigadas de salud *“La brigada me decía que ya tengo que parar de tener hijos”*.

4.4.6. Secuelas físicas del parto que afectan la calidad de vida de las mujeres:

Como parte de esta investigación se les preguntó si asociaban que, tras alguno de sus partos, se hubiese desencadenado alguna situación asociada a incontinencia urinaria o fecal, fístulas o dispareunia (dolor en la penetración), a este respecto, 15 (36.6%) de las mujeres reportaron haber presentado alguna forma de incontinencia urinaria, dos (11.1%) presentaron incontinencia fecal y cinco (12.2%) de ellas, haber identificado dispareunia posterior al parto.



4.5. TANLAJÁS

4.5.1. Caracterización sociodemográfica

Según estadísticas del INEGI para 2015, este municipio presenta una población total de 19 750, lo cual representa el 0.7% de la población estatal. Tanlajás es un municipio con muchos jóvenes, ya que su promedio de edad es de 24 años. El 94.43% de su población se considera indígena y el 81.86% habla una lengua indígena. La mayoría de los pobladores están alfabetizados y el 68.6% han completado sus estudios de educación básica.

La distribución de la población por sexo, muestra mayor presencia masculina (50.2%) que femenina (49.8%). En promedio, las mujeres tienen 2.3 hijos nacidos vivos y existe un 3% de hijos fallecidos; ambos datos se encuentran por encima de la media estatal. Más de la mitad de la población tiene una pareja, ya sea conyugal (40.5%) o en unión libre (15.7%), es considerable el porcentaje de mujeres que tienen la condición de soltera (35.6%).

En esta localidad, existe un alto porcentaje de población no activa económicamente, sólo el 30.7% señala estar ocupada. El Seguro Popular es la opción de salud que el 92.6% de la población utiliza. Según datos de Coneval (2010) del 75 al 100% de su población se encuentra en situación de pobreza.

4.5.2. Caracterización de la muestra

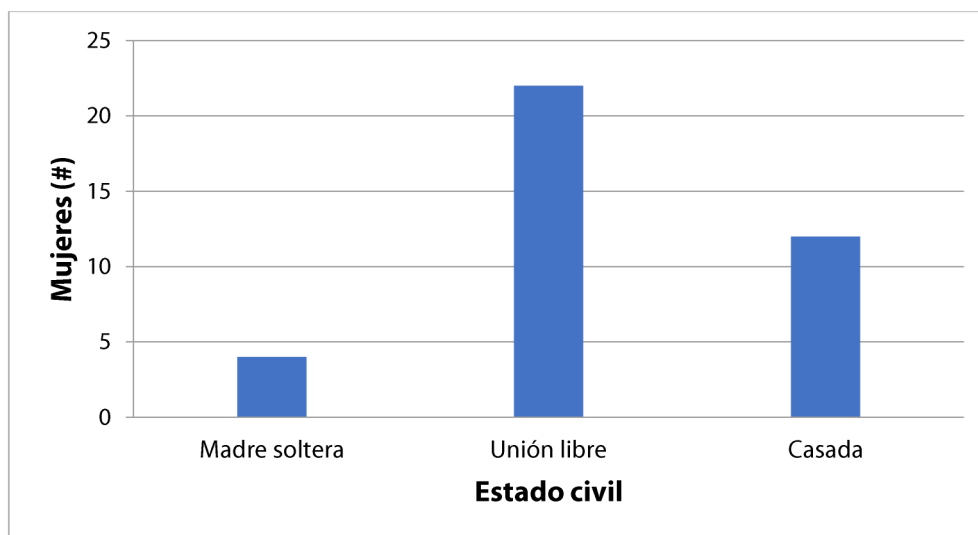
4.5.2.1 Domicilio de las encuestadas.

Los resultados que se reportan para este municipio derivan de la información proporcionada por 38 mujeres. Su promedio de edad es de 24.3 años, con una mínima de 16 y una máxima de 37.

4.5.2.2 Estado civil

34 mujeres señalaron tener una pareja, de éstas, la mayoría vive en unión libre (Ver Gráfica 29).

Gráfica 29. Estado civil de las mujeres. Tanlajás



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

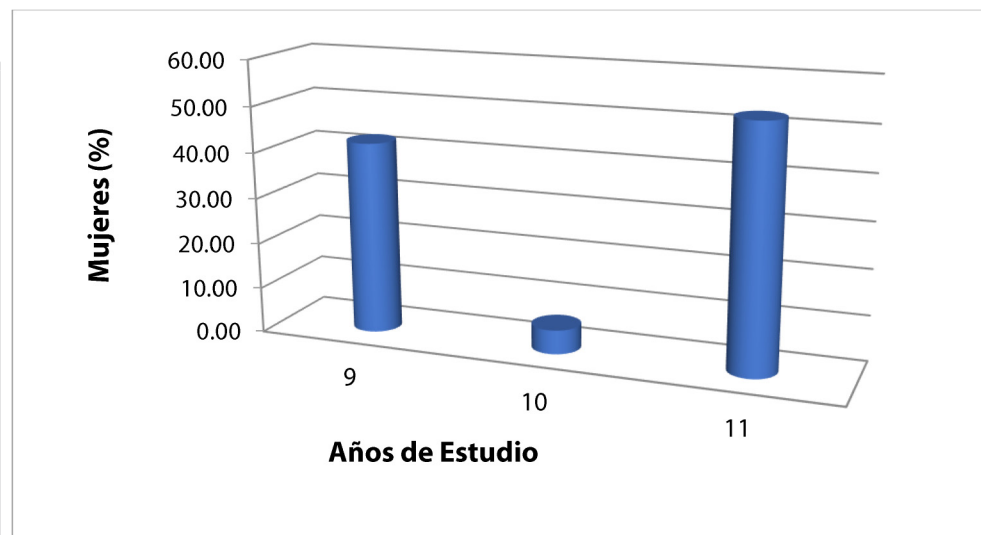
4.5.2.3. Ocupación, cargos y adscripción étnica

La mayoría de las mujeres (78.9%) habitan en comunidades y se dedican al trabajo en el hogar (92.1%). No hay claridad respecto a sus ingresos, ya que 21 de ellas (55.3%) no respondieron a ese cuestionamiento. De las 13 que refirieron algún ingreso, el 61.5% lo obtiene de PROSPERA y el resto de ventas. Los ingresos que declaran sólo dos mujeres son de 600 y 800 pesos semanales. Sólo una de (2.6%) las participantes refirió tener alguna propiedad, el 52.6% (20) indicó que no tiene ninguna y el 44.7% (18) no emitió respuesta. Aunque el 86.8% (33) de las encuestadas señaló no participar en algún cargo dentro de la comunidad, se identifican tres (7.9%) mujeres que refirieron participar en cargos de salud o PROSPERA y/o cargos escolares. Respecto a su adscripción étnica, 86.8% (33) de las encuestadas se identifican como pertenecientes a una etnia, el 89.5% (34) tiene como idioma el Tének y sólo una mujer habla Náhuatl. La adscripción a alguna religión se encuentra diversificada, ya que se reconocen: católicas (39.5%), evangélicas (10.5%) y cristianas (5.3%), y un porcentaje muy alto (44.7%) de mujeres que no reportan el dato.

4.5.2.4. Escolaridad

Sobre la escolaridad, el grupo manifestó un promedio de 10.1 años, el mínimo es nueve y el máximo es 11 años. (Ver Gráfica 30).

Gráfica 30. Años de estudio cursados por las mujeres. Tanlajás



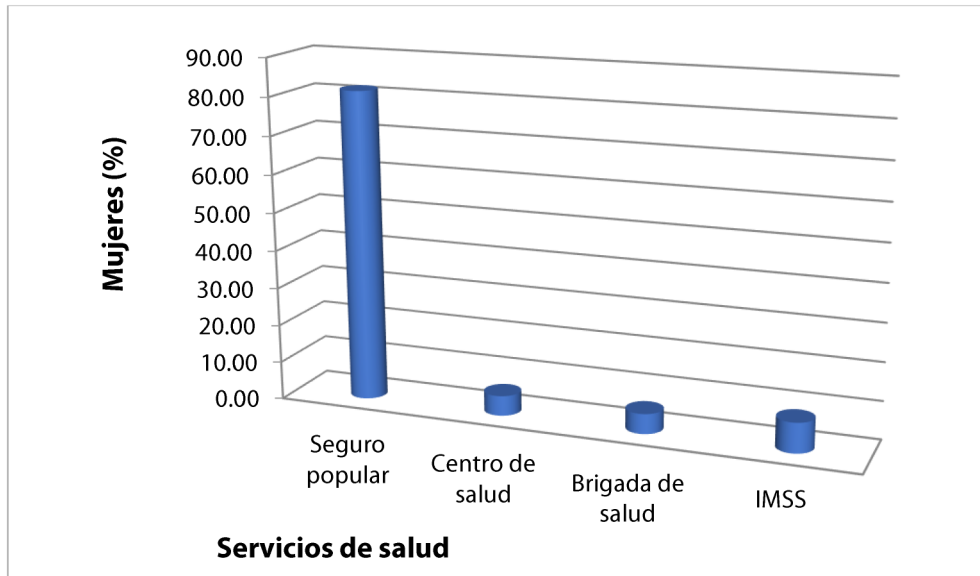
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.5.3. Acceso a la salud durante el embarazo

En general, las mujeres no refieren tener algún problema de salud ni malformaciones de nacimiento o alguna discapacidad o problemas de salud mental. Dos (5.3%) participantes señalan tener una enfermedad, pero sólo una específica que son quistes.

En lo que respecta al acceso a servicios de salud, (92.1%) 35 refirieron acceder a través de los programas y estrategias que se implementan desde el Estado para potenciar la salud materna y frenar la muerte asociada a los procesos reproductivos y sólo tres (7.89%) mediante el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. En la gráfica 31 puede observarse que aun cuando buscó recuperarse el dato exclusivo de derechohabencia, las mujeres señalaron no sólo esta, sino el lugar a donde acudieron para recibir la atención durante el embarazo, dado que esto es lo que es significativo para ellas, se incluyó también como parte de esta variable.

Gráfica 31. Tipo de derechohabiencia referida por las mujeres. Tanlajás



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.5.3.1. Revisión médica prenatal

El total de las mujeres acudió al médico para el control prenatal y cuatro (10.5%) de ellas además fueron revisadas por una partera. En cuanto al número de consultas recibidas durante la etapa prenatal, se encontró un promedio de 7.7, con una mínima de tres y una máxima de 18 consultas. En la Tabla 23 puede apreciarse el número de consultas prenatales a las que acudió cada una de las mujeres.

Tabla 23. Número de revisiones médicas a las que accedió cada mujer. Tanlajás

REVISIONES MÉDICAS	
Rango de revisiones	Porcentaje de mujeres
0	0.0
1 a 4	10.5
5 a 10	76.3
más de 10	10.5
No define	2.6

Fuente: Elaboración propia a partir de información recabada en trabajo de campo

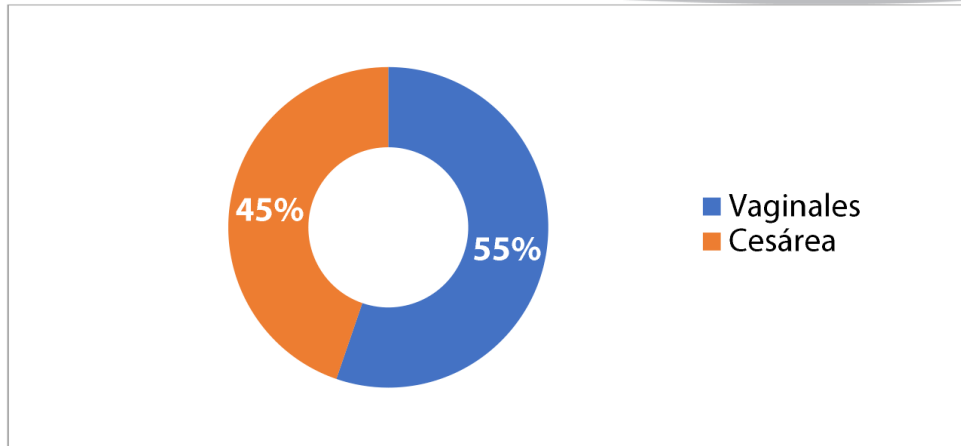
4.5.3.2. Evolución de embarazo y resolución del parto.

El lugar en el que estas mujeres tuvieron su último parto fue, en su mayoría, un hospital (57.9%). Respecto a la experiencia vivida presentan opiniones diversificadas, el 47.3% indican que no fue fácil, debido a que fue doloroso y con complicaciones, mientras el 39.5% expresan haber vivido un parto rápido y con buena atención.

En general, la evolución de los últimos embarazos fue sin complicaciones, lo cual puede relacionarse con el promedio de edad de las participantes (24 años), sin embargo, nueve mujeres sí expresan haber experimentado una o dos complicaciones las cuales se relacionan con: aumento en la presión sanguínea, infecciones, amenazas de aborto, daño en la vesícula, crecimiento exagerado del bebé y sangrados.

Con respecto a la estrategia mediante la cual se resolvió el parto, se encontró un alto porcentaje de cesáreas, un 44.7% (17) del total de la muestra. (Ver Gráfica 32).

Gráfica 32. Estrategia de resolución del parto. Tanlajás



Fuente: Elaboración propia a partir de información recabada en trabajo de campo

4.5.3.3. Consejos de cuidado, médicos y no médicos

Las mujeres de la muestra refirieron haber recibido múltiples consejos sobre el cuidado que amerita el embarazo: 35 (92.1%) dijo haberlos recibido del médico o enfermera, 28 (76.7%) de sus madres, 21 (55.3%) de sus esposos, 15 (39.5%) de sus suegras, y siete (18.4%) los escucharon de la partera. Entre las acciones que implementaron para procurar conservar su salud y la de sus hijos durante el embarazo, destaca la importancia de no levantar nada pesado y no hacer corajes.

En lo que respecta a los cuidados que deben implementarse en el puerperio, las mujeres refirieron también múltiples consejeros que acompañan en esta etapa del ciclo reproductivo: 37 mujeres (97.4%) los recibieron por parte del médico o enfermera, 26 (68.4%) de sus madres, 17 (44.7%) de las suegras, siete (18.4%) de las amigas y tres (7.9%) de otra persona. Los consejos que recuerdan haber recibido estas mujeres aluden a evitar algunas acciones como tocar agua fría o barrer, comer muchas cosas y evitar tocarse el cabello porque podía caérsele. Otro consejo importante que refieren es el fajarse.

4.5.4. Sobre su experiencia del parto.

De las mujeres encuestadas, 52.6% (20) fueron madres primerizas en el 2018 y 22 de ellas atendieron su parto en un hospital (57.9%). Respecto a la experiencia vivida del parto, presentan opiniones diversificadas, 47.4% (18) indica que no fue fácil, ya que fue doloroso y con complicaciones. Mientras el 39.5% (15) expresa haber vivido un parto rápido y con buena atención, el 26.3% (10) sintió que su vida estuvo en riesgo durante el mismo. Dentro de las acciones a las que atribuyeron su sobrevivencia están: el haber sido sometidas a cesárea, el aplanarle el estómago (maniobra de Kristeller), la aplicación de medicamentos y/o suero, y la atención oportuna y constante por parte del personal de salud.

En general, las mujeres de Tanlajás no consideran que su condición de indígena haya influido para no haber sido atendida con rapidez, sin embargo, un 39.4% (15) señaló que sí influyó esta condición. De las mujeres que no recibieron buena atención durante el parto, dos (5.3%) señalaron que fue debido a que no fueron admitidas en el servicio de salud y que su hijo nació en otro sitio.

4.5.4.1. Conocimiento de su cuerpo y de la fisiología del parto

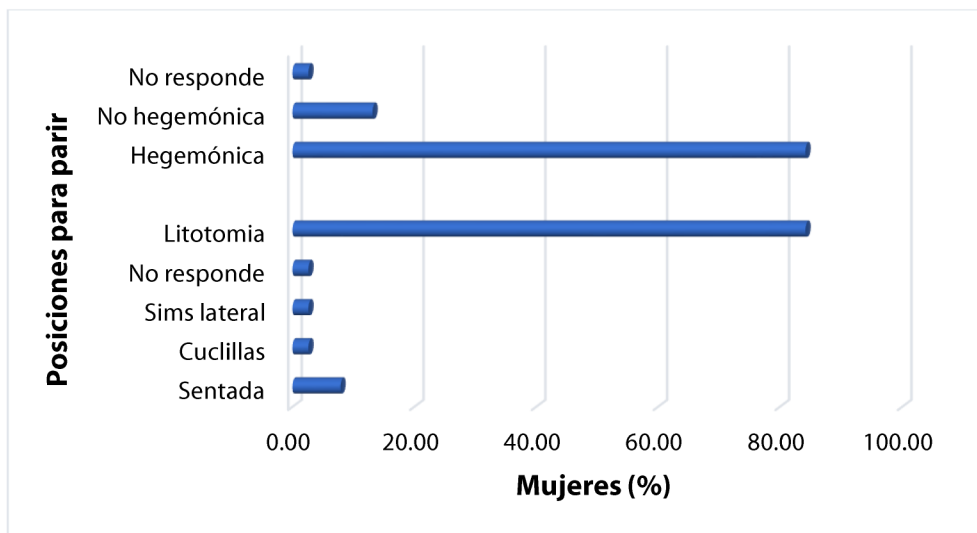
Con respecto a la información obstétrica con la que cuentan las mujeres, 60.5% (23) señaló conocerla, de ellas, 18 informan los sujetos de las que las recibieron: nueve del personal de salud; dos de su mamá; dos en la secundaria; una de su suegra, y tres dijeron haberlos aprendido por ellas mismas, observando, leyendo o con sus primeros partos.

Por otro lado, el 39.5% (15) de mujeres señala no haber recibido información de cómo sería su parto. Este dato parece relacionarse con el 28.9% (11) de mujeres que no detectó que su parto estaba iniciando o, con el 92.1% (35) de mujeres que no respondieron el ítem que pretendía saber si podía reconocer los órganos sexuales femeninos. Sin embargo, es necesario hacer notar que, con respecto a las imágenes de dilatación, expulsión y alumbramiento, la mayoría de las mujeres explicaron de manera correcta cada una de ellas.

4.5.4.2. Reconocimiento de agencia durante el parto

Por otra parte, aunque el 84.2% (32) de la población dijo estar conforme con la posición de litotomía para resolver sus partos, 13.2% (5) reconoció que hubieran preferido ser atendidas en posiciones no hegemónicas. (Véase Gráfica 33).

Gráfica 33. Posiciones preferentes para parir en las mujeres encuestadas. Tanlajás

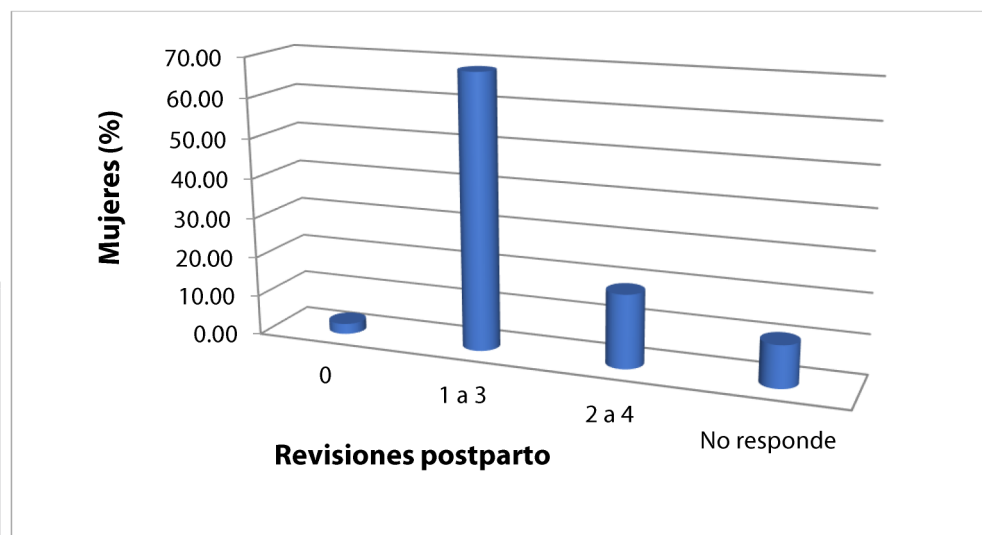


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.5.4.3. Revisión médica posparto

Al preguntarles sobre las revisiones médicas posparto, 26 (68.4%) de las mujeres recibieron entre una y tres revisiones, 7 (18.4 %) entre dos y cuatro consultas. Lo anterior puede observarse en la Gráfica 34.

Gráfica 34. Número de revisiones médicas posparto de las mujeres encuestadas. Tanlajás



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.5.5. Experiencias asociadas a violencia obstétrica en el último parto.

En lo que se refiere específicamente a la experiencia de estas mujeres con prácticas asociadas con violencia obstétrica, se identificaron los siguientes resultados:

4.5.5.1. Experiencias asociadas a discriminación

Tabla 24. Experiencias asociadas a discriminación. Tanlajás

TANLAJÁS (n = 38)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a discriminación	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
Después de haber acudido al hospital ¿la regresaron a su casa y su hijo nació fuera del hospital (calle, jardín, transporte, sala de espera, etc.)	ID1	Sí	5.3
		No	86.8
		No aplica/No responde	7.9

TANLAJÁS (n = 38)

Indicador de exploración para experiencias asociadas a discriminación	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Considera que el personal atendió las solicitudes que usted hacía para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	ID2	Sí	57.9
		No	26.3
		No aplica/No responde	15.8
¿Alguien del personal de salud se burló de alguna de las solicitudes que usted hizo para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	ID3	Sí	5.3
		No	86.8
		No aplica/No responde	7.9
En algún momento, ¿alguien del personal de salud le dijo que no podían atenderla o simplemente no le hizo caso?	ID4	Sí	13.2
		No	86.8
		No aplica/No responde	0.0
¿Alguien del personal de salud le ofreció la oportunidad de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	ID5	Sí	42.1
		No	50
		No aplica/No responde	7.9
¿Alguien del personal de salud ¿se negó a su solicitud de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	ID6	Sí	21.1
		No	71.1
		No aplica/No responde	7.8
¿En algún momento de la atención, usted sintió que el personal la trataba como si usted no fuera capaz de entender lo que estaba pasando con usted o su hijo?	ID7	Sí	10.5
		No	68.4
		No aplica/No responde	21.1

De los siete indicadores que exploran las prácticas asociadas con la discriminación, se identificó que en todos, existe por lo menos el caso de una mujer cuya experiencia de parto estuvo enmarcada en alguna práctica sustentada en la discriminación. En donde se requiere atención inmediata es en la acción de ofrecer a la mujer que alguien la acompañe durante los dolores o en el momento de parto, ya que el 50% (14) de las encuestadas no contó con ello, e incluso, hubo ocho (21.1%) que lo pidieron y les fue negado.

Otro indicador representativo, es aquel que tiene que ver con la decisión del personal

sanitario de ignorar las necesidades y solicitudes que las mujeres hacen tanto durante el trabajo de parto como en él mismo. Un 26.3% (10) de las mujeres encuestadas se sintió ignoradas, y en el señalamiento sobre cómo fue la interacción con el personal de salud al respecto, se demuestra que factores como las visiones hegemónicas y de poder que están en la cultura y la educación del personal del salud influyeron en este aspecto, así como en la información con la que ellas llegan antes del parto o la falta de dominio sobre el tema y las condiciones materiales o de infraestructura de los hospitales en las que son atendidas.

Finalmente es necesario destacar la persistencia de casos de mujeres que, aun habiéndose acercado de manera oportuna a los servicios de salud, son rechazadas para su ingreso, y como consecuencia de lo anterior se ven obligadas a parir en espacios no acondicionados para ello, con los riesgos que esto conlleva; esto les ocurrió a dos (5.3%) de las mujeres de la muestra. Es grave por otra parte, el hecho de que existan dos (5.3%) mujeres que refieran haber sido objeto de burla, cinco (13.2%) haber sido ignoradas y cuatro (10.5%) infantilizadas durante la atención de su parto.

4.5.5.2. Experiencias asociadas a posible negligencia

Tabla 25. Experiencias asociadas a posible negligencia. Tanlajás

TANLAJÁS (n = 38)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a posible negligencia	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Sintió en algún momento de la atención, que su intimidad no fue respetada? (desnudarla frente a otras personas, hablar de sus cuerpos en chiste, hacer preguntas referentes a la sexualidad en público, etc.)	IN1	Sí	13.2
		No	86.8
		No aplica/No responde	0.0
¿Le explicaron por qué realizaban cada uno de los procedimientos? (ponerle lavativa, suero o rasurarla)	IN2	Sí	57.9
		No	28.9
		No aplica/No responde	13.2

TANLAJÁS (n = 38)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a posible negligencia	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
En caso de que le hayan realizado corte para que naciera su hijo (episiotomía) ¿Le pidieron autorización para hacerlo?	IN3	Sí	10.5
		No	50.0
		No aplica/No responde	39.5
Alguien del equipo de salud se subió a su panza para que saliera su hijo (a)?	IN4	Sí	13.2
		No	57.9
		No aplica/No responde	28.9
¿Le permitieron estar con su hijo (a) a los primeros 30 minutos de vida de este? (apego y lactancia precoz) ²²	IN5	Sí	86.8
		No	10.5
		No aplica/No responde	2.7

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

Respecto de los indicadores seleccionados para medir negligencia, es importante hacer notar que cinco mujeres (13.2%) se sintieron intimidadas con el trato que recibieron. Entre las frases que refieren haber escuchado están las ofensas, que hacen alusión a la relación entre el acto sexual y el parto. De igual manera, otras dos experiencias demuestran la falta de capacitación del personal o de sensibilización sobre aquello que se convierte en hábito y se normaliza en las prácticas médicas y que deja a un lado a la mujer y sus necesidades. Los siguientes discursos son muestra de ello: *“Me dijeron: levántate la bata y era hora de visita, había señores y me dio pena, no lo quería hacer, me dijeron que lo tenía que hacer, me obligaron”, “Me tenían abierta y todos los médicos entraban, hasta los de limpieza”*.

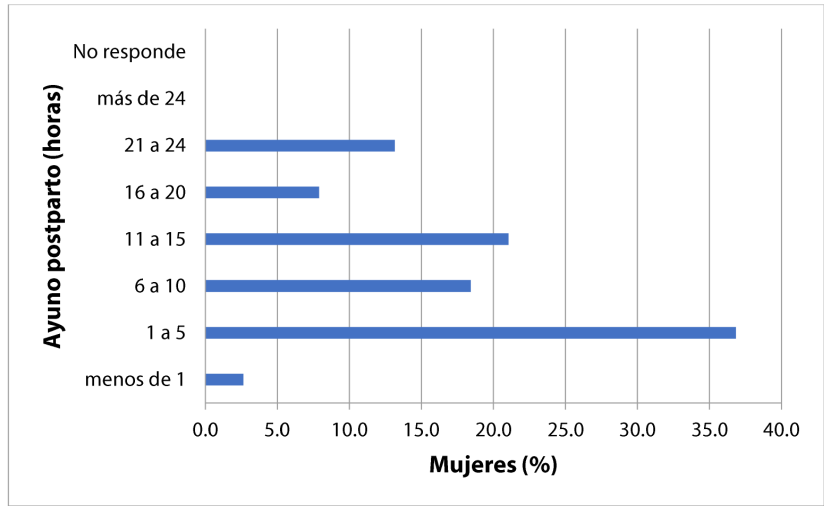
Desde la experiencia de las mujeres que respondieron, estas prácticas médicas son recurrentes: el 28.9% (11) señala que no se le explicaron las razones de los procedimientos que les aplicaron. El caso de la episiotomía es más grave, ya que la mitad de las mujeres (19) señala que no se les pidió permiso para hacerla. De igual manera, la encuesta muestra que a cuatro madres (10.5%) no les permitieron tomar a su hijo al nacer.

21 Sólo se reportaron como sí, los casos donde las mujeres no recibieron información sobre que esta separación se debía a alguna situación de complicación con ellas o sus hijos.

Las cinco mujeres (13.2%) que refirieron que alguien del equipo de salud “se subió a su panza” para ayudar a que saliera el bebé, señalan específicamente que esta acción fue ejercida por una o más personas ejerciendo presión con las manos.

La Gráfica 34 muestra las horas de ayuno que se impone a las mujeres y que representan no sólo la insatisfacción de un derecho y una necesidad, sino un riesgo biológico para su sana evolución y la de sus bebés. Se identificó que en promedio pasan nueve horas y media sin probar alimento después del parto. La media para las que tuvieron cesárea es de 13.4 horas y para las que tuvieron parto vaginal es de 6.3 horas.

Gráfica 35. Horas de ayuno en las mujeres encuestadas. Tanlajás



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.5.5.3. Experiencias asociadas con abuso

Tabla 26. Experiencias asociadas con abuso. Tanlajás

TANLAJÁS (n = 38)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas con abuso	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿El personal de salud se mostró comprensivo con su dolor? (le decían palabras de aliento, explicaron por qué dolía, le ofrecieron anestesia, le enseñaron a respirar, etc.)	IA1	Sí	81.6
		No	15.8
		No aplica/No responde	2.6
¿Alguien del personal de salud le exigió que se callara, no gritara o gimiera para expresar su dolor?	IA2	Sí	21.1
		No	65.8
		No aplica/No responde	13.1
¿Alguien del personal emitió frases que minimizaran sus expresiones de dolor? “ni duele tanto”, “es una exagerada”, “no es para tanto”	IA3	Sí	7.9
		No	81.6
		No aplica/No responde	10.5
¿Alguien del personal le dijo que frases que aludieran al parto como un castigo por vivir su sexualidad? Por ejemplo: “Así hubiera gritado cuando lo estaba haciendo” “Pero cuando lo hizo, bien que le gusto” “Para que ya no lo vuelva a hacer”	IA4	Sí	10.5
		No	73.6
		No aplica/No responde	15.9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

En referencia a los indicadores sobre experiencias asociadas con abuso, se denota que aunque la mayoría de las mujeres expresa que el personal de salud fue comprensivo con su dolor, se identifican las expresiones de varias mujeres que muestran la falta de empatía y respeto a la condición de cada una, lo cual se advierte en discursos como los siguientes: *“Deje de gritar porque hay otros pacientes”, “Deje de gritar, usted decidió ser mamá, ahora se aguanta”*. Algunas mujeres incluso señalaron que las enfermeras les exigían con *“maldiciones que se callaran”*, y otros actores las regañaban o les decían palabras ofensivas. También se observa que se reitera la costumbre de señalar que *“aguante”* del mismo modo en que tuvo relaciones sexuales.

4.5.5.4. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales

Tabla 27. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales. Tanlajás

TANLAJÁS (n = 38)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal se negó a responder si usted tenía dudas sobre por qué usaron aparatos (fórceps), o le cortaron para que naciera su hijo, o porqué le daban suero, o por que debía guardar reposo?	IAO1	Sí	7.9
		No	73.7
		No aplica/No responde	2.6
¿Considera que el personal mantuvo una comunicación clara con sus familiares, para explicarles su estado de salud y el de su hijo o hija?	IAO2	Sí	71.1
		No	26.3
		No aplica/No responde	2.6
¿Alguien del personal de salud le amenazó a usted o sus familiares con no brindarle la atención?	IAO3	Sí	0.0
		No	94.7
		No aplica/No responde	
¿Alguien del personal de salud le amarró para evitar que se moviera durante la atención?	IAO4	Sí	2.6
		No	84.2
		No aplica/No responde	13.2
¿Alguien del personal de salud le metió algún objeto o le tapó la boca con la mano para evitar que gritara?	IAO5	Sí	0.0
		No	86.8
		No aplica/No responde	13.2
¿Alguien del personal de salud grabó o tomó fotografías a usted o a su hijo o hija, sin tener su permiso?	IAO6	Sí	0.0
		No	92.1
		No aplica/No responde	7.9

TANLAJÁS (n = 38)

Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal de salud le cruzó o cerró las piernas cuando su hijo/hija ya estaba naciendo?	IAO7	Sí	0.0
		No	78.9
		No aplica/No responde	21.1
En caso de que su hijo (a) haya nacido por cesárea, ¿le explicaron claramente cuáles fueron las razones para hacerlo de esta forma?	IAO8	Sí	36.8
		No	10.5
		No aplica/No responde	52.6
¿Alguien del personal de salud ofreció darle o colocarle un método de Planificación familiar (MPF)?	IAO9	Sí	97.4
		No	2.6
		No aplica/No responde	0.0
¿Alguien del personal de salud le obligó a aceptar la colocación de un método de planificación familiar?	IAO10	Sí	18.4
		No	76.3
		No aplica/No responde	5.3
¿Le colocaron el MPF que usted deseaba y les dijo?	IAO11	Sí	84.2
		No	13.2
		No aplica/No responde	2.6
¿Recibió algún tipo de amenaza por parte del personal de salud para que aceptara colocarse un método?	IAO12	Sí	5.3
		No	92.1
		No aplica/No responde	2.6
¿La esterilizaron o le colocaron un MPF sin su consentimiento?	IAO13	Sí	10.5
		No	68.4
		No aplica/No responde	21.1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

En general, las mujeres refieren que el personal de salud no cometió acciones u omisiones intencionales, sin embargo, tres mujeres (7.9%), refirieron vivencias en las que el personal de salud no informó sobre las razones para aplicarle algún procedimiento. Atención especial requieren dos indicadores: el primero sobre la comunicación clara con los familiares para explicarles el estado de la salud de la mamá y su hijo, ya que más de un cuarto de las encuestadas (26.3%), señala que no fue adecuada y el segundo indicador que refiere al uso de métodos anticonceptivos, ya que se presentan porcentajes mayores de mujeres que fueron obligadas a ponerse un MPF sin su consentimiento y bajo amenazas. Las mujeres refieren que les dijeron expresiones como: *“Si no te lo pones no te dejamos salir del hospital”*; *“El próximo parto te lo cobramos si no te lo pones”*; *“Tal vez te gusta el dolor”*; incluso una refiere haber sido sometida para que le pusieran la inyección a la fuerza.

4.5.6. Secuelas físicas del parto que afectan la calidad de vida de las mujeres

Como parte de esta investigación se les preguntó si asociaban que, tras alguno de sus partos, se hubiese desencadenado alguna situación asociada a incontinencia urinaria o fecal, fístulas o dispareunia (dolor en la penetración), a este respecto, dos (5.3%) de las mujeres reportaron haber presentado alguna forma de incontinencia urinaria y tres (7.9%) de ellas, haber identificado dispareunia posterior al parto.



4.6. TAMPAMOLÓN CORONA

4.6.1. Caracterización sociodemográfica

Según estadísticas de INEGI para 2015, este municipio cuenta con una población total de 15 598.0, con mayor presencia de mujeres (7 934.0) que de hombres (7 664.0). Aun cuando no es señalado como uno de los municipios en mayor situación de marginación, las condiciones de desarrollo que enfrentan sus habitantes detonan vulnerabilidades individuales y colectivas. En lo que respecta al acceso a la educación, el 57% ha accedido apenas a cursar el nivel básico, en tanto el 10% no cuenta con escolaridad; de igual manera, el 80% de los pobladores de este municipio cuenta con ingresos inferiores a la línea de bienestar. En relación con el acceso a seguridad social, prácticamente la totalidad carece de servicio, razón por la cual cerca del 90% recibe atención a la salud a través del Programa Seguro Popular.

4.6.2. Caracterización de la muestra

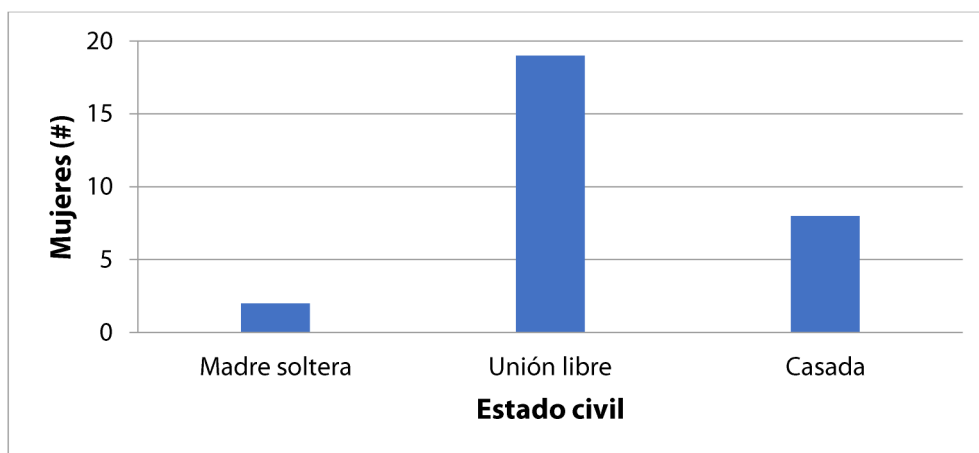
4.6.2.1 Domicilio de las encuestadas

Los resultados que se reportan para este municipio derivan de la información proporcionada por 29 mujeres, de las cuales 18 (62.1%) habitaban en comunidades del interior del municipio, nueve (31%) en viviendas adscritas a la cabecera municipal y dos (6.8%) no especificaron. Su promedio de edad fue de 28.1 años, con una mínima de 15 y una máxima de 40.

4.6.2.2 Estado civil

En lo que respecta al estado civil, 19 (65.5%) refirieron vivir en unión libre, ocho (27.6%) en matrimonio y dos (6.9%) ser madre soltera. Ver Gráfica 36.

**Gráfica 36. Estado civil de las mujeres encuestadas.
Tampamolón Corona.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.6.2.3 Ocupación, cargos y adscripción étnica

En cuanto a la ocupación, 20 (69%) refirieron dedicarse a las labores del hogar, ocho (27.6%) dijeron tener empleo y una (3.4%) no respondió. Tres mujeres (10.3%) son empleadas con ingresos de entre \$750.00 y \$900.00 semanales, una contadora pública, una asesora de INEA (\$400.00), una servidora pública empleada en el ayuntamiento (\$900.00) y una contralora interna del ayuntamiento (\$2000.00), únicamente una de ellas recibe apoyo PROSPERA. Cuatro de las mujeres (13.8%) señalaron desempeñar algún cargo dentro de la comunidad, dos como vocales de PROSPERA y dos con responsabilidad dentro de comités en escuelas.

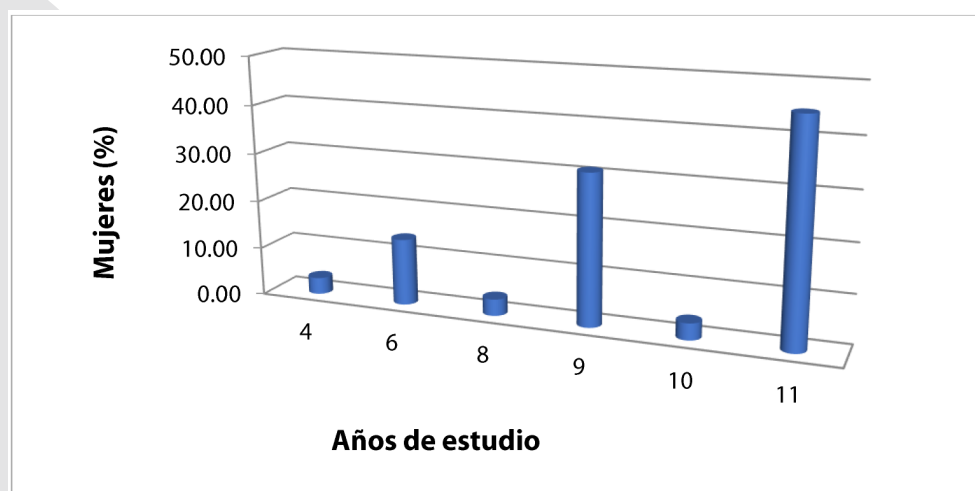
4.6.2.4 Escolaridad

En relación con la adscripción étnica, 20 (69.0%) dijeron pertenecer a una comunidad indígena, ocho (27.2%) tiene como idioma el Náhuatl y 14 (48.7%) el Tének, sin embargo, la totalidad de las mujeres de la muestra fue capaz de comunicarse en español. Respecto

a la religión, 18 (62.1%) se asumieron católicas, una (3.4%) evangelista y una más (3.4%) adscrita a la iglesia de cristo, nueve mujeres (31.0%) prefirieron no responder esta pregunta.

Sobre los años escolares cursados, el grupo manifestó un promedio de 9.1, con una moda de 9, mínimo de 4 y máximo de 11 (Ver Gráfica 37).

Gráfica 37. Años de estudio cursados en las mujeres encuestadas. Tampamolón Corona.



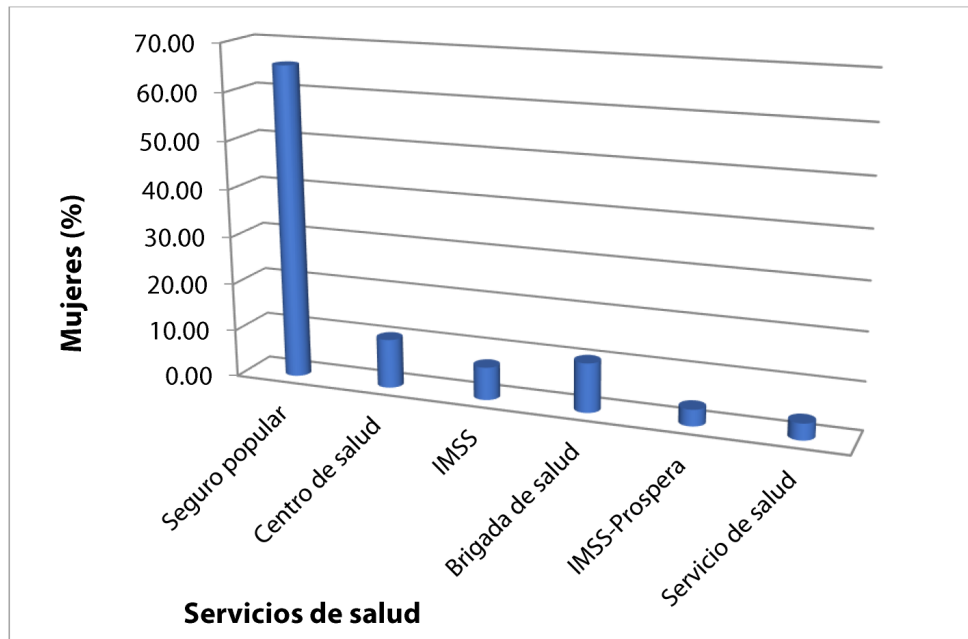
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.6.3. Acceso a la salud durante el embarazo

En lo que respecta a su percepción de la propia salud, sólo dos (6.9%) refirieron considerarse “no sanas”, una por haber sido diagnosticada con “azúcar” y otra por presentar cuadros frecuentes de “baja presión”. Ninguna refirió alguna condición de discapacidad, ni problemas de salud mental.

En lo que respecta al acceso a servicios de salud, 26 (89.7%) refirieron acceder a través de los servicios de salud y sólo tres (10.3%) mediante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En la gráfica 31 puede observarse que aun cuando buscó recuperarse el dato exclusivo de derechohabencia, las mujeres señalaron no sólo esta, sino el lugar a donde acudieron para recibir la atención durante el embarazo, dado que esto es lo que es significativo para ellas, se incluyó también como parte de esta variable.

Gráfica 38. Tipo de derechohabiencia referida por las mujeres. Tampamolón Corona.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

En función de lo anterior, 28 (96.6%) dijeron haber acudido al médico para llevar el control prenatal, y únicamente una (3.4%) señaló haberlo llevado con la partera. En cuanto al número de consultas recibidas durante la etapa prenatal, se encontró un promedio de 8.1, con una moda de 9, una mínima de 4 y una máxima de 14.5 consultas.

4.6.3.1. Revisión médica prenatal

En la Tabla 28 pueden apreciarse el número de consultas prenatales a las que acudió cada una de las mujeres. El 86.2% (25) de las mujeres tuvieron entre cinco y diez revisiones y el 13.8% (4) más de diez revisiones durante su embarazo.

Tabla 28. Número de revisiones médicas a las que accedió cada mujer. Tampamolón Corona

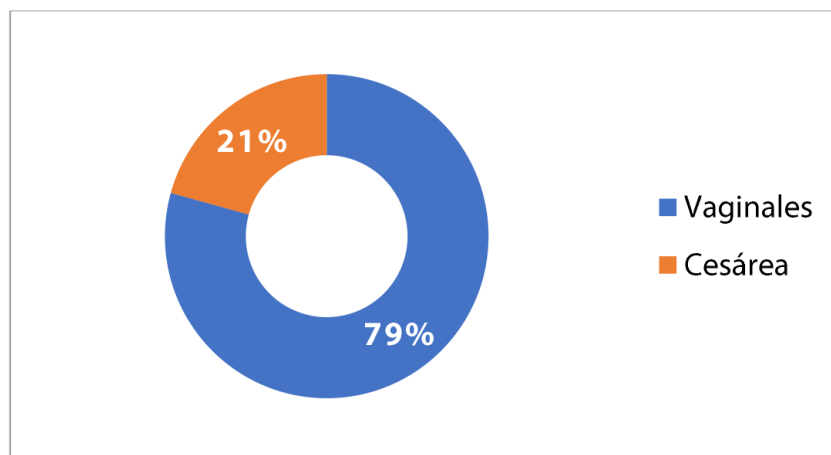
REVISIONES MÉDICAS	
Rango de revisiones	Porcentaje de mujeres
0	0.0
1 - 4	0.0
5 - 10	86.2
Más de 10	13.8

Fuente: Elaboración propia a partir de información recabada en trabajo de campo

4.6.3.2. Evolución de embarazo y resolución del parto.

Respecto a la evolución de sus últimos embarazos, cuatro mujeres (13.8%) refirieron haber presentado alguna complicación durante éste. Respecto a la estrategia mediante la cual se resolvió el parto, se encontró que 23 (79.3%) tuvieron partos vaginales y seis (20.7%) cesárea. (Ver Gráfica 39).

Gráfica 39 Estrategia de resolución del parto. Tampamolón Corona



Fuente: Elaboración propia a partir de información recabada en trabajo de campo

4.6.3.3. Consejos de cuidado, médicos y no médicos

Las mujeres de la muestra refirieron haber recibido múltiples consejos respecto al cuidado que amerita el embarazo: 23 (79.3%) dijeron haberlos recibido por parte del médico o enfermera, 16 (55.2%) de sus madres, 12 (41.4%) de sus esposos, seis (20.7%) de sus suegras, y tres (10.3%) los escucharon de la partera. Entre las acciones que implementaron para procurar conservar su salud y la de sus hijos durante el embarazo, destaca la importancia de *“poner segurito y listón rojo”*, así como permanecer en casa.

En lo que respecta a los cuidados que deben implementarse en el puerperio, las mujeres refirieron también haber recibido múltiples consejeros que acompañan a esta etapa del ciclo reproductivo: 22 mujeres (75.9%) los recibieron por parte del médico o enfermera, 13 (44.8%) de sus madres, nueve (31%) de las suegras, cuatro (13.8%) de la partera, y dos (6.9%) de amigas. Los consejos que consideraron más relevantes en esta etapa aludían a aspectos relacionados con su alimentación y la finalidad de producir *“suficiente”* leche, como *“Tomar atole, caldo de pollo”*; así como evitar esfuerzos que originen evisceraciones *“que se cuidaran de una hernia”*.

4.6.4. Sobre su experiencia del parto.

De las mujeres encuestadas, 41.4% fueron madres primerizas en 2018. Con respecto a cómo fue en lo general su experiencia del último parto, se encontró que 17 (58.6%) reconocieron pensar que su condición indígena había influido negativamente en la vivencia de su parto, particularmente en el hecho de no ser atendida con rapidez.

En lo que concierne al lugar o espacio en que fue atendido su parto, 19 (65.5%) dijeron haber tenido a su último hijo en una institución hospitalaria, nueve (31%) prefirió no responder esta pregunta y una (3.4%) tuvo su parto en la casa de la partera.

Once (38%) de ellas dijo haber sentido que su vida estuvo en peligro en el momento del parto, y de ellas, ocho (27.5%) atribuyó su sobrevivencia al funcionamiento de las instituciones de salud y su personal, tres (10.3%) piensan que no murieron gracias a les fue colocado oxígeno, cuatro (13.7%) a que el personal reaccionó con rapidez, e incluso, una (3.4%) de ellas refirió pensar que fue la práctica de la maniobra de Kristeller la que salvó su vida (aun cuando esta es desaconsejada en las guías de práctica clínica nacionales e internacionales).

Llama la atención que, del total de las mujeres, 14 (48.2%) reconocieron haber vivido su experiencia de parto sin jamás haber recibido información sobre la naturaleza de dicho proceso. De las mujeres que dijeron haber contado con información, la mitad de ellas fue informada sobre el tema por alguien del personal de salud, una (3.4%) en la escuela y dos (6.9%) por familiares directos.

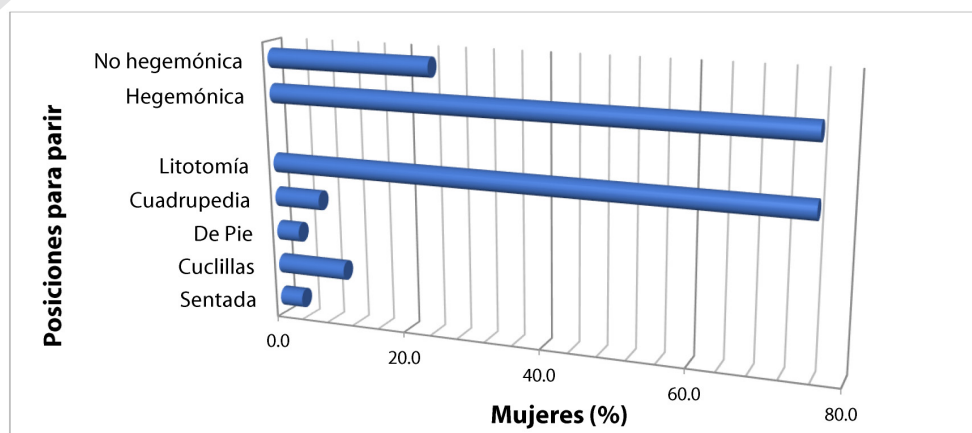
4.6.4.1. Conocimiento de su cuerpo y de la fisiología del parto

Lo anterior se confirmó cuando se les pidió que explicaran las imágenes que se incluyeron en la encuesta. En este ejercicio pudo darse cuenta que aunque 24 mujeres (82.8%) pudieron identificar y nombrar las imágenes de los órganos sexuales femeninos, no lograron hacerlo con las imágenes que aludían a la dilatación, expulsión y alumbramiento.

4.6.4.2. Reconocimiento de agencia durante el parto

Por otra parte, aunque 23 mujeres (79.3%) dijeron estar conformes con la posición de litotomía para resolver sus partos, el resto (20.6%) reconoció que hubieran preferido ser atendidas en posiciones distintas a la antes señalada, entre las posiciones que hubiesen preferido, dos (6.8%) señalaron la de en cuclillas, otras dos (6.8%) la cuadrupedia, una (3.4%) dijo que hubiese sido mejor la posición sentada y otra más (3.4%) en la posición de pie. (Ver Gráfica 40).

Gráfica 40. Posiciones preferentes para parir en las mujeres encuestadas. Tampamolón Corona

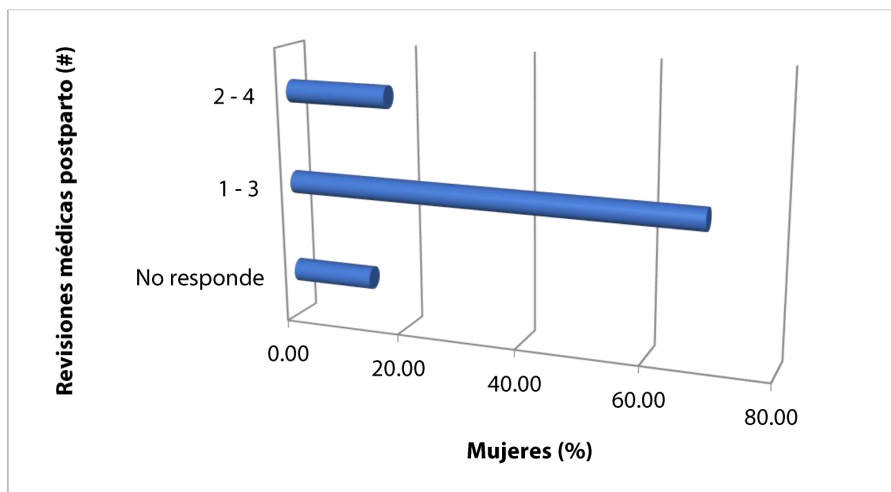


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.1.4.3. Revisión médica posparto

Al preguntarles sobre las revisiones médicas posparto, 20 (68.9%) de las mujeres recibieron entre una y tres revisiones, cinco (17.2%) entre dos y cuatro consultas. Lo anterior puede observarse en la Gráfica 41.

Gráfica 41. Número de revisiones médicas posparto de las mujeres encuestadas. Tampamolón Corona



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.6.5. Experiencias asociadas a violencia obstétrica en el último parto.

En lo que se refiere específicamente a la experiencia de estas mujeres con prácticas asociadas con violencia obstétrica, se identificaron los siguientes resultados.

4.6.5.1. Experiencias asociadas a discriminación

**Tabla 29. Experiencias asociadas a discriminación.
Tampamolón Corona**

TAPAMOLÓN CORONA (n = 29)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a discriminación	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
Después de haber acudido al hospital ¿la regresaron a su casa y su hijo nació fuera del hospital (calle, jardín, transporte, sala de espera, etc.)	ID1	Sí	3.4
		No	86.2
		No aplica/No responde	10.4
¿Considera que el personal atendió las solicitudes que usted hacía para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	ID2	Sí	72.4
		No	24.1
		No aplica/No responde	3.5
¿Alguien del personal de salud se burló de alguna de las solicitudes que usted hizo para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	ID3	Sí	3.4
		No	82.8
		No aplica/No responde	13.8
En algún momento, ¿alguien del personal de salud le dijo que no podían atenderla o simplemente no le hizo caso?	ID4	Sí	3.4
		No	82.8
		No aplica/No responde	3.8
¿Alguien del personal de salud le ofreció la oportunidad de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	ID5	Sí	44.8
		No	48.3
		No aplica/No responde	6.9
¿Alguien del personal de salud ¿se negó a su solicitud de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	ID6	Sí	6.9
		No	75.9
		No aplica/No responde	17.2
¿En algún momento de la atención, usted sintió que el personal la trataba como si usted no fuera capaz de entender lo que estaba pasando con usted o su hijo?	ID7	Sí	3.4
		No	86.2
		No aplica/No responde	10.4

De los siete indicadores que exploran las prácticas asociadas con discriminación, se identificó que, en todos ellos, por lo menos existe el caso de una mujer cuya experiencia de parto estuvo enmarcada en alguna práctica sustentada en la discriminación. Destaca la cantidad de mujeres (48.3%, 24) que reconocen no haber sido informadas sobre su derecho a ser acompañadas durante el parto, o incluso, una de ellas (3.4%) que aún después de haber gestionado este acompañamiento, le fue negado.

Otros de los indicadores que estadísticamente resultó representativo, es aquel que tiene que ver con la decisión del personal sanitario de ignorar las necesidades y solicitudes que las mujeres hacen tanto durante el trabajo de parto como en el posparto, al 24.1% (7) de la muestra le había sucedido esto, aun cuando estas necesidades y solicitudes, como es el caso de adoptar una posición distinta al decúbito, no estén contraindicadas científicamente.

Finalmente es necesario destacar la persistencia de casos de mujeres que, aun habiéndose acercado de manera oportuna a los servicios de salud, son rechazadas para su ingreso, y por ello ven obligadas a parir en espacios no adecuados, con los riesgos que esto conlleva; una (3.4%) de las mujeres de la muestra refiere que esto le sucedió. Es grave por otra parte, el hecho de que exista una mujer (3.4%) que refiera haber sido objeto de burla, que fue ignorada e infantilizada durante la atención de su parto.

4.6.5.2. Experiencias asociadas a posible negligencia

Tabla 30. Experiencias asociadas a posible negligencia. Tampamolón Corona

TAPAMOLÓN CORONA (<i>n</i> = 29)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a posible negligencia	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Sintió en algún momento de la atención, que su intimidad no fue respetada? (desnudarla frente a otras personas, hablar de sus cuerpos en chiste, hacer preguntas referentes a la sexualidad en público, etc.)	IN1	Sí	3.4
		No	89.7
		No aplica/No responde	6.9

TAPAMOLÓN CORONA (n = 29)

Indicador de exploración para experiencias asociadas a posible negligencia	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Le explicaron por qué realizaban cada uno de los procedimientos? (ponerle lavativa, suero o rasurarla)	IN2	Sí	24.1
		No	69.0
		No aplica/No responde	6.9
En caso de que le hayan realizado corte para que naciera su hijo (episiotomía) ¿Le pidieron autorización para hacerlo?	IN3	Sí	37.9
		No	27.6
		No aplica/No responde	34.5
Alguien del equipo de salud se subió a su panza para que saliera su hijo (a)?	IN4	Sí	3.4
		No	79.3
		No aplica/No responde	17.3
¿Le permitieron estar con su hijo (a) a los primeros 30 minutos de vida de este? (apego y lactancia precoz) ²³	IN5	Sí	86.2
		No	10.3
		No aplica/No responde	3.5

De los cinco indicadores que exploran las prácticas asociadas con posible negligencia, llama la atención el hecho de que el 69% (20) continúe refiriendo ausencia de comunicación sobre los procedimientos que les son realizados, aun cuando éstos son tan delicados como la práctica de una episiotomía (cirugía menor), o que sean separadas de sus hijos sin conocer las razones que justifican esta medida.

Mención aparte merece problematizar sobre la práctica de técnicas desaconsejadas, como es la maniobra de Kristeller, estrategia que se ha prohibido con sustento en amplia evidencia científica sobre el riesgo que implica para la vida tanto de la mujer como de su hijo²³, técnica que fue realizada a una persona (3.4%).

Una (3.4%) de las mujeres refirió que, en algún momento de la atención, su intimidad no

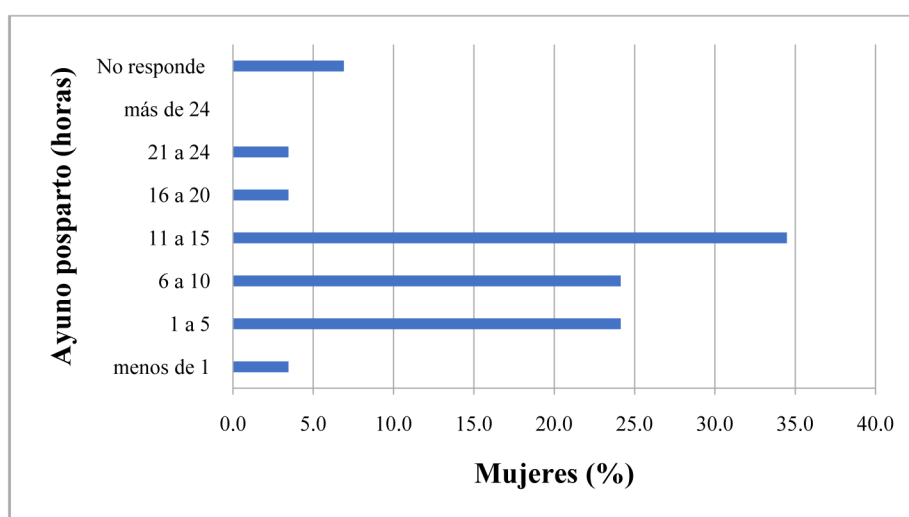
22 Sólo se reportaron como sí, los casos donde las mujeres no recibieron información sobre que esta separación se debía a alguna situación de complicación con ellas o sus hijos.

23 Guía de práctica clínica para la vigilancia y manejo atención del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. 2014.

fue respetada, dado que, por las condiciones de infraestructura del hospital y la ausencia de cortinas o paredes, pudo ser vista en una situación tan íntima por otras mujeres y a su vez, pudo ver también a otras.

Respecto de las horas de ayuno que se impone a las mujeres y que representan no sólo la insatisfacción de un derecho y una necesidad, sino un riesgo biológico para la sana evolución de las mujeres y sus bebés se identificó que en promedio pasan 6.3 horas sin probar alimento después del parto, con un promedio de 11.5 para quienes tuvieron cesárea y 7.0 para quienes vivieron un parto vaginal. (Ver Gráfica 42).

**Gráfica 42 Horas de ayuno en las mujeres encuestadas.
Tampamolón Corona**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

4.6.5.3. Experiencias asociadas con abuso

**Tabla 31 Experiencias asociadas con abuso.
Tampamolón Corona**

TAPAMOLÓN CORONA (<i>n</i> = 29)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas con abuso	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿El personal de salud se mostró comprensivo con su dolor? (le decían palabras de aliento, explicaron por qué dolía, le ofrecieron anestesia, le enseñaron a respirar, etc.)	IA1	Sí	82.8
		No	13.8
		No aplica/No responde	3.4
¿Alguien del personal de salud le exigió que se callara, no gritara o gimiera para expresar su dolor?	IA2	Sí	3.5
		No	86.2
		No aplica/No responde	10.3
¿Alguien del personal emitió frases que minimizaran sus expresiones de dolor? "ni duele tanto", "es una exagerada", "no es para tanto"	IA3	Sí	6.9
		No	79.3
		No aplica/No responde	13.8
¿Alguien del personal le dijo que frases que aludieran al parto como un castigo por vivir su sexualidad? Por ejemplo: "Así hubiera gritado cuando lo estaba haciendo" "Pero cuando lo hizo, bien que le gusto" "Para que ya no lo vuelva a hacer"	IA4	Sí	6.9
		No	89.7
		No aplica/No responde	3.4

Respecto a las cuatro preguntas que exploran este indicador, se identificó que el 13.8% (4) de las mujeres percibe incomprensión sobre su experiencia de parto por parte de los actores de los servicios de salud, dos (6.9%) narraron incluso haber sido víctimas o haber presenciado la victimización de otras mujeres a las que se les exigía aguantar el dolor en función de que es consecuencia de un acto sexual que asumen disfrutado.

Entre las frases narradas que señalan haber considerado ofensivas o inadecuadas se recuperaron las siguientes "No sentiste dolor cuando lo estabas haciendo", "No grite, como cuando estaba en el acto no gritaba", "Que si quería que ahora me aguantara", "Que me callara y que no me iban a atender hasta que ya no hiciera ruido y que si quería pues grite, pero no me iban a hacer caso".

4.6.5.4. Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales

**Tabla 32 Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales.
Tampamolón Corona**

TAPAMOLÓN CORONA (<i>n</i> = 29)			
Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal se negó a responder si usted tenía dudas sobre por qué usaron aparatos (fórceps), o le cortaron para que naciera su hijo, o porqué le daban suero, o por que debía guardar reposo?	IAO1	Sí	3.4
		No	89.7
		No aplica/No responde	
¿Considera que el personal mantuvo una comunicación clara con sus familiares, para explicarles su estado de salud y el de su hijo o hija?	IAO2	Sí	75.9
		No	20.7
		No aplica/No responde	3.4
¿Alguien del personal de salud le amenazó a usted o sus familiares con no brindarle la atención?	IAO3	Sí	0.0
		No	96.4
		No aplica/No responde	3.4
¿Alguien del personal de salud le amarró para evitar que se moviera durante la atención?	IAO4	Sí	0.0
		No	89.7
		No aplica/No responde	10.3
¿Alguien del personal de salud le metió algún objeto o le tapó la boca con la mano para evitar que gritara?	IAO5	Sí	0.0
		No	93.1
		No aplica/No responde	6.9
¿Alguien del personal de salud grabó o tomó fotografías a usted o a su hijo o hija, sin tener su permiso?	IAO6	Sí	0.0
		No	89.7
		No aplica/No responde	10.3

TAPAMOLÓN CORONA (*n* = 29)

Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales	Código indicador	Opciones de respuesta	Porcentaje de mujeres
¿Alguien del personal de salud le cruzó o cerró las piernas cuando su hijo/hija ya estaba naciendo?	IAO7	Sí	0.0
		No	86.2
		No aplica/No responde	13.8
En caso de que su hijo (a) haya nacido por cesárea, ¿le explicaron claramente cuáles fueron las razones para hacerlo de esta forma?	IAO8	Sí	24.1
		No	3.4
		No aplica/No responde	72.4
¿Alguien del personal de salud ofreció darle o colocarle un método de Planificación familiar (MPF)?	IAO9	Sí	17.2
		No	75.9
		No aplica/No responde	6.9
¿Alguien del personal de salud le obligó a aceptar la colocación de un método de planificación familiar?	IAO10	Sí	17.2
		No	72.4
		No aplica/No responde	10.4
¿Le colocaron el MPF que usted deseaba y les dijo?	IAO11	Sí	62.1
		No	13.8
		No aplica/No responde	24.1
¿Recibió algún tipo de amenaza por parte del personal de salud para que aceptara colocarse un método?	IAO12	Sí	6.9
		No	79.3
		No aplica/No responde	13.8
¿La esterilizaron o le colocaron un MPF sin su consentimiento?	IAO13	Sí	6.9
		No	72.4
		No aplica/No responde	20.7

Respecto a las trece preguntas que evalúan este indicador, se identificó que los más relevantes fueron aquellos que tienen relación con el acceso de las mujeres a métodos

de Planificación Familiar. Sobre este punto, existen cinco (17.2%) casos de mujeres que mencionan que el método no les fue ofrecido como un derecho, sino impuesto u obligado, incluso dos de ellas (6.8%) refirieron haber sido amenazadas para acceder a su colocación, por lo que asumen que dicho método les fue colocado sin su consentimiento. En el mismo sentido, cuatro mujeres (13.8%) dijeron que no fueron escuchadas ni les fue colocado el método de su predilección, ni tampoco les fue explicado el porqué de esta situación.

En este mismo indicador volvieron a referirse situaciones que evidencian limitaciones para la comunicación terapéutica. Llama la atención que el 20.7% (6) de las mujeres refiere que el personal no mantuvo una adecuada comunicación con sus familiares para mantenerlos informados sobre la situación de salud de ellas como madres y de sus bebés. Una (3.4%) de ellas refiere que tampoco se le explicó a ella sobre los procedimientos que se realizaron en su cuerpo.

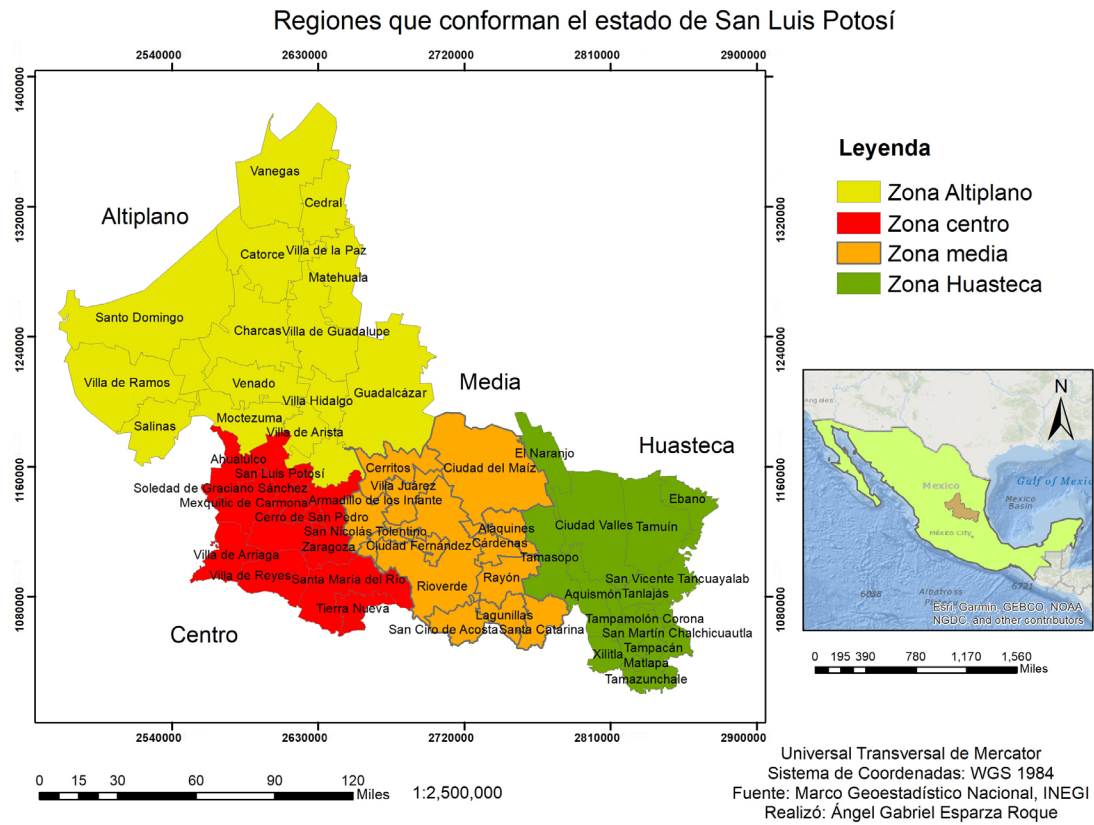
5.1. Características sociodemográficas de la Microrregión Huasteca Centro

5.1.1. Conformación geopolítica

La zona para este estudio abarca la Microrregión Huasteca Centro, la cual está conformada por seis municipios: Huehuetlán, Aquismón, San Antonio, Tancanhuitz, Tanlajás y Tampamolón (Ver Figura 2). El de mayor extensión territorial es el Municipio de Aquismón (794 km²), y el más pequeño es Huehuetlán (71 km²)²⁴, sin embargo, es este último el que cuenta con una mayor densidad de población (221.5 hab/km²).

²⁴ Secretaría de Gobernación (SEGOB). Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED). Sistema de Información Municipal. Disponible en: <http://www.snim.rami.gob.mx/>. Consultado 7/12/2019.

Ilustración 3 Regiones que conforman el estado de San Luis Potosí



Elaborado con recursos de <http://sanluisatiempo.com/?p=54640> y del Plan Estatal de Desarrollo SLP 2009-2015

5.1.2. Población y densidad poblacional

Al final del 2015, el municipio con mayor concentración de población fue Aquismón, en tanto San Antonio fue el municipio con menor número de pobladores. Ambos representaron en ese año el 1.8% y 0.34%, –respectivamente–, de la población total del estado.

Tabla 33 Población en la Microrregión Huasteca Centro

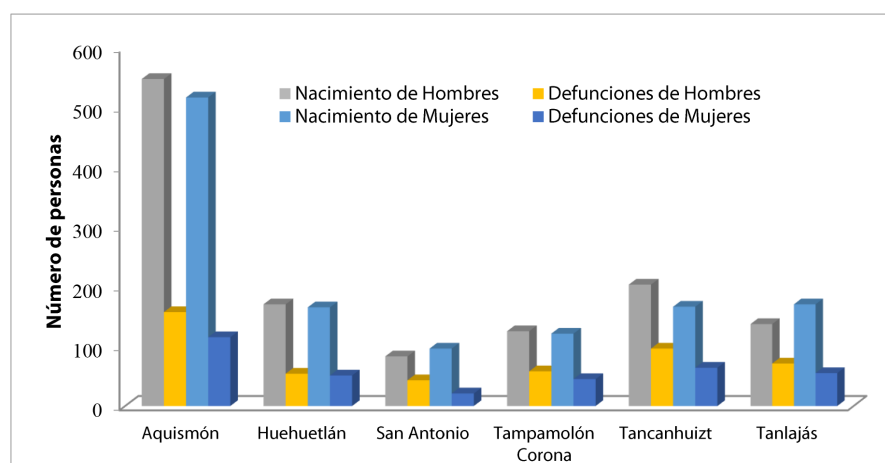
Municipios	Total	Hombres	Mujeres
Aquismón	48772.0	24417.0	24355.0
Huehuetlán	15828.0	7726.0	8102.0
San Antonio	9361.0	4706.0	4655.0
Tampamolón Corona	15598.0	7664.0	7934.0
Tancanhuitz	20550.0	10563.0	9987.0
Tanlajás	19750.0	9915.0	9835.0
Estado de SLP	2717820.0	1317525.0	1400295.0

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Panorama sociodemográfico de San Luis Potosí, 2015. (INEGI, 2016)²⁵

5.1.3. Nacimientos y defunciones

En relación con esta variable, se identifica que las defunciones de las mujeres son menores a las de los hombres en la región, en tanto los nacimientos de varones son mayores que los de las mujeres (Ver Gráfica 43).

Gráfica 43 Nacimientos y defunciones registradas en los municipios de la Microrregión Huasteca Centro



Fuente: Elaboración propia a partir de información del Anuario Estadístico y Geográfico de San Luis Potosí, 2017, (INEGI, 2017).²⁶

25 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2016. Panorama sociodemográfico de San Luis Potosí, 2015. Encuesta Intercensal 2015. Disponible en: internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/.../panorama/702825082345.pdf. Consultado 7/12/2018

26 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2017. Anuario Estadístico de San Luis Potosí, 2017.

5.1.4. Fecundidad

La tasa de fecundidad promedio de mujeres entre 15 y 49 años de edad, se encuentra en el rango de 1.9 a 2.5 hijos nacidos vivos.

5.1.5. Mortalidad

En cuanto a la mortalidad (de hijos fallecidos), el porcentaje se encuentra entre 2.9% y 4.3%. Los mayores valores de estos parámetros los presenta el municipio de Aquismón (2.5 hijos nacidos vivos y 4.9% de hijos fallecidos). Se ha reportado, por otra parte, un nivel alto de mortalidad materna en áreas con un nivel de marginación alto, así como un comportamiento constante en el aspecto antes señalado a lo largo del período 1997-005.²⁷

5.1.6. Educación

Los niveles de Educación que presenta la Microrregión Huasteca Centro son en su mayoría de nivel básico, y un muy bajo porcentaje de su población cuenta con educación superior. El de mayor porcentaje de población sin escolaridad lo tiene el municipio de Aquismón (17.0%), mientras en Tanlajás existe un mayor porcentaje de población con educación básica (68.6%).²⁸

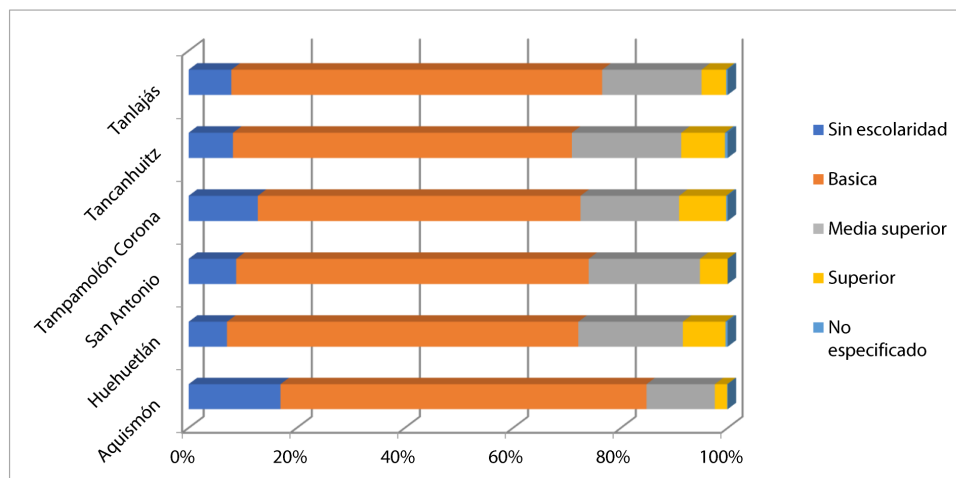
La tasa de alfabetización en la población de 15 a 24 años en esta microrregión se encuentra en los rangos del 98.7% al 98.5%, y del 70.9% al 86.0% en la población de 25 y más años de edad. En cuanto al porcentaje de población indígena, se reportan rangos del 82.6% al 97.2%, en donde destacan San Antonio y Tanlajás con el 97.2% y 94.4% respectivamente, mismos que cuentan con los más altos porcentajes de hablantes de lengua indígena en la población de 3 años de edad y más (86.64% y 81.86%, respectivamente). Los idiomas indígenas que se hablan en la región son, en primer lugar, Huasteco, seguido del Náhuatl, y en menor porcentaje el Otomí, Mixteco y Maya.

27 Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). 2008. Mortalidad materna y programas sociales 1997-2006. Cuadernos de Trabajo 7. Disponible en: http://web.inmujeres.gob.mx/transparencia/archivos/estudios_opiniones/cuadernos/c7.pdf. Consultado 9/12/2018.

28 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2016. Panorama sociodemográfico de San Luis Potosí 2015. Encuesta Intercensal 2015. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082345.pdf. Consultado 7/12/2018

Gráfica 44 Porcentaje la población en la microrregión Huasteca Centro en educación.

Porcentaje de la población en la microrregión Huasteca Centro con educación.



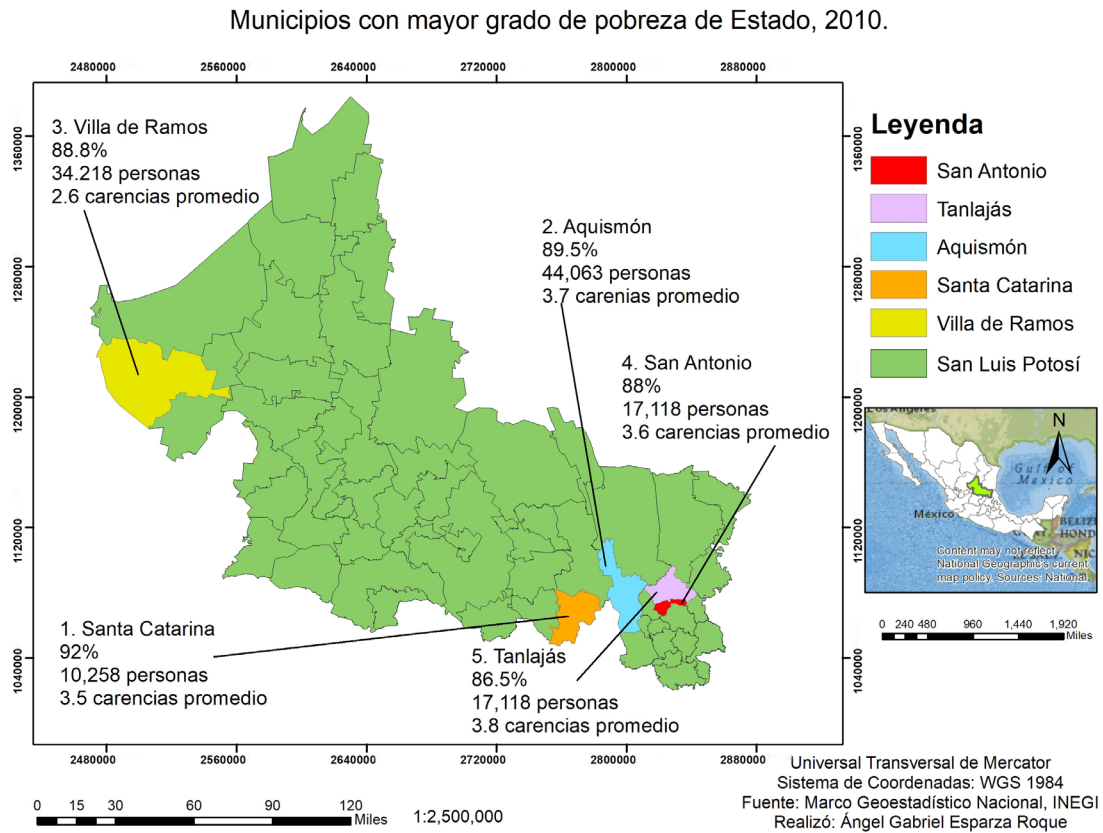
Fuente: Elaboración propia a partir de información del Panorama sociodemográfico de San Luis Potosí, 2015. (INEGI, 2016)

5.1.7. Pobreza

De acuerdo con el informe del CONEVAL 2015²⁹, los más altos porcentajes de pobreza de la población se encuentran en esta microrregión, superando niveles del 80%. Tanlajás y San Antonio poseen valores del 90% de población en pobreza y 50% en pobreza extrema. En la ilustración 4 se puede ver los municipios con mayor grado de pobreza el estado de San Luis Potosí, la ilustración es de 2010, porque no hay mapas con la información más reciente de 2015.

²⁹ Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). 2015 Medición de pobreza, San Luis Potosí, 2010-2015. Indicadores por municipio. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/SanLuisPotosi/paginas/pobreza_municipal2015.aspx Consultado 10/12/2018.

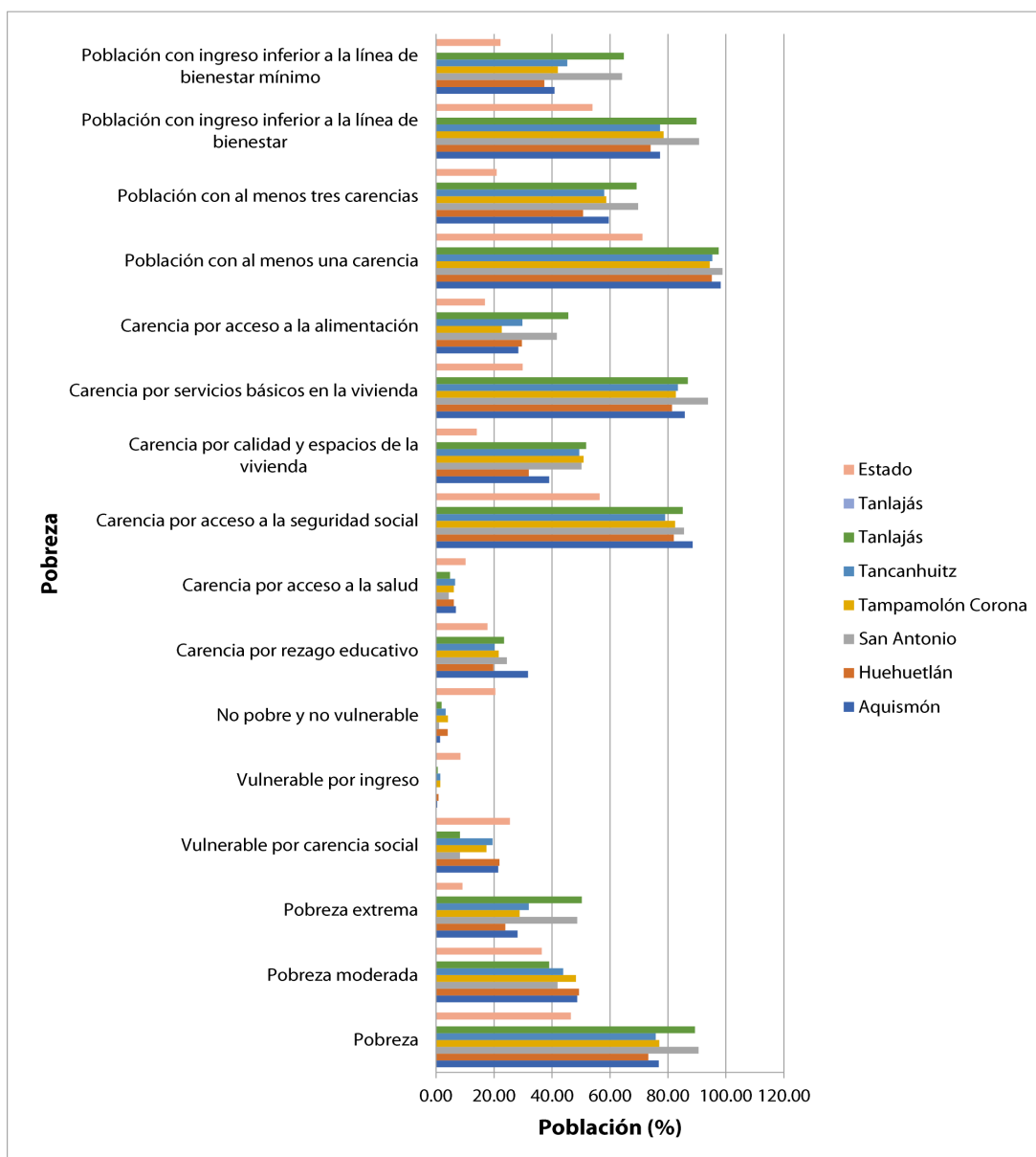
Ilustración 4 Municipios con mayor grado de pobreza de Estado, 2010



Fuente: CONEVAL 2012-2013.

Según estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), con base en la encuesta intercensal 2015, la región huasteca está conformada casi en su totalidad por municipios con grados de marginación de medio a muy alto (Ver Gráfica 45).

Gráfica 45 Porcentaje de la población en Pobreza en la Microrregión Huasteca Centro



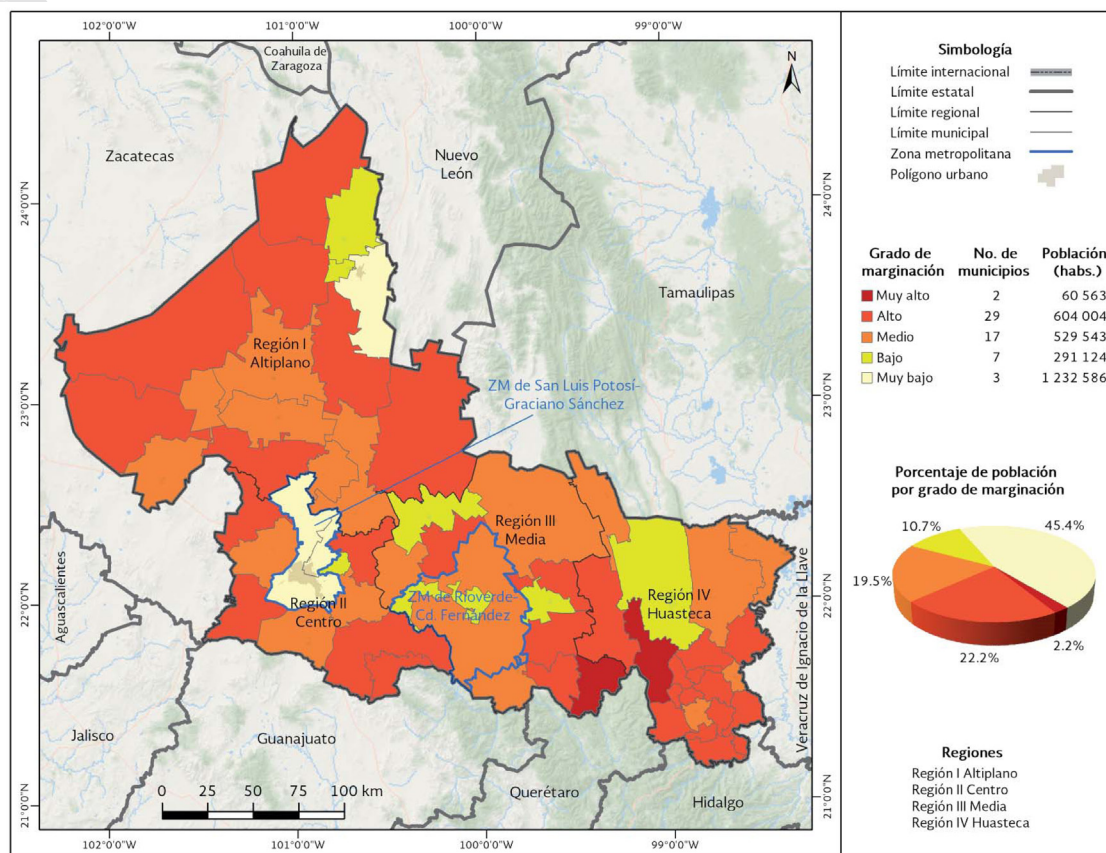
Fuente: Elaboración propia a partir de información del Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2015).³⁰

30 Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) Medición de pobreza, San Luis Potosí, 2010-2015. Indicadores por municipio. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/SanLuisPotosi/paginas/pobreza_municipal2015.aspx Consultado 10/12/2018

5.1.8. Marginación

En cuanto a los indicadores socioeconómicos determinantes de la marginación, para 2015 los municipios Aquismón, San Antonio y Tanlaajás fueron señalados como los de mayor rezago social a nivel nacional³¹.

**Ilustración 5 San Luis Potosí:
Grado de marginación por municipio, 2015**



Fuente: Estimaciones CONAPO con base en el INEGI.³²

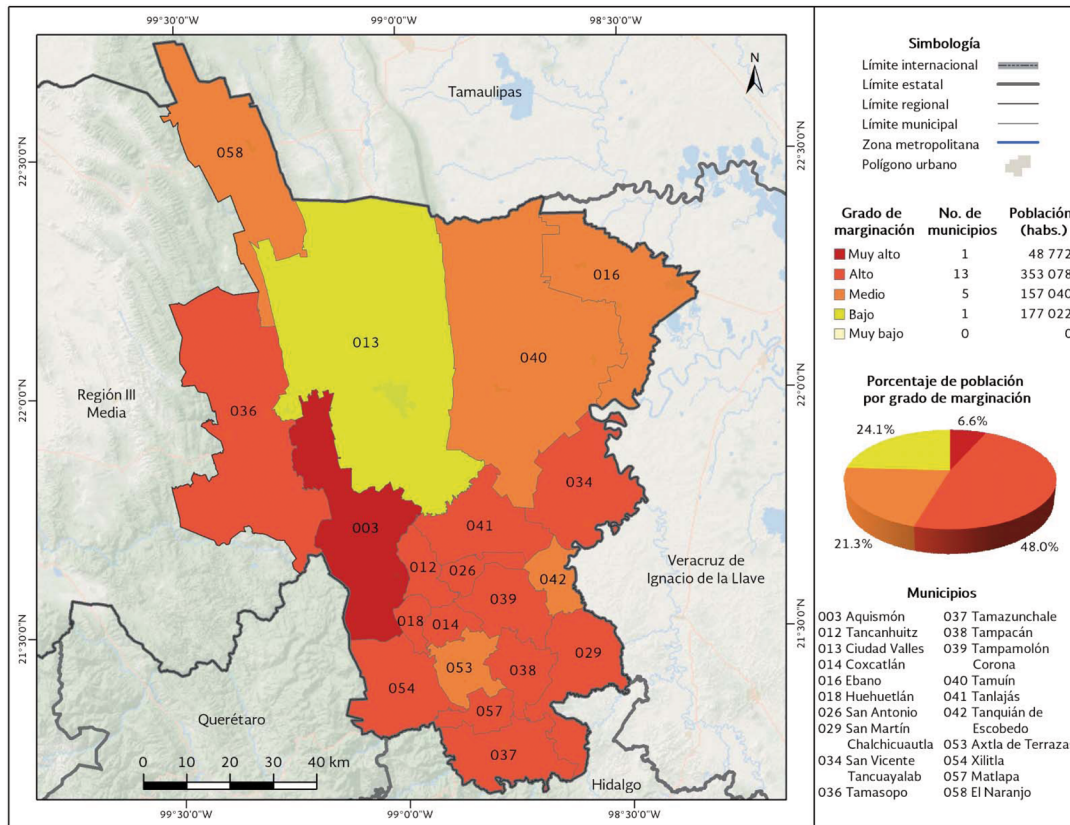
Entre los municipios de esta región, Aquismón presenta los mayores porcentajes de

31 Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Informe de Pobreza y Evaluación San Luis Potosí 2012-2013. TD San Luis Potosí. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/coordinacion/.../San_Luis_Potosi/.../24informe2012.pdf. Consultado: 13/12/2018.

32 Encuesta Intercensal 2015. Tomado del informe sobre marginación del CONAPO.

población en condiciones de marginación³³, viviendo en hogares sin drenaje, sin agua entubada, sin energía eléctrica, con pisos de tierra, hacinamiento y percibiendo un máximo de apenas dos salarios mínimos.

Ilustración 6 Grado de marginación por municipio. Estimaciones CONAPO.

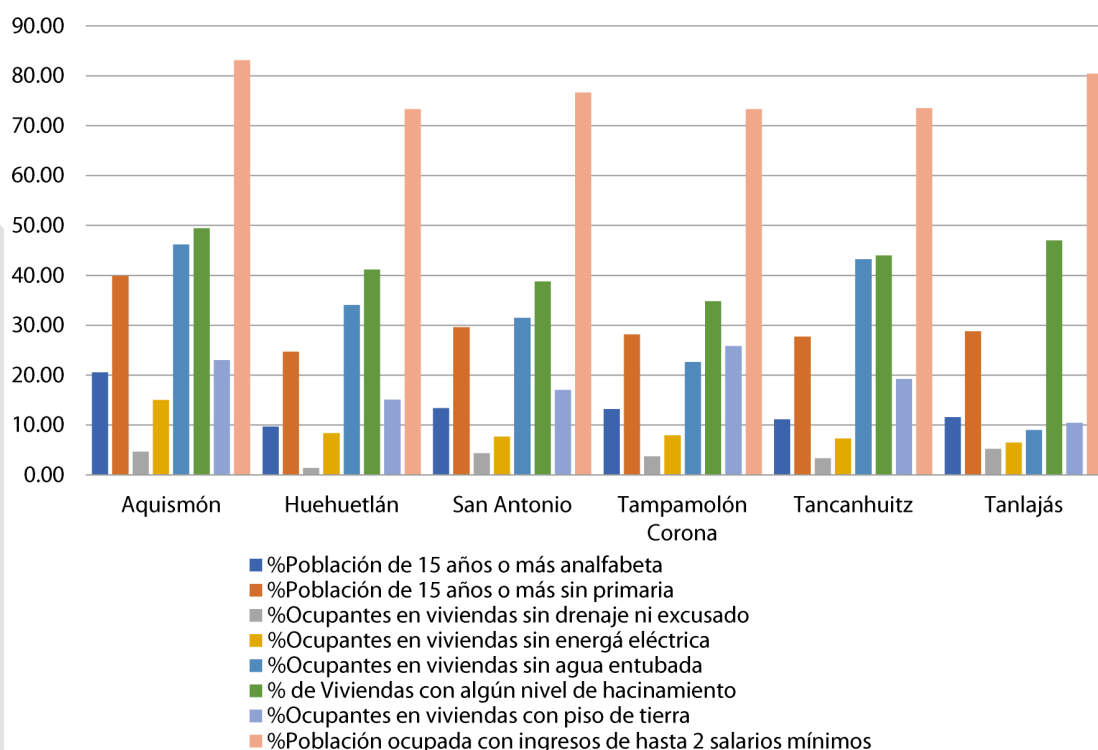


Fuente: Estimaciones CONAPO con base en el INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Tomado del informe sobre marginación del CONAPO.

En la siguiente gráfica 46 pueden apreciarse los indicadores de marginación por municipio. Es evidente el nivel de rezago de Aquismón sobre el resto de los municipios, donde el mejor posicionado es Tanlañas.

33 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Intercensal 2015. Perfil demográfico de los Municipios. Disponible en <http://beta.slp.gob.mx/COESPO/Paginas/Fichas-Municipios.aspx>. Consultado 13/12/2018

Gráfica 46. Indicadores de marginación por municipio en la MRHC



Fuente: Elaboración propia a partir de información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).³⁴

5.1.9. Acceso a servicios de salud

En Aquismón y San Antonio, los porcentajes de personas con carencias de seguridad social en 2010 fueron del 92%, y para 2015 fueron de 88.2% y 85.5%, respectivamente. Por su parte, el porcentaje de pobladores con ingresos inferiores a la línea de bienestar en el 2010 para los municipios de Huehuetlán, San Antonio, Tampamolón Corona y Tanlajás, fueron superiores al 80%, con un comportamiento similar para el 2015. Como se observa en las cifras, no se presentó un avance en los municipios durante el período.

Los principales servicios de salud con los que cuenta la población son el Seguro popular, IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa o Marina (Tabla 3). El mayor porcentaje de personas está

³⁴ Encuesta Intercensal 2015. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082345.pdf.

afluada al Seguro popular (en rangos del 84.2% y 95.3%, seguidos del IMSS e ISSSTE (del 3.2% al 7.9%).³⁵

Tabla 34 Porcentaje de habitantes afiliados a un sistema de salud en la Microrregión Huasteca Centro

Municipio	IMSS	ISSSTE e ISSSTE estatal	Pemex Defensa o Marina	Seguro Popular o para una nueva generación	Institución Privada	Otra Institución	No afiliada
Aquismón	4.5	1.1	0.1	95.3	0.1	0	6.9
Huehuetlán	7.3	4.5	0.1	91.2	0.1	0	6
San Antonio	3.8	3	0.1	93.4	0	0	4.6
Tampamolón Corona	2.8	7.9	0	88.9	0.2	0.6	6.4
Tancanhuitz	5	6.8	0.1	84.2	0.1	4.7	7.4
Tanlajás	4.8	3.2	0.1	92.6	0	0.1	5.1

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

5.2. Caracterización de la muestra de estudio

Este diagnóstico se realizó con mujeres cuyo grupo de edad oscilaba entre los 15 y los 49 años de edad, tal como hizo la ENDIREH 2016. Lo anterior se realizó con la finalidad de que los resultados obtenidos puedan establecer un diálogo con los reportados por esta encuesta nacional. A continuación, se presenta la caracterización sociodemográfica de las informantes, haciendo un análisis comparativo constante entre las muestras con que se trabajó en los seis municipios.

5.2.1. Edad

El promedio de edad de las informantes fue de 27.9 años, con una mínima de 16.3 y máxima de 41.5. El hecho de que estos promedios de mínima y máxima se sitúen fuera de

³⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Intercensal 2015. Perfil demográfico de los Municipios. Disponible en <http://beta.slp.gob.mx/COESPO/Paginas/Fichas-Municipios.aspx>. Consultado 13/12/2018

los que históricamente se han considerado adecuados para procrear, obligan a reflexionar sobre los imaginarios que sostienen el ejercicio de la reproducción y la maternidad en los grupos indígenas, para quienes se es mujer en la medida en que puedan reproducirse, y con ello, ser reconocidas socialmente por su contribución a la reproducción de sus comunidades tanto en términos biológicos como culturales³⁶.

Tabla 35 Edades reportadas por las informantes en cada uno de los municipios

Municipio	Edad		
	Promedio	Mínima	Máxima
Aquismón	27.0	15.0	47.0
Huehuetlán	29.5	18.0	46.0
San Antonio	32.0	18.0	41.0
Tancanhuitz	27.0	15.0	41.0
Tanlajás	24.0	16.0	34.0
Tampamolón	28.0	16.0	40.0
MRHC	27.9	16.3	41.5

El hecho de que una considerable parte de las mujeres que han sido madres en el último año sean menores de 20 años o mayores de 35, debe obligarnos, por otra parte, a reflexionar sobre la incidencia de embarazos de riesgo que tienen lugar en esta región, y ello solo asociado con la edad biológica.³⁷ Téngase en consideración que otros factores como la pobreza, la identidad indígena, el bajo nivel de escolaridad y la dificultad para acceder a servicios de salud constituyen variables estructurales que potencian el riesgo asociado a la reproducción en las mujeres de esta región.

Por otra parte, la presencia relevante de madres adolescentes hace evidente que, por lo menos en esta región, las acciones planteadas en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes no ha generado resultados, razón por la cual las maternidades tempranas siguen pasando factura individual y colectiva en

36 Posso Jeanny. Las transformaciones del significado y la vivencia de la maternidad, en mujeres negras, indígenas y mestizas del suroccidente colombiano. *Sociedad y Economía* 2010, No. 18. pp. 59-84. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/579/1/maternidad.pdf>

37 Fawed, Oscar; Alejandro Erazo, Jenny Carrasco, Darío González, Adalid Mendoza, et al., "Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados", *Honduras, Archivos de Medicina*, 2016; 12(4): doi: 10.3823/1327.

esta región, dada la correlación comprobada entre embarazo adolescente y mortalidad materna y perinatal, así como por la íntima relación que guarda la maternidad temprana con la deserción escolar, la inserción de las jóvenes madres al empleo precarizado, y derivado de esto, la configuración feminizada de la pobreza.³⁸

Ante las situaciones adversas asociadas al embarazo adolescente, la sociedad comienza a visibilizar lo indeseable que resulta el embarazo en una mujer menor de 19 años en este contexto y, sin embargo, la respuesta de la sociedad frente a las jóvenes que resultan embarazadas no es de solidaridad, sino de enjuiciamiento. Dentro de los conversatorios organizados como parte de este acercamiento, las jóvenes refirieron sentirse juzgadas por haber asumido maternidades aún siendo adolescentes y ante los ojos de una sociedad que poco cuestiona las condiciones de abuso sexual asociadas o la falta de acceso real a educación sexual y metodología anticonceptiva.

“A veces uno juzga sin saber, y a veces hay muchachas embarazadas muy jóvenes pero que las han violado y uno no sabe la razón”. (GF1)

El estigma que conlleva un embarazo adolescente dentro de estas comunidades, afecta por igual su autoestima y autoconcepto y su proyecto de vida a corto y largo plazo. En las siguientes narrativas puede observarse cómo mientras para la primera informante, haber sido madre joven la expone al estigma moral, la segunda y tercera vieron truncado su proyecto de vida. A la segunda porque se le niega la posibilidad de insertarse en el trabajo remunerado, y a la tercera porque ve limitadas sus opciones para “emparejarse” con alguien de su comunidad por amor o afinidad, y obligándose de alguna forma a aceptar la compañía de un hombre que esté dispuesto a asumir la responsabilidad del cuidado de ella y su hijo o hija.

“A las que salen a trabajar a otras ciudades les dicen de groserías, que se fueron a trabajar y regresaron embarazadas, y les dicen putas o pirujas. O unas que ya tienen su bebé y se van a trabajar para mantener a sus hijos y dejan a sus hijos con su mamá y la gente les dice que ya se va para que tenga otro hijo, para que se vaya de puta o piruja”.

“Mi hermano me dijo que por qué me iba a embarazar tan chica, si yo estoy chica, que soy una niña y ahora tengo una niña y que él me quería llevar a trabajar con él y ahora no se puede por la niña”.

38 Medina, OS; Ortíz, K. Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México. Rev Panam Salud Publica, Washington D.C., v. 42, p. 1-8, 2015. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.99>

“En mi caso yo soy madre soltera, y no sé si sea por tradición o ignorancia, la gente grande aquí en la parte de muestra comunidad dice que si tú ya eres madre soltera tú ya no vas a conseguir a nadie, sólo te puedes casar con un viejo. No sé si sea discriminación o violencia o qué sea, pero he escuchado que las casan obligadas con un hombre viejo sólo para que no esté sola con el niño”.

Podemos dar cuenta entonces de cómo el embarazo en la adolescencia va más allá de un riesgo biológico, para constituirse en una desventaja social que es prácticamente imposible de resolver para estas mujeres, exponiéndolas a diversas formas de violencia que tienen lugar no sólo en el espacio doméstico, sino en el comunitario.³⁹

Por otra parte, pueden registrarse nuevos discursos e imaginarios de los hombres indígenas en los que la figura de “adolescente”, con las características transitorias que a esta etapa de vida competen, no existe, se es niña o se es mujer, y desde esta mirada sólo se es mujer cuando se llega a ser madre. Antes, esta maternidad se valoraba positivamente, pero hoy, con influencia de la mirada occidental, se somete a nuevas estigmatizaciones, se juzga y hasta se condena.

5.2.2. Domicilio de las mujeres encuestadas

Una de las riquezas de este diagnóstico fue procurar la participación de mujeres que representaran las distintas realidades de quienes habitan esta región, tanto en las cabeceras municipales como en las comunidades. La participación de ambos grupos con mayor presencia de las mujeres de las comunidades, reafirma el compromiso social de la investigación respecto de recuperar las voces de quienes son menos escuchadas⁴⁰.

En la siguiente tabla 36, puede apreciarse que las mujeres que habitan en las comunidades, representaron el grueso de la muestra para este diagnóstico.

39 García Gloria. Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades. 2014, núm. 77. pp. 13-53.

40 Florencia Santi, María, VULNERABILIDAD Y ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL: PERSPECTIVAS ACTUALES. Revista Latinoamericana de Bioética [en línea] 2015, 15 (Julio-Diciembre) : [Fecha de consulta: 13 de enero de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127040727005>> ISSN 1657-4702

Tabla 36 Distribución de las informantes, según tipo de comunidad de origen

Municipio	Cabecera municipal		Comunidad		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Aquismón	59	55.6	42	27.4	101	38.9
Huehuetlán	4	3.7	28	18.3	32	12.3
San Antonio	1	0.9	17	11.1	18	6.9
Tancanhuitz	6	5.6	35	22.8	41	15.8
Tanlajás	27	25.4	11	7.2	38	14.6
Tampamolón	9	8.2	20	13.0	29	11.2
Total	106	100	153	100	259	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

Incluir a mujeres rurales dentro de la investigación obedece a la evidencia que se ha generado con respecto a que esta variable determina de manera importante no sólo el acceso geográfico a los servicios de salud, sino también la aceptabilidad cultural de la atención en el marco de la medicina hegemónica.⁴¹ Además de lo anterior, consideramos que resulta apremiante conocer los imaginarios y significados que tienen las prácticas médicas que se implican en la atención del parto para estas mujeres en particular, dado que los aportes teóricos que se han generado al respecto entran en conflicto. Por ejemplo, están desde los reportes que señalan que las mujeres indígenas no identifican las prácticas de violencia obstétrica (no porque ésta no suceda)⁴², hasta aquellos que señalan que la atención del parto desde el modelo médico hegemónico y occidental, generan tensiones interculturales importantes para estas mujeres.⁴³

41 Landini, Fernando, Valeria González Cowes, Vanina Bianqui, Sabrina Logiovine, Jessica Vázquez, y Sergio Viudes., "Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino", en *Saúde e Sociedade*, 24 (4), 2015, pp. 1151-1163. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015137239>

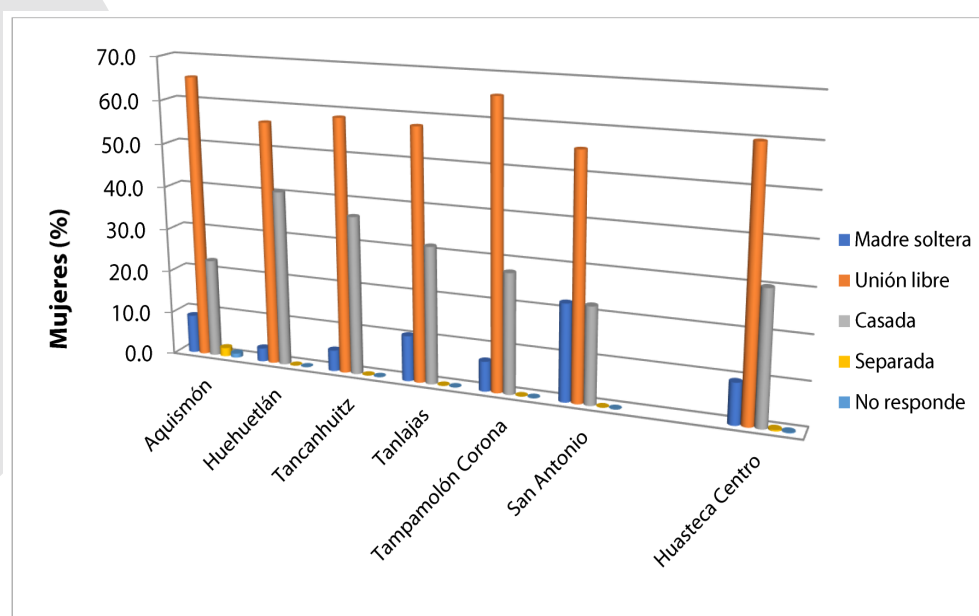
42 Rangel-Flores YY, Martínez-Ledezma AG. Absence of perception of obstetric violence in indigenous women from the north center of Mexico. *Rev CONAMED* 2017; 22 (4)

43 Lázzaro Ana. Cuerpos 'al natural': la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado. *Pilquen* 2017; 20(3):82-94. Disponible en: <http://170.210.83.53/htdoc/revele/index.php/Sociales/article/view/1716/1741>

5.2.3. Estado civil

Como puede observarse en la siguiente gráfica, la mayor parte de las participantes reportó vivir con su pareja, ya sea bajo la modalidad de matrimonio o de unión libre. Esto se constituye en una variable que adquiere interés puesto que se ha documentado como un factor que reduce la probabilidad de vivir violencia obstétrica.⁴⁴ La razón de lo anterior obedece a la moralidad que acompaña a la reproducción y a una serie de expectativas asociadas a lo “correcto” o “incorrecto” de la reproducción; se considera correcto por ejemplo, que las mujeres sean madres sólo si cuentan con el apoyo o “protección” de un varón.

Gráfica 47 Estado civil de las informantes en la MRHC



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

Resulta relevante profundizar en el hecho de que la mayor prevalencia de las mujeres viva bajo el régimen de unión libre, particularmente cuando un importante número de ellas

44 Frías, Sonia; Castro, Roberto. Violencia obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016 . Ponencia presentada en el Primer Congreso sobre Violencias de Género contra las Mujeres . Disponible en: https://www.crim.unam.mx/congresoviolenacias/sites/default/files/Mesa%202_Castro%2C%20Fr%C3%ADAs.pdf

son menores de edad y se unieron en pareja en función de haber resultado embarazadas. En este caso, la convivencia diaria con una pareja sexual se constituye en un factor que potencia la probabilidad de uno o más embarazos subsecuentes en la adolescencia, dado que frecuentemente se trata de menores de edad unidas con hombres adultos, insertas en relaciones de poder que limitan su agencia y autonomía en el ámbito de la reproducción,⁴⁵ además se ha documentado que una vez que una mujer indígena decide unirse a un hombre, lo hace siempre bajo el imaginario de reconfigurar su identidad con la maternidad, lo que la impulsa a una jerarquía social en el marco de los usos y costumbres.

La existencia de uniones en pareja sin casarse en el registro civil puede tener varias explicaciones, como por ejemplo, el hecho de que la mayoría de las mujeres se unan siendo aún menores de edad, cuando desde 2014 en San Luis Potosí, la mayoría de edad es un requisito para poder unirse en matrimonio civil. Con esta medida se ha pretendido evitar también la práctica de matrimonios forzados en donde los padres intercambian a sus hijas por objetos, propiedades o ganado, o bien por la creencia de que a las menores les irá mejor si cuentan con tutela masculina, o para evitar un embarazo que genere estigma y minusvalía social.

La afinidad por vivir en unión libre en esta población específica coincide con los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, en la cual se reportó que la proporción de casados ha disminuido del 4% al 1.6%, de 1990 a la fecha. También puede ser que la unión libre esté condicionada por la pobreza y los cada vez más recortados recursos con los que cuentan para celebrar los rituales que implica la unión matrimonial. Téngase en cuenta que la unión en las comunidades indígenas es un asunto colectivo saturado de simbolismos asociados invariablemente con la exigencia de que el futuro esposo demuestre de manera pública tener los medios para mantener dignamente una mujer. Dentro de estas prácticas rituales se llevan a cabo otras como la pedida de la novia que necesariamente exige asumir los costos de un convivio con las familias extensas, y el padre es quien determina el tipo de boda que quiere para su hija y el futuro esposo debe asumir esta elección del padre, y además, en algunos casos, existe la variante del “pago por la novia”.⁴⁶

45 UNICEF. Embarazo subsecuente en la adolescencia. Estudio exploratorio Tierralta, Córdoba - Colombia. 2015. Disponible en: https://unicef.org.co/sites/default/files/informes/EMBARAZO-SUBSECUENTE-EN-ADOLESCENCIA-FINAL-OCT_0.pdf

46 Vázquez García, Verónica, Flores Hernández, Aurelia, Uso de anticonceptivos entre mujeres indígenas. Un estudio de caso del sureste veracruzano. Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad [en línea] 2003,

En el contexto anterior resultó relevante profundizar no sólo en el estado civil de las mujeres sino en las dinámicas sociales en las que ellas eligen su pareja, dentro de un contexto en el que se ha generado suficiente evidencia sobre la práctica de matrimonios forzados y la aceptación cultural que se respaldan de manera equívoca a través de los usos y costumbres.

Con respecto a lo anterior, la mayoría de las mujeres que participaron en los conversatorios, mencionó haber elegido a su pareja de manera libre, sin embargo, mencionaron casos de familiares o conocidas que fueron obligadas por los padres a casarse, o bien, vendidas o cambiadas por alguna propiedad.

“Mi prima que se fue a casar a la fuerza. Con el que se iba a casar, la mamá la cambió por un pedazo de terreno. Ni siquiera lo conocía al señor, la casaron a la fuerza porque el señor quería a fuerzas el pedazo de terreno, y hasta ahorita sigue casada con el señor, ya tiene como ocho o 10 hijos”.

“Mi mamá también me dijo que ella no quería a mi papá, que su mamá la obligó a casarse porque mi papá era trabajador. Mi papá se fue a la casa de mi mamá, le dijo que él sí quería casarse, pero mi mamá no, y la obligaron. Ahora están juntos”.

“Me comentó mi mamá que una muchacha la hicieron que se casara a fuerzas porque el señor era soldado y que era un buen partido para ella. No la dejaron escoger a ella”.

Continuar escuchando historias como las antes narradas en los tiempos actuales debe obligarnos a reflexionar sobre la autonomía que estas mujeres pueden desarrollar sobre sus cuerpos, cuando no han tenido oportunidad de elegir un proyecto de vida, sino que les ha sido impuesto como si ellas no tuvieran voluntad, autonomía y agencia, tres variables indispensables para pensar el empoderamiento de las mujeres sobre sus partos y sus maternidades.

5.2.4. Ocupación, cargos y adscripción étnica

En lo que respecta a la ocupación de las informantes, se identificó que la mayor parte refirió que su ocupación principal era la dedicación a las labores del hogar, y que apenas

XXIV (invierno) : [Fecha de consulta: 22 de enero de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13709308>> ISSN 0185-3929

el 12.3% ejerce alguna ocupación remunerada principalmente en el municipio de Aquismón.

Tabla 37 Ocupación principal referida por las informantes

Municipio	Labores del hogar		Empleada		Comerciante		Estudiante		Total de encuestas
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Aquismón	89	88.1	10	9.9	1	10	1	10	101
Huehuetlán	25	78.1	4	12.5	0	0	1	3.1	32*
San Antonio	16	88.9	2	11.1	0	0	0	0	18
Tancanhuitz	34	82.9	6	14.6	0	0	1	2.4	41
Tanlajás	35	92.1	2	5.3	0	0	0	0	38**
Tampamolón	20	69.0	8	27.6	0	0	0	0	29**

*Dos mujeres no respondieron. **Una mujer no respondió.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados recabados en las encuestas.

El hecho de que la mayor parte de las mujeres refieran que su principal ocupación es el trabajo doméstico no remunerado, se constituye en una mayor probabilidad de vivir sus partos como experiencias asociadas a la violencia obstétrica. Lo anterior tiene relación con el hecho de que sus redes suelen ser más limitadas y la información a la que pueden acceder sobre sus derechos sexuales y reproductivos es menor, sus opciones de atención a su parto se reducen, y en general, poseen menores expectativas sobre su propio desempeño en el parto y sobre el desempeño del personal que las atiende.⁴⁷

En cuanto a la exploración del desempeño de cargos comunitarios, en la siguiente tabla puede observarse que son las mujeres en Aquismón quienes se involucran más tanto en la propiedad de la tierra como en el desempeño de cargos comunitarios.

47 Organización Panamericana de la Salud. Empoderamiento de mujeres adolescentes: un proceso clave para lograr los Objetivos de Desarrollo del milenio/ Organización Pan americana de la Salud, 2009 Washington, 2010. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Empoderamiento%20de%20Mujeres%20Adolescentes.pdf>

Tabla 38 Cargos comunitarios y participación ejidal de las informantes

Municipio	Ejidataria		Cargo comunitario		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Aquismón	15	100	16	40	31	56.3
Huehuetlán	0	0	12	30	12	21.8
San Antonio	0	0	6	15	6	11
Tancanhuitz	0	0	2	5	2	3.6
Tanlajás	0	0	0	0	0	0
Tampamolón	0	0	4	10	4	7.2
Total	15	100	40	100	55	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados recabados en las encuestas.

El hecho de que casi una cuarta parte de las mujeres se involucren en cargos comunitarios como vocales de programas sociales, auxiliares de salud o en actividades de la iglesia, da cuenta de la configuración social y simbólica que están adquiriendo las mujeres en la región que históricamente –por su perfil indígena–, ha sido reconocido como un espacio limitado tanto para el ejercicio del liderazgo e incluso de la autonomía personal.⁴⁸

Para acciones a futuro del sector salud, el perfil de las mujeres, incluyendo la edad, el nivel de escolaridad y el interés mostrado en involucrarse en cargos de beneficio comunitario, permiten estimar altas probabilidades de que puedan desempeñarse como madrinas obstétricas, una función de que suele dejarse en manos de parteras tradicionales, y que si bien, éstas tienen la formación para brindar un acompañamiento seguro, convendría pensar en la implementación de nuevas estrategias, como es la capacitación de mujeres que funjan como *doulas*, entendiendo a la *doula* como una mujer que acompaña y prepara a la mujer para vivir el proceso vital de la maternidad, no sólo como un hecho biológico

48 Aguirre Pérez, Irma Guadalupe, Participación política y social de mujeres indígenas: el caso de una lideresa tradicional. Cuicuilco, 2003, 10 (enero-abril), [Fecha de consulta: 22 de enero de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35102707>> ISSN 1405-7778

sino también cultural y social. En este caso, el hecho de que *doula* y mujer compartan cosmogonías comunitarias, dota el acompañamiento de una perspectiva intercultural que permite una buena intercomunicación de las necesidades que requieren las mujeres indígenas durante el parto y la mejor manera de hacerlo.

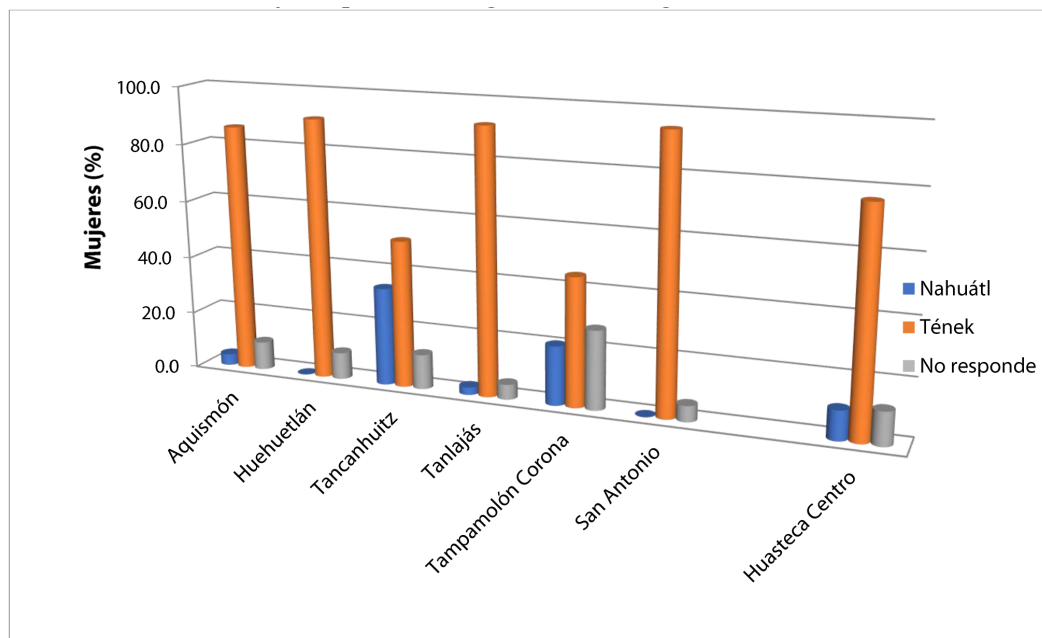
La ventaja de contar con *doulas interculturales* radica en que no requieren habilitarse en técnicas y procedimientos invasivos, sino exclusivamente en el compromiso de dar seguimiento a los casos, preparar desde una perspectiva intercultural a la mujer para el parto y la crianza, así como garantizar el derecho de estas mujeres indígenas particularmente vulnerables, de vivir un parto acompañado de manera digna.

5.2.5. Adscripción étnica

En la siguiente gráfica 48 puede observarse cómo la mayor parte de la población con que se trabajó se reconocía hablante de idioma indígena, predominantemente de la etnia Tének, así como notable participación de hablantes de Náhuatl en Tancanhuitz y Tampamolón Corona.

Llama la atención el importante porcentaje de mujeres que prefirió no responder a esta pregunta sobre la adscripción étnica, lo cual puede explicarse en función del estigma que asocian al hecho de hablar un idioma distinto al colonizador. Esto se pudo constatar en el trabajo que se realizó mediante los conversatorios, donde inicialmente las mujeres guardaban silencio temerosas de que su idioma representara un obstáculo para expresar sus experiencias.

Gráfica 48 Mujeres que hablan algún idioma indígena en la MRHC



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

Hablar un idioma indígena fue identificado como un factor que se asocia de manera directa con la experiencia de violencia obstétrica, según un análisis realizado por Frías y Castro (2017) a los resultados de la ENDIREH 2016. Al hacer un análisis de bivariado de cada uno de los indicadores, la correlación es suficiente, clara y significativa, incluso aunque haya ciertas contradicciones, pues es explicable que ante la estigmatización de lo indígena, sean estas mujeres quienes menos reconocen vivirla o las que guardan silencio al respecto.⁴⁹ Por ello las metodologías mixtas son de gran ayuda para hacer visibles los conflictos interculturales que se viven en el sector salud.

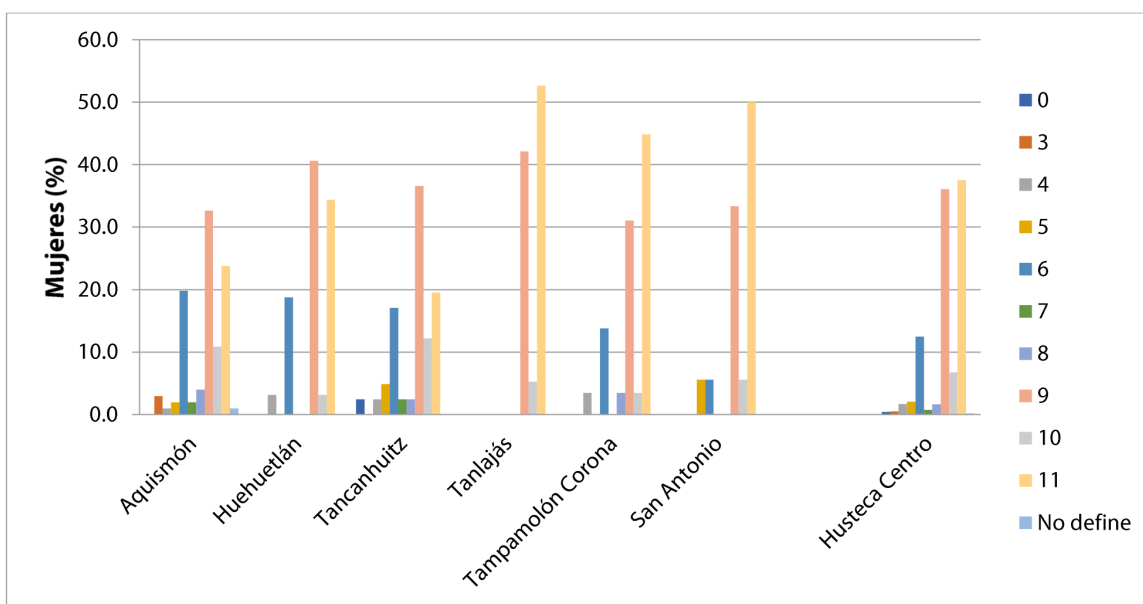
5.2.6. Escolaridad

En lo que respecta a la escolaridad, la mayoría de las mujeres estudió entre 7 y 10 años, –lo que alcanza apenas el nivel de educación básica–, sin embargo, se identificaron mujeres que aún no tienen acceso a la educación, así como muy pocas con estudios de educación superior. En la siguiente gráfica 49 puede observarse la comparación por municipios,

⁴⁹ Castro Roberto, Frías Sonia. Violencia obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016. Primer Congreso sobre Violencias de Género. <http://dx.doi.org/10.22201/crim.UNAM000001c.2017.c55>

y puede apreciarse que Huehuetlán y Tancanhuitz de Santos son las poblaciones con mayores retos que enfrentar en materia de educación.

Gráfica 49 Años escolares cursados por las informantes en la MRHC



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

En general, como puede observarse, las mujeres que participaron como informantes en el presente diagnóstico, son mujeres cuyo perfil sociocultural y demográfico se ha documentado como potenciador del riesgo de vivir violencia obstétrica, y entre los factores que contribuyen a ello destacan el poseer un bajo nivel educativo, ser indígena y no dominar la lengua hegemónica.⁵⁰

5.2.7. Acceso a la salud durante el embarazo

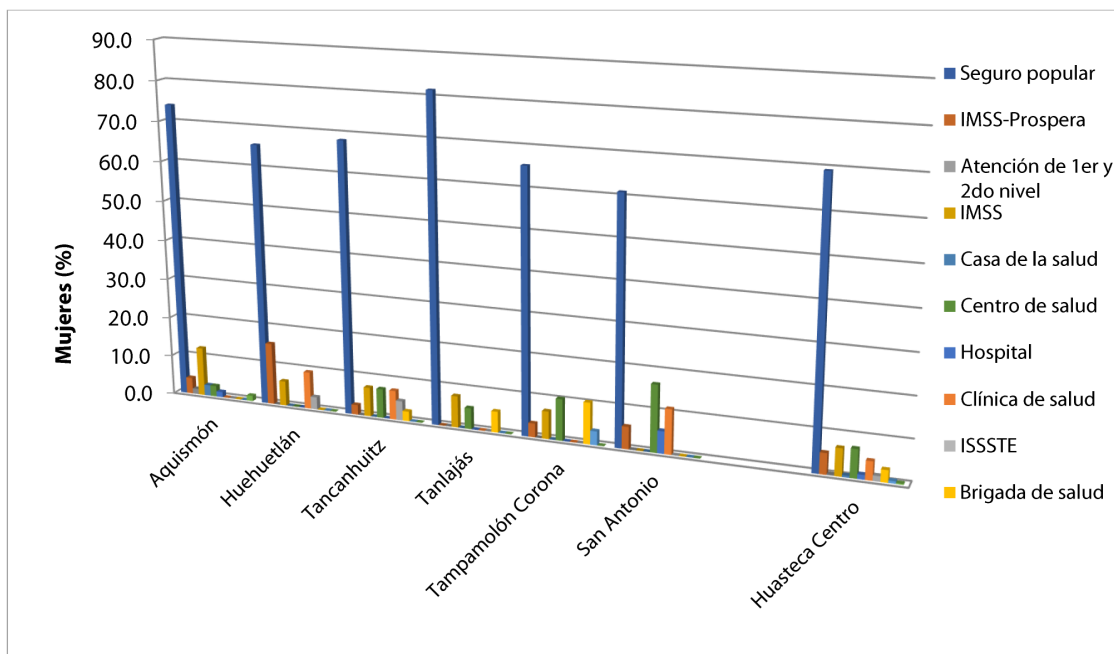
En lo que respecta al acceso a la salud, se identificó que la mayor parte de las mujeres lo hacen a partir de programas de protección social y casi nadie mediante seguridad social, lo cual refuerza las afirmaciones que otras investigaciones han documentado sobre las inequidades en salud en regiones indígenas.⁵¹ En la gráfica 50 puede observarse que aun

50 Castro A., Savage V., Kaufman H, "Assessing equitable care for indigenous and afrodescendant women in Latin America". Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 25];38(2):96-109. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26581050>

51 Pisanty-Alatorre, Julio. (2017). Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. Salud Pública de México, 59(6), 639-649. <https://dx.doi.org/10.21149/8788>

cuando buscó recuperarse el dato exclusivo de derechohabiencia, las mujeres señalaron no sólo esta, sino el lugar a donde acudieron para recibir la atención durante el embarazo, dado que esto es lo que es significativo para ellas, se incluyó también como parte de esta variable.

Gráfica 50 Acceso a servicios en las informantes de la MRHC



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

En la información compartida por las mujeres, destacó el hecho de que muchas acceden a la atención prenatal a partir de estrategias como las brigadas de salud, con las limitaciones que este tipo de atención implica. Del total de las mujeres encuestadas, 12.6% refirió haber vivido alguna situación que complicó el embarazo, dentro de las cuales mencionaron anemia, infecciones, amenazas de aborto y partos prematuros, desarrollo de trastornos hipertensivos asociados a la gestación (para mayor detalle revisar el apartado correspondiente por municipios).

Dentro de los relatos, algunas mujeres mencionaron lo complicado que resulta para ellas llegar al hospital, y es importante mencionarlo para poder realizar acciones que mejoren el acceso de las mujeres de comunidades a los servicios de salud.

“Unas les piden de favor, a veces de madrugada, a la camioneta y si no se quieren levantar, se tienen que venir caminando, hay unas que se vienen aliviando en el camino”.

“A mi tía cuando venía de camino el taxi no llegó, le tuvieron que caminar y como está la subida, pues allí se alivió ella, porque el dolor le dio fuerte y el carro del taxi no llegaba, y en la orilla de la carretera nació el bebé”.

La dificultad para el acceso geográfico a los servicios de salud ha sido documentada como una condición que afecta negativamente el empoderamiento de las mujeres en sus procesos de salud, así como la calidad de las relaciones que son capaces de establecer con los prestadores de servicios sanitarios. La ausencia de cercanía geográfica y cultural de los servicios de salud institucionales condiciona, por otra parte, el que las mujeres desarrollen procesos de empoderamiento que les posibiliten contemplar que el acceso a los servicios de salud es un derecho humano.⁵²

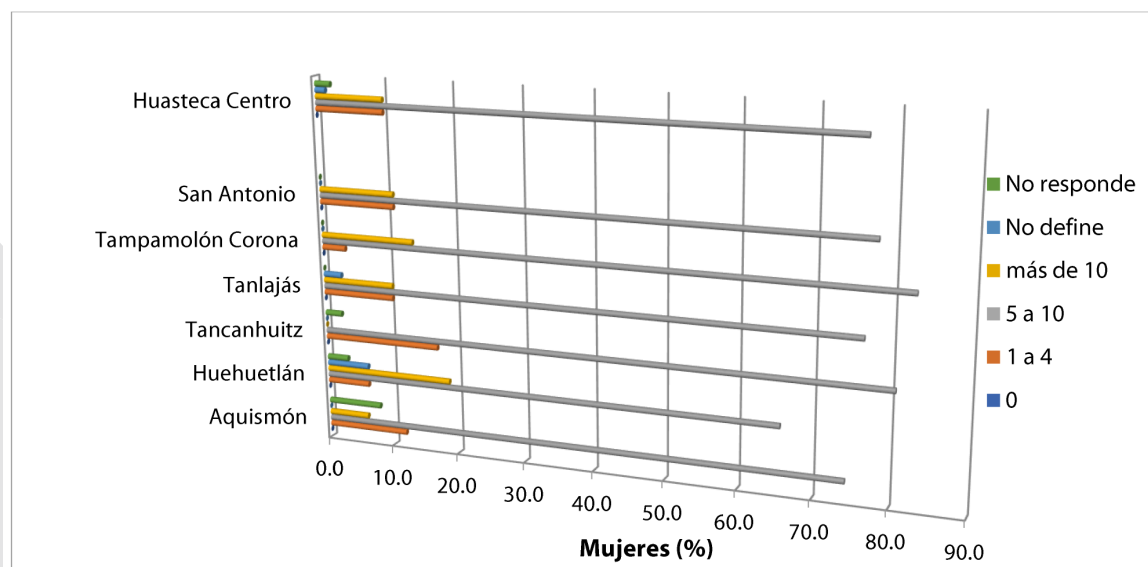
5.2.8. Revisión médica prenatal

Pese al reto antes señalado, se encontró que la mayor parte de las mujeres acuden de manera frecuente a sus consultas prenatales. Se identificó que la mayoría refirió haber asistido entre cinco y diez veces, como lo establece deseable la *NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, identificando sin embargo, la prevalencia aún de una importante cantidad de mujeres que acuden menos de cinco ocasiones, o incluso, el caso de una mujer que durante el embarazo sólo acudió a una revisión.

Resulta relevante problematizar por otra parte, el hecho de que algunas mujeres prefirieron ejercer su derecho a no responder esta pregunta, dado que este silencio se encontraba vinculado seguramente al hecho de que continúan acudiendo con parteras tradicionales para sus valoraciones, situación que se identificó puntualmente en el municipio de Aquismón.

52 Meza Ojeda, Alejandro, Esperanza Tuñón Pablos, , Dora Elia Ramos Muñoz, y Edith Kauffer Michel,), “Progresas” y el empoderamiento de las mujeres: estudio de caso en Vista Hermosa, Chiapas. Papeles de población, 8(31), 2002, pp. 67-93. Recuperado en 13 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252002000100004&lng=es&tlng=es

Gráfica 51 Revisiones médicas a las que acudieron las informantes



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

Cabe señalar la existencia de cinco mujeres de Huehuetlán que dijeron haber llevado sus revisiones prenatales con partera, así como la importante cantidad de otras mujeres que prefirieron ejercer su derecho a no responder esta pregunta, lo cual nos hace pensar en la posibilidad de haber resuelto sus partos con las parteras locales. Callar la atención de sus partos con parteras puede explicarse en el hecho de que en México como en muchos países de Latinoamérica, la iniciativa de institucionalizar los partos ha configurado inadecuado el ejercicio de la partería y con esto se ha normalizado la violación al derecho constitucional de acceder según establece el art. 24.1 de la constitución mexicana. Ahí se asienta que: *“Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico”*.⁵³

Mención aparte merece, además, decir que en los grupos focales se recogieron varios testimonios de omisiones en la atención médica por parte del personal de salud, las cuales dejan la sensación en las mujeres de haber asistido “a un control”, más no a una verdadera atención.

53 Comisión Nacional de Derechos Humanos. El derecho a la salud de los pueblos indígenas. Servicios y atención en las clínicas de las comunidades. 2015. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-salud-pueblos-indigenas.pdf>

“Bueno, a mí me dijeron que viniera dos veces para telemedicina y no me atendieron las dos veces que vine en telemedicina con los ginecólogos, en ninguna de las ocasiones pasé, estuve desde temprano hasta bien tarde y no pasé y no hubo comunicación con el ginecólogo” (GF1).

“En los servicios de salud no cumplen con los horarios de citas, nada más andan con el celular, nada más paseando, nos citan a una hora y nos dejan ahí sentadas y no se vale, uno hace la lucha para llegar temprano” (GF3).

“Uno viene y no la atienden rápido, y también te ponen una cita a las 8, y te atienden bien tarde, pero cuando nos ponen la cita a las 8 y llegamos tarde te dicen es que te citamos a las 8, aunque a esa hora ni atienden” (GF4).

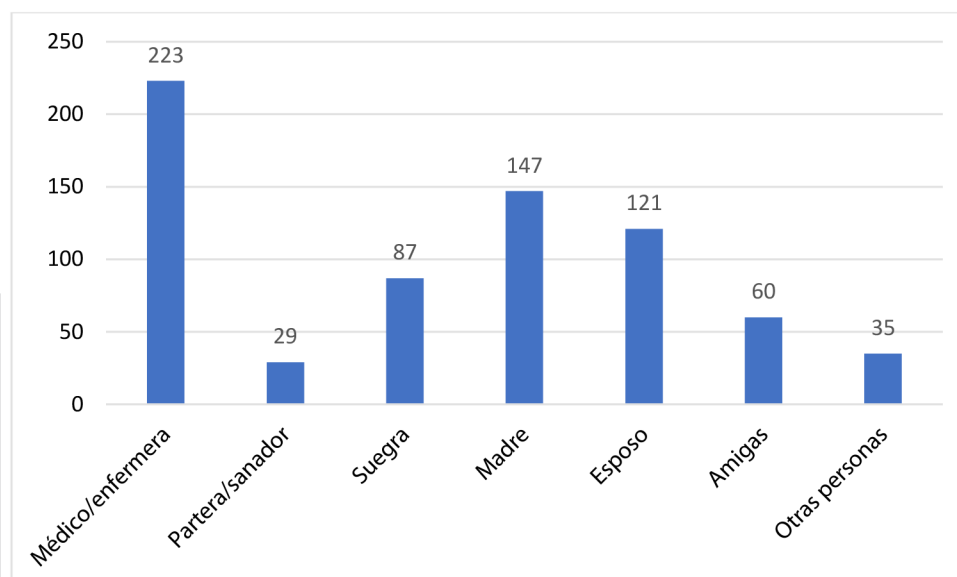
“También en el laboratorio, cuando estaba embarazada me dijeron que me iban a sacar sangre a las 12 y me sacaron hasta las 2 de la tarde y yo me vine sin comer, y tuve que aguantar hasta en la tarde porque me dijeron que no podía comer nada. Tres veces me sacaron la sangre, tres veces me tuve que aguantar hasta en la tarde, llegué a mi casa mareada porque no había comido nada” (GF4).

5.2.9. Consejos de cuidado, médicos y no médicos

Los resultados posibilitan dar cuenta, por otra parte, de que las mujeres de esta región viven un importante conflicto intercultural en la toma de decisiones sobre los cuidados a seguir en el embarazo y el puerperio, que devela que no le otorgan toda la confianza al conocimiento médico.

En la siguiente gráfica 52 puede observarse que aun cuando el mayor número de mujeres identifica al personal de salud como la principal fuente de información en materia de consejería sobre cuidados que deben implementarse durante el embarazo y el puerperio, resulta necesario destacar la importancia que adquieren las madres, suegras y también los esposos en esta materia.

Gráfica 52 Actores que emiten consejo sobre cuidados prenatales



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

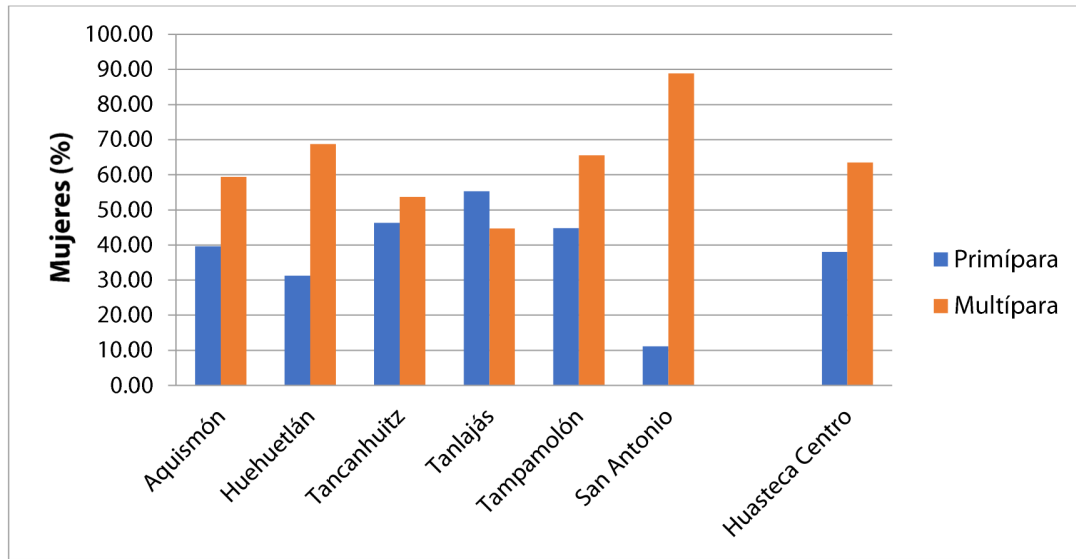
En esta gráfica puede verse que la información que las mujeres poseen sobre el parto entra en conflicto con otros saberes comunitarios y ancestrales sobre la procreación y el alumbramiento, no obstante, ese conflicto, anuncia expectativas de agencia para participar de manera activa en su proceso de parto.

En las narrativas que se generaron dentro de los grupos focales puede apreciarse que en las medidas que llevaron a cabo para mantenerse sanas y seguras durante el embarazo y puerperio, atendieron más a las recomendaciones de sus familiares que las de los profesionales, y aunque no se identificó alguna creencia que representara un riesgo para la salud de la madre y su bebé, esta realidad exige problematizar las estrategias que desde el sector salud se llevan a cabo para promover el autocuidado y la prevención de complicaciones.

5.2.10. Evolución de embarazo y resolución del parto

Como puede observarse en la siguiente gráfica 53, para cerca de la mitad del total de informantes (38.5%), el parto fue una nueva experiencia (primíparas).

Gráfica 53 Perfil reproductivo en las informantes, según número de partos



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

El hecho de que una buena parte de las mujeres fuera primípara resulta relevante en la medida en que esta variable influye negativamente en la probabilidad de padecer violencia obstétrica. En primer lugar, refleja que se trata de mujeres jóvenes y la edad ha sido reconocida como un factor que potencia la probabilidad de padecer este tipo específico de violencia,⁵⁴ en segundo lugar, la investigación ha documentado que el confrontar por vez primera una experiencia (en este caso el parto) genera ansiedad, lo que las vulnera emocionalmente y puede llegar a potenciar su percepción respecto de las prácticas consideradas violentas.⁵⁵

Lo anterior quedó evidenciado en los discursos que las mujeres compartieron como parte de los conversatorios.

“Pues yo cuando tuve mi primer bebé fueron groseros pues éramos primerizas

54 Pereira, Carlota, Domínguez, Alexa, & Toro, Judith. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 081-090. Recuperado en 14 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002&lng=es&tlng=es.

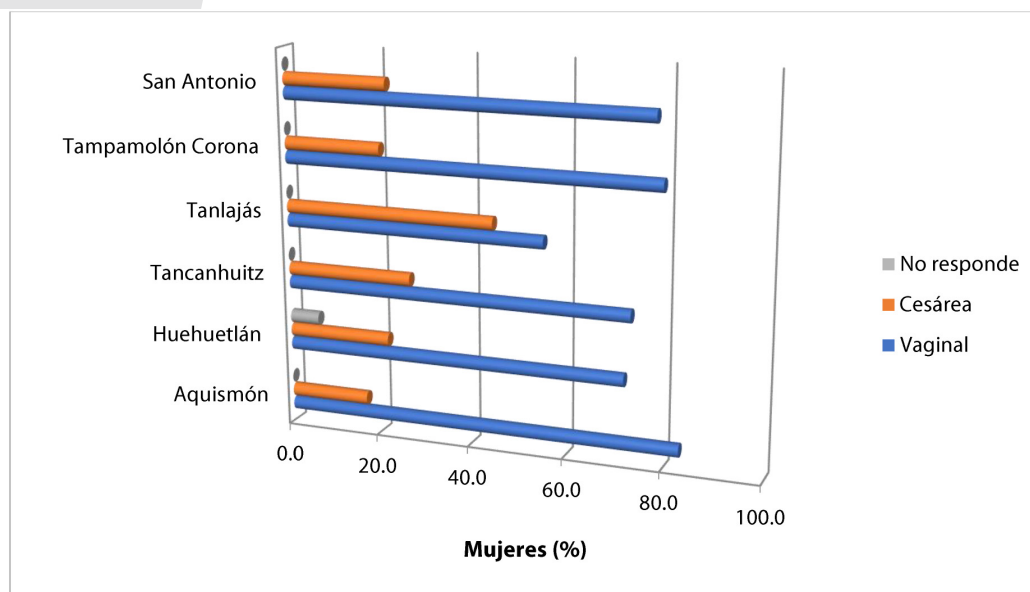
55 Araujo, Juan. La violencia obstétrica. Una mirada desde la bioética médica a las cuestiones legales. *Rev Bioet Latinoam* 2017; vol 20: 56-76. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/43758/articulo3.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

no entendimos bien, y ya cuando tuve mi segundo bebé pues me trataron mejor, ya fue con el tercero pues más, así como le decía tuve complicaciones con mi tercer bebé aquí las enfermeras especialmente la doctora "... me trataron bien, pues... bonito" (GF2).

"Cuando eres primeriza pues sí te maltratan. Hay enfermeras que son groseras y doctores también que son groseros, te dicen de cosas cuando vas a tener tu primer bebé, las que son muchachas pues todavía no tienen experiencia" (GF2).

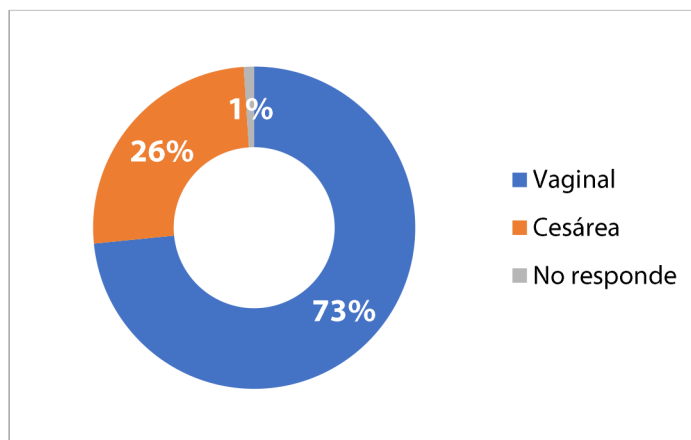
En lo que respecta a la estrategia mediante la cual se resolvió el parto, se encontró que en general, predominan las resoluciones por vía vaginal, sin embargo, resulta digno profundizar en las razones que determinan que en las mujeres del municipio de Tanlajás se estén resolviendo una mayor cantidad de partos por cesárea.

**Gráfica 54 Forma de resolución del parto en las informantes.
Comparación entre municipios**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

Gráfica 55 Estrategia de resolución del parto en la población de estudio



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

El porcentaje de cesáreas reportadas en la población de estudio resulta muy inferior a la tasa de prácticas de cesáreas que se documentó en la ENDIREH 2016 para mujeres en el mismo grupo de edad en el ámbito nacional, la cual fue casi del 43%. Puede observarse que, al contrario de lo que se ha reportado en el ámbito mundial y nacional, la mayor parte de las informantes (80%), ha tenido a sus hijos e hijas a partir de partos vaginales, situación que resulta satisfactoria, dada la epidemia que se ha reportado en relación con las cesáreas innecesarias.⁵⁶ Por otra parte, nuestros resultados resultan contrarios a lo que ha argumentado Freyermuth (2017), quien afirma que la probabilidad de ser sujetas a cesárea se incrementa hasta en un 40% en mujeres que habitan en regiones indígenas en comparación con mujeres que viven en regiones con menor presencia de población indígena.⁵⁷

En el mismo tenor de ideas, sin embargo, resulta pertinente discutir si este menor porcentaje de cesáreas puede asociarse a limitaciones de infraestructura, equipo o personal calificado, necesarios para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos de resolución del parto, si así fuese, tendría que problematizarse cómo una aparente fortaleza puede constituirse en una debilidad importante para la atención resolutiva de

56 Toscani María. Cesáreas en aumento: la postergación del derecho al parto respetado. *Rev. Redbioética/UNESCO*, Año 7, 2 (14):11261--112251 julio - diciembre 2016. Disponible en: *Rev. Redbioética/UNESCO*, Año 7, 2 (14):11261--112251 julio - diciembre 2016 ISSN 2077-9445

57 Freyermuth, M. G., Muños, J. A., & Ochoa, M. (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), 88. doi:10.1186/s12939-017-0582-2

emergencias obstétricas. Por otra parte, el bajo índice de cesáreas puede tener relación con la persistencia de la atención del parto con parteras tradicionales, ya que como menciona Freyermuth, es la institucionalización del parto en las regiones indígenas, lo que ha traído un despunte en la prevalencia de prácticas de cesárea en regiones con presencia indígena.

5.2.11. Lugar de resolución del parto

Merece la pena reflexionar en el alto porcentaje de mujeres (43.7%) que ejercieron su derecho a no responder la pregunta que indagaba sobre el lugar en que fue atendido su último parto, o que reconocieron haber parido en espacios no institucionales y asistidas por una partera. La razón de negarse a reconocer en la encuesta, que sus partos fueron atendidos en espacios no institucionales ni resueltos mediante prácticas medicalizadas, puede tener relación con el hecho de que las políticas públicas en salud desalientan la “atención tradicional” del parto y con ello, le equiparan en el imaginario local con una especie de práctica clandestina que lo único que genera es invisibilizar la necesidad y la pertinencia de incluir a las parteras locales en procesos de capacitación necesarios para garantizar que la actuación de estas actoras de respuesta alterna, brinden una atención segura y libre de riesgos.⁵⁸

En los conversatorios que se organizaron, fueron varias de las mujeres que narraron haber acudido a revisiones frecuentes con las parteras. Dos de ellas, se sintieron en confianza para contar que su último parto fue resuelto por una partera. Sobre las razones que esgrimen para buscar este tipo de atención, resalta el que el niño “no venga acomodado” o “se atraviese”, y en estas ocasiones acuden para que mediante las llamadas “sobadas” los bebés puedan tener una posición compatible para su salida.

Otras mujeres argumentan miedo de acercarse a los servicios de salud por las narrativas que se escuchan en la comunidad sobre cómo se da en estos sitios la atención:

“Bueno yo los tuve en mi casa, tengo tres. Tuve tres hijos en la casa, pues no me quise venir la primera vez con el hijo que tuve, porque decían que a una la amarran y no tejan moverte, a mí me da miedo, por eso no me vine, tenía miedo, decían que me iban a traer, pero yo no quise, pues (los tuve) con partera,

58 Rangel Flores, Yesica Yolanda, Hernández Ibarra, Luis Eduardo, González Acevedo, Claudia Elena, & Mendoza Hernández, Alejandro. (2017). Agenciamientos y resistencias en el cuidado obstétrico comunitario tras la capacitación institucional. *Index de Enfermería*, 26(4), 250-254. Recuperado en 14 de enero de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300003&lng=es&tlng=es.

en la casa nomás. El parto fue parado, de repente ya iba a nacer cuando llegó la partera y nada más me dio hierbas, me cortaron el cordón con otate”.

Las experiencias narradas de la atención con partera parecen resultar además satisfactorias:

“Yo tuve bebé con la partera, me colgaron unos mecates y ese mecate tenía que jalar para la fuerza, me dieron hierbas y me dijo que mordiera el cabello, nada más. El bebé lo recibe la partera, pone nada más el petate, el cortón lo corta con unas tijeras”.

Las razones que llevan a las mujeres a pensar que la atención con las parteras puede resultar más satisfactoria, incluyen principalmente la oportunidad de permanecer acompañadas:

“Dijeron: no pueden entrar acompañantes porque hay muchas mujeres más”

“No me dio la oportunidad y no pedí tampoco” (CHuehuetlán).

“Que no debía pasar nadie más que ella” (CAquismón).

“Me dijeron que tenía que estar sola ahí, no debía entrar mi esposo”

“Ya ni le pedí que alguien me acompañara porque otros pacientes lo hacían y se lo negaron”(CHuehuetlán).

“En el parto su esposo la esperó afuera, no podía estar adentro” (CHuehuetlán).

“No dejaron pasar a mi familiar y a las otras sí estaban acompañadas, quería que alguien arrullara a mi bebé y no dejaron pasar nadie”(CSanAntonio).

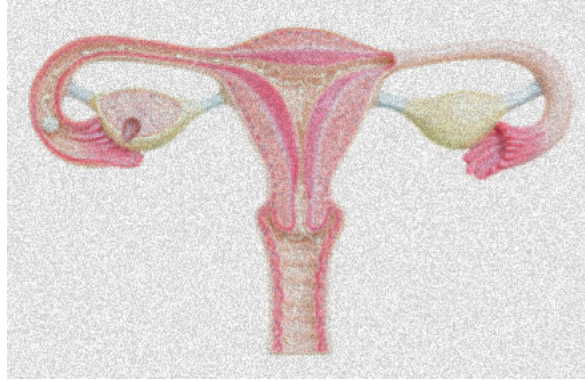
“Creo que no me atendieron rápido por no hablar bien el español”(CAquismón).

5.2.12. Conocimiento sobre la anatomía y fisiología del parto

Casi la mitad de las informantes (40%) dijo haber vivido su experiencia de parto sin contar con información sobre cómo es este proceso. Lo anterior quedó evidenciado con la lectura que hicieron de imágenes que fueron incluidas dentro del cuestionario y que tenían por objetivo identificar la profundidad de información que las mujeres tenían sobre sexualidad y reproducción.

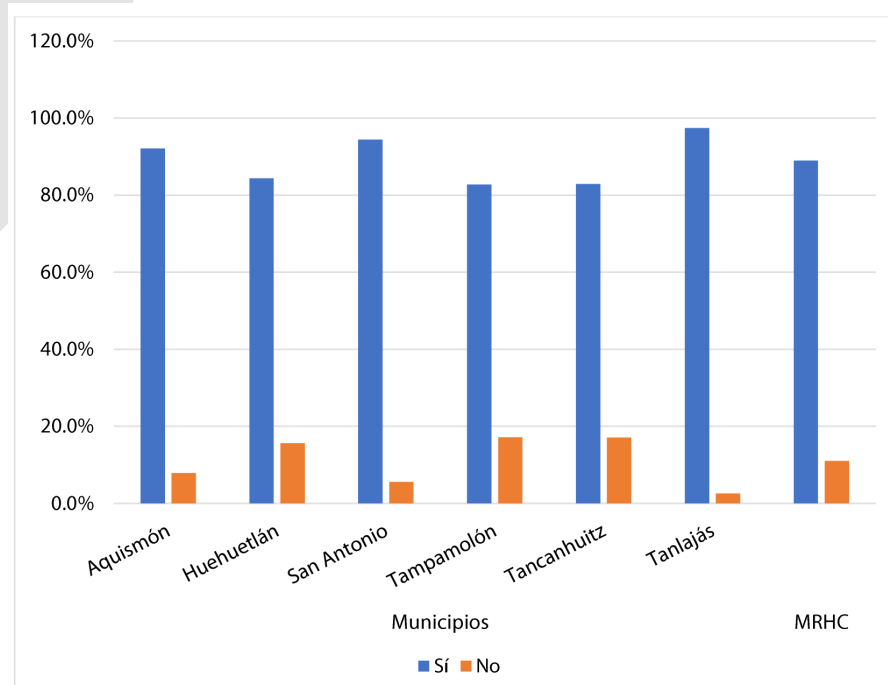
La siguiente imagen (Ilustración 7) fue la primera que se les pidió a las mujeres explicar:

Ilustración 7 Anatomía del útero



Respecto de la imagen anterior, se identificó que la mayoría de las mujeres no son capaces siquiera de identificar los órganos sexuales internos femeninos, las mujeres un poco más informadas al respecto fueron las de Huehuetlán, Tampamolón y Tancanhuitz.

Gráfica 56 Mujeres que reconocen los órganos sexuales femeninos



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

En relación con la gráfica anterior, llama la atención que las mujeres de Tanlajás, aun cuando fueron las que refirieron los mayores niveles de escolaridad en la región, fueron las que menos identificaron el contenido de la imagen. Esto se contrapone con las afirmaciones que otras investigaciones han hecho respecto de que las jóvenes escolarizadas reciben información sustancial en materia de educación sexual. Lo anterior puede explicarse quizá porque tales estudios que afirman la existencia de una correlación positiva entre la escolaridad y la educación sexual,⁵⁹ se han realizado con generaciones más jóvenes de las que nosotros trabajamos. Habría que ver de qué manera está llegando a las escuelas rurales e indígenas el reconocimiento jurídico de los derechos sexuales y reproductivos y la NOM-045, que reconoce la responsabilidad de la escuela en la educación sexual integral.

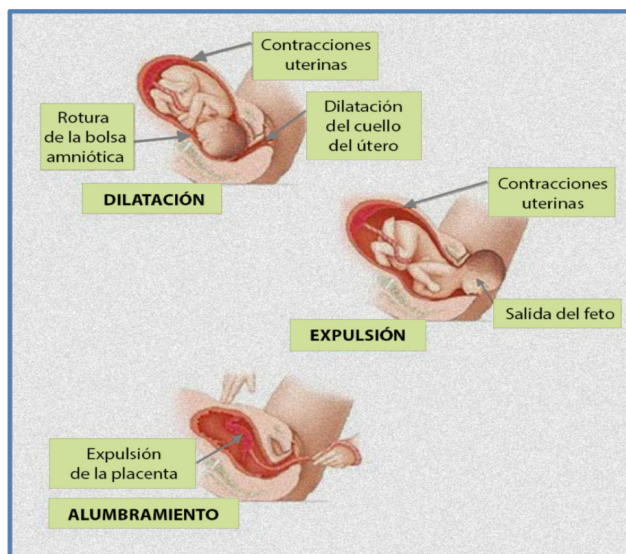
La falta de conocimiento en materia de sexualidad de las mujeres con mayores niveles de escolaridad, puede explicarse también en función de lo que otros autores han explicado refiriéndose a que en las escuelas no hay integralidad en los temas abordados, no se homogeneizan los contenidos y las metodologías implementadas para la impartición de estas temáticas no siempre son adecuadas ni acordes con las características culturales de las infancias y juventudes implicadas.⁶⁰

La segunda imagen que se les pidió explicar fue una que mostraba las tres fases de la evolución del parto: la dilatación, expulsión y el alumbramiento; las imágenes incluían incluso palabras o frases clave para ayudar a las mujeres a construir argumentos explicativos.

59 Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. Instituto Nacional de Salud Pública. Noviembre de 2014. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios_opiniones/InformeFinal_INSP.pdf

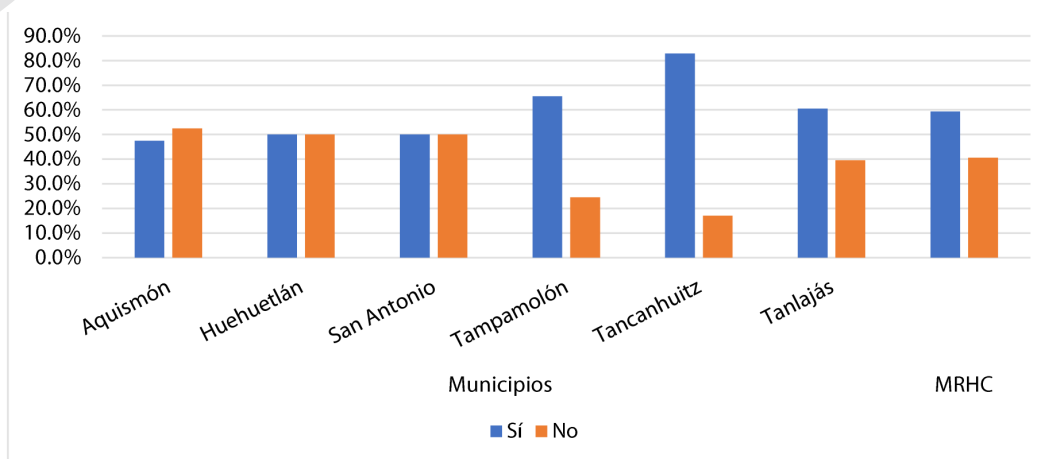
60 Rojas R, de Castro F, Villalobos A, Allen-Leigh B, Romero M, Braverman-Bronstein A, Uribe P. Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública Mex.* 2017, 59:19-27, en: <http://dx.doi.org/10.21149/8411>

Ilustración 8 Fases del parto



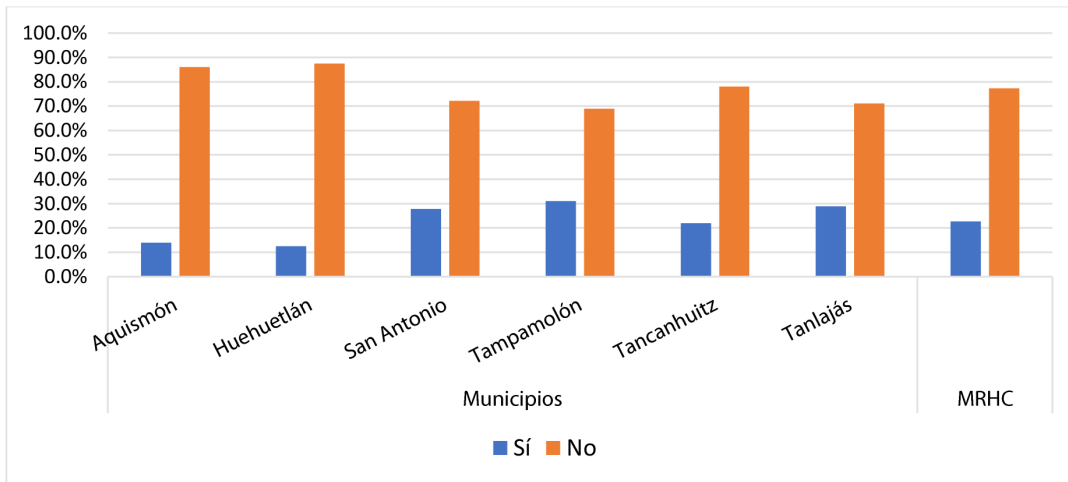
Con respecto a esta segunda imagen (Ilustración 8), advertimos que la información que las mujeres tenían sobre los procesos fisiológicos del parto era prácticamente nula. En las siguientes tres gráficas puede observarse que, si bien cerca de la mitad de las mujeres fue capaz de explicar lo que sucede en la etapa de dilatación, fueron menos las mujeres que pudieron explicar la fase de expulsión y aún menos las que identifican que existe una etapa de alumbramiento.

Gráfica 57 Mujeres que describen correctamente la imagen de dilatación



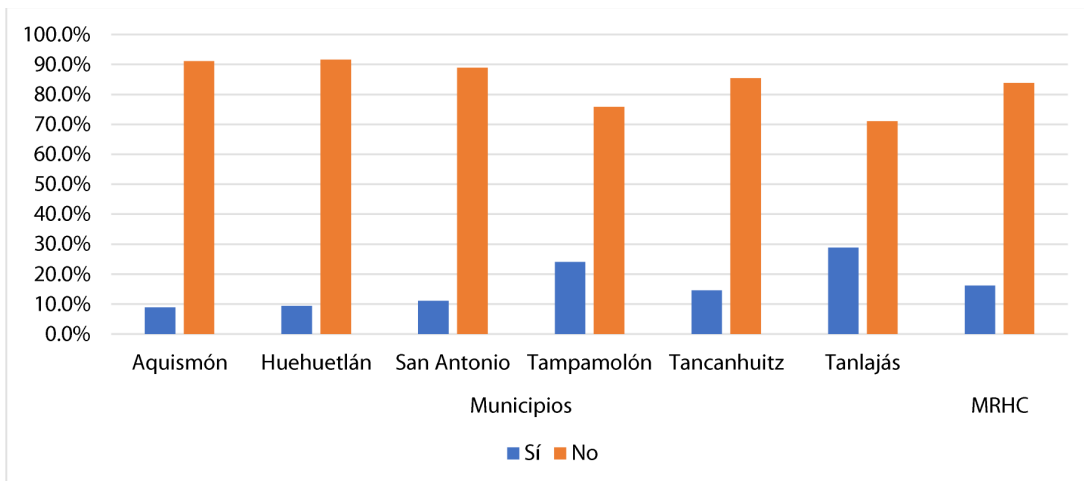
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en el trabajo de campo

Gráfica 58 Mujeres que describen correctamente la imagen de la expulsión



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en el trabajo de campo

Gráfica 59 Mujeres que describen correctamente la imagen del alumbramiento



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en el trabajo de campo

Esta investigación deja documentado que cuatro de cada 10 mujeres que viven la experiencia de un parto en esta región, lo hace sin tener información sobre cómo será este proceso, y ello les imposibilita desarrollar agencia y control sobre un proceso fisiológico (no patológico) que compete a sus cuerpos. ⁶¹ Entre las pocas mujeres que habían recibido información al respecto, la mayor parte de ellas refirió que fueron actores del ámbito sanitario y de educación quienes las acercaron a esta información, lo que es un aliciente para continuar trabajando el plan de parto en conjunto con las usuarias, bajo el precepto de que esta información es significativa.

- **Sobre su experiencia de parto**
- **Sobre la posición para parir**

Como parte de esta investigación y propiamente del instrumento que se presentó a las mujeres, se incluyó una imagen de posiciones posibles y recomendadas para el parto. La tarea de las mujeres era identificar la posición en que ellas hubiesen preferido parir.

Ilustración 9 Posturas en el parto

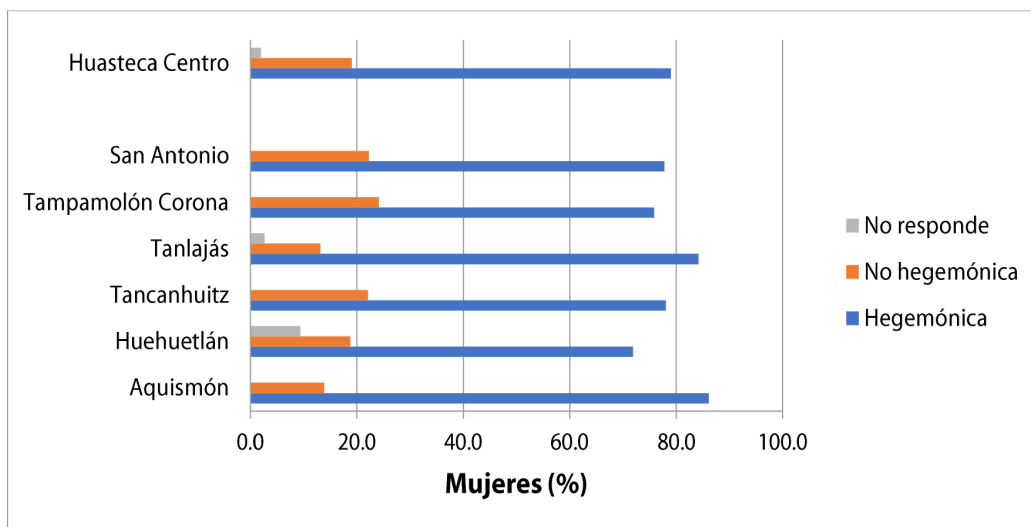


Como parte de este ejercicio, una cuarta parte de las mujeres (26.1%), dijo que hubieran preferido que sus partos se resolvieran en posiciones distintas a la de litotomía. Llama la atención la importante proporción de mujeres que no respondieron esta pregunta

61 Fernández Méndez, Felipe Santiago [et al.]: "El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto", en Delgado Rodríguez, Janet: Vulnerabilidad, justicia y salud global. Dilemata, *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, no 26, 207-215

en Huehuetlán y que tiene que ver con el hecho de que no poseían información de que otras posiciones eran posibles.

Gráfica 60 Preferencia de posición para parir según referencia de las informantes



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo

Poco más de una cuarta parte de las informantes (26.1%), dijo que hubiera preferido parir en una posición distinta a la que le aplicaron. La mayoría de las que dijeron lo anterior, refirió que hubiese sido preferible parir en las posiciones denominadas “en cuclillas” o “sentada”. El hecho de que se continúe implementando la posición de litotomía en espacios donde ésta no es solicitada resulta preocupante, particularmente cuando se ha documentado que dicha posición llega a ser perjudicial y constituir un obstáculo para la adecuada evolución del trabajo de parto y parto según refiere la propia OMS.⁶²

Se ha documentado que las posiciones verticales, por su parte, favorecen la oxigenación de la madre y el bebé, facilitan el encajamiento y descenso del feto, reducen la probabilidad de desgarros, y evitan la compresión de la aorta y la vena cava, lo que reduce el sufrimiento fetal asociado al trabajo de parto.⁶³

62 Ballesteros Meseguer C, Barceló Muñoz N, Mora Lorente J, Pagan Marín L, Picón Carmona M, Ruiz Chumilla MÁ. Efectividad de la posición de Sims modificada en la fase del expulsivo frente a la posición de litotomía en mujeres con anestesia epidural. NURE Inv (Internet). Jul - Ago 2014; 11 (71): [aprox. 19 p.].

63 Posición y movilidad de la madre durante el periodo dilatante del trabajo de parto (Revision

Las mujeres de esta región también tienen otras referencias históricas y actuales de validación ancestral y cosmogónica acerca de las posiciones para parir, mismas que debieran investigarse más y reconocerse como parte de los derechos culturales de la salud reproductiva de las mujeres indígenas.

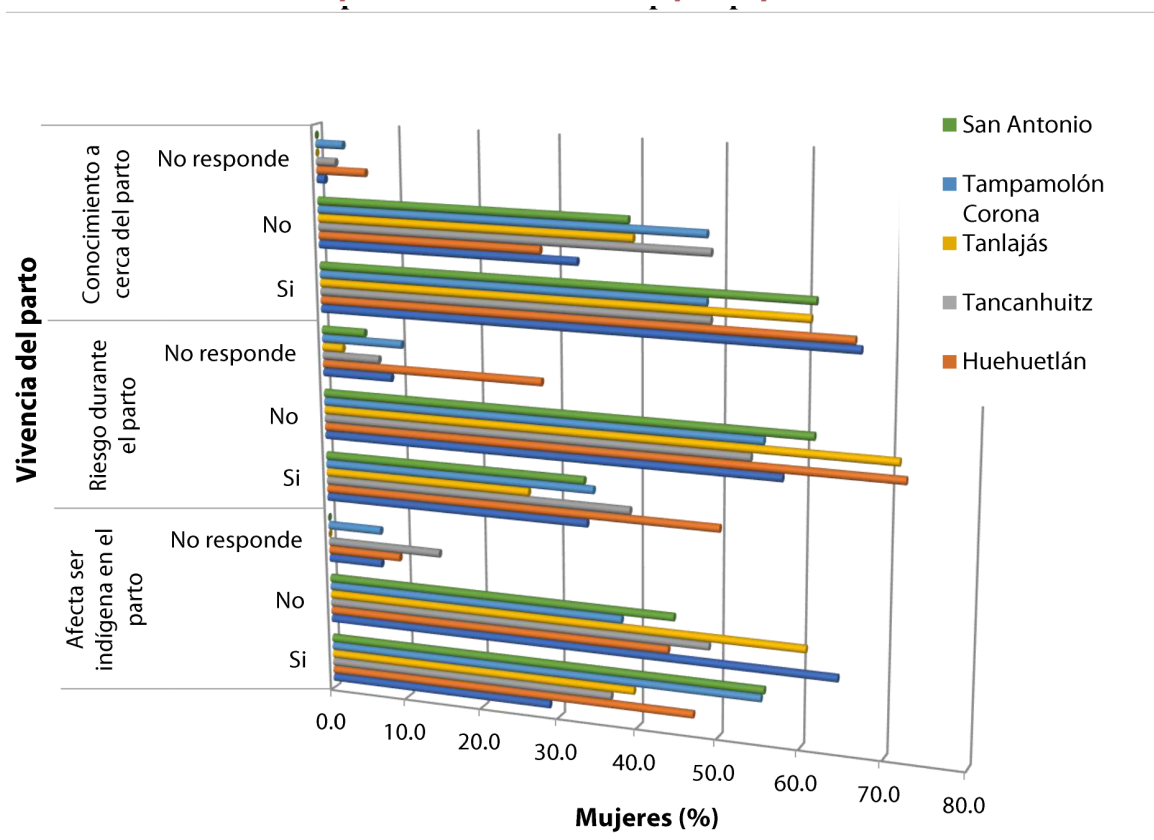
Discriminación percibida asociada a la identidad indígena

Un importante número de las mujeres dijo pensar que su vivencia de parto había sido marcada negativamente por su condición indígena, asociando particularmente su condición indígena al acceso tardío a la atención institucional. La ansiedad que puede llegar a generar el ser rechazadas para su ingreso hospitalario adquiere mayor dimensión cuando casi una tercera parte del total de las informantes (34.6%), dijo que sintió que su vida corría peligro durante el trabajo de parto y el parto, así como en asumir que sobrevivieron gracias al hecho de haber accedido rápidamente a los servicios de salud.

La confianza en una buena atención médica debe fortalecerse en las instituciones de la región, pues en estos casos apreciamos que se reúne la violencia institucional con la violencia de género y la discriminación étnica o la discriminación por ser pobre.

En la siguiente gráfica 61 puede apreciarse de manera esquemática los indicadores antes expuestos.

Gráfica 61 Experiencias asociadas al parto por las informantes



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo

En medio de este reconocimiento a la labor que las instituciones cumplen cerca de sus comunidades, también construyeron narrativas que dejan ver que esperan un acompañamiento más cercano y cálido por parte del personal de salud

“El parto fue normal, pero había otras mujeres en trabajo de parto y con el dolor estaba desesperada, porque me alivié sola, nada más el doctor cortó el cordón” (CAquismón).

“Llegué al hospital y me atendieron, sabía todo la trabajadora social, buscaba que me tranquilizara, pero me dijeron que si no me relajaba tendría la culpa si no nacía bien el bebé” (CAquismón).

“Ese día de aquí salí de la casa a las 3 pm, con mucho dolor, no me dieron pronto (atención) amanecí con dolor y hasta esa noche a las 10 pm, nació el

bebé, pedí que me hicieran cesárea por el dolor, pero ellos se negaron, porque sentía que no iba a aguantar el dolor, era demasiado fuerte, cuando nació, al fin estaba manchado de popo el bebé, ya se había hecho adentro de mí panza” (CHuehuetlán).

“Muy difícil, mi bebé nació grande, yo pienso que en el hospital no me trataron bien y creo que ahí a uno lo dejan morir, ellos no me hacían caso, tal vez se darían cuenta que ya se había hecho popo adentro” (CTanlajás).

Otras mujeres atribuyen la deficiente calidad a la falta de recursos humanos dentro de los hospitales:

“El ginecólogo no estaba y era cesárea de emergencia” (CTampamolón).

“Fui a chequeo, no tenía dolor, el bebé se pasó de tiempo y me pasaron a la cesárea, me iban a operar y no había ginecólogo, me iban a mandar a Valles y en eso llegó uno y me operó” (CSanAntonio).

Otras no terminan de saber con certidumbre que recibieron la atención que requerían, en parte, debido a que no logran una adecuada comunicación con el personal de salud:

“Duré una semana hospitalizada, me provocaron el parto y no sentí dolor, y como pedí que me hicieran OTB, no supe si me la hicieron, porque no me dejaron preguntar si se tenía que hacer ultrasonido para saber” (CAquismón).

Pero hay experiencias aún más dramáticas, sobre todo para aquellas mujeres que deben generar resiliencia una vez que tienen a sus hijos en brazos; tal es el caso de historias que han concluido con la muerte de su recién nacido.

“Mi hijo murió después de 5 días, me dijeron que por asfixia neonatal, pero no me dijeron hasta después que el bebé estaba en peligro. Tengo diabetes y me inyectaron insulina dos veces por día, estaba muy afectada, pues ya tengo 37 años y estaba emocionada” (CHuehuetlán).

Resulta necesario discutir por otra parte, la existencia de casos de mujeres que han tenido que parir en la vía pública o en sus hogares, no porque así lo hubieran planeado sino porque fueron rechazadas cuando buscaron ingresar a las instituciones sanitarias. Enmarcar lo anterior en una política prioritaria en el país, como es la de *cero rechazo*, debiera obligarnos a replantear los mecanismos de monitoreo y sanciones que

establece el Estado a este respecto, dada la evidencia que se ha generado sobre el hecho de que postergar el ingreso de una mujer a la atención obstétrica se correlaciona significativamente con mortalidad materna y perinatal.⁶⁴

5.3. Experiencias asociadas con violencia obstétrica en el último parto

En lo que se refiere específicamente a la experiencia de estas mujeres con prácticas asociadas con la violencia obstétrica, se identificaron los siguientes resultados:

5.3.1. Experiencias asociadas con la discriminación

Se identificó que en general, en la categoría de “experiencias asociadas a la discriminación”, de lo que más se quejan las mujeres es de que el personal no atiende a sus solicitudes para sentirse más cómodas durante su parto, así como al hecho de que no les ofrecen acompañamiento durante su parto o de que incluso se les niegue.

Casi una cuarta parte de las mujeres (21.8%), dijo NO haber sido escuchadas en sus solicitudes para sentirse más cómodas, y 4.1% dijo haber sido objeto de burla a partir de estas solicitudes, las cuales en su mayoría se referían a moverse de posición, hablar o estar acompañada de algún familiar o seguir su propio ritmo para respirar, pujar y expresar su dolor.

Mención aparte merece el resaltar el caso de las mujeres (3.5%) que refirieron haberse acercado al hospital para ser atendidas y haber sido rechazadas para su ingreso, en función de lo cual, algunas tuvieron la experiencia de parir en espacios públicos o en el menos preocupante de los casos, en sus viviendas.

Destaca por otra parte, que la mayoría de las mujeres refiere que no le fue ofrecida la posibilidad de permanecer acompañada, aun cuando cerca de una quinta parte de ellas (17.7%), pidió ser beneficiada de esta política y buena práctica.

En la siguiente tabla 39 pueden apreciarse los valores de los indicadores que miden la categoría de discriminación para cada uno de los municipios. La columna del final resume la información general para la microrregión huasteca centro. Los números marcados con rojo corresponden a las respuestas que nos indican que este indicador sí se presenta.

⁶⁴ Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad Materna en México. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf

Tabla 39 Indicador de exploración para experiencias asociadas a Discriminación

INDICADOR DE EXPLORACIÓN PARA EXPERIENCIAS ASOCIADAS A DISCRIMINACIÓN (n = 259)								
INDICADOR	Opciones de respuesta	AQUISMÓN (n = 101)	HUEHUETLÁN (n = 32)	SAN ANTONIO (n = 18)	TANCANHUITZ (n = 41)	TANLAJÁS (n = 38)	TAMPAMOLON CORONA (n = 29)	MRHC
PORCENTAJES								
ID1 Después de haber acudido al hospital ¿la regresaron a su casa y su hijo nació fuera del hospital (calle, jardín, transporte, sala de espera, etc.)	Sí	4.0	3.1	0.0	4.9	5.3	3.4	3.5
	No	89.1	75.0	66.7	92.7	86.8	86.2	82.8
	No aplica/ No responde	5.9	21.9	33.3	2.4	7.9	10.4	13.6
ID2 ¿Considera que el personal atendió las solicitudes que usted hacía para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	Sí	77.2	62.5	66.7	68.3	57.9	72.4	67.5
	No	16.8	21.9	22.2	19.5	26.3	24.1	21.8
	No aplica/ No responde	6.0	15.6	11.1	12.2	15.8	3.5	10.7
ID3 ¿Alguien del personal de salud se burló de alguna de las solicitudes que usted hizo para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)	Sí	4.0	6.3	5.6	0.0	5.3	3.4	4.1
	No	92.1	84.4	88.9	82.9	86.8	82.8	86.3
	No aplica/ No responde	4.0	9.3	5.5	17.1	7.9	13.8	9.6
ID4 En algún momento, ¿alguien del personal de salud le dijo que no podían atenderla o simplemente no le hizo caso?	Sí	8.9	9.5	16.7	12.2	13.2	3.4	10.7
	No	85.1	87.5	83.3	75.6	86.8	82.8	83.5
	No aplica/ No responde	6.0	3.0	0.0	12.2	0.0	13.8	5.8

INDICADOR DE EXPLORACIÓN PARA EXPERIENCIAS ASOCIADAS A DISCRIMINACIÓN (n = 259)								
INDICADOR	Opciones de respuesta	AQUISMÓN (n = 101)	HUEHUETLÁN (n = 32)	SAN ANTONIO (n = 18)	TANCANHUITZ (n = 41)	TANLAJÁS (n = 38)	TAMPAMOLON CORONA (n = 29)	MRHC
PORCENTAJES								
ID5 ¿Alguien del personal de salud le ofreció la oportunidad de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	Sí	56.4	43.8	50.0	58.5	42.1	44.8	49.3
	No	40.6	50.0	50.0	26.8	50	48.3	44.3
	No aplica/ No responde	3.0	6.2	0.0	14.7	7.9	6.9	6.5
ID6 Alguien del personal de salud ¿se negó a su solicitud de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?	Sí	23.8	12.5	22.2	19.5	21.1	6.9	17.7
	No	73.3	78.1	72.2	63.4	71.1	75.9	72.3
	No aplica/ No responde	3.0	9.9	5.6	17.1	7.8	17.2	10.1
ID7 ¿En algún momento de la atención, usted sintió que el personal la trataba como si usted no fuera capaz de entender lo que estaba pasando con usted o su hijo?	Sí	5.9	6.3	5.6	7.3	10.5	3.4	6.5
	No	92.1	81.3	94.4	82.9	68.4	86.2	84.2
	No aplica/ No responde	2.0	12.4	0.0	9.8	21.1	10.4	9.3
ID8 ¿Cree que afecta ser indígena para que la atiendan rápido?	Sí	28.7	46.9	55.6	36.6	39.5	55.1	43.7
	No	64.4	43.8	44.4	48.8	60.5	37.9	50.0
	No aplica/ No responde	6.9	9.3	0.0	14.6	0.0	7.0	6.3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo.

En los grupos focales pudieron rescatarse experiencias de discriminación, ya sea que las vivieron las propias mujeres o bien, de las que fueron testigos en su paso por los servicios de salud. Las mujeres concuerdan en sus relatos al mencionar que se les da preferencia a las mujeres que son conocidas o familiares del personal de salud o a las mujeres que son de la cabecera municipal, en este sentido, perciben la discriminación asociada a su origen:

“Experiencia propia no, pero sí se ha visto y se he llegado a ver que llega otra persona, que es del pueblo que pues pasa (a consulta) ¿por qué? —porque ella vive aquí y yo te conozco y me llevo bien contigo, somos ahora comadres—, por así decirlo, no como los que vienen de allá, —espérate ahorita te paso— eso sí se ha visto, lo he visto yo, sí se ha visto aquí” (GF2).

“Cuando nació la otra niña yo escuché que dijeron (personal de salud): ya llegó otra de Aquismón, las mandan por puras tonterías, que, porque ya van con dolores, son puras tonterías, y no las atienden” (GF1).

“Por lo que he visto en los centros de salud, llegan personas de comunidad, como les dan instrucciones y no entienden, y les dicen espérame tantito y se dirigen a otra persona que ya les está preguntando y a la otra la dejan atrás”(GF4).

Para otras mujeres algunas estrategias implementadas como parte de la política pública para reducir las muertes maternas son contempladas como discriminatorias, porque no se les ha explicado la razón por la cual se les canaliza a una casa de salud y no se les ingresa desde un inicio a la hospitalización.

“Cuando yo iba dar a luz estaba una muchacha de la sierra y no sé si habla o no hablaba muy bien el español, entonces no la atendieron, la mandaron a la casa CAME (Casa de Atención a la Mujer Embarazada), la tuvieron toda la noche y al día siguiente, y entonces la muchacha se hartó junto con su esposo y se fueron, pero no sé si es porque no hablaban bien, todo porque no le entendían aquí o se hartaron o de que ni siquiera la atendieron” (GF1).

Acciones como la anterior, si bien son decisiones adecuadas para el manejo, se perciben como discriminantes en la medida en que son aplicadas a mujeres y familias que no han sido informadas sobre el sentido de retenerlas en un espacio que, en sentido contrario a un hospital, es seguro, al no albergar personas que cursan con padecimientos infecciosos.

Las informantes narran este tipo de discriminación íntimamente asociada a su condición indígena, ya sea por la ubicación geográfica de su comunidad, pero principalmente por el hecho de hablar una lengua indígena y no hablar bien el español.

“Cuando estoy acá y tengo cita acá con “...”, a veces cuando están las señoras que son de aquí, las que sí hablan en español bien, no como nosotras que hablamos en Tének, a veces me van a pasar, pero me espero, porque las pasan primero a ellas y así le hacen a veces” (GF1).

“A veces que hay algunos doctores que se pasan de listos, que tratan mal a las personas que no hablan bien el español. En unos lugares los hacen a un lado a las personas que no hablan muy bien”(GF4).

Dos mujeres mencionaron que recibieron discriminación por edad, una de ellas por tener 35 años, y otra por ser menor de edad.

“Pues a mí nomás me dijeron al último que ya no puedo tener más porque ya tengo 35, ya acabo de cumplir 36 ya, me dice el doctor que a lo mejor ya no puedo tener otro, pues fue cesárea, dos fueron cesáreas, fui a dar hasta Valles” (GF1).

“A mí me dijo el doctor “...” que por qué no me cuidé, que ahora que tengo mi niña tengo que cuidarme hasta los 23 y entonces puedo tener otro hijo. No me regañó, sólo me dijo. Pero me hizo sentir mal, porque las doctoras que me pusieron el implante me dijeron que cuando mi hija tuviera 3 años podía embarazarme otra vez, pero el doctor me dijo que cuando mi hija cumpliera 3 años me pusiera otro implante y así sólo podré tener hijos hasta los 23 años” (GF1).

Si bien, las razones de recomendar no más gestaciones obedece a la existencia de riesgo obstétrico, y en dicho sentido se justifica hacer puntualizar los riesgos asociados a la edad, de nueva cuenta queda clara la necesidad de que el personal desarrolle habilidades para comunicarse desde una perspectiva intercultural con las usuarias, toda vez que una acción pertinente puede llegar a percibirse discriminatoria.

En el grupo focal de las mujeres con mayor nivel educativo, algunas mujeres narraron que se han sentido en ventaja en relación al trato que reciben por parte del personal de salud, en comparación con mujeres con menores niveles de escolaridad.

“Uno de perdido tiene el valor de preguntar si ya mero me toca, pero la gente que no tiene estudios se espera. Luego yo me paré y le pregunté ¿ya mero paso? y me dicen sí ya mero vienes, pero a la de comunidad a veces ni la anotan, y la pobre gente allí está, pero pues nunca la van a pasar porque no se anotaron”(GF4).

“Los mismos doctores y enfermeras se guían en alguien que ven que si tiene más estudio, a alguien que viene de comunidad. Le preguntan a la gente de más estudios y a la gente de comunidad no, porque no son ni para preguntarle. Decirle ya te atendieron o necesitas algo. Toman más en cuenta a los que ven que son más vivos que no se dejan”(GF4).

5.3.2. Experiencias asociadas con probable negligencia

La categoría de probable negligencia fue la que salió representativa en todos los indicadores que la conforman. Resultó particularmente relevante el hecho de que el personal de salud no comunica a las mujeres el sentido de los procedimientos que sobre sus cuerpos realizan e incluso, existe una importante proporción de mujeres que refirió no haber sido informada de que se le iba a realizar una episiotomía (30.5%), menos aún haber dado su consentimiento para ello. Lo anterior es particularmente preocupante en las mujeres del municipio de Tanlajás, donde aunque una proporción importante refirió haber resuelto el parto a través de cesárea, de las mujeres cuyos partos fueron resueltos vía vaginal, prácticamente a la mitad de ellas no les fue solicitada la autorización para realizar la episiotomía.

Por su parte, en San Antonio y Tanlajás llama la atención el hecho de que más del 10% de las mujeres hayan referido haber percibido que su intimidad no fue respetada en el momento de la atención del parto. El 18.9% de las mujeres en la región dijo haber sido separadas de manera prematura de sus hijos, sin que mediara explicación alguna por parte del personal de salud. Con respecto a este indicador resulta alarmante la proporción de mujeres que reportaron este indicador en el municipio de Tancanhuitz (65.9%).

Tabla 40 Indicador de exploración para experiencias asociadas a probable negligencia

INDICADOR DE EXPLORACIÓN PARA EXPERIENCIAS ASOCIADAS A PROBABLE NEGLIGENCIA (n = 259)								
INDICADOR	Opciones de respuesta	AQUISMÓN (n = 101)	HUEHUETLÁN (n = 32)	SAN ANTONIO (n = 18)	TANCANHUITZ (n = 41)	TANLAJÁS (n = 38)	TAMPAMOLON CORONA (n = 29)	MRHC
PORCENTAJES								
IN1 ¿Sintió en algún momento de la atención, que su intimidad no fue respetada? (desnudarla frente a otras personas, hablar de sus cuerpos en chiste, hacer preguntas referentes a la sexualidad en público, etc.)	Sí	5.9	6.3	16.7	7.3	13.2	3.4	8.8
	No	92.1	87.5	83.3	87.8	86.8	89.7	87.9
	No aplica/ No responde	2.0	6.3	0.0	4.9	0.0	6.9	3.4

INDICADOR DE EXPLORACIÓN PARA EXPERIENCIAS ASOCIADAS A PROBABLE NEGLIGENCIA (n = 259)								
INDICADOR	Opciones de respuesta	AQUISMÓN (n = 101)	HUEHUETLÁN (n = 32)	SAN ANTONIO (n = 18)	TANCANHUITZ (n = 41)	TANLAJÁS (n = 38)	TAMPAMOLON CORONA (n = 29)	MRHC
PORCENTAJES								
IN2 ¿Le explicaron por qué realizaban cada uno de los procedimientos? (ponerle lavativa, suero o rasurarla)	Sí	62.4	62.5	72.2	65.9	57.9	69.0	64.9
	No	32.7	28.1	27.8	24.4	28.9	24.1	27.7
	No aplica/ No responde	5.0	9.4	0.0	9.7	13.2	6.9	7.4
IN3 En caso de que le hayan realizado corte para que naciera su hijo (episiotomía) ¿Le pidieron autorización para hacerlo?	Sí	30.7	34.4	11.1	41.5	10.5	37.9	27.7
	No	26.7	31.3	27.8	19.5	50.0	27.6	30.5
	No aplica/ No responde	42.6	34.3	61.1	39	39.5	34.5	41.8
IN4 ¿Alguien del equipo de salud se subió a su panza para que saliera su hijo (a)?	Sí	13.9	21.9	5.6	17.1	13.2	3.4	12.5
	No	76.2	59.4	72.2	58.5	57.9	79.3	67.3
	No aplica/ No responde	9.9	18.7	22.2	24.4	28.9	17.3	20.2
IN5 ¿Le permitieron estar con su hijo (a) a los primeros 30 minutos de vida de este? (apego y lactancia precoz) ⁶⁶	Sí	87.1	78.1	94.4	65.9	86.8	86.2	83.1
	No	11.9	9.4	5.6	26.8	10.5	10.3	12.4
	No aplica/ No responde	1.0	12.5	0.0	7.3	2.7	3.5	4.5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo

Otro de los indicadores que merece la pena discutir es el hecho de que continúen practicándose procedimientos que científicamente han sido desaconsejados, tales como la maniobra de Kristeller, la cual se ha documentado representa un riesgo para la vida de la mujer (por su asociación con ruptura uterina y hemorragia) y para el bebé (por asfixia).⁶⁶

En los conversatorios, esta práctica fue comentada desde los siguientes discursos:

65 Sólo se reportaron como sí, los casos donde las mujeres no recibieron información sobre que esta separación se debía a alguna situación de complicación con ellas o sus hijos.

66 Guía de práctica clínica para la vigilancia y manejo atención del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. 2014.

“Me pusieron una sábana en el vientre para hacerme presión, sentí que fue exagerado” (CAquismón).

“El doctor me aplanó la panza porque el bebé no nacía” (CAquismón).

“La doctora me aplanó la panza para que saliera el bebé” (CHuehuetlán).

“No me explicaron, yo ni supe porque me apretaron del vientre” (CTancanhuitz).

“Me ayudó un doctor, me aplanó el estómago para que saliera el bebé” (CTancanhuitz).

“Un doctor le puso las manos en su panza y empezó a empujar para abajo” (CTanlajás).

“Empujaron con la mano para ayudar a salir al bebé” (CTampamolón).

Una de las mujeres relató que se le realizó la maniobra de Kristeller, estrategia que se ha prohibido como ya se dijo con sustento en amplia evidencia científica sobre el riesgo que implica para la vida tanto de la mujer como de su hijo; esta práctica se le hizo sin su consentimiento, y sin explicarle previamente el procedimiento.

“Cuando me estaba aliviando, a mí sí me empujaron y aplanaron la panza para sacarme a mi bebé, aquí lo comenté y me dijeron que eso no estaba permitido, porque podían haberme lastimado adentro. Cuando yo estaba teniendo a mi bebé, como fue parto normal me decían puja, yo hacía fuerzas, como que no quería salir mi bebé, entonces vi una mano de un hombre, de un doctor que me aplanó el vientre y fue cuando salió mi bebé, pero así de la nada, de hecho, venía entrando”.

Un acto de negligencia que se exploró en este estudio, es el que tiene que ver con el exponer a las mujeres a ayunos prolongados, dada la evidencia generada sobre el impacto que esto tiene en la recuperación de la mujer, en su hidratación, la producción láctea y consecuentemente en su capacidad para amamantar a su hijo y protegerle de complicaciones neonatales de alto riesgo como son las hipoglucemias neonatales y el desarrollo de hiperbilirrubinemia. En el tenor anterior, se identificó que existen mujeres que son sometidas a ayunos de más de seis horas, aun cuando sus partos hayan sido por vía vaginal.

En la siguiente tabla 41 se señalan los periodos de ayuno referidos por las mujeres en cada uno de los municipios. Destaca que aun cuando la mayoría accede a algún alimento antes de las cinco horas posparto, existe una buena cantidad de mujeres que excede las diez horas de ayuno, y esto es particularmente alarmante en el municipio de Tampamolón. Puede observarse cómo en todos los municipios (con excepción de Tanlajás) se reportaron

casos de mujeres que después del parto tuvieron periodos de ayuno mayores a las 24 horas. Los periodos prolongados de ayuno se tornan particularmente riesgosos cuando se problematiza que para las mujeres de esta región pocas veces o nunca se aplican los principios del parto amigable, dentro de los cuales se incluye el permitir el consumo de alimentos de fácil digestión y pequeñas cantidades de líquidos, con el fin de mantener un aporte energético y una hidratación que posibiliten que la mujer pueda invertir la energía que demanda el trabajo de parto y parto (Ver: Guía de práctica clínica para la atención del parto de bajo riesgo).⁶⁷

Tabla 41 Horas de ayuno posparto referidas por las mujeres de la MRHC

Ayuno posparto (horas)	Aquismón %	Huehuetlán %	San Antonio %	Tancanhuitz %	Tanlajás %	Tampamolón Corona %
Menos de 1	6.9	0	0	2.4	12.6	3.4
1 a 5	46.5	43.7	66.7	48.8	32.8	24.1
6 a 10	22.8	21.8	22.2	9.8	18.4	24.1
11 a 15	5.0	0	0	22.0	21.1	34.5
16 a 20	3.0	12.5	0	2.4	7.9	3.4
21 a 24	3.0	3.1	0	0	13.2	3.4
más de 24	3.0	3.1	5.6	2.4	0	0
No responde	9.9	15.6	5.6	12.2	0	6.9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en trabajo de campo

En los conversatorios, las mujeres narraron haber padecido una serie de vicisitudes derivadas de los periodos de ayuno a que fueron sometidas, asociadas principalmente a la deshidratación y retraso en la bajada de la leche, lo que vivieron como procesos estresantes, dada la negativa de las instituciones por ofrecer fórmula a los recién nacidos.

“A mí lo que me pasó fue que al momento de aliviarme no me bajaba la leche, duró un día sin tomar leche, y les decía que si le podía dar fórmula mientras me bajaba la leche y me decían que no se permitía, y mi bebé quedó lo de un día sin tomar leche, nada más me decían pégalolo, pégalolo para que te baje la leche, y él lllore y lllore porque no me bajaba la leche y tenía hambre”(GF4).

⁶⁷ Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014.

Otras mujeres relataron cómo fueron olvidadas sus necesidades de alimento, mismas que pudieron satisfacer gracias a la intervención de sus parejas.

“No me dieron nada de comer, fue normal el bebé. Nomás le dijeron a mi esposo que me trajera de comer, sólo comí lo que él me trajo” (GF1).

“Yo me alivié en la mañana y me dieron de comer hasta las 8 de la noche, después tuvo que comprar mi esposo” (GF3).

La percepción de negligencias cometidas en su persona fue frecuente, unas menos graves que otras, unas generaban molestias agudas o transitorias, otras implicaron que su estancia en el hospital tuviera que prolongarse, como es la historia de la siguiente mujer:

“Yo me alivié en Valles, y lo que a mí me pasó, no sé si sería una negligencia médica, me operaron de aquí, me pasaron a Valles, me operaron y salí bien de la operación, me vine a mi casa con mi hija, y a los 23 días estuve enferma con mucha temperatura, me hicieron radiografías porque yo pensé que algo me había quedado adentro, no sé si era mi imaginación, yo tenía mucha temperatura, me sentía muy mal. Eran ya 22 días y un día en la noche se me subió mucho la presión, sentí mucha desesperación, la temperatura a 40, y vine a este hospital, aquí la doctora me dijo: —Oye algo no está bien adentro de ti—, ella me checó muy bien y dijo algo no está bien adentro, mañana te vamos a mandar a Valles, y llegué con el mismo doctor que me operó, y me hizo un ultrasonido y dijo: —Algo tiene esta señora—, él vio como puntitos blancos como pus, es una peritonitis, me dijo, ese día tuvimos veintitantas operaciones, como diciendo tu operación yo creo que yo fui de las últimas, me imagino, y sí, al otro día me operaron, me hicieron un lavado. La verdad nunca me dieron una explicación, nunca me dijeron qué tenía, me hicieron transfusiones de sangre porque tenía anemia, cuando me iban a operar, unas horas antes me hicieron una transfusión de sangre. Muchas personas me dijeron, demándalo, demándalo, pero yo estuve una semana más y yo lo que quería era salir, porque a mi hija la había dejado de veintitantos días, y pues para mí sí fue una negligencia médica porque otra vez regresar al quirófano, y casi perder la vida, porque pasó la cirujana y como te dejan una bolsita para drenar, me dijo: —si sigues drenando sangre, otra vez te vamos a operar. Nunca me dijeron qué tenía, yo lo que quería era ya irme, allí tengo las hojas en donde dice que fue una peritonitis, dicen que todo estaba adentro lleno de pus. Me dijeron que probablemente algo se había quedado adentro pero obviamente no me iba a

decir el doctor. Para mí eso sí fue negligencia médica”(GF4).

Una de las mujeres, reconoció que hay actrices dentro de los servicios de salud que funcionan como verdaderas aliadas para que accedan a la atención oportuna, tal es el caso de las trabajadoras sociales:

“En este hospital ya hay trabajadora social, antes no había ese apoyo y antes a los doctores les valía, la mera verdad. Aquí hay testigos de que a la gente de comunidad los hacían esperar, allí estaban los doctores adentro, a mí me ha tocado ver que están con su cafecito y la gente ahí que se espere otros 10 minutos. Ellos dicen que eso no es de urgencia, cuando uno trae la niña mala de gripa, de tos, de calentura, —espérese, allí está el letrado, eso no es urgencia. Urgencia es que uno venga muriéndose, es cuando la persona le picó la víbora, cuando la persona la apuñalaron o se accidentó—, y entonces nos dicen espérese, cuando uno trae los niños malos de calentura, ahorita lo que nos está ayudando son las trabajadoras sociales, ellas nos preguntan si ya nos están atendiendo”.

Experiencias asociadas con abuso

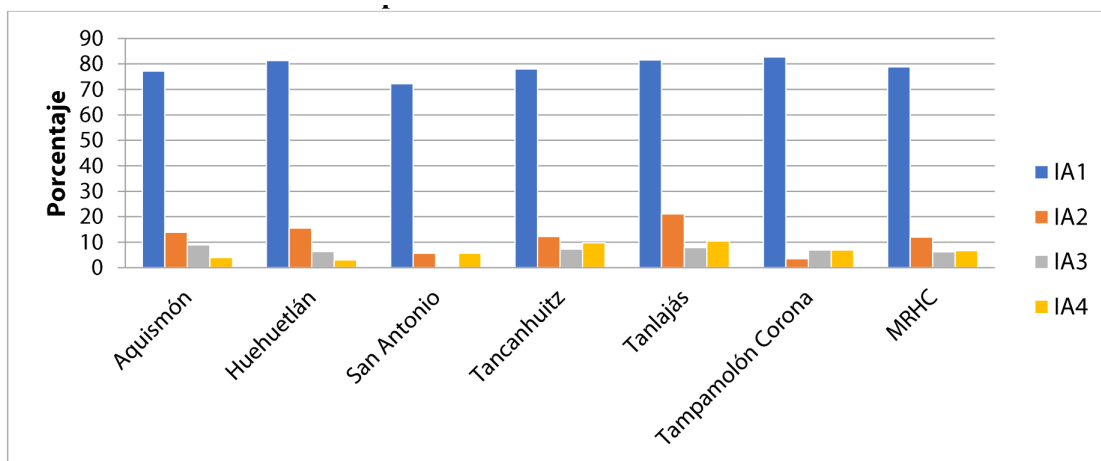
En lo que respecta a la categoría de abuso, se identificó que en la totalidad de los municipios las mujeres refirieron actos de abuso, principalmente asociados a la exigencia de que se callen o que manifiesten su incomodidad desde parámetros “aceptables para los profesionales”. Es destacable e indignante la existencia de mujeres (6.7%) que narraron haber recibido ofensas al momento de externar su dolor e incomodidad, recibiendo en contraparte argumentos que las hacían merecedoras de tal sufrimiento por haber ejercido la sexualidad, esto sucedió principalmente en las mujeres de Tancanhuitz y Tanlajás.

Tabla 42 Indicador de exploración para experiencias asociadas a abuso

INDICADOR DE EXPLORACIÓN PARA EXPERIENCIAS ASOCIADAS A ABUSO (n = 259)								
INDICADOR	Opciones de respuesta	AQUISMÓN (n = 101)	HUEHUETLÁN (n = 32)	SAN ANTONIO (n = 18)	TANCANHUITZ (n = 41)	TANLAJÁS (n = 38)	TAMPAMOLON CORONA (n = 29)	MRHC
PORCENTAJES								
IA1 ¿El personal de salud se mostró comprensivo con su dolor? (le decían palabras de aliento, explicaron por qué dolía, le ofrecieron anestesia, le enseñaron a respirar, etc.)	Sí	77.2	81.3	72.2	78.0	81.6	82.8	78.9
	No	17.8	12.5	27.8	17.1	15.8	13.8	17.5
	No aplica/ No responde	5.0	6.2	0.0	4.9	2.6	3.4	3.7
IA2 ¿Alguien del personal de salud le exigió que se callara, no gritara o gimiera para expresar su dolor?	Sí	13.9	15.6	5.6	12.2	21.1	3.5	12.0
	No	78.2	71.9	94.4	70.7	65.8	86.2	77.9
	No aplica/ No responde	7.9	12.5	0.0	17.1	13.1	10.3	10.2
IA3 ¿Alguien del personal emitió frases que minimizaran sus expresiones de dolor? "ni duele tanto", "es una exagerada", "no es para tanto"?	Sí	8.9	6.3	0.0	7.3	7.9	6.9	6.2
	No	83.2	78.1	100.0	75.6	81.6	79.3	83.0
	No aplica/ No responde	7.9	15.6	0.0	17.1	10.5	13.8	10.8
IA4 ¿Alguien del personal le dijo que frases que aludieran al parto como un castigo por vivir su sexualidad? Por ejemplo: "Así hubiera gritado cuando lo estaba haciendo" "Pero cando lo hizo, bien que le gusto" "Para que ya no lo vuelva a hacer"	Sí	4.0	3.1	5.6	9.8	10.5	6.9	6.7
	No	87.1	81.3	94.4	73.2	73.6	89.7	83.2
	No aplica/ No responde	8.9	15.6	72.2	17.0	15.9	3.4	22.2

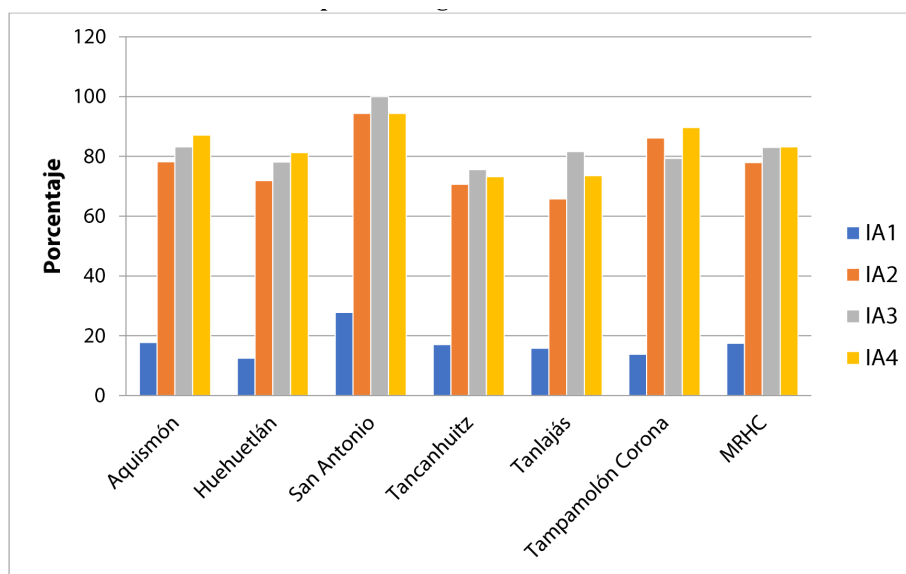
Fuente: elaboración propia con datos obtenidos en trabajo de campo.

Gráfica 62 Respuestas afirmativas a indicadores de abuso



Fuente: elaboración propia con datos obtenidos en trabajo de campo.

Gráfica 63 Respuestas negativas a indicadores de abuso



Fuente: elaboración propia con datos obtenidos en trabajo de campo.

En los cuatro grupos focales varias mujeres mencionaron que en la atención durante el embarazo, posparto y principalmente en el parto, recibieron regaños. Sus discursos reflejan que el personal de salud las trataba como si no comprendieran los procedimientos

que se les realizaban o de manera retórica minimizaban su dolor. Algunas sintieron que el personal parece ignorar que el parto fue para muchas de ellas su primera experiencia:

“Pues así nos decían que no gritáramos, que si dolía nos decían las enfermeras y como yo no sabía, éramos así pues primerizas, digo no sabíamos cómo tener un bebé” (GF2).

Otras mujeres refirieron haber sido maltratadas desde el embarazo, y haber tolerado esta situación por miedo a las complicaciones que podían presentarse tanto en el embarazo como en el parto:

“En mi caso, durante el embarazo, como ya pasaba de las 40 semanas me dijeron que viniera diario a que me checaran, llegaba yo y una de las doctoras me decía: Ay usted ya casi quiere vivir aquí, y yo sí me sentí mal. Porque dije yo, ése es el trabajo de ella, pues ella quiso ser doctora. Pero yo sí me sentí mal, pero dije no le voy a hacer caso, voy a seguir viniendo porque amo a mi bebé, a mi familia, pero sí me sentí mal. De por sí yo estaba con preocupación porque mi embarazo ya pasaba de las 40 semanas, no dije nada, no sé si todavía esté una doctora, y bueno ya no dije nada. Ella era como presumida. Ella trataba mal a la gente, eso me dijo, no me pareció, yo sí me sentí mal en ese momento” (GF3).

Es importante destacar que personal de salud ha sido víctima o han presenciado la victimización de otras mujeres a las cuales se les exigía aguantar el dolor, en función de que el parto es consecuencia de un acto sexual que se asume disfrutado:

“Lo escuché de mi compañera que no quería que le picaran aquí en la mano, donde está la venita, donde te ponen el suero y estaba llore y llore, le decían que ya no llore pues cuando te embarazaste no lloraste, así le dijeron con la enfermera y es que hay algunas enfermeras que son enojonas”.

“Unas señoras gritaban y lloraban y las enfermeras le decían cállense, como si son buenas para hacer hijos ahora aguántense”(GF2).

“A una muchacha le dijeron que como era buena para hacer hijos que ahora que se aguantara”(GF4).

“Dijeron que eran buenas para hacer, pero para tener hijos están allí con el dolor gritando”(GF4).

“Que no llore por el dolor que así hubiera llorado cuando lo hice, fue un señor

que no sé si era doctor o enfermero andaba vestido normal” (CAquismón).

“La doctora me dijo que me aguantara que así con mucho gusto lo hice, que me aguantara, eso sí se me hizo injusto, a poco a ella no le duele” (CAquismón).

“Que no hiciera ruido que se sabían que tenía dolor pero que no estuviera llorando” (CHuehuetlán).

“Así hubiera gritado cuando lo estaba haciendo, la próxima que tenga bebé se va a morir” (CTancanhuitz).

“Fueron groseras y se reían” (CTampamolón).

“Que no hiciera drama, que el dolor no era fuerte” (CTampamolón).

“Una enfermera le dijo que dejara de gritar, que por qué decidió ser mamá que tenía que aguantar” (CTanlajás).

“No sentiste dolor cuando lo estabas haciendo” (CTampamolón).

En estos contextos, las mujeres toleran y sufren la atención, sabiendo que el poder está del lado del personal y con la esperanza de salir pronto del parto a la manera de un viacrucis por el que deben atravesar con tal de lograr la maternidad.

Experiencias asociadas con acciones u omisiones intencionales

Finalmente, en la última categoría correspondiente a las acciones y omisiones intencionales, resultaron relevantes las estrategias que se implementan para garantizar que las mujeres egresen con el uso de un método de planificación familiar, motivación que si bien no sólo es válida sino necesaria, es percibida como altamente violenta por las mujeres de esta región, dado que, como se ha señalado antes, no se implementan estrategias interculturales para la comunicación del riesgo obstétrico, ni para garantizar el acceso de la metodología anticonceptiva como un derecho humano y constitucional (y no como una política antinatal).

Llama la atención, el hecho de que 18.9% de las mujeres refiere haber sido forzada para aceptar la colocación de un método de planificación familiar o bien, de aquellas que refirieron que el método les fue colocado sin su autorización; de ellas, 7.4% dijo haber recibido algún tipo de coerción para resignarse a la colocación del método, y esto fue

principalmente señalado por las mujeres de Huehuetlán. Entre las amenazas se incluían la posibilidad de ser sacadas de algún programa de beneficio social, negar el alta o mencionar que en un embarazo futuro les negarían la atención.

En esta misma categoría destacó nuevamente la ausencia de comunicación terapéutica asertiva. Las mujeres dijeron que no les son explicadas las causas por las que una cesárea es necesaria, incluso ni cuando ellas externan dudas al respecto. Señalan también que sus familiares no reciben información sobre su evolución y esto genera estrés en el núcleo familiar.

Llama la atención el caso de una mujer de Huehuetlán que refiere haber sido amarrada y su boca tapada para someter su comportamiento al momento del parto, lo que es una práctica inaceptable.

Tabla 43 Indicador de exploración para experiencias asociadas a acciones u omisiones intencionales

INDICADOR DE EXPLORACIÓN PARA EXPERIENCIAS ASOCIADAS A ACCIONES U OMISIONES INTENCIONALES (n = 259)								
INDICADOR	Opciones de respuesta	AQUISMÓN (n = 101)	HUEHUETLÁN (n = 32)	SAN ANTONIO (n = 18)	TANCANHUITZ (n = 41)	TANLAJÁS (n = 38)	TAMPAMOLON CORwONA (n = 29)	MRHC
PORCENTAJES								
IAO1 ¿Alguien del personal se negó a responder si usted tenía dudas sobre por qué usaron aparatos (fórceps), o le cortaron para que naciera su hijo, o porqué le daban suero, o por que debía guardar reposo?	Sí	5.0	18.8	16.7	14.6	7.9	3.4	11.1
	No	86.1	62.5	77.8	75.6	73.7	89.7	77.6
	No aplica/No responde	8.9	18.8	5.6	9.8	2.6	6.9	9.1
IAO2 ¿Considera que el personal mantuvo una comunicación clara con sus familiares, para explicarles su estado de salud y el de su hijo o hija?	Sí	88.1	68.8	77.8	78.0	71.1	75.9	76.6
	No	5.9	21.9	3.4	19.5	26.3	20.7	16.3
	No aplica/No responde	5.9	9.3	18.8	2.5	2.6	3.4	7.1

**INDICADOR DE EXPLORACIÓN PARA EXPERIENCIAS ASOCIADAS A ACCIONES U
OMISIONES INTENCIONALES (n = 259)**

INDICADOR	Opciones de respuesta	AQUISMÓN (n = 101)	HUEHUETLÁN (n = 32)	SAN ANTONIO (n = 18)	TANCANHUITZ (n = 41)	TANLAJÁS (n = 38)	TAMPAMOLON CORwONA (n = 29)	MRHC
PORCENTAJES								
IAO3 ¿Alguien del personal de salud le amenazó a usted o sus familiares con no brindarle la atención?	Sí	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
	No	97.0	96.9	100.0	90.2	94.7	96.4	95.9
	No aplica/No responde	2.0	3.1	0.0	9.8	5.3	3.4	3.7
IAO4 ¿Alguien del personal de salud le amarró para evitar que se moviera durante la atención?	Sí	1.0	3.1	0.0	0.0	2.6	0.0	1.1
	No	93.1	87.5	100.0	82.9	84.2	89.7	75.6
	No aplica/No responde	5.9	9.4	0.0	17.1	13.2	10.3	9.3
IAO5 ¿Alguien del personal de salud le metió algún objeto o le tapó la boca con la mano para evitar que gritara?	Sí	0.0	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
	No	90.1	90.6	100.0	82.9	86.8	93.1	90.6
	No aplica/No responde	9.9	6.3	0.0	17.1	13.2	6.9	8.9
IAO6 ¿Alguien del personal de salud grabó o tomó fotografías a usted o a su hijo o hija, sin tener su permiso?	Sí	0.0	0.0	0.0	2.4	0.0	0.0	0.4
	No	94.1	93.8	100.0	80.5	92.1	89.7	91.7
	No aplica/No responde	5.9	6.2	0.0	17.1	7.9	10.3	7.9
IAO7 ¿Alguien del personal de salud le cruzó o cerró las piernas cuando su hijo/hija ya estaba naciendo?	Sí	0.0	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
	No	89.1	75.0	88.9	80.5	78.9	86.2	83.1
	No aplica/No responde	10.9	21.90	11.1	19.5	21.1	13.8	16.4
IAO8 En caso de que su hijo (a) haya nacido por cesárea, ¿le explicaron claramente cuáles fueron las razones para hacerlo de esta forma?	Sí	13.9	21.9	22.2	24.4	36.8	24.1	23.9
	No	14.9	12.5	0.0	7.3	10.5	3.4	8.1
	No aplica/No responde	71.3	65.6	77.8	68.3	52.6	72.4	68.0
IAO9 ¿Alguien del personal de salud ofreció darle o colocarle un método de Planificación familiar (MPF)?	Sí	96.0	84.4	94.4	90.2	97.4	75.9	89.8
	No	3.0	12.5	5.6	7.3	2.6	17.2	8.0
	No aplica/No responde	5.0	3.1	0.0	2.4	5.3	10.4	4.4

**INDICADOR DE EXPLORACIÓN PARA EXPERIENCIAS ASOCIADAS A ACCIONES U
OMISIONES INTENCIONALES (n = 259)**

INDICADOR	Opciones de respuesta	AQUISMÓN (n = 101)	HUEHUETLÁN (n = 32)	SAN ANTONIO (n = 18)	TANCANHUITZ (n = 41)	TANLAJÁS (n = 38)	TAMPAMOLON CORwONA (n = 29)	MRHC
PORCENTAJES								
IAO10 ¿Alguien del personal de salud le obligó a aceptar la colocación de un método de planificación familiar?	Sí	13.9	18.8	27.8	17.1	18.4	17.2	18.9
	No	81.2	78.1	72.2	80.5	76.3	72.4	76.8
	No aplica/No responde	5.0	3.1	0.0	2.4	5.3	10.4	4.4
IAO11 ¿Le colocaron el MPF que usted deseaba y les dijo?	Sí	75.2	9.4	55.6	80.5	84.2	62.1	61.2
	No	17.8	78.1	22.2	17.1	13.2	13.8	27.0
	No aplica/No responde	7.0	12.6	22.2	2.4	2.6	24.1	11.8
IAO12 ¿Recibió algún tipo de amenaza por parte del personal de salud para que aceptara colocarse un método?	Sí	5.9	15.6	5.6	4.9	5.3	6.9	7.4
	No	86.1	81.3	83.3	90.2	92.1	79.3	85.4
	No aplica/No responde	8.0	3.1	11.1	4.9	2.6	13.8	7.3
IAO13 ¿La esterilizaron o le colocaron un MPF sin su consentimiento?	Sí	9.9	12.5	11.1	7.3	10.5	6.9	9.7
	No	76.2	71.9	72.2	90.2	68.4	72.4	75.2
	No aplica/No responde	13.9	15.6	16.7	2.4	21.1	20.7	15.1

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos en trabajo de campo.

En todos los grupos focales se mencionaron las omisiones de información que el personal comete con los familiares de las mujeres después del parto. En la mayoría de las experiencias relatadas, el personal no avisa a los familiares sobre el estado de salud de la madre y el bebé, así como tampoco sobre el momento del parto, y esto genera estrés en los familiares, pero principalmente en las madres:

“A mí me gustaría que le avisaran a los familiares (cuando nace el bebé), porque en ese sentido no avisan a los familiares, pasan horas y horas, y no saben nada. A veces hay quienes se quedan con su celular a escondidas y tienen que avisar a los familiares. (El personal de salud) sabe que ya nació, pero no les avisan luego o si le preguntan a los vigilantes, ellos se molestan. Allí es importante que los vigilantes den un mejor trato, porque les preguntas y te dicen: yo no sé, ve y pregunta allá, yo aquí nada más estoy vigilando, o a veces ni está, la mayoría del tiempo están con el celular” (GF1).

“Al momento que yo iba a tener mi bebé, mi mamá estaba aquí y pasó toda la noche sin que le dijeran que ya había nacido. Yo llegué como a las 6 de la tarde, pero se pasó toda la noche y luego como a las 3 de la mañana no le decían nada, no le decían si estaba bien o si estaba con dolor. Hasta que unos policías traían a un muchacho que se cayó y es cuando escuché a mi mamá que decía, ¿no me van a decir nada de mi hija? Entonces el vigilante como si nada, el policía le dijo a mi mamá ¿no la están atendiendo bien?, entonces el vigilante le hizo caso, escuché que el vigilante le dijo: yo no soy el doctor o algo así; como que se hartan, piensan que la gente no espera y nosotros estamos preocupados”.

“Yo anteriormente tenía las 41 semanas y me fui a Valles, y me internaron el 24 y 25. El 24 no había ginecólogo, al otro día llegó y me dijo que me faltaba todavía una semana y no dejaban pasar a nadie, estaba yo solita. Mi esposo entró con el doctor para saber qué pasaba y le dijo que todavía me faltaba. Y mi esposo dijo que me iba a sacar voluntariamente, porque nadie daba respuesta” (GF3).

Una mujer menciona que le pidió a la enfermera que le explicara y le preguntara a su marido sobre la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) que le iban a realizar, pero la enfermera no le explicó y sólo le indicó que firmará el permiso:

“Yo ya me operé, yo me operé porque tuve mi hijo por cesárea, pero a mi esposo no le gustó. No le gustó a mi esposo, porque yo le dije a la enfermera que saliera afuera para que le firme y me operen, yo quería, me quería operar, entonces dejó afuera a mi esposo, le dije que saliera afuera para que le preguntara si está de acuerdo; pero me dice mi esposo que salió la enfermera y le dijo tiene que firmar un papel, ya le firmó y no sabía nada, y de allí pues a mí me operaron para ya no tener, pues ya después no le gustó, es que no le dije yo tampoco, pues yo pensé que él ya lo sabía, por eso ya no le dije nada, ya después no le gustó” (GF2).

Si bien es un derecho de la mujer tomar decisiones sobre su cuerpo, también es preciso reconocer que desde una perspectiva intercultural estas mujeres tienen incertidumbre sobre las decisiones que toman sobre el mismo y la necesidad de validarlas con sus parejas y redes. El consentimiento informado es un derecho de las usuarias y una exigencia ética y legal para el personal de salud⁶⁸, su omisión, independientemente de las razones que

68 Vera Carrasco, Oscar. (2016). EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL MÉDICA. Revista Médica La Paz, 22(1), 59-68. Recuperado en 23 de enero de 2019, de <http://>

la convoquen, puede tener repercusiones severas en la vida de las personas, en este caso, la mujer narra que su marido está inconforme, están documentados otros casos en los que son abandonadas por sus esposos por no poder seguir teniendo hijos.

Otra cuestión que parece ignorar el personal de salud, es que estas mujeres son sometidas a múltiples presiones por parte de sus parejas y redes para seguir reproduciéndose, aunque en ello se jueguen la vida. Algunos relatos dejan ver la situación anterior:

"Mi pareja hasta quiere otro"(GF4).

"Mi pareja dice que quiere otro, le digo, sí claro como tú no sufres" (GF4).

"A mi suegra tampoco le gustó que yo me operara, no le gustó porque debemos tener todos los hijos que Dios mande, me dijo que no es bueno, que me va a castigar Dios, pues ni modo, ya me operaron. (GF2).

Otras mujeres prefieren "no usar método" debido a las malas experiencias que han tenido para acceder a que se los retiren, y siendo cuestionadas sobre su solvencia económica para tener más hijos:

"A mí me dijeron que me iban a poner el implante, pues sí acepte y firmé el papel porque te dan una hoja. De hecho, me lastima mucho, y pues yo he venido acá y le pregunto si me lo pueden quitar y me dicen que no, que me espere 3 años. Dicen: ¿a poco quieres tener más hijos?, ¿a poco los vas a mantener?, y esas cosas y no me dan la cita para quitarme el implante. He venido y dicen que no hay cita, y me dicen para que no vengas otro día, espérate tres años y espérate y espérate, no me lo quieren quitar. A veces me lastima, y me duele mucho y no me hacen caso" (GF1).

Sobre las estrategias que implementa el personal para que las mujeres egresen después del evento obstétrico protegidas con un método anticonceptivo, las mujeres construyeron múltiples narrativas, algunas de las más significativas se recuperan a continuación:

"Prácticamente me obligó a ponerme el método, pues de no ser, tendría que quedarme otro día" (CAquismón).

"Solo que no dejarían salirme si no me ponían método" (CAquismón).

www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010&lng=es&tlng=es.

“Sentí que me obligaron, me dieron dos opciones, operarme o aceptar un método” (CSanAntonio).

“Que si no aceptaba un método no me daban de alta” (CTancanhuitz).

“Me dijeron que le pondrían el DIU aunque no quisiera” (CTanlajás).

“Me dijeron que tenía que poner el implante porque si vuelvo a embarazarse me van a cobrar el parto” (CTanlajás).

Dentro de los grupos focales también se mencionó reiteradamente sobre la coerción que viven para aceptar el uso de métodos de planificación familiar:

“Ese día a mí me dijeron que si me quería poner el implante y yo no me lo quería poner el implante, y como allí estaba la enfermera que me quería poner el implante, y le dije yo no quiero, yo me quiero poner la inyección, pero ellas no lo entienden y pues me obligaron a ponerme el implante y pues ahora ya lo tengo. Ahora me voy a tener que aguantar los tres años” (GF1).

“Cuando a mi hermana estaba escuché eso, que si no te pones nada (método anticonceptivo) no vas a salir. Eso ya es obligarte, a fuerzas, y te tienes que poner algo, lo que sea, pero te tienes que poner” (GF1).

“A mí me obligaron a ponerme la inyección. Me querían hacer la OTB y yo me negaba a eso, yo no quería. Tal vez sí me lo voy a hacer, sí lo he pensado, pero no ahorita. Me decían, pero es que ya está el cirujano allí, de una vez, le digo: no siga, que no lo voy a hacer y me dice: —pero vas a salir con otro bebé. Yo estuve 12 años sin tener bebé, le digo, yo me puedo cuidar. No, me dijeron, es que es de a fuerzas que tienes que salirte con algún método, y no me dejaron, estuvieron ahí una hora y media enojados conmigo, regañándome que me pusiera algo y que me pusiera algo, y ya al final dijeron o hablamos con tu esposo, pues si quieren hablen con mi esposo y ya entró mi esposo y le dice: —y es obligatorio— no es obligatorio, pero tiene que salir con algún método, era casi lo mismo, ya de plano sí me están diciendo que a fuerzas, pues nos separamos y cada quien por su lado con tal que no me hagan nada. Bueno tan siquiera la inyección, pero algo te tienes que poner y fue cuando yo ya acepté, porque mi niña estaba llore y llore, y ya me pusieron la inyección, pero yo no quería”(GF4).

“Sí, se ponen muy insistentes para planificar. Yo digo para qué se ponen en ese plan de insistentes porque ahora ellos tienen trabajo por nosotros, la verdad, porque si nosotros no pariéramos yo diría que ellos también ellos no van a tener o a encontrar trabajo. Como mi esposo estuvo allí adentro conmigo y nosotros

ya habíamos platicado, le dije a la muchacha que estaba muy insistente, le dije mis embarazos siempre han sido planeados porque mi mayor niña tiene 15 años, la segunda tiene 9, la tercera tiene 5 y ahorita éste le digo, no ocupo ningún método. Nosotros nos cuidamos como pareja para no quedar embarazados. Mi pareja me respeta, si yo ahora si tenemos ganas nos preguntamos uno al otro, tampoco se me va a aventar así o que te voy a amarrar o esto y el otro, no, como pareja hay que tener comunicación, si estamos preparados para una nueva criatura” (GF4).

“Mi experiencia fue que no me obligaron totalmente, pero yo no quería ponerme el DIU, pero me dijeron que sí tenía que escoger algo. Las inyecciones, si se te llega a olvidar vas a quedar embarazada, mejor es el DIU, me puse el DIU y salí embarazada, el embarazo no fue planeado. Y de hecho en mis tactos que me hicieron se me salió el DIU y salí embarazada o sea que nada es seguro”(GF4).

A manera de conclusión de este apartado, a continuación, se presenta la gráfica 64 que esquematiza el porcentaje de experiencias críticas reportadas en cada una de las cuatro categorías que contempla la violencia obstétrica. Puede apreciarse que los indicadores de discriminación y probable negligencia fueron los que tuvieron mayor porcentaje de indicadores críticos, seguidos de los de abuso. El más bajo en indicadores críticos fue el de acciones intencionales u omisiones.

Gráfica 64 Promedio de Experiencias Críticas en los indicadores



Fuente: elaboración propia con datos obtenidos en trabajo de campo.

Las mayores experiencias críticas que viven las mujeres de la MRHC están asociadas con

la discriminación social, étnica y por su edad, que se advierten además como actos de negligencia.

Buenas prácticas del personal de salud

Consideramos pertinente reconocer los avances que hay en el sector salud y mencionar los relatos de las buenas prácticas por parte de su personal, reconocidas desde la percepción de las usuarias.

Algunas mujeres consideran que la atención del parto ha mejorado en los últimos años, estableciendo una comparación con sus partos anteriores, resalta además que señalan haber sido por parteras profesionales que ejercen dentro del hospital.

“Bueno, del bebé que tengo ahorita sí me trataron bien, los enfermeros y todos me trataron bien, pero hace cinco años con la niña no, me trataron mal, me dijeron es que es porque era la primera vez, por eso tienes mucho miedo, las parteras me dijeron” (GF2).

“Pues yo gracias a Dios la de la primera niña, me llevé muy bonita experiencia de la partera que me atendió, muy bien y todo el procedimiento del embarazo, el día que me alivié sí me andaba yo aliviando en el baño, pero fue por descuido mío, porque pues ya me andaba haciendo pipí y fui al baño y se andaba cayendo, en esa ocasión estaba la enfermera “...”, con ella y la enfermera “...” me atendieron muy bien (GF2).

Otras señalan que su buena experiencia se asocia también con que han podido estar acompañadas de algún familiar y esto parece jugar un importante papel en la reducción de su ansiedad.

“Nunca me trataron mal, el día que tuve a mi niña, pues mi mamá estuvo conmigo al momento antes de que tuviera a la niña estuvo conmigo mi mamá, la dejaron pasar y al momento que ya nació, igual estuvo conmigo y en la noche pasó la noche conmigo para que me cuidara” (GF1).

“En mi caso yo me alivié en Axtla, el trato es excelente, me trataron muy bien, como fue cesárea no me podía mover y dejaron que mi esposo estuviera ahí conmigo, no tengo quejas”(GF4).

5.4. En la búsqueda de las correlaciones que expliquen la violencia obstétrica

Los resultados obtenidos en las encuestas de los municipios de la Región Huasteca Centro, se analizaron mediante coeficientes de correlación Pearson ($\text{Prob}>[r]$, suponiendo $H_0: \rho=0$), con el software SAS para Windows versión 9.0. Los resultados arrojaron lo siguiente.

Tabla 44 Exploración de correlaciones “R” (Pearson, $p < 0.05$) identificadas entre algunos parámetros sociales e indicadores de violencia obstétrica en el Municipio de San Antonio ($n = 18$).

Parámetros sociales	Indicadores de Violencia Obstétrica					
	ID3	ID4	ID7	IN1	IN3	IAO11
¿Considera que recibió una buena atención cuando se acercó a los servicios de salud para la atención de su parto?	-0.661		-0.661	-0.661		
No. de Hijos		-0.662				
Resolución del parto		-0.661				
Estado civil		-0.661				
Edad					0.866	

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos en trabajo de campo.

Con estos resultados se puede hacer evidente que en la percepción que tienen las mujeres en San Antonio, la atención recibida no puede considerarse de calidad lo cual asocian directamente a que alguien del personal de salud se burló de alguna de las solicitudes que hizo para sentirse más cómoda durante su parto. La correlación negativa que se demuestra entre estas variables, indica que mientras aumenten las burlas a las solicitudes, aumentará también la percepción de no haber recibido una buena atención por parte del servicio de salud.

La misma situación se observa con los indicadores de discriminación ID7: (¿En algún momento de la atención, usted sintió que el personal la trataba como si usted no fuera capaz de entender lo que estaba pasando con usted o su hijo?), y el de probable negligencia IN1: (¿Sintió en algún momento de la atención, que su intimidad no fue respetada?, desnudarla frente a otras personas, hablar de sus cuerpos en chiste, hacer preguntas referentes a la sexualidad en público, etcétera).

En el caso de la correlación del ID4: (En algún momento, ¿alguien del personal de salud le dijo que no podían atenderla o simplemente no le hizo caso?), con la resolución del parto y su número de hijos es también negativa, lo que indica que al aumentar el número de hijos es posible que disminuya la percepción negativa que se tiene de los servicios de salud.

En cuanto al IN3: (En caso de que le hayan realizado corte para que naciera su hijo (episiotomía) ¿Le pidieron autorización para hacerlo?), se encontró que está directamente relacionado con el estado civil de las mujeres, ya que el mayor porcentaje de mujeres vive en unión libre y en este caso mientras se encuentren en este estatus civil, el pedir permiso por parte del servicio de salud para hacer este procedimiento se percibe necesario.

La edad demuestra tener correlación con el indicador IAO11: (¿Le colocaron el MPF que usted deseaba y les dijo?). Es posible que a mayor edad de las mujeres menor será la certeza de que los servicios de salud les coloquen el método elegido.

Tabla 45 Exploración de correlaciones “R” (Pearson, $p = <0.05$) identificadas entre algunos parámetros sociales e indicadores de violencia obstétrica en el Municipio de Tampamolón Corona ($n = 29$).

Parámetros sociales	Indicadores de Violencia Obstétrica								
	IN2	IN3	IN4	IN5	IA2	IA3	IAO9	IAO10	IAO11
¿Considera que recibió una buena atención cuando se acercó a los servicios de salud para la atención de su parto?					0.679	0.638	0.869	0.816	0.617

Parámetros sociales	Indicadores de Violencia Obstétrica								
	IN2	IN3	IN4	IN5	IA2	IA3	IAO9	IAO10	IAO11
¿Cree que afecta ser indígena para que la atiendan rápido?							0.566	0.537	
No. de Hijos		0.690	0.552						
Resolución del parto			0.721					0.721	
Años de estudio	0.451		-0.444				-0.419		

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos en trabajo de campo.

La percepción de no haber recibido una buena atención por parte del personal de servicio de salud se asocia en este municipio principalmente con indicadores de abuso y de acciones u omisiones. La correlación encontrada con los indicadores IA2: (¿Alguien del personal de salud le exigió que se callara, no gritara o gimiera para expresar su dolor?), y con IA3: (¿Alguien del personal emitió frases que minimizaran sus expresiones de dolor? “ni duele tanto”, “es una exagerada”, “no es para tanto”), indican que mientras se presenten este tipo de conductas por parte de alguien del personal de salud las mujeres seguirán percibiendo que la atención otorgada es mala.

En cuanto a los indicadores IAO10: (¿Alguien del personal de salud le obligó a aceptar la colocación de un método de planificación familiar?), y IAO11: (¿Le colocaron el MPF que usted deseaba y les dijo?), resulta lógico que si realizan estas prácticas en las mujeres, ellas seguirán expresando que son sujetas a una mala atención.

En el caso de las correlaciones observadas con los indicadores IN3: (En caso de que le hayan realizado corte para que naciera su hijo (episiotomía) ¿Le pidieron autorización para hacerlo?), y con IN4: (¿Alguien del equipo de salud se subió a su panza para que saliera su hijo (a)?), con la resolución del parto, la correlación es congruente, pues es en el momento del parto que ambas situaciones se presenten, ambas conductas son prácticas para favorecer el parto vaginal, el cual se presenta en alto porcentaje de la región y ambas no adecuadas y violatorias de los derechos humanos.

Finalmente, el estado civil se correlacionó negativamente con el IN2: ¿Le explicaron por qué realizaban cada uno de los procedimientos?, (ponerle lavativa, suero o rasurarla). En la región, como ya se dijo, la unión libre es la que prevalece en altos porcentajes y mientras aumenta esta condición civil se observa una disminución en la disposición del personal de salud a dar una explicación de los procedimientos. Un comportamiento similar al anterior se observa con la correlación entre la imposición de un método de planificación familiar y el estado civil, es decir, mientras más mujeres se refieren a estar viviendo en pareja, más probabilidades hay de que experimenten la presión para el uso de métodos de planificación familiar. Los años de estudio se correlacionaron negativamente con el indicador IN5; ¿Le permitieron estar con su hijo (a) a los primeros 30 minutos de vida de este? (apego y lactancia precoz), por lo que se puede inferir que a menos años de estudio se tienen menos herramientas cognitivas de la salud sexual reproductiva y desconocimiento de su derecho a MPF.

Tabla 46 Correlaciones “R” (Pearson, $p < 0.05$) identificadas entre algunos parámetros sociales e indicadores de violencia obstétrica en el Municipio de Tanlajás ($n = 38$).

Parámetros sociales	Indicadores de Violencia Obstétrica									
	ID2	ID3	ID4	ID6	ID7	IN1	IN2	IN4	IN5	IAO10
¿Considera que recibió una buena atención cuando se acercó a los servicios de salud para la atención de su parto?				-0.664					0.441	-0.504
¿Cree que afecta ser indígena para que la atiendan rápido?					-0.447	-0.394				
No. de Hijos		-0.729								
Resolución del parto			0.721					0.721		
Años de estudio	0.451		-0.444				-0.419			

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos en trabajo de campo.

En el Municipio de Tanlajás, se observa la prevalencia de correlaciones con indicadores de discriminación y negligencia. Una correlación negativa fue encontrada entre el indicador ID6: (Alguien del personal de salud ¿se negó a su solicitud de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?), y la percepción de haber recibido una buena atención por parte del personal de los servicios de salud, por lo que se infiere que mientras persista la práctica de no permitir el acompañamiento en el parto, seguirá prevaleciendo en las mujeres una percepción de mala atención. La correlación entre esta percepción y el IN5, indica que cuando se aumenta la posibilidad de dejar al recién nacido con la madre durante los primeros minutos de su vida, aumentará también la percepción de una buena atención médica.

Los indicadores ID7 y IN1, se correlacionaron negativamente con las respuestas de que si ser indígena afecta en una rápida atención, por lo que es presumible que a falta de conocimiento o entendimiento del idioma por parte del personal de salud, éstos no hayan respondido en forma adecuada o consistente a las expresiones y necesidades manifestadas por las mujeres. Esta misma situación se presenta en el Municipio de San Antonio.

El ID3 se correlacionó negativamente con el número de hijos, lo que hace posible que por parte del personal de salud se piense o presuponga que por haber tenido embarazos previos las mujeres deberían conocer la fisiología del parto y controlar sus umbrales de dolor. Lo anterior permite inferir también que a menor número de hijos aumenta la percepción o la experiencia de burlas a las solicitudes que realizan las mujeres para sentirse más cómodas.

La resolución del parto se correlacionó con los indicadores ID4 e IN4, en donde las resoluciones vaginales prevalecen sobre las cesáreas, y el presionar el vientre sea una práctica para acelerar el parto vaginal (práctica prohibida), pero es presumible que a mayor cantidad de partos vaginales, aumente esta práctica. Es en el momento del parto vaginal que más se relaja la alerta médica, disminuye la vigilancia sobre la mujer y esto explica la percepción que tienen las mujeres sobre el hecho de que el personal no atiende sus solicitudes. Los años de estudio de las mujeres también se correlacionaron con este parámetro, por lo que se infiere que entre más años de preparación, menos susceptibles serán a la posibilidad de que sus solicitudes sean ignoradas. El mismo fenómeno se observa con la correlación entre el IN2 y los años de estudio. Si se tiene menos preparación, aumenta la percepción de falta de explicación sobre los procedimientos que se les realizan.

Finalmente, se observó que a mayor número de años de educación escolarizada se incrementa también la percepción de que los procedimientos les son explicados.

Tabla 47 Correlaciones“R” (Pearson, $p = <0.05$) identificadas entre algunos parámetros sociales e indicadores de violencia obstétrica en el Municipio Tancanhuitz($n = 41$).

Parámetros sociales	Indicadores de Violencia Obstétrica				
	IN2	IN3	IN4	IN5	IAO12
¿Cree que afecta ser indígena para que la atiendan rápido?	-0.613	-0.488		-0.482	
No. de Hijos					-0.438
Resolución del parto			0.582	0.607	
Años de estudio			0.486		
Edad			0.477		

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos en trabajo de campo.

En el municipio de Tancanhuitz se presentó más correlación con indicadores de posible negligencia. La percepción del que ser indígena está relacionado con la rapidez de la atención lo cual se correlacionó inversamente con los indicadores IN2, IN3 e IN5; es decir, si aumentan las explicaciones sobre los procedimientos médicos disminuye la creencia de que ser indígena sea un factor que afecta negativamente la atención. Incrementar las solicitudes de autorización para realizar una episiotomía también disminuye el sentir que ser indígena es un factor que se relacione con una mala práctica, el mismo efecto ocurre para el aumento de permisos de tener junto a ellas al recién nacido durante los primeros minutos de vida del bebé.

El número de hijos se ve correlacionado con el IAO12, por lo que se puede establecer que se presentan más amenazas para forzar el uso de métodos de planificación familiar, cuando las mujeres tienen menos hijos. Las correlaciones entre la resolución del parto con el indicador IN4, son condiciones que se presentan también en los municipios

de Tampamolón y Tanlajás, y se infiere la misma explicación para este municipio. La correlación observada con el IN5 y la resolución del parto, se ve que la resolución vaginal también es mayoritaria en este municipio, y lo que se observa es que al aumentar el parto vaginal, más se aumenta el que se permita tener al recién nacido los primeros minutos de su vida. La edad se correlacionó con el IN4, y aquí se observa que a mayor edad de las mujeres más se aplica esta práctica.

Tabla 48 Correlaciones “R” (Pearson, $p = <0.05$) identificadas entre algunos parámetros sociales e indicadores de violencia obstétrica en el Municipio de Huehuetlán ($n = 32$).

Parámetros sociales	Indicadores de Violencia Obstétrica											
	IN1	IN2	IN3	IN4	IN5	IA1	IA2	IA3	IA4	IAO9	IAO 11	IAO 12
¿Considera que recibió una buena atención cuando se acercó a los servicios de salud para la atención de su parto?	-0.534	0.612			0.534							
Resolución del parto	-0.534		0.474	0.745	0.533	0.633	0.527	0.523	0.534	0.832	0.510	0.537
Años de estudio							0.581					

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos en trabajo de campo.

En Huehuetlán las correlaciones se presentaron principalmente entre la resolución del parto y con tres tipos de indicadores (probable negligencia, abuso y acciones u omisiones). Se ve una correlación negativa entre la falta de respeto de su intimidad (IN1) y la resolución del parto, y se observa que cuando aumentan los partos vaginales, disminuye la percepción de respeto a su intimidad.

Con los indicadores IN3, IN4, IN5, IA2, IA3, IA4, IAo9, IAO11 e IAO12, se presentó una correlación positiva, lo cual indica que en la resolución del parto intervienen varios factores que pueden estar determinando que se resuelvan los partos por vía vaginal,

sin embargo, el indicador de mayor correlación es el IAO9, que tiene que ver con la disposición del personal de salud de ofrecerle un método de planificación familiar.

Los años de estudio se relacionaron con el IA2, en donde entre más preparación de las mujeres mayor percepción tienen de que el personal de salud comprende su dolor.

En cuanto a la percepción de la buena atención por parte del personal de salud, se observó una correlación negativa, es decir, entre menos se perciba el respeto a la intimidad, más se afirma la falta de una buena atención. En los indicadores IN2 y IN5, la falta de explicación de los procedimientos y el no permitir tener al recién nacido durante los primeros 30 minutos de vida, aumenta la percepción de una mala atención.

Tabla 49 Tabla. Correlaciones "R" (Pearson, $p = <0.05$) identificadas entre algunos parámetros sociales e indicadores de violencia obstétrica en el Municipio de Aquismón ($n = 101$).

Parámetros sociales	Indicadores de Violencia Obstétrica																
	ID1	ID2	ID3	ID4	ID5	ID6	ID7	IN1	IN2	IN4	IN5	IA1	IA2	IA3	IA4	IAO1	IAO11
¿Considera que recibió una buena atención cuando se acercó a los servicios de salud para la atención de su parto?	0.317	0.458	0.568	0.497	0.545	0.494	0.756	0.534	0.468	0.342	0.739	0.698	0.360	0.441	0.466	0.388	
No. de Hijos	0.316	0.458	0.568														
Años de estudio																	0.306
Edad			-0.31														

En Aquismón, aumentaron las correlaciones entre los indicadores y la percepción de la

buena atención por parte del personal de salud. Todos son correlaciones positivas, pero destacan ID7, IN5 e IA1. La correlación con el IN5, también se observa en los municipios de Tanlajás y Huehuetlán, lo que se presume la misma explicación para esos municipios. En la correlación con el ID7, es decir, cuando el personal actúa como si las mujeres no entendiesen lo que está pasando, mayor es la percepción de las mujeres de que son objeto de una mala atención.

Por otra parte, el número de hijos mostró una correlación positiva con los indicadores ID1, ID2 e ID3, lo que puede interpretarse como que las mujeres que han tenido mayor número de partos tienen más probabilidades de ser rechazadas en la búsqueda del ingreso hospitalario, de ser ignoradas en sus solicitudes, de falta atención a las solicitudes para sentirse cómodas, y en el aumento de experiencias de burlas por parte del personal de salud.

En cuanto a los años de estudio y su correlación con la colocación del MPF solicitado, se observó que cuando aumenta la preparación aumenta la posibilidad de obtener el método de planificación familiar que se solicita. La edad se correlaciona negativamente con el ID3, es decir, cuando se cuenta con mayor edad, disminuye la percepción de burlas por parte del personal. Se observó también que cuando aumenta la edad aumentan las frases de abuso que refieren a la sexualidad de las mujeres, así como la negación a responder sobre las dudas acerca de los procedimientos practicados.

Retos de interculturalidad que deleva el estudio

De acuerdo con el artículo 4° constitucional, el Estado tiene la obligación de brindar asesoría e información, así como de abastecer los métodos anticonceptivos en todo el sector salud para garantizar una elección libre e informada de hombres y mujeres. Sin embargo, el gran desafío que enfrentan las instituciones públicas de salud es atender los derechos sexuales y reproductivos de grupos socialmente subordinados, tanto por su condición de clase como por su género y por su adscripción étnica.

Las mujeres encuestadas eran en su mayoría indígenas, consideradas como tales por ser hablantes hasta en un 84% de lenguas como el Tének y Náhuatl, pero además por ser habitantes de los pueblos originarios. Ellas nacieron y crecieron en comunidades indígenas y en su familia hay miembros hablantes incluso monolingües.

Garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas retribuirá en forma positiva a abatir la mortalidad materno-infantil en esta región. Ello requiere de

la comprensión de varias características de la relación del sector salud con las mujeres indígenas en etapa fértil. Algunas consideraciones que proponemos son las siguientes:

1. La gran mayoría de mujeres indígenas en etapa fértil (MIEF) se atiende en el sistema de salud pública y usará los anticonceptivos y servicios que le brinda este sistema. El Sector Salud (SS), principalmente a través del Seguro Popular (SP) son los que las atienden.
2. El umbral de la etapa fértil de las mujeres indígenas culturalmente es diferente, la edad de inicio de su fecundidad es más temprana y dan a luz a su primer hijo, hasta en un 60.3% siendo adolescentes (entre los 12 y los 19 años) según datos del INMUJERES (2012).
3. El personal de salud continúa enfrentando barreras lingüísticas y estereotipos que limitan sus capacidades para comunicarse con una población que en su mayoría es hablante de una lengua indígena.
4. Es en las zonas rurales y marginadas donde se concentra la mayoría de esta población, y se adscriben allá a médicos recién egresados o bien pasantes de medicina o enfermería sin la experiencia necesaria y sin competencias de interculturalidad. Son enviados a brindar un servicio que no siempre puede ser de calidad debido a que trabajan en unidades de salud precarias y ellos mismos carecen de adecuadas condiciones laborales.
5. Se desconoce por parte de las instituciones de salud y su personal, el funcionamiento de los procesos de comunicación intercultural y asimismo se carece de un conocimiento sobre los pueblos indígenas de la MRHC.
6. No se cuenta con un modelo ni con protocolos asociados a indicadores que pudieran ser susceptibles de generar competencias interculturales medibles y confiables para las prácticas gineco-obstétricas que contribuyan a erradicar prácticas racistas y sexistas discriminadoras.

El estudio actual constituye una muestra representativa de voces de mujeres indígenas y su vínculo con el sector salud a partir de su experiencia en el parto, donde casi una tercera parte de ellas enunciaron que sintieron que por ser indígenas fueron mal atendidas o rechazadas sus peticiones para disminuir el dolor o estar menos incómodas.

Una considerable cantidad de mujeres de este estudio señala la imposición de Métodos de Planificación Familiar (MPF) o la insatisfacción con este servicio. Es por ello importante reconocer la necesidad de actuar, formar e interactuar en estos centros de atención gineco-obstétrica en formas bilingües, para poder escuchar y mejorar la atención a las mujeres indígenas y sus expectativas al respecto. La comunicación intercultural efectiva salvará vidas y aumentará la satisfacción en torno a un servicio y a un derecho intercultural de calidad.

Cuando hablamos de interculturalidad nos referimos a los procesos de interrelación y comunicación de saberes, códigos, patrones y valores entre diferentes grupos culturales. Entendiendo que debe construirse una relación de pares, basada en la igualdad, el respeto y la democracia. Solo con interculturalidad podemos entendernos, dando valor a los saberes médicos occidentales y a los no occidentales, sin discriminación y comprendiendo que detrás de esas diferentes manifestaciones culturales hay historias de opresión y de desigualdad que es necesario erradicar.

La idea de una cultura superior a otra es un paradigma dominante en los servicios de salud. La idea de que lo occidental es correcto y lo demás es incorrecto, es insostenible en los tiempos actuales, particularmente en torno a los sistemas de salud-enfermedad, así como con los relacionados con el embarazo, parto y puerperio, que encuentran en las culturas indígenas una amplia diversidad de saberes que integran construcciones propias de su sabiduría milenaria y que se asocian no sólo a fenómenos vitales, sino a su vida espiritual y comunitaria como parte de un todo.

Los pueblos indígenas en México arrastran además una historia de dominación colonial que no terminó en la época independiente. Por el contrario, se han mantenido sometidos a diversas formas de explotación, rezagos y pobreza. Toca a una perspectiva intercultural reconocer esa realidad de las mujeres indígenas y crear acciones afirmativas con perspectiva de género, por ejemplo:

- a) Reconocerlas y tratarlas como ciudadanas con derecho a la salud sexual y reproductiva.
- b) Reconocer su derecho a construirse una identidad cultural propia, con prácticas también específicas sobre su sexualidad, su maternidad y el número de hijos que quieren tener.
- c) Reconocer y apoyar su derecho a no ser tratadas como inferiores, a no ser

marginadas por poseer un idioma y una cultura diferentes de la cultura hegemónica.

- d) Reconocer que sus prácticas culturales no son fijas. Las mujeres particularmente eligen los rasgos tradicionales que desean mantener y los que desean cambiar. Ellas también cambian y tienen expectativas de participar de las mejoras y oportunidades de la vida moderna.
- e) Reconocer el derecho a recibir explicaciones en su idioma, como un derecho a la comunicación horizontal y de iguales, especialmente en relación con procedimientos que ponen en riesgo su vida o la de sus hijos.

En la experiencia internacional, por ejemplo, las *doulas*⁶⁹ crean ambientes favorables para mejorar las condiciones de las mujeres en procesos de embarazo, parto y puerperio. Si se promueve que además tengan las habilidades bilingües para que acompañen a las mujeres indígenas durante el embarazo y el parto, sin duda veríamos buenos resultados.

Lo cierto es que una de las demandas que recuperamos en el estudio es la que se refiere a la posibilidad de tener acompañante en el hospital, así como contacto con su familia para mantenerla informada de la salud de la madre y del bebé, o para procurarles alimentos y ayuda para asearse y atender al recién nacido.

En el mismo sentido, la educación permanente bilingüe debe ofrecerse también para el personal médico, a través del conociendo de los conceptos, frases y palabras indígenas para entender la anatomía del cuerpo de las mujeres y los principales síntomas, con un vocabulario básico y con esquemas y materiales educativos bilingües.

Los procesos interculturales pueden representarse de la siguiente manera:



⁶⁹ Una doula es una persona que brinda conocimientos, experiencias y apoyos de cuidado emocional a las mujeres durante el embarazo y el parto y el posparto, y aunque no son personal sanitario, poseen información y habilidades para dar asistencia a las mujeres y su familia, contribuyen a crear un ambiente favorable para el nacimiento y la crianza temprana.

Estos procesos avanzan despacio o de plano no avanzan cuando predominan los estereotipos racistas y sexistas prevalecientes, que implican tratar como dominados e inferiores a los más vulnerables, o estigmatizándolos por su fenotipo (ser moreno y/o de rasgos considerados indígenas), por su edad (ser muy joven o mayor), por sus diferencias culturales (idioma, forma de vestir o de comportarse), por tener una discapacidad, por ser mujer, o por tener preferencias sexuales o identidades de género no heterosexuales.

Lo anterior se refleja en la ENDIREH de los años de 2006, 2011 y 2016. En los resultados de San Luis Potosí hay una prevalencia total de violencia sexista de 60.6%, particularmente contra las mujeres de 15 años y más a lo largo de su vida. En cuanto a la violencia comunitaria a lo largo de la vida de las mujeres, los resultados de las encuestas demostraron que se dirige a las mujeres de 18 a 19 años de edad, con un 47.8% y principalmente en las que se encuentran entre los 20 a los 24 años de edad, con 48.7%. Todo ello enmarca la situación de las mujeres y las coloca en situación de vulnerabilidad a ser irrespetada en sus derechos humanos.

Percepción del riesgo en salud sexual y reproductiva

En la región pluriétnica del estudio, se advierte la dificultad para identificar y comunicar las percepciones de los riesgos del embarazo, parto y puerperio. En la población de la región ya se ha documentado anteriormente sobre la dificultad de percibir el riesgo en enfermedades de transmisión sexual (ETS), principalmente por el desconocimiento de estos temas. En una investigación realizada con adolescentes de la Huasteca Potosina se encontró que más de la mitad de los adolescentes no podía identificar el riesgo a ETS.⁷⁰ En esta investigación es importante señalar que muy pocas mujeres conocían sobre todo el proceso del parto.

Los temas referentes al ejercicio de la sexualidad están relacionados con las normas y guiones socialmente establecidos que sirven para regir nuestras acciones en las interacciones sexuales. Las construcciones sociales referentes a la sexualidad se configuran como el marco de referencia sobre el cual construimos nuestras propias normas y explicaciones sobre la naturaleza y funcionamiento de las cosas en el plano sexual.⁷¹ Por ello se dice que la percepción de riesgos en la conducta sexual es mucho

70 Juárez-Moreno, M. (2018). *Diseño, implementación y evaluación de un Programa de Comunicación de Riesgos como estrategia de prevención de la infección por VIH en adolescentes*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias Ambientales. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

71 Gayet, C., Juárez, F., Pedraza, N., Caballero, M. y Bozon, M. (2011). Percepciones de VIH/sida y parejas

más compleja que en otros casos; además de las construcciones sociales hay que tomar en cuenta factores de la personalidad, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones placenteras.⁷² La percepción del riesgo es siempre acotado a culturas e historias específicas, por ello la intervención para la prevención requiere garantizar un diálogo de saberes interculturales.

A nivel mundial en 2014, las niñas y mujeres jóvenes representaban el 56% de todos los nuevos casos de infecciones de transmisión sexual en personas de 15 a 19 años.⁷³ América Latina es de las regiones más desiguales del mundo, tanto en ingreso y acceso a servicios básicos como en inclusión en las instituciones políticas y sociales; en este contexto de alta desigualdad, la raza, la etnia, el género y la clase social continúan siendo factores relevantes al momento de determinar los niveles de pobreza y desigualdad.⁷⁴

En México, en las áreas rurales se ha presentado un crecimiento exponencial de ETS en las últimas décadas, tanto por el fenómeno de la migración que favorece su desarrollo, como por las condiciones de vida de las mujeres, las cuales están más deterioradas y el acceso es más restringido a los servicios de salud.⁷⁵ Los estudios expertos han señalado que la pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con esto.⁷⁶

sexuales simultáneas: un estudio de biografías sexuales mexicanas. *Papeles de población*, 68: 9-40.

72 Murray, C., Hatfiel-Timajchy, K., Kraft, J., Bergdall, J., Habel, M., Kottke, M. y DiClemente, R. (2013). In Their Own Words: Romantic Relationships and the Sexual Health of Young African American Women. *Public Health Reports*, 128(supl. 1): 33-42.

Mehrotra, P., Noar, S., Zimmerman, R. y Palmgreen, P. (2009). Demographic and Personality factors as predictors of HIV/STD Partner-Specific Risk Perceptions: Implications for Interventions. *AIDS Education and Prevention*, 21(1): 39-54.

73 Asamblea General de las Naciones Unidas (2016). *Acción acelerada para poner fin a la epidemia del Sida. Informe del Secretario General*. Abril 2016.

74 Del Campo, E. (ed.), (2012). *Mujeres indígenas en América Latina: política y políticas públicas*. Editorial Fundamentos, Madrid, España.

75 Pavía, N., Góngora, R., Vera, L., Moguel, W., y González, P. (2012). Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 23: 53-60.

76 Organización Mundial de la Salud (2002). Capítulo 4: Cuantificación de algunos riesgos importantes para la salud. *Informe para la salud en el mundo 2002*, p.p. 1-103.

Epidemiología población indígena

El 79.3% de la población de habla indígena en México vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Alrededor del 90% de los niños entre 6 y 14 años, realiza actividades agropecuarias o de ganadería. Los municipios con más altos niveles de analfabetismo están conformados por 40% o más de población indígena. Los rezagos en salud se pueden observar en las altas tasas de mortalidad infantil y de muertes maternas. Más del 80% de este grupo poblacional no cuenta con seguridad social. Las tasas de mortalidad por ETS entre población indígena duplican el promedio nacional.⁷⁷

Las mujeres indígenas siguen manteniendo un patrón de fecundidad temprano; la cúspide se encuentra en el grupo de jóvenes de 20 a 24 años, cuando en la población mestiza la cúspide se encuentra en el rango de 25 a 29 años.⁷⁸

En un estudio con mujeres mayas, se identificaron los siguientes mandatos de género: la virginidad antes del matrimonio, la pasividad, el no reconocimiento o expresión del deseo sexual, la obligación de complacer a la pareja más allá de su propia voluntad, la fidelidad y la procreación como principal motivo para ejercer la sexualidad.⁷⁹ En otro estudio con mujeres indígenas de Oaxaca, encontraron algunos preceptos similares sobre la expresión de la sexualidad, como el valor que se les da a las mujeres por ser vírgenes, la maternidad como un atributo de las mujeres maduras y el sentimiento de inferioridad respecto a los hombres. Estos temas no se hablan abiertamente en las comunidades, por ello para las mujeres es difícil expresar su sexualidad por temor o vergüenza; los resultados de este estudio mostraban un desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres, lo cual les impedía controlar su fertilidad.⁸⁰

El apego a estos mandatos puede encontrarse también en mujeres indígenas de la MRHC, constituyendo un gran obstáculo para promover la prevención eficaz de la transmisión

77 Secretaría de Salud (2012). *Perfil Epidemiológico de los Grupos Vulnerables en México*. México.

78 Reartes, D. (2011). La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. *Desacatos*, 35: 59-74.

79 Quintal-López, R. y Vera-Gamboa, L. (2014). Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diáda migración y VIH/SIDA entre mujeres mayas de Yucatán. *Estudios de Cultura Maya*, 46: 197-226.

80 Karver, T., Sorhaindo, A., Wilson, K. y Contreras, X. (2016). Exploring intergenerational changes in perceptions of gender roles and sexuality among Indigenous women in Oaxaca. *Culture Health & Sexuality*, 18(40): 845-859.

del ETS y de la posibilidad de tener control sobre la natalidad; en estos espacios a pesar de que las instituciones de salud promueven el uso del condón, los hombres se niegan a utilizarlo con sus parejas. Es importante conocer los mandatos de género que se tienen en la población para poder llevar a cabo estrategias que sean contextualizadas y sean aceptadas por ellas; el imponer el modelo de uso de condón que se utiliza en las zonas urbanas no es exitoso en las zonas rurales.

La mayoría de las mujeres latinoamericanas aún viven condiciones de inferioridad social resultantes de la perpetuación de las desigualdades de género por la falta de acceso a la educación, a la información, a la salud y al empleo digno, que generan relaciones de sumisión y dependencia hacia los hombres. La gran variedad de roles que desempeñan les dificulta velar por su salud física y emocional. En las parejas heterosexuales, las relaciones de poder desiguales, impiden que las mujeres decidan sobre su sexualidad.⁸¹

En el estudio anteriormente mencionado de mujeres mayas, realizado por Quintal-López y Vera-Gamboa⁸², se identificaron como indicadores de vulnerabilidad social la dependencia económica de las mujeres hacia sus parejas, la falta de acceso a la educación y los servicios de salud. En su investigación descubrieron que las instituciones de salud mostraban insensibilidad y falta de empatía hacia los retos de estas mujeres.

Coincidimos con Quintal-López y Vera-Gamboa⁸³ en que existe una vulnerabilidad social de género, la cual es una dimensión transversal que se cruza otros elementos de vulnerabilidad social y cultural. Al igual que estas investigadoras, encontramos en este estudio que existe una vulnerabilidad social propia de las mujeres de la MRHC, que además es acumulativa en función de la edad, la clase social, el nivel educativo y la etnia a la que se pertenece, entre otros factores; esta vulnerabilidad deja a las mujeres en situación de indefensión para el control de su salud sexual y reproductiva.

81 Pérez, D., Escabí, A. y Cabrera, M. (2010). Desarrollo de una intervención grupal para la prevención del VIH en parejas heterosexuales. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21: 7-34.

Estrada, J. (2009). Evaluación de programas educativos para jóvenes, como herramientas de prevención de VIH/SIDA. *Revista Gerencia Política Salud*, 8(16): 72-90.

82 Quintal-López, R. y Vera-Gamboa, L. (2014). Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diáda migración y VIH/SIDA entre mujeres mayas de Yucatán. *Estudios de Cultura Maya*, 46: 197-226.

83 Quintal-López, R. y Vera-Gamboa, L. (2014). Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diáda migración y VIH/SIDA entre mujeres mayas de Yucatán. *Estudios de Cultura Maya*, 46: 197-226.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio ofrece datos actualizados tanto cuantitativos como cualitativos, que permitieron hacer mediciones e identificar la situación actual de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio en la Microrregión Huasteca Centro del estado de San Luis Potosí.

El esfuerzo de hacer mediciones por indicadores, puede ser recuperado en la planeación de los servicios de salud en la región para dar seguimiento a las mejoras y cambios en estos procesos. Se recomienda recuperar periódicamente información sobre el cumplimiento de los indicadores, así como recuperar en forma permanente voces de otros actores que inciden en los procesos obstétricos, es decir médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, familias y hasta las voces de los esposos de las mujeres. Todo ello para construir políticas públicas más efectivas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención obstétrica que permitan erradicar la mortalidad materno-infantil en la región.

En este sentido, uno de los mayores aportes del estudio es la producción de datos locales y actualizados de mujeres que vivieron la atención médica por embarazo, parto y puerperio en los últimos 12 meses. No obstante, las narrativas generadas desde la

encuesta y los grupos focales, y los diálogos con las personas durante los grupos focales fueron también de gran valor para el estudio.

Durante la realización del trabajo de campo en la MRHC, no pudimos entrevistar a una de las posibles informantes, pues tuvimos conocimiento de la muerte materna de “Rosita”, de 26 años de edad, con domicilio en la localidad de Chunutzén, del municipio de Huehuetlán. Su viudo afirma que ella gozaba de buena salud, que tuvo gemelos por cesárea y dice no explicarse por qué murió, dejando en la orfandad a cuatro hijos, “*si saliendo del hospital ya no tenía fiebre, ni seguía hinchada*”.

El deceso lamentable de una de nuestras posibles informantes, la dificultad de sus familiares de explicar en español claramente lo que pasó, constituyó para el equipo de investigación un elemento de sensibilización sobre la importancia de aprender a mejorar los procesos de comunicación intercultural, pues pueden salvar vidas, prevenir riesgos y atender adecuadamente los casos de emergencias médicas.

Es de nuestro interés que estos datos y estas narrativas permitan hacer visibles los retos para erradicar las prácticas que no garantizan la salud de las mujeres ni el respeto a sus derechos humanos. Asimismo, nos permiten dialogar con los datos estatales y nacionales y atender las recomendaciones internacionales en materia de violencia contra las mujeres. En este sentido, los informes ante la CEDAW y las recomendaciones derivadas, vienen señalando a México lo siguiente:

En 2010, más del 91% de las mujeres que fallecieron por una causa materna, llegó a un establecimiento hospitalario y recibió algún tipo de atención antes de morir, lo que habla de una deficiente calidad en la atención de las emergencias obstétricas en los servicios de salud. Pero en estados como Oaxaca, Guerrero y Chiapas, alrededor de una de cada cuatro mujeres murió en su casa; hasta 15% falleció en la vía pública en Guerrero y San Luis Potosí. Estas cifras evidencian un serio problema de acceso a los servicios de salud en los estados más marginados.⁸⁴

[...] consideramos que la persistente e inaceptable situación de la mortalidad materna en el país, no puede atribuirse a ausencia de políticas y programas, por lo menos en lo declarativo. Más bien, los retos radican en una implementación adecuada de estos programas, en una asignación progresiva de recursos, y en

84 Observatorio de Mortalidad Materna en México. Numeralia 2010, op. cit. (ver supra, nota 3).

*un monitoreo transparente y efectivo de su aplicación.*⁸⁵

*Recomendamos: [...] Fortalecer la implementación de políticas públicas destinadas a las mujeres indígenas, como un grupo prioritario, y desarrollar diálogos entre la medicina tradicional y la occidental. Así como impulsar acciones dirigidas a las mujeres que residen en áreas urbano-marginadas. Posicionar la maternidad segura como un asunto de derechos humanos, ya que detrás de una muerte materna evitable, existe un camino de violaciones a los derechos humanos de las mujeres.*⁸⁶

Alda Facio ha insistido en la importancia y la urgencia de situar a nivel mundial la salud sexual y reproductiva como un derecho humano porque:

*[...]la trágica realidad es que cada minuto una mujer pierde la vida debido al embarazo y al parto. Y éste es sólo el ápice del iceberg. Por cada mujer que muere, hay entre 20 y 30 que sobreviven al parto, pero padecen lesiones debilitantes. En parte esto se debe a que un poco más de la mitad de las embarazadas de todo el mundo siguen careciendo de acceso a la atención del parto por personal capacitado, y las consecuencias son devastadoras. Según se estima, cada año 529 000 mujeres pierden la vida a raíz de complicaciones del embarazo y el parto; además, mueren cuatro millones de recién nacidos y otros cuatro millones nacen muertos. Este total es superior a la cantidad combinada de muertes debidas al sida, la tuberculosis y el paludismo. Además, otros diez millones de mujeres padecen lesiones debilitantes, incluso infertilidad, prolapso uterino o fístula obstétrica. La atención por personal capacitado tiene importancia crítica para reducir el número de mujeres muertas o lesionadas al dar a luz. Según se estima, si se asegurara la atención del parto por personal capacitado, con respaldo de atención obstétrica de emergencia, podría reducirse en un 75% el número de defunciones derivadas de la maternidad.*⁸⁷

El papel del Estado para posicionar los derechos reproductivos en el marco de los derechos humanos, según Facio, es fundamental. En este sentido, los funcionarios que están a cargo de los sistemas de salud y de los programas sociales que atienden los temas de salud sexual y reproductiva, tienen mucho por hacer para visibilizar, cuidar y

85 Observatorio de Mortalidad Materna en México, Numeralia 2009 y Numeralia 2010, op. cit. (ver supra, notas 3 y 5).

86 Informes sombra ante la CEDAW 2012. Coord. Dra. Gloria Ramírez. Catedra UNESCO UNAM CD.

87 Facio, Alda, *Los derechos reproductivos son derechos humanos*, en Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, C.R., 2008, p.13.

garantizar tales derechos:

La mortalidad materna y la mala salud reproductiva se constituyen en una violación de los derechos humanos cuando son causadas, en su totalidad o en parte, por el hecho de que el Estado incumple su deber de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos que conforman lo que hoy llamamos derechos reproductivos. Cuando los y las funcionarias de un Estado ni siquiera saben que los derechos reproductivos son derechos humanos, o no saben enmarcar la salud reproductiva y sexual en un marco de derechos humanos, es mucho más probable que se cometan violaciones a los derechos humanos relacionados con ella.⁸⁸

A continuación, ofrecemos algunas recomendaciones atendiendo a las observaciones más significativas del estudio:

OBSERVACIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO	RECOMENDACIONES
<p>Las mujeres que participaron como informantes en el presente diagnóstico, son mujeres cuyo perfil sociocultural y demográfico se ha documentado como potenciador del riesgo de vivir violencia obstétrica, entre los cuales destacan el poseer un bajo nivel educativo, ser indígena (por hablar un idioma indígena, por tener un familiar directo que lo hable y/o por vivir en comunidades consideradas como pueblos originarios), vivir en unión libre, ser pobre y no tener un buen manejo del español.</p>	<p>Detectar a tiempo a las mujeres solicitantes de servicios prenatales con riesgo de ser discriminadas por su condición etaria, educativa, étnica, económica, estado civil u otras. Monitorear la satisfacción con el servicio médico desde el periodo prenatal hasta el puerperio.</p> <p>Realizar acciones de capacitación permanente sobre las estrategias interculturales, al personal médico, enfermeras, trabajadoras sociales, entre otros.</p> <p>Realizar campañas de prevención de discriminación en los servicios de salud.</p>

⁸⁸ Facio, Alda, Ibid., p.13-14.

OBSERVACIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO	RECOMENDACIONES
<p>La prevalencia de una cantidad importante de madres adolescentes y mayores de 35 años, implica considerar la existencia de embarazos con riesgos, simplemente asociados a la variable biológica de la edad.</p>	<p>Detectar los casos de embarazos con riesgos, generar procesos de autocuidado a través de procesos de diálogo intercultural.</p>
<p>La participación importante de mujeres que hablan una lengua indígena y viven en comunidades indígenas, permite que este diagnóstico contribuya a reconocer los retos cognitivos (es decir, de generación de conocimientos) que deben problematizarse desde la interculturalidad en la atención obstétrica.</p>	<p>Trabajar claramente los indicadores de identificación de la condición de ser mujer indígena y sus particularidades culturales en los grupos étnicos que radican en la MRHC. Realizar investigación para comprender la complejidad cognitiva de la sexualidad reproductiva y los horizontes de fecundidad indígena, así como otras especificidades étnicas sobre el cuerpo y los procesos vitales de las mujeres.</p>
<p>La mayor parte de las mujeres informantes refirieron convivir con sus parejas bajo el régimen de unión libre, esto puede estar explicado desde el marco jurídico, en el cual en SLP no está permitido el matrimonio en menores de edad, o bien puede estar asociado a situaciones de pobreza que hacen insostenible la continuidad de prácticas rituales asociadas al matrimonio. No descartamos asimismo que haya cambios en las expectativas de las mujeres respecto del matrimonio.</p>	<p>Se recomienda hacer investigación sobre las causas de una alta referencia de parejas en unión libre en la microrregión Huasteca Centro. Asimismo, revisar y dar seguimiento a los posibles vínculos del estado civil de las mujeres con los indicadores de discriminación.</p>
<p>Las mujeres acceden a la gratuidad en el control prenatal, principalmente a través del "Seguro Popular", sin embargo, la dispersión geográfica constituye una limitante para un acercamiento permanente a los SSSLP.</p>	<p>Diversificar las estrategias de atención médica hacia las mujeres en los cuidados prenatales con riesgos, considerando monitoreos a domicilio y otros. Así mismo promover la acción de la sociedad civil y comunitaria de las propias mujeres para apoyar el autocuidado prenatal.</p>

OBSERVACIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO	RECOMENDACIONES
<p>La mayor parte de informantes refirió haber acudido a entre 5 y 10 consultas prenatales, como establece la NOM-008-2016, sin embargo, existen mujeres que continúan prefiriendo el seguimiento realizado por la partera, principalmente debido a la lejanía de los centros de salud, pero también a que los cuidados de estas últimas son más amigables desde lo intercultural, permitiéndoles el acompañamiento y dignificándolas en el trato.</p>	<p>El estudio ofrece elementos para entender las dificultades de movilidad de las mujeres para acceder a la atención obstétrica. Es importante investigar cómo fortalecer la confianza de las mujeres en los servicios médicos y asimismo favorecer la coadyuvancia de otros actores e instituciones en la MRHC.</p>
<p>Entre las medidas que las mujeres dijeron haber llevado a cabo para mantenerse sanas y seguras durante el embarazo y puerperio, se observó que no sólo hay las del personal médico, sino que hay una serie de actores que aconsejan y dan recomendaciones al respecto, especialmente la suegra, la madre, el esposo y las amigas. No obstante, reconocen que el personal médico y de enfermería, fueron los principales consejeros de cuidado en esta etapa. Esta realidad exige problematizar las estrategias que desde el sector salud se llevan para la promoción de la salud y la prevención de complicaciones.</p>	<p>Fortalecer las estrategias comunicativas interculturales, reconociendo el poder de las comunidades indígenas como comunidades que comparten paradigmas cognitivos sobre salud-enfermedad, para socializar en las comunidades los riesgos en que se pueden encontrar las mujeres embarazadas y los cuidados a seguir.</p>
<p>Casi un 50% de las informantes eran primíparas, lo que constituye una variable que potencia la percepción de violencia obstétrica según estudios antecedentes.</p>	<p>Promover proyectos de acompañamiento a mujeres primíparas, que bien podrían hacer el papel de <i>doulas</i> bilingües.</p>
<p>Ocho de cada diez mujeres en la región tuvo parto por vía vaginal, lo que resulta contrario a estudios que se han realizado con mujeres indígenas en otras regiones. Es preciso indagar si el volumen de cesáreas está asociado con una consciencia del personal de salud en torno a las buenas prácticas, o bien, deriva de limitaciones en infraestructura, equipo y personal; lo que constituiría una limitación para la atención de emergencias obstétricas.</p>	<p>Realizar una revisión de las causas que aduce el personal médico en cada municipio, en torno a las cantidades de partos por vía vaginal y cesárea. Diseñar una metodología con indicadores de infraestructura de emergencias obstétricas, que permita validar los avances en el parto saludable.</p>

OBSERVACIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO	RECOMENDACIONES
<p>La mayoría de las mujeres resolvió su parto en un medio hospitalario, sin embargo, se identificaron casos que continúan prefiriendo la atención de la partera.</p>	<p>Continuar con la capacitación permanente de las parteras, estimulando su superación y actualización.</p>
<p>Casi la mitad de las informantes (40%) dijo haber vivido su experiencia de parto sin contar con información sobre cómo es este proceso.</p>	<p>Promover estrategias de información sistemática a mujeres embarazadas, con materiales educativos interculturales de calidad, que expliquen no sólo los procesos de autocuidado, sino que brinden además información sobre el funcionamiento del cuerpo femenino y masculino.</p>
<p>Más de una cuarta parte de las mujeres dijo que hubieran preferido que sus partos se resolvieran en posiciones distintas a la de litotomía, ya sea en “cuclillas” o sentada.</p>	<p>En apego a la normativa del acuerdo 149 de los derechos de los pueblos indígenas, corresponde al sector salud actuar adecuadamente en contextos pluriétnicos, ser escucha de las expectativas de las mujeres de esta región, respecto a las posiciones que les parecen más adecuadas para parir. El mayor reto es lograr una buena comunicación intercultural in situ, que permita la mejor resolución de un parto saludable.</p>
<p>Respecto de las experiencias críticas reportadas en cada una de las cuatro categorías exploradas (Discriminación, negligencia, abuso, acciones u omisiones intencionales), el indicador de posible negligencia fue el que tuvo mayor parte de indicadores críticos, seguido por el de discriminación. El más bajo en indicadores críticos fue el de acciones u omisiones intencionales.</p>	<p>Se recomienda al sector salud, revisar con su personal, en forma autocrítica, las posibles causas de estas respuestas emitidas por las mujeres atendidas en los municipios de la MRHC y tomar medidas para disminuir la violencia obstétrica y particularmente las prácticas que generan discriminación y posible negligencia, a partir de los indicadores que propone el estudio para cada municipio.</p>

OBSERVACIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO	RECOMENDACIONES
<p>En la categoría de “experiencias asociadas a la discriminación”, de lo que más se quejan las mujeres es de que el personal no atiende a sus solicitudes para sentirse más cómodas durante su parto, así como al hecho de que no les sea ofrecido acompañamiento de un familiar durante el mismo o de que incluso se les impida tener un acompañante. Casi una cuarta parte de las mujeres (21.8%) dijo NO haber sido escuchadas en sus solicitudes para sentirse más cómodas, y 4.1% dijo haber sido objeto de burla.</p>	<p>Se recomienda al sector salud, revisar con su personal, en forma autocrítica, las posibles causas de estas respuestas emitidas por las mujeres atendidas en los municipios de la MRHC y tomar las medidas conducentes a erradicar estas prácticas.</p> <p>Se recomienda incluir a personal de apoyo para traducciones al tének y náhuatl.</p> <p>Se recomienda garantizar la oferta y el cumplimiento del acompañamiento de mujeres en proceso de parto.</p> <p>Se recomienda estimular la permanencia del personal capacitado y sensibilizado en perspectiva intercultural y de género que haya sido evaluado positivamente por las mujeres atendidas en proceso de parto.</p>
<p>En la categoría de “experiencias asociadas a posible negligencia” resultó particularmente relevante el hecho de que el personal de salud no comunicara a las mujeres el sentido de los procedimientos que realizan sobre sus cuerpos.</p>	<p>Se recomienda al sector salud revisar con su personal, en forma autocrítica, las posibles causas de estas respuestas emitidas por las mujeres atendidas en los municipios de la MRHC y tomar las medidas conducentes a erradicar estas prácticas. Al respecto se recomienda tener presente que la CEDAW 2018 recomendó: <i>Reducir la incidencia de la mortalidad materna, incluso mediante la colaboración con las parteras tradicionales y la capacitación de profesionales de la salud, especialmente en las zonas rurales, asegurando que todos los partos sean atendidos por personal de salud calificado, en línea con las metas 3.1 y 3.7 del Desarrollo Sostenible.</i></p>
<p>El 18.9% de las mujeres en la región dijo haber sido separadas de manera prematura de sus hijos, sin que mediara explicación alguna por parte del personal de salud.</p>	<p>Se recomienda al sector salud revisar con su personal, en forma autocrítica, las posibles causas de estas respuestas emitidas por las mujeres atendidas en los municipios de la MRHC y tomar las medidas conducentes a erradicar estas prácticas.</p> <p>Se recomienda estimular la permanencia del personal capacitado y sensibilizado en perspectiva intercultural y de género que haya sido evaluado positivamente por las mujeres atendidas en proceso de parto.</p>

OBSERVACIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO	RECOMENDACIONES
<p>En la categoría de abuso, 6.7% narraron haber recibido ofensas por manifestar su dolor durante la atención del parto, misma que aludían a su sexualidad.</p>	<p>Se recomienda al sector salud revisar con su personal, en forma autocrítica, las posibles causas de estas respuestas emitidas por las mujeres atendidas en los municipios de la MRHC y tomar las medidas conducentes a erradicar estas prácticas.</p> <p>Se recomienda estimular la permanencia del personal capacitado y sensibilizado en perspectiva intercultural y de género que haya sido evaluado positivamente por las mujeres atendidas en proceso de parto.</p>
<p>Respecto de prácticas asociadas a acciones u omisiones intencionales, 18.9% de las mujeres refieren haber sido forzadas a aceptar la colocación de un método de planificación familiar, o bien, afirman que éste les fue colocado sin su autorización; de ellas, 7.4%, dijo haber recibido algún tipo de coerción, como el negarle la alta y/o amenazarlas con quitarles el acceso a los servicios de salud, para que permitieran la colocación del MPF. Las fallas de comunicación intercultural respecto a las disposiciones médicas impuestas a las mujeres, se constituye en una causal que impide caminar junto con las mujeres en la disminución de la mortalidad materna.</p>	<p>Siendo generalizada la insatisfacción con el MPF por parte de mujeres indígenas y no indígenas. En el caso de estas últimas, se incumple el acuerdo Internacional 149 respecto a los derechos de los pueblos indígenas.</p> <p>Se recomienda tener en cuenta que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, CEDAW, en su informe sobre México, 2018, señaló la existencia de informes de esterilización forzada de mujeres y niñas indígenas, y acceso limitado o insatisfacción con los servicios de salud reproductiva.</p> <p>Se recomienda dar cumplimiento a la recomendación de la CEDAW 2018 en el sentido de:</p> <p>(f) Asegurar que el personal médico solicite sistemáticamente un consentimiento totalmente informado antes de que se realicen las esterilizaciones, que los profesionales que realizan las esterilizaciones sin dicho consentimiento sean castigados adecuadamente y que las mujeres víctimas de esterilizaciones no consensuadas puedan obtener reparación y compensación financiera. Asimismo, se recomienda elaborar materiales, procedimientos y estrategias pedagógicas para explicar los procedimientos médicos y pedir autorización con respeto y lenguaje sencillo y claro a las mujeres de la MRHC que acuden a recibir servicios de salud sexual y reproductiva.</p>

OBSERVACIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO	RECOMENDACIONES
<p>Dado que en el estudio emergen datos de la presencia de madres muy jóvenes y muy desinformadas se pone sobre la mesa el papel del sector salud respecto a detectar el abuso y ser interlocutor adecuado de estas situaciones.</p>	<p>Se recomienda que en caso de que una menor de edad llegue embarazada, investigar si fue víctima de abuso y seguir el proceso legal correspondiente, trabajando de manera conjunta con las autoridades del municipio.</p>

GLOSARIO

Violencia obstétrica y salud materna

Abuso: Se entiende este desde el contexto del abuso de autoridad o poder, que se refiere a la existencia de prácticas de intercambio social en las que se ejecuta una conducta basada en una relación de poder, jerarquizada y desigual, donde la autoridad o individuo tiene y ejerce poder sobre el otro, ostentándose dueño de conocimiento y desacreditando desde esta noción los conocimientos, deseos y derechos de las mujeres. Se considera que estas acciones poseen potencial para provocar daño físico y psicológico, sin embargo, su mayor gravedad radica en que son prácticas que llegan a institucionalizarse e incidir en formas de violencia «normalizadas».

Acciones u omisiones intencionales. Serie de prácticas con potencial para daño psicológico y físico, que se realizan o dejan de realizarse con la finalidad de dominar, someter, controlar o agredir de manera física o verbal a las mujeres. En este segmento se incluye, haciendo mención aparte, los aspectos que tienen relación como la negación de la autonomía, entendida como la negación individual o institucional de la capacidad que tienen las mujeres para establecer sus propias normas y regirse por ellas a la hora de tomar decisiones sexuales y reproductivas. Se consideran de naturaleza sumamente grave, ya que contradicen derechos reconocidos tanto en instrumentos internacionales como en la propia Constitución Mexicana.

Apego inmediato. Consiste en el contacto temprano piel a piel del recién nacido con la madre, colocando al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral (boca abajo, con la cabeza hacia un lado) sobre el torso desnudo de la madre, inmediatamente después del nacimiento.

Atención integrada del embarazo y el parto. Debe ofrecer orientación e instrumentos para aumentar el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad, mejorar la salud materna y neonatal abordando diferentes factores que son fundamentales para el acceso a una atención especializada antes, durante y después del parto. Está dirigida a los sistemas de salud, a los profesionales sanitarios y a las familias y comunidades.

Atención prenatal. Serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, que incluyen la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural, enfoque de género y respetuosa de su autonomía y derechos humanos; a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido, acciones que se deberán registrar en el expediente clínico, así como, el desarrollo de un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el hospital resolutivo donde pueden recibir atención inmediata.

Calidez en la atención. Trato cordial, positivo y respetuoso del prestador de servicios de salud con las usuarias(os) de los mismos, que toma en cuenta su diversidad cultural, necesidades y expectativas, donde las usuarias(os) son sujetos de la atención.

Cesárea. Intervención quirúrgica del evento obstétrico que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, y la extracción de la placenta a través de una incisión en la pared abdominal. El nacimiento por cesárea también es denominado nacimiento por vía abdominal y no es considerado parto, el cual ocurre por vía vaginal.

Derechos humanos de las mujeres. Los derechos humanos son facultades, prerrogativas, intereses y bienes de carácter cívico, político, económico, social,

cultural, personal e íntimo, adscritos a la dignidad del ser humano, y los cuales están reconocidos por instrumentos jurídicos nacionales e internacionales. Se habla de derechos humanos de las mujeres para hacer un señalamiento especial que deriva de la desventaja histórica con que ha sido reconocido el estatuto jurídico y ontológico de las mujeres. La protección de la maternidad y la infancia, forman parte de la segunda generación de derechos correspondiente a los derechos económicos, sociales y culturales.

Derechos sexuales y reproductivos. Se derivan del derecho humano a la salud. Se refieren a la libertad que tienen todos los individuos a la autodeterminación de su vida sexual y reproductiva y al derecho a la atención de la salud reproductiva. En la Ley General de Salud se determina el carácter prioritario de la planificación familiar como parte de los servicios de salud. También establece que este servicio de salud debe incluir entre sus actividades información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes, acceso a información anticonceptiva oportuna, sanciones para quienes practiquen la esterilización sin voluntad de las o los pacientes.

Desigualdad de género. Distancia y/o asimetría entre mujeres y hombres. Históricamente las mujeres han estado relegadas a la esfera privada-doméstica, y los hombres a la esfera pública. Esta situación ha derivado en que las mujeres tengan un limitado acceso a la riqueza, a los cargos de toma de decisión, a un empleo remunerado en igualdad con los hombres, y que sean tratadas de forma discriminatoria.

Discriminación. Toda acción u omisión realizada por personas o instituciones, en las que se da un trato diferente a una persona, grupo o institución en términos diferentes al que se da a sujetos similares, de los que se sigue un prejuicio o consecuencia negativa para el receptor de ese trato. Se considera que estas acciones tienen el potencial para provocar un daño psicológico y entorpecer la atención oportuna.

Eclampsia. La eclampsia se presenta después de una afección llamada preeclampsia. Esta es una complicación del embarazo en la cual una mujer presenta presión arterial alta y otras afecciones. La mayoría de las mujeres con preeclampsia no siguen teniendo convulsiones. Es difícil predecir cuáles mujeres sí las tendrán. Las mujeres con alto riesgo de sufrir convulsiones con frecuencia padecen preeclampsia grave con signos y síntomas como: exámenes sanguíneos

anormales, dolores de cabeza, presión arterial muy alta, cambios en la visión, dolor abdominal.

Enfoque en derechos humanos. La visión analítica y política que sustenta que el origen étnico, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra, no pueden ser motivo de ventaja o desventaja legal, administrativa, judicial o de servicios para los individuos. El objetivo ya no es la satisfacción de necesidades, sino la realización de derechos. Los derechos implican obligaciones y responsabilidades, las necesidades no. En México, todas las personas tienen derecho a gozar y disfrutar por igual, de los derechos humanos que otorga la Constitución y los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte.

Enfoque o perspectiva de género. Visión científica, analítica y metodológica sobre las diferencias entre mujeres y hombres asignadas a los seres humanos por su sexo en un orden jerárquico desigual, y que propone eliminar las causas de la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en su género, contribuyendo a construir ámbitos sociales en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, e igualdad en derechos y oportunidades para acceder a los recursos y a la toma de decisiones.

Episiotomía. Incisión (corte) en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento debe realizarse con tijera o bisturí y debe repararse por medio de una sutura.

Interculturalidad en salud. Capacidad de establecer relaciones respetuosas y equitativas en el ámbito de la salud con las personas usuarias, considerando la multiculturalidad del país, y con profesionales y terapeutas de prácticas y modelos complementarios y tradicionales de atención a la salud.

Maltrato a las mujeres. Es el comportamiento intencional ejecutado desde una posición de poder y encaminado a producir daño a la dignidad, la estabilidad emocional o física de las mujeres. Está relacionado con la condición de inferioridad que algunas culturas han asignado a las mujeres.

Medicina Tradicional. Sistema de atención a la salud que tiene sus raíces en conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia, fundamentado en la cosmovisión de los pueblos originarios del país.

Norma Oficial Mexicana: 046-SSA2-2005, para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Es una herramienta valiosa que permite al personal de salud contar con un marco de actuación frente a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Su cumplimiento es obligatorio para todas las instituciones del sistema Nacional de Salud y para los prestadores del servicio de salud de los sectores público, social o privado en todo el territorio nacional.

Obstétrica / Obstetricia. La obstetricia es la especialidad médica que se ocupa del embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo las situaciones de riesgo que requieran de una intervención quirúrgica. Como especialidad médica la obstetricia es combinada con la ginecología bajo la disciplina conocida como obstetricia y ginecología.

Oxitocina. Es una hormona producida en el hipotálamo que es liberada a la circulación a través de la neurohipófisis. Se utiliza como fármaco intravenoso para inducir y favorecer el trabajo de parto en caso de falta de progresión del mismo, además de que se utiliza para incrementar el tono uterino en la hemorragia posparto.

Parto vertical. Atención de la mujer en el periodo expulsivo del trabajo de parto, en posiciones de sentada, sentada acucillada, en cuclillas, hincada y de pie.

Periné. Región anatómica que corresponde al suelo de la pelvis, el cual abarca desde la vagina hasta el ano, conformada por tejidos blandos y músculos superficiales y profundos.

Pertinencia cultural en los servicios de salud. Procesos que posibilitan que la atención que se brinda a la salud, sea apropiada a la cultura de la persona y responda a las percepciones de la salud, expectativas y necesidades de los diferentes grupos humanos que acuden a los servicios.

Preeclampsia. Es una condición que ocurre solamente durante el embarazo.

Algunos síntomas de preeclampsia pueden incluir la hipertensión arterial y proteína en la orina que ocurre después de la semana 20 del embarazo. La preeclampsia es a menudo anunciada por la hipertensión gestacional. Mientras que la alta presión arterial durante el embarazo no indica necesariamente la preeclampsia, puede ser una señal de otro problema. La preeclampsia afecta por lo menos 8.5% de los embarazos.

Probable negligencia. Todo acto realizado por parte de un proveedor de asistencia sanitaria que se desvía de los estándares aceptados en la comunidad médica (guías de práctica clínica), con potencial para lesionar a las pacientes; implica también, no tener la diligencia requerida para el caso particular. Se considera que estas acciones poseen potencial para provocar daño físico tanto en la madre como en el producto de la concepción.

Puerperio. Es el período que sigue inmediatamente al parto y que se extiende el tiempo necesario (normalmente 6-8 semanas, o 40 días) para que el cuerpo materno—incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino— vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 24 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto inmediato.

Química Sanguínea. Grupo de exámenes de sangre que suministran una imagen general del metabolismo y el equilibrio químico del cuerpo. Existen químicas sanguíneas de 5, 6, 12, 24 y la más completa de 27 elementos. Los principales elementos medidos son glucosa, triglicéridos, colesterol, creatinina, nitrógeno urea, entre otros.

Salud del recién nacido. Casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal.

La gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud. La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia.

Salud materna. Comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo

una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte. Cinco complicaciones directamente relacionadas son responsables de más del 70% de las muertes maternas: hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.

Sufrimiento fetal. Estado en el que feto sufre una disminución en la cantidad de oxígeno y nutrientes, que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte del bebé.

Tamiz neonatal. Es un estudio que debe realizarse a todos los niños recién nacidos para detectar alteraciones del metabolismo (patología endocrina, infecciosa o errores del metabolismo), antes de que la enfermedad se manifieste y para prevenir, de ser posible, alguna discapacidad física, mental o la muerte. Se realiza a través de una toma sanguínea del cordón umbilical o bien en el talón del recién nacido.

Tasa específica de fecundidad. El número de nacimientos que ocurren durante un determinado año o período de referencia por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva clasificada en grupos de edad simples o quinquenales.

Tasa global de fecundidad. Es el número de hijos que nacerían por mujer (o por 1000 mujeres) si la mujer o mujeres tuvieran sus hijos en todos sus años reproductivos de acuerdo con las tasas de fecundidad específicas por edad de la población y épocas del estudio.

Trabajo de parto. El trabajo de parto es una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se abra (dilata) y afine (vuelva más delgado) el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto. El trabajo de parto generalmente comienza dos semanas antes o después de la fecha estimada de parto.

Tricotomía. Es el proceso que se ejecuta en la zona en la que se llevará a cabo la incisión, que consiste en retirar el vello de dicho lugar, conocido como rasurado del pubis.

Ultrasonido endovaginal. Es un método de apoyo diagnóstico que se utiliza para

examinar los órganos genitales internos de la mujer (útero, ovarios, cérvix). Se utiliza durante el embarazo para confirmarlo, para determinar la edad gestacional, complicaciones del embarazo, determinar bienestar fetal, determinar el sexo fetal, buscar alteraciones de la placenta y como para detección de algunas enfermedades.

Violencia contra la mujer. Todo acto violento que tiene por motivo profundo la pertenencia al sexo femenino y que ocasiona sufrimiento y/o daño físico, psicológico o sexual, ya sea en la vida pública o en el ámbito privado. En esta clase se encuentran también las amenazas sobre tales actos, la coacción y la privación de la libertad, así como cualquier acción que vaya en detrimento de la dignidad de las mujeres.

Violencia obstétrica o perinatal. Forma específica de violación a los derechos humanos de las mujeres que implica toda acción u omisión por parte del personal del sistema de salud, que dañe, lastime o denigre a las mujeres durante el proceso pre-concepcional, el embarazo, el parto/nacimiento y puerperio —sin importar la etapa o circunstancia del proceso reproductivo—, así como la negligencia en su atención que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad. Cualesquiera de otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

Amaraco Cuevas, Marbella, "La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres", en *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 18, núm. 40, 2013, pp. 185-192, disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855544>

Boria, Adriana, "Acerca del cuerpo como categoría analítica", en *Estudios: Centro de Estudios Avanzados*, núm. 27, 2012, pp. 103-105, disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5209675>

Calafell Sala, Nuria, "La emergencia de la violencia obstétrica como modelo de mundo contra-hegemónico", en *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, núm. 10, 2015, pp. 331-354, disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5133849>

Contreras-Tinoco, Karla Alejandra, "Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico", en *Musas. Revista de Investigación. Mujer, Salud y Sociedad*, Universidad de Barcelona, vol. 3, núm. 2, 2018, disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/22567>

Cruz Jaime, Guadalupe, "Maternidad sin Riesgo", 2007, disponible en: <https://cimacnoticias.com.mx/node/51148>

Da Silva Carvalho, Isaiane y Rosineide Santana de Brito, "Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal", en *Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería*, vol. 16, núm. 3, 2017, pp. 71-79, disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6047885>

Fernández Guerrero, Olaya, "Pensar con el cuerpo, pensar desde el cuerpo", en *Thémata: Revista de Filosofía*, núm. 46, 2012, pp. 361-368, disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4677584>

Galeana, Patricia (coord.), *Los derechos reproductivos de las mujeres en México*, México, Editorial UBIJUS, FEMU, 2010.

Giberti, Eva, *Mujer, enfermedad y violencia en medicina*. En otras palabras..., en *Mujeres, salud y sociedad* (1). 1996, pp. 9-26, disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47613/>

Herrera, Cristina, *Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y políticas de salud en México*, México, FLACSO, UNAM, IIS, PUEG, Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos, en: <https://www.iidh.ed.cr/>

Jerez, Celeste, "«Partos empoderados»: clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos", XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario, 2014, disponible en: <https://www.aacademica.org/000-081/1588>

Logia, Silvia María y Araceli Fernández-Cerdeño, *Mujeres y hombres frente a las instituciones de salud*, México, PIEM, El Colegio de México (Investigaciones núm. 2), 2006.

Mujer: derecho a decidir sobre su propio cuerpo, en *Defensor*, Revista de Derechos humanos, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, año 10, núm. 03, marzo de 2012, disponible en: <https://cdhdf.org.mx/revista-dfensor/>

Niñas y mujeres sin justicia. Violencia obstétrica. Negación de acceso y mala atención del parto. Casos, en *Grupo de Información en Reproducción Elegida* (GIRE), disponible en: <http://informe2015.gire.org.mx/#/negacion-acceso>

Olivera, Noelia, *Percepciones de los profesionales de la salud sobre Violencia Obstétrica*, Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad de la República de Uruguay, 2016, disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/8648>

Poniatowska, Elena, *Las mil y una... La herida de Paulina*, México, Plaza y Janés, 2000.

Proyectos de la línea de investigación Salud Sexual y Reproductiva del Instituto Nacional de Salud Pública, en: <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-sexual-y-reproductiva/proy-lim-47.html>

Taller sobre Calidad de la Atención durante el embarazo, parto y puerperio (CAEPP) en México, Centro de Investigación en Salud Poblacional (CISP), Instituto Nacional de Salud Pública, resumen disponible en: <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-sexual-y-reproductiva/proy-lim-47.html>

Análisis para desarrollar una propuesta de intervención con enfoque de género que contribuya a la salud sexual y reproductiva en adolescentes de Baja California Sur, Centro de Investigación en Salud Poblacional (CISP), Instituto Nacional de Salud Pública, resumen disponible en: <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-sexual-y-reproductiva/proy-lim-47.html>

Análisis del sistema de información BIRMM: distribución y efecto de las variables individuales y de nivel de sistema sobre la mortalidad materna directa, indirecta y tardía, Centro de Investigación en Salud Poblacional (CISP), Instituto Nacional de Salud Pública, resumen disponible en: <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-sexual-y-reproductiva/proy-lim-47.html>

Tarjetas temáticas del INMUJERES sobre salud y género, en: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas.php?menu1=3&IDTema=3&pag=3>

Salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes, INMUJERES, 2006, disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Publicaciones.php?criterio=migrantes&filanio=0&search=Buscar>

Salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo en adolescentes, INMUJERES, Instituto Nacional de Salud Pública, 2018, disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Publicaciones.php?criterio=migrantes&filanio=0&search=Buscar>

UNICEF, "La Maternidad sin Riesgos", disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/ffl/02/>

Alto Comisionado de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, "Medidas de prevención del delito y de justicia penal para la eliminación de la violencia contra la mujer". Resolución

1997/24 del Consejo Económico y Social, disponible en: <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/97046377b77b284f80256881006080db?Opendocument>

Annan, Kofi, Secretario General de Naciones Unidas, (E/CN.6/2000/PC/2), disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/fs4.htm>

Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, disponible en: <http://www.eclac.cl/mujer/conferencia/default.asp>

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belem do Pará”, consultado en: <http://oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

Declaración de Beijing 1995, consultada en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, disponible en: <http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/mexico/fond/unifem.htm>

INEGI, Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 San Luis Potosí, consultado en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/slp/24_principales_resultados_cpv2010.pdf

Ley general para la igualdad entre mujeres y hombres, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de agosto de 2006, disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf>

Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007, disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). 2015 *Medición de pobreza, San Luis Potosí, 2010-2015*. Indicadores por municipio. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/SanLuisPotosi/paginas/pobreza_municipal2015.aspx Consultado 10/12/2018

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Cortés, Fernando, "Los métodos cuantitativos en las ciencias sociales de América Latina", en *Revista Iconos*, Núm. 30, Enero, FLACSO, Quito, 2008, pp. 91-108.

Cortés, Fernando, Agustín Escobar y Mercedes González de la Rocha, *Método científico y política social. A propósito de las evaluaciones cualitativas de programas sociales*, México, El Colegio de México, 2008.

Cruz Parcero, Juan A. y Rodolfo Vázquez (coords.), *Derechos de las mujeres en el derecho internacional*, México, Fontamara, Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), Género, Derecho y Justicia, 2010.

Escobar Latapí, Agustín y Mercedes González de la Rocha, "Girls, mother and poverty reduction in México", en S. Razavi (ed.), *The Gendered Impacts of Liberalization: Towards Embedded Liberalism?*, Routledge/UNRISD, Nueva York, 2008, pp. 435-468.

Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí e INEGI, *Mujeres y Hombres en San Luis Potosí 2005*, México, consultado en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2005/MyH_SLP.pdf

Instrumento de Diagnóstico Estatal sobre la Atención e Intervención en Materia de Violencia de Género contra las Mujeres en San Luis Potosí, 2013.

Lagarde, Marcela, *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. 2ª ed., Madrid, Horas y Horas, 1997.

Lamas, Marta, *Cuerpo: diferencia sexual y género*, México, Taurus, 2002.

Ley de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia en el Estado de San Luis Potosí.

Marco Jurídico de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Serie por la vida y la libertad de las mujeres. Red de investigadoras por la vida y la Libertad de las mujeres, A.C. México, D.F. 2009.

Moreno, J. M., "Desgaste profesional: personalidad y salud percibida", en J. Buendía y Francisco Ramos, *Empleo, estrés y salud*, Madrid, Pirámide, 2011, pp. 59-83.

Naciones Unidas, *Manual de Legislación sobre la Violencia contra la Mujer*, Nueva York, 2010.

Naciones Unidas, *Seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y plena aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing* y de los resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, del 21 de diciembre de 2010, disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/65/191>

Núcleo Multidisciplinario sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia "Cecilia Loria Saviñón", *Aplicación práctica de los Modelos de Prevención, Atención y Sanción de la Violencia de género contra las mujeres*. Protocolo de actuación, UNAM, 2012.

Núcleo Multidisciplinario sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. *Aplicación práctica de los modelos de prevención, atención y sanción de la violencia contra las mujeres. Protocolos de actuación*. IJJ/UNAM/CONACYT, México, 2012.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, consultado en Naciones Unidas, *Manual de Legislación sobre la Violencia contra la Mujer*, Nueva York, 2010.

Organización de Estados Americanos (OEA), *Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém do Pará"*, disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-61.html>

Organización Mundial de la Salud, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa, 6 de diciembre de 2005, "Decisión nº 15/05, Prevenir y Combatir la Violencia contra la Mujer", MC.DEC/15/05, Liubliana, Eslovenia. Organización Mundial de la Salud, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa, 6 de diciembre de 2005, "Decisión nº 15/05 Prevenir y Combatir la Violencia contra la Mujer", MC.DEC/15/05, Liubliana, Eslovenia.

Pacheco, Edith y Mercedes Blanco, "En busca de la "metodología mixta" entre un estudio de corte cualitativo y el seguimiento de cohorte en una encuesta retrospectiva", en *Revista de Estudios Demográficos y Urbanos*, México, COLMEX, 2002, pp. 485-521.

Programa y Declaración de la Convención de Viena, consultado en: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp)

Velázquez, Susana, *Violencias cotidianas, violencia de género*, Buenos Aires, Paidós, 2003.

Sobre tema de ITS y VIH

Asamblea General de las Naciones Unidas (2016). *Acción acelerada para poner fin a la epidemia del Sida. Informe del Secretario General*. Abril 2016.

Del Campo, E. (ed.), (2012). *Mujeres indígenas en América Latina: política y políticas públicas*. Editorial Fundamentos, Madrid, España.

Espada, J., Orgilés, M., Morales, A., Ballester, R. y Huedo-Medina, T. (2012). Effectiveness of a school HIV/AIDS Prevention Program for Spanish Adolescents. *AIDS Education and Prevention*. 24(6): 500-513.

Estrada, J. (2009). Evaluación de programas educativos para jóvenes, como herramientas de prevención de VIH/SIDA. *Revista Gerencia Política Salud*, 8(16): 72-90.

García-Bernal, R. (2005). Reducir la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/sida. Campaña mundial, prioridad nacional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8: 54-64.

Gayet, C., Juárez, F., Pedraza, N., Caballero, M. y Bozon, M. (2011). Percepciones de VIH/sida y parejas sexuales simultáneas: un estudio de biografías sexuales mexicanas. *Papeles de población*, 68: 9-40.

Karver, T., Sorhaindo, A., Wilson, K. y Contreras, X. (2016). Exploring intergenerational changes in perceptions of gender roles and sexuality among Indigenous women in Oaxaca. *Culture Health & Sexuality*, 18(40): 845-859.

Mehrotra, P., Noar, S., Zimmerman, R. y Palmgreen, P. (2009). Demographic and Personality factors as predictors of HIV/STD Partner-Specific Risk Perceptions: Implications for Interventions. *AIDS Education and Prevention*, 21(1): 39-54.

Murray, C., Hatfiel-Timajchy, K., Kraft, J., Bergdall, J., Habel, M., Kottke, M. y DiClemente, R. (2013). In Their Own Words: Romantic Relationships and the Sexual Health of Young African American Women. *Public Health Reports*, 128(supl. 1): 33-42

Noboa-Ortega, P. y Serrano-García, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: Retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1): 21-43.

Organización de las Naciones Unidas (2016). *Declaración Política sobre el VIH/SIDA: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030*. 7 de junio de 2016.

Organización Mundial de la Salud (2002). Capítulo 4: Cuantificación de algunos riesgos importantes para la salud. *Informe para la salud en el mundo 2002*, p.p. 1-103.

Pavía, N., Góngora, R., Vera, L., Moguel, W., y González, P. (2012). Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 23: 53-60.

Pérez, D., Escabí, A. y Cabrera, M. (2010). Desarrollo de una intervención grupal para la prevención del VIH en parejas heterosexuales. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 21: 7-34.

Quintal-López, R. y Vera-Gamboa, L. (2014). Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diáda migración y VIH/SIDA entre mujeres mayas de Yucatán. *Estudios de Cultura Maya*, 46: 197-226.

Reartes, D. (2011). La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. *Desacatos*, 35: 59-74.

Secretaria de Salud (2012). *Perfil Epidemiológico de los Grupos Vulnerables en México*. México.

ANEXO

FOLIO _____

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DE LA PREVALENCIA Y CONFIGURACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES DE LA MRHC ¹ DE SAN LUIS POTOSÍ

Instrucciones para las personas aplicadoras:

- El instrumento se aplicará en forma de entrevista.
- Se recomienda pedir a las mujeres que recuerden su experiencia del último embarazo y parto, desde el momento en que entraron a los servicios de salud (o con su partera), hasta el momento en que regresaron a su domicilio. (Ejercicio de imaginación guiada).
- Es necesario que la encuestadora construya narrativas que ayuden a las mujeres a recordar este evento, sin brindar detalles que puedan encauzar respuestas.

Nombre de la persona que aplica cuestionario: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: _____

La información que proporcionen las personas encuestadas será tratada con absoluta confidencialidad, con el cuidado y preservación de sus datos personales.

¹ MRHC: Microrregión Huasteca Centro.

FICHA DE DATOS GENERALES DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

Datos generales

1.1. Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Edad: _____

Municipio donde vive: _____ Localidad: _____

Cuántos hijos e hijas tiene y de qué edades (En años con meses):

Subraye los datos de su último(a) hijo(a)

	H	M	Edad	Meses	H	M	Edad	Meses
1								
2								
3								
4								

1.2. Estado civil

Madre sola _____ Unión libre _____ Casada _____ Viuda _____ Separada _____ Divorciada _____

1.3. Ocupación: _____ ¿Cuánto gana por semana? _____ Tiene algún otro ingreso _____

Es ejidataria o propietaria de tierra _____

¿Ocupa algún cargo en la comunidad? Sí () No () ¿Cuál? _____

1.4. Etnia y lengua

¿Pertenece a alguna etnia o comunidad indígena? Sí () No () ¿Habla o entiende alguna lengua indígena? Sí () No () ¿Cuál?: Náhuatl ()

Téneq () Otra _____ ¿Usted puede comunicarse en español? Sí _____ No _____ Religión _____

1.5. Acceso a escolaridad

¿Cuántos años asistió a la escuela?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () Más de 10 años ()

1.6. Conocimiento de su estado de salud.

- ¿Se considera una persona sana? Sí () No ()
- ¿Padece alguna enfermedad como presión alta, azúcar, deformidad de huesos, problemas del corazón, el riñón, grasa en la sangre, obesidad, o VIH/SIDA?
Sí () No () ¿Cuál? _____ ¿Quién le dijo que tenía esta enfermedad? _____
- ¿Padece alguna enfermedad para la que haya tomado tratamiento durante más de tres meses? Sí () No () ¿Cuál? _____
- ¿Tiene usted enfermedades o malformaciones de nacimiento? Sí () No () ¿Cuál? _____

- ¿Presenta algún problema de discapacidad (ceguera, sordera, otra)? ¿Cuál? _____
- ¿Algún doctor le ha dicho que usted tenga un problema de salud mental como depresión, ansiedad, bipolaridad, o esquizofrenia?
Sí () No () ¿Cuál? _____

1.7. Acceso a servicios de salud durante el embarazo

- ¿Con qué servicio de salud cuenta para su atención y la de su familia? _____
- ¿Quién vigió su embarazo? (partera, médico, sanador): _____
- ¿Cuántas veces la vio (revisó) durante el embarazo? _____
- ¿Durante su embarazo tuvo alguna complicación? Si () No () ¿Cuál fue? _____
- ¿Qué consejos le daban?:
 - a) El médico y las enfermeras _____
 - b) Su partera y/o sanador _____
 - c) Su suegra _____
 - d) Su madre _____
 - e) Su esposo _____
 - f) Sus amigas _____
 - g) Otras personas _____

1.8. ¿Cuáles son los principales gastos que hizo durante su embarazo y de cuánto fueron?:

- a) ¿Cómo cuánto gastaba en el transporte para ir a las consultas? _____
- b) ¿Cómo cuánto gastó en medicinas? _____
- c) ¿Cómo cuánto gastó en estudios médicos? _____
- d) ¿Cómo cuánto gastó en revisiones de la partera? _____

1.9. Conocimiento del cuerpo y del proceso del embarazo, parto y puerperio

- a) ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ ¿Cuántos partos? _____ ¿Cuántas cesáreas? _____ ¿Cuántos abortos? _____
 - b) ¿En qué lugar tuvo su último parto? _____
 - c) Forma de resolución del último parto: Vaginal () Cesárea () Uso de fórceps ()
 - d) ¿Cómo fue su parto? _____
-
-
-
-
- e) ¿Cómo detectó que ya iba a nacer su hijo(a) _____
-
-
-
-

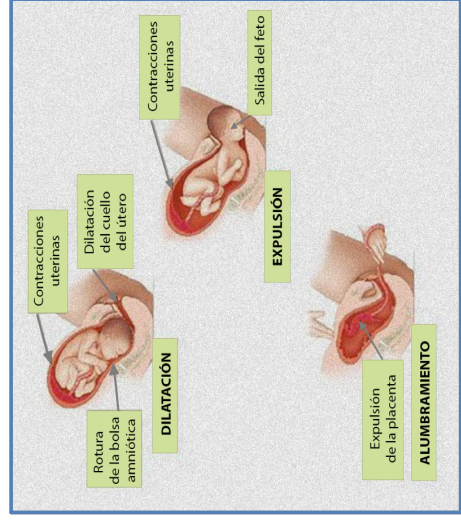
- f) ¿Qué atención le dieron? _____
- g) ¿Cree que afecta ser indígena para que la atiendan rápido? Sí () No () Comente al respecto _____
- h) ¿Cuánto tiempo duró su parto? _____
- i) ¿Sintió en algún momento que estaba en peligro su vida o la de su hijo (a)? _____
- j) ¿Qué recuerda que le hicieron para salvarle la vida? _____

1.9.1 Reconoce este dibujo: SI () NO ()



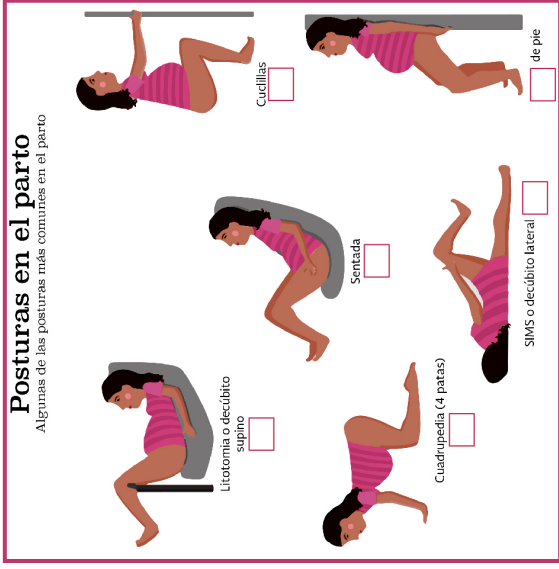
Explique: ¿qué es? ¿Dónde lo vio? ¿Quién se lo enseñó?

1.9.2 ¿Alguna vez le explicaron cómo iba a ser el parto?: SI () NO () ¿Quién le explicó? _____



Comente las imágenes:

1.9.3. ¿Señale qué posición le parece la más cómoda para parir un hijo y por qué?



Explique:

Después del parto ¿continuó yendo a la partera, médico o sanador para que vieran si usted ya se había recuperado? Sí () No ()

¿Cuántas veces fue? 0 () 1 a 3 () 4 o más ()

Señale usted si asociado a alguno de sus partos, actualmente presenta algunas de las siguientes situaciones:

- a) Que se orine sin querer, cuando hace esfuerzos o se ríe: ()
- b) Que se orine sin sentir: ()
- c) Que tenga evacuaciones sin sentir: ()
- d) Que tenga relaciones sexuales dolorosas: ()

1.9. Qué cuidados le dijeron que debía tener después del parto?

- a) El médico y las enfermeras _____
- b) la partera _____
- c) su suegra _____
- d) su madre _____
- e) sus amigas _____
- f) Otros _____

Pasaremos ahora a las preguntas sobre su relación con la atención médica:

Categoría I.	Sí	No	No recuerda	No aplica	Notas del aplicador (a)
I.1 ¿Considera que recibió una buena atención cuando se acercó a los servicios de salud para la atención de su parto?					¿Por qué?
I.2 Después de haber acudido al hospital ¿la regresaron a su casa y su hijo nació fuera del hospital (calle, jardín, transporte, sala de espera, ect.)					¿Dónde nació?
I.3 ¿Considera que el personal atendió las solicitudes que usted hacía para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc.)					¿Qué le dijeron?
I.4 ¿Alguien del personal de salud le negó o se burló de alguna de las solicitudes que usted hizo para sentirse más cómoda durante su parto? (posición, administración de anestesia, etc).					¿Qué paso?
I.5 ¿El algún momento, alguien del personal de salud le dijo que no podían atenderla o simplemente no le hizo caso?					¿Qué le dijeron?
I.6 ¿Alguien del personal de salud le ofreció la oportunidad de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?					¿Qué le dijeron?
I.7 ¿Alguien del personal de salud se negó a su solicitud de permanecer acompañada mientras estaba en parto o con dolores?					¿Qué le dijeron?
I.8 ¿En algún momento de la atención, usted sintió que el personal la trataba como si usted no fuera capaz de entender lo que estaba pasando con usted o su hijo?					¿Qué le dijeron?
Observaciones del(a) aplicador(a)					

Categoría II.	Sí	No	No recuerda	No aplica	Notas del aplicador (a)
II.1 ¿Sintió en algún momento de la atención, que su intimidad no fue respetada? (desnudarla frente a otras personas, hablar de sus cuerpos en chiste, hacer preguntas referentes a la sexualidad en público, etc).					¿Qué paso?
II.2. ¿Le explicaron el porque realizaban cada uno de los procedimientos? (ponerle lavativa, suero o rasurarla).					¿Qué le dijeron?
II.3. En caso de que le hayan realizado corte para que naciera su hijo (episiotomía) ¿Le pidieron autorización para hacerlo?					¿Qué le dijeron?

II.4. ¿Alguien del equipo de salud se subió a su panza para presionar para que saliera su hijo (a)?					¿Qué paso?
II.5. ¿Le permitieron estar con su hijo (a) los primeros 30 minutos de vida de este? (apego y lactancia precoz).					¿Qué le dijeron?
II.6. Mencione cuantas horas pasaron entre que nació su hijo o hija y usted probó alimento () horas.					¿Por qué cree que pasó?
Observaciones del(a) aplicador(a)					

Categoría III.	Sí	No	No recuerda	No aplica	Notas del aplicador (a)
III.1 ¿El personal de salud se mostró comprensivo con su dolor? (le decía palabras de aliento, le explicaban por qué dolía, le ofrecieron anestesia, le enseñaron a respirar, etc.).					¿Qué le dijeron?
III.2 ¿Alguien del personal de salud le exigió que se callara, no gritara o gimiera para expresar su dolor?					¿Qué le dijeron?
III.3 ¿Alguien del personal emitió frases que minimizaran sus expresiones de dolor? "Ni duele tanto", "es una exagerada", "no es para tanto".					¿Qué le dijeron?
III.4 ¿Alguien de personal le dijo frases que aludieran al parto como un castigo por vivir su sexualidad? Por ejemplo: "Así hubiera gritado cuando lo estaba haciendo" "Pero cuando lo hizo, bien que le gustó", "Para que ya no lo vuelva a hacer" ...					¿Qué le dijeron?
Observaciones del(a) aplicador(a)					

Categoría IV.	Sí	No	No recuerda	No aplica	Notas del aplicador (a)
IV.1 ¿Alguien del personal se negó a responder si usted tenía dudas sobre por qué usaron aparatos (forceps), o le cortaron para que naciera su hijo, o porqué le daban suero, o porque debía guardar reposo?					¿Qué le dijeron?
IV.2 ¿Considera que el personal mantuvo una comunicación clara con sus familiares, para explicarles su estado de salud y el de su hijo o hija?					¿Qué le dijeron?

IV.3 ¿Alguien del personal de salud le amenazó a usted o sus familiares con no brindarle la atención?					¿Qué le dijeron?
IV.4 ¿Alguien del personal de salud le amarró para evitar que se moviera durante la atención?					¿Qué paso?
IV.5 ¿Alguien del personal de salud le metió algún objeto o le tapó la boca con la mano para evitar que gritara?					¿Qué paso?
IV.6 ¿Alguien del personal de salud grabó o tomó fotografías a usted o a su hijo o hija, sin tener su permiso?					¿Qué paso?
IV.7. ¿Alguien del personal de salud le cruzó o cerró las piernas cuando su hijo/hija ya estaba naciendo?					¿Qué paso?
IV.8 En caso de que su hijo (a) haya nacido por cesárea, ¿le explicaron claramente cuáles fueron las razones para hacerlo de esta forma?					¿Qué le dijeron?
IV.9. ¿Alguien del personal de salud ofreció darle o colocarle un método de Planificación Familiar (MPF)?					¿Qué le dijeron?
IV.10. ¿Alguien del personal de salud le obligó a aceptar la colocación de un método de planificación familiar?					¿Qué paso?
IV.11. ¿Le colocaron el MPF que usted deseaba y les dijo?					¿Qué paso?
IV.12. ¿Recibió algún tipo de amenaza por parte del personal de salud para que aceptara colocarse un método?					¿Qué paso? ¿Qué le dijeron?
IV.13. ¿La esterilizaron o le colocaron un MPF sin su consentimiento?					¿Qué paso? ¿Qué le dijeron?
Observaciones del(a) aplicador(a)					

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

