



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO**

**División de Ciencias Sociales y Humanidades**

VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y EL MODELO DE ATENCIÓN A LAS  
MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:  
ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO COMO  
POLÍTICA PÚBLICA PARA ERRADICARLA.

T R A B A J O    T E R M I N A L  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADA EN POLITICA Y GESTION SOCIAL**  
P R E S E N T A

LOPEZ GARCIA VIANEY

Asesor:

Kenia Namiliz Salas Pelaez

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a mi hermosa universidad que me dio la oportunidad de formarme en ella, con sus profesores tan entregados en su trabajo, Y por permitirme encontrar a grandes amigos tomando café o té en tus jardines.

Gracias a mi asesora Kenia Salas porque sin su ayuda en momentos complejos no hubiera podido realizar mi trabajo terminal.

Agradezco a la vida por darme tan valiosa oportunidad, tan grande regalo, el creer en mí, en mis capacidades y poder lograr un sueño y una meta más.

A mí mamá, a la cual amo y que gracias a su apoyo pude creer y confiar en mí misma, siendo ella un ejemplo de dedicación, esfuerzo, tenacidad, valentía y amor. Te amo.

A mí demás familia y amigos que me brindaron su apoyo y comprensión.

A mi pareja, el amor de mi vida, mi compañero Abel, mi mejor amigo y mi gran apoyo, gracias a tu esfuerzo, comprensión, amor, ayuda y tú optimismo he logrado esforzarme cada día más para alcanzar mis metas. Te amo. Gracias.

Y a ti, mi bebé hermoso, mi persona favorita, mi Damián. Me enseñas cada día una aventura nueva, me enseñas a ser fuerte, valiente, amorosa, y entregada. Me enseñas que si se puede lograr más y más cosas. Me enseñas a ser mejor persona, una gran mujer y una mejor mamá cada día. Eres, el amor de vida, el amor de mis amores. Gracias por llegar a mi vida. Te amo.

## Índice

1. Introducción .....	6
1.1 Pregunta principal.....	8
1.2 Preguntas secundarias .....	9
1.3 Objetivo principal .....	9
1.4 Objetivos secundarios... ..	9
1.5 Hipótesis... ..	9
2. Conociendo la violencia obstétrica y posibles métodos para erradicarla ....	11
2.1 Violencia obstétrica; definición, características y perspectivas sobre el tema .....	11
2.1.1 Características de la violencia obstétrica .....	15
2.1.2 Crítica feminista a un modelo médico patriarcal.....	18
2.2 La partería como una respuesta a la violencia obstétrica .....	22
2.2.1 Partería en México: entre la institucionalización y la libertad .....	26
2.3 Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: enfoque humanizado, intercultural y seguro .....	30
2.3.1 Parto humanizado.....	37
3. Apartado metodológico .....	42
3.1 Instrumentos de investigación .....	43
3.2 Entrevistas.....	44
3.3 Criterios de selección.....	62
3.4 ¿Cómo se contactaron? .....	62
3.5 Ficha de entrevistadas.....	63

4. Reflexión sobre el entendimiento, opinión y crítica de mujeres dedicadas a la atención de la mujer embarazada, en labor de parto o puerperio.....	65
4.1 Categoría 1: Violencia obstétrica “deja de gritar, ni que fuera para tanto, además espantas a las demás” .....	66
4.2 Categoría 2: Partería “Conocimiento sin reconocimiento” .....	75
4.3 Categoría 3: Políticas públicas “ <i>lo mismo, pero en azul</i> ”.....	84
5. Conclusiones.....	91
6. Bibliografía .....	96

## 1. Introducción

La violencia hacia la mujer es un tema muy importante que se debe de tratar a profundidad para tratar de erradicarla. Existe la violencia hacia la mujer tanto física, psicológica, discriminatoria, sexual y económica, y se da en varios ámbitos como en la familia, en pareja, en lo laboral e institucional, entre otros; pero hay un tipo de violencia de la cual no se tiene tanto conocimiento en la sociedad, la violencia obstétrica. Este tipo de violencia puede englobar todos los tipos de violencia mencionadas anteriormente, incluso muchas de las prácticas mediante las que se ejerce la violencia obstétrica son normalizadas por personal médico, e incluso por las mujeres y no se catalogan como violencia, puesto que se tiene la idea de que son prácticas o parte de la rutina normal durante el momento de la atención en el embarazo, parto o puerperio.

La violencia obstétrica es

“una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos” ( GIRE, 2015, pág. 12).

Si bien algunas mujeres sabemos que existe, debido a que ya llevamos un proceso de parto, hay muchas personas que no lo conocen porque no está la tipificación a nivel federal o porque no hay tanta información en medios de comunicación sobre nuestros derechos de salud sexual y reproductiva, por mencionar algunos. Además de que la práctica médica esta estereotipada con base a un modelo médico hegemónico, en el cual se representa un mayor interés por la productividad, disminución de costos de atención o seguir protocolos en lugar de un trato humanizado. Es decir, se hace de las prácticas médicas y administrativas, practicas normalizadas bajo el fundamento de protocolos hospitalarios (Jojoa E, Cuchumbe Y, Ledesma J, Muñoz M, Paja A, Suarez J, 2019). Desde la perspectiva feminista la violencia obstétrica es causada por

acciones de abuso de autoridad, medicalización y sexismo. También a un *habitus* médico, el cual tiene como base castigos y una imagen de autoridad a los estudiantes de medicina, esto basado en el poder de jerarquías, de género y clase (Orozco & Rocha, s.f).

De acuerdo a Castrillo (2016) citado en (Orozco & Rocha, s.f) existen tres factores por los cuales la violencia obstétrica es una práctica un tanto normalizada; el primero, es que no hay testigos de la agresión ya que al momento del parto las mujeres están solas en la sala de parto porque se prohíbe la compañía de alguien más. Segundo, porque existe relaciones asimétricas de poder entre el obstetra y la mujer. Y tercero, porque se genera una violencia simbólica donde el médico ejerce la violencia sobre la mujer y ella lo acepta ya que se cree que el médico es quien tiene el conocimiento y que si hace ciertas acciones es porque es lo conveniente para el bienestar suyo y de su recién nacido. Además de que existe complicidad con el demás personal médico, ya que ellos están para recibir órdenes del médico (Orozco & Rocha, s.f).

La violencia obstétrica se ejerce tanto en instituciones de salud públicas y privadas, pero incluso el gobierno sustenta este tipo de violencia por medio del ejercicio de la violencia institucional al no contar con los recursos humanos, materiales o espacios físicos necesarios para una buena atención y con respeto a los derechos de las mujeres. De acuerdo con datos de Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C (GIRE), a nivel federal tanto la Secretaría de Salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social no tenían datos estadísticos sobre quejas en cuanto a violencia obstétrica; y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se tenía un total de 122 quejas entre el año 2009 y el año 2012 por malos tratos o negligencia médica en la atención gineco-obstétrica (GIRE, 2015).

Además, México ha tenido recomendaciones por parte de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (Recomendación General No.31/2017); la cual establece el diseño y practica de políticas públicas para la prevención a los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, atendiendo la perspectiva de derechos humanos y de género. Asumir los acuerdos necesarios para programar el presupuesto necesario y así tener instalaciones de calidad, sobre todo en zonas con marginación social.

Implementar el Modelo de Atención a las Mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro de la Secretaría de Salud en las Instituciones del Sistema Nacional de Salud. Además de implementar campañas de promoción de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres. Fortalecer el vínculo de las parteras y parteros tradicionales al sistema nacional de salud, creando un marco jurídico que propicie el respeto a dicha actividad. Así como la práctica y desarrollo de la medicina tradicional indígena en condiciones adecuadas. Y, por último, que actividades con motivo del desarrollo académico de médicos o especialistas tengan estudios sobre violencia obstétrica (CNDH, 2019).

La violencia obstétrica es una violación a los derechos reproductivos, de salud, económicos, sociales y humanos. Como se menciona en (Castro & Erviti, 2014, pág. 38) “No se trata de meros problemas de “calidad de la atención” sino de violaciones de derechos básicos de las mujeres en el marco de los servicios de salud”. Es por esto que investigue la violencia obstétrica desde una perspectiva de género, además de indagar y cuestionar sobre el Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro, de la Secretaría de Salud, el cual busca dar solución a la insatisfacción de las mujeres en la atención de su embarazo, parto u puerperio. Asimismo, investigue la labor de la partería como otro recurso que utilizaría el gobierno mexicano para evitar la violencia obstétrica dentro del mismo modelo de atención.

Para llevar a cabo la investigación planteé las siguientes preguntas, objetivos e hipótesis.

### **1.1 Pregunta principal**

- ¿Cómo funciona el modelo implementado por la Secretaría de Salud en México llamado “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro” como método para erradicar la violencia obstétrica?



## **1.2 Preguntas secundarias**

- ¿Cómo se percibe la violencia obstétrica entre el personal que atiende a la mujer durante su embarazo, parto y puerperio?
- ¿Cómo funciona la labor de partería como método para erradicar la violencia obstétrica?

## **1.3 Objetivo principal**

- Investigar y problematizar las características del Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro como una medida ejecutada por el gobierno mexicano para evitar la violencia obstétrica.

## **1.4 Objetivos secundarios**

- Analizar cómo se concibe la violencia obstétrica dentro las instituciones de salud pública, en este caso un Hospital General de la zona de Iztapalapa, y específicamente por su personal médico.
- Reflexionar en torno al ejercicio de la partería sus límites y alcances, ésta como una práctica alternativa para el cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y como método para coadyuvar a la erradicación de la violencia obstétrica.

## **1.5 Hipótesis**

La violencia obstétrica es un tipo de violencia hacia la mujer que parece imperceptible, pero las mujeres que se dedican a la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio están conscientes de que existen dicha violencia, es común que dicho personal conozca sus diferentes causas, reconociéndolas desde diferentes perspectivas; en este caso como mujeres ejerciendo la medicina y mujeres ejerciendo la partería. Ante dicha problemática se crea el Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro como política pública para evitar y erradicar la violencia obstétrica, así como brindar una atención humanizada. Sin

embargo, este es un modelo que no ha tenido una buena implementación desde el punto de vista en las mujeres que brindan algún tipo de atención a la mujer y sus procesos fisiológicos, principalmente por la indiferencia de autoridades encargadas de llevar a cabo la implementación adecuada del modelo.

Además, el modelo no garantiza los tres enfoques en el cual está sustentado: el enfoque humanizado, el cual deja que la mujer sea la protagonista de su embarazo, parto y puerperio en la forma de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quién parir. El enfoque intercultural, que contempla el retomar actividades propias del ejercicio de la partería, el cual sería un modelo diferente a un institucionalizado ya que de acuerdo a su concepto ayudaría a un protagonismo, a un respeto a los derechos de la mujer y a una experiencia en la que hubiera todo un acompañamiento y no solo una atención. Por último, el enfoque seguro, el cual reconoce el derecho a las mujeres a recibir una atención médica, procurar espacios confortables, atención desmedicalizada.

## **2. Conociendo la violencia obstétrica y posibles métodos para erradicarla**

### **2.1 Violencia obstétrica; definición, características y perspectivas sobre el tema**

En este apartado se dará a conocer el término de violencia obstétrica vista desde diferentes perspectivas empezando con las definiciones institucionales y posteriormente exponiendo términos derivados de estudios con perspectiva de género y feminista. Esto con la finalidad de poner en discusión estos paradigmas en torno a la violencia obstétrica, pero también conocer el trasfondo de ésta.

Para comenzar este apartado sería conveniente definir que es violencia y violencia de género. El término de violencia propuesto por la OMS en el año 2003 es “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (García, 2018, p. 37).

Por otra parte, el concepto violencia de género se puede definir como forma de coacción o imposición ilegítima que pretende mantener una jerarquía sexista, y así poder forzar a la mujer a hacer o no hacer lo que se quiere, así como convencer de la orden de lo que dicta un varón. Bonino (2005) citado por García (2018, p.40) define la violencia de género como el derecho de poder hacia la mujer, con lo cual se autoriza invadir, violar o transgredir sus límites para poder tener control, dominio y posesión de ellas. En pocas palabras es un método de control y subordinación de las mujeres para que el hombre pueda mantener el *status quo* de la dominación masculina (García, 2018, p. 40). De manera que la legitimación de la opresión sobre la mujer está basada en el hecho de encontrar a la mujer como inferior y propiedad de los hombres, a quienes se debe respetar y obedecer (García, 2018).

La violencia hacia la mujer ejercida por los varones desde el feminismo se considera como un fenómeno social, el cual está enmarcado por desigualdades de género. Resaltando la devaluación de lo femenino, y resaltando que la

violencia hacia las mujeres está basada en formas de organización y relaciones sociales, los cuales coadyuvan a que se generen situaciones y hechos violentos hacia las mujeres por el simple hecho de ser mujer (Otero,2009). De esta manera, la violencia de género involucra a las personas individualmente, pero también a la comunidad, practicas e instituciones sociales y al Estado, ya que no garantiza igualdad al no dar seguridad a las mujeres durante toda su vida, esto mediante formas legales, jurídicas, políticas androcéntricas y jerarquías de género.

Algunos de los ejemplos de la violencia hacia la mujer o basados en el género son: acoso sexual, aborto selectivo por razones de género, diferencias en el acceso a la alimentación y servicios, explotación y abuso sexual, violencia doméstica, matrimonio infantil, mutilación genital femenina, entre otro. Un punto a tomar en consideración es que la violencia hacia la mujer se ejerce en todas las culturas del mundo y su fin es preservar la subordinación de la mujer hacia el hombre (UNICEF, s.f) Y por esta razón dependiendo la expresión de violencia de género que se ejerza sobre la mujer, esta puede ser tipificada, clasificarla como un delito y posteriormente sancionarla.

Pero, considero, existe una modalidad de violencia de género que en algunas partes de México no está tipificada y ha tenido largo camino para que se pueda reconocer socialmente, la cual es la violencia obstétrica. Parece ser el resultado de una expresión de violencia irreconocible, poco visible, sin significantes, ya que el argumento que la abraza es aquel de que lo importante es que el bebé nazca bien o que “todo salga bien” lo que quiere decir que el bebé y la madre estén vivos (García, 2017).

Sin embargo, es común que se medicalice, se manipule y patologice a las mujeres en parto, haciendo caso omiso a algunas recomendaciones, por ejemplo, de la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> (Almaguer J, García H, Vargas V, 2010).

Además, es invisibilizada porque no existían demandas o estadísticas que indiquen su medición, también las mujeres que la experimentan tratan de olvidar el mal rato y enfocarse en su nueva etapa como madre (Almaguer J, et al., 2010). Para explicar un poco la poca invisibilidad de la violencia obstétrica desde un punto sociológico podemos tomar en cuenta el triángulo de la violencia propuesta por Johan Galtung. Dicho triángulo se asemeja a un iceberg y nos explica que lo que generalmente vemos es la punta, es la violencia directa, pero está asentada en la violencia cultural y la violencia estructural, las cuales legitiman a la violencia directa. Dicho triángulo de la violencia, vista desde una perspectiva feminista, asienta que la violencia estructural consiste en el poder hegemónico que reside en el hombre, y que dicha estructura de poder está condicionada por el sexo. En cuanto a la violencia cultural el androcentrismo se haría presente desde edades tempranas, marcando una diferencia entre mujeres y hombres y sus roles estereotipados (Gutiérrez, 2017).

La violencia obstétrica estaría asentada en la base de esta pirámide, es decir, estaría invisibilizada ya que la mayoría de las expresiones de la violencia obstétrica se generan enraizadas en la cultura. Y en el caso específico de las mujeres, doblemente por su papel de pacientes y de mujeres, en donde la relación de médico-paciente puede afirmarse es una relación de poder. Además,

---

<sup>1</sup> 1. Ser no medicalizados, proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias. 2. Reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún superiores. 3. Basarse en las evidencias científicas. 4. Regionalizarse y desarrollar un sistema eficiente de referencias de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario. 5. Incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad, y en ciencias sociales. 6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente un cuidado biológico. 7. Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja. 8. Ser apropiados, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos. 9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres. 10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

la violencia estructural se manifiesta cuando no se ofrece las mujeres lo que ellas necesiten desde necesidades emocionales hasta físicas, no se respeta su poder de obtener información y tomar decisiones (García, 2017).

Por otro lado, las acciones para visibilizar la violencia obstétrica y que ésta tenga una entrada a la agenda pública son gracias al activismo feminista, el cual tiene como objetivo informar, formar y presionar a nivel social para que las mujeres sean de nuevo las protagonistas de sus partos y sean ellas quienes tomen las decisiones sobre su propia salud, mitigando la relación de poder doctor-paciente, lo que ha dado como resultado que los protocolos médicos no sean invasivos y por lo tanto el parto sea más humanizado. Se busca la reivindicación feminista al recuperar espacios que les pertenecen a las mujeres (García, 2017).

Tipificar la violencia obstétrica y tratar de erradicarla ha sido una tarea histórica de dicho activismo feminista, la cual se reconoce por primera vez de forma oficial en la República Bolivariana de Venezuela, incorporada en su Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que entró en vigor en marzo de 2007. En México se incorpora por primera vez en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz en 2008 (Almaguer J, et al., 2010).

Estas leyes tipifican la violencia obstétrica como una apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres a manos del personal de salud, el cual se expresa como un trato deshumanizador, un exceso de medicalización y patologización. Esto conlleva a una pérdida de autonomía para tomar decisiones, teniendo un impacto en la calidad de vida de las mujeres (Bellón, 2015). Por esta razón, es importante decir que la violencia obstétrica, es precisamente una forma de violencia de género, ya que solo las mujeres son quienes pueden llevar a cabo un proceso de embarazo, parto y puerperio lo que viola sus derechos humanos. Esta se genera en la atención brindada por personal médico o administrativo de los servicios de salud ya sean públicos o privados, los que otorgan un trato cruel, deshumanizado o llevando a cabo un exceso de medicalización, lo que conlleva a una incapacidad en las mujeres de decidir sobre los procesos reproductivos (GIRE, 2015).

Activistas por un parto respetado sugieren que el término de violencia obstétrica es una forma de denunciar no sólo los protocolos hospitalarios sino la violencia que hay implícita detrás de estas actuaciones. Y el concepto ha sido promovido por movimientos sociales para denunciar lo que mujeres entienden como prácticas irrespetuosas y violentas llevadas a cabo por personal médico durante sus partos (Bellón, 2015).

De manera que la violencia obstétrica es sin duda un gran problema en el sector salud de México, pero en general se manifiesta en todo el mundo. Para muchas mujeres es una condición de sufrimiento innecesario, maltrato a sus derechos y un riesgo para la salud, el cual puede extenderse a sus recién nacidos (Almaguer J, et al.,2010).

### **2.1.1 Características de la violencia obstétrica**

Algunas características de la violencia obstétrica se observan por medio de la conjunción de la violencia simbólica, psicológica e institucional. La violencia simbólica<sup>2</sup> se ejerce sobre una persona, sin necesidad de utilizar la fuerza física. Dicha persona, que en este caso es la mujer embarazada, no tiene consciencia de un estado de sumisión por lo cual no siente la necesidad de actuar o denunciar, ya que de hacerlo estaría en contra de lo normal. Esta violencia se transmite principalmente por gestos, actitudes y posturas corporales (García, 2018).

Además de la violencia simbólica, la violencia psicológica y emocional, son invisibles ante la sociedad. Esta se manifiesta mediante insultos, regaños, humillaciones, infantilización de las mujeres, trato despectivo, limitar el expresar las emociones como el llanto, expresar dudas y cuestionar procedimientos. Asimismo, la falta de información en cuanto al estado y condición de la mujer y los procedimientos a realizar durante el parto, información que debería

---

<sup>2</sup> Aunque la violencia simbólica puede también ser ejercida sobre sí misma, al no encajar en los estereotipos socioculturales con respecto al cuerpo, por ejemplo, el estar más delgada o más obesa; la autoimagen va a depender de la autoestima propia, pero mucho tiene que ver las creencias que surgen de la sociedad.

proporcionar el personal médico a la mujer (Jojoa E, Cuchumbe Y, Ledesma J, Muñoz M, Paja A, Suarez J, 2019).

Por otro lado, la violencia institucional, está ligada a normas, procedimientos y política institucionales, que no brindan el apoyo adecuado a la mujer y se expresa mediante relaciones de poder que naturalizan una serie de procedimientos, tales como, la apropiación del cuerpo de la mujer desde el embarazo, pasando por la expulsión del recién nacido hasta el postparto de la mujer. También hablamos de un trato deshumanizador, abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales. Estas expresiones como resultado de prejuicios de género, así como de patrones de comportamiento, prácticas sociales o culturales que se basen en conceptos de inferioridad de la mujer ante el hombre. Dando como resultado la violación a sus derechos humanos y la falta de acceso a políticas públicas destinadas a prevenir, erradicar y sancionar diferentes tipos de violencia.

También la violencia física, se manifiesta y se ejerce al realizar prácticas invasivas que no sean medicamente justificadas, y sin previo aviso o consentimiento, por ejemplo, la realización de la episiotomía, suministro de medicamentos, cesárea innecesaria y esterilización o colocación de algún método anticonceptivo (Almaguer J, et al.,2010). E incluso violencia sexual, al realizar comentarios sexuales o insinuaciones en el desarrollo del proceso obstétrico. De acuerdo a (Informante cultural, 2019) citado por (Jojoa E, et al., 2019, p.14) "Lo que no me gustó fue que un ginecólogo se sentó a mi lado y me dijo que si a la hora en el que él me tocaba en el tacto yo sentía placer. Eso me incomodó mucho y me dio miedo".

Según la OMS algunos procedimientos que no se llevan a cabo en las salas de parto tienen evidencia de que son benéficos para la madre e hijo, tales como, el apoyo psicoemocional durante la labor de parto, contacto inmediato entre madre e hijo y lactancia materna inmediato al nacimiento, posición vertical en el trabajo de parto, y la menor realización de cesáreas. Estos cuatro procedimientos propuestos por la OMS ayudan a un mejor proceso fisiológico en la labor de parto ya que también ayudan a la estimulación o inhibición de la oxitocina\*. Esta hormona ayuda en las contracciones uterinas tanto para la salida del recién nacido como de la placenta, pues al no generar un ambiente de tranquilidad y



seguridad en las mujeres, se tienen riesgos de alterar procedimientos fisiológicos como anomalías en la contracción y dilatación uterina, sufrimiento fetal por la posición de litotomía\*, atonía uterina\*\*<sup>3</sup> y diversas complicaciones al realizar cesárea (Almaguer J, et al., 2010).

El parto es un estado natural que es parte de la sexualidad femenina, pero desde hace años el exceso de medicalización ha hecho que el embarazo, incluso características propias del sexo femenino se vean como una enfermedad, tales como la menstruación o la menopausia. Como menciona Eva Margarita García, (García, 2017, p.91) ésta misma patologización de los procesos naturales femeninos, y en particular el parto es atravesado por dos procesos. El primero es cuando el parto paso de las manos de las comadronas a manos de obstetras. Y, en segundo lugar, cuando el parto paso de ser en un ambiente familiar a trasladarse a un ambiente hospitalario.

Hoy y en día en los hospitales existen protocolos médicos destinados a la comodidad de los profesionales, los médicos, y se trata a las mujeres de acuerdo a (Bellón, 2015), citado por (García, 2017, p.88). como “meras maquinas portadoras de bebés”<sup>4</sup> considerándolas no aptas para tomar decisiones y con la necesidad casi de una tutela (García, 2017). Algunos comportamientos con connotación de objetivación del cuerpo de las mujeres son más fáciles de observar y estos nos ayudaría a identificar la violencia obstétrica, tales como ser expuesta a procedimientos técnicos sin tener indicación médica precisa y expresa como el rasurado de pubis, enemas evacuantes, episiotomías, separar a las madres de sus recién nacidos y no poder tomar decisiones acerca de su

---

<sup>3</sup> \*Oxitocina: Es una hormona que se produce durante el parto y la lactancia en situaciones de paz y confort.

\*\*Posición de litotomía: También llamada supina. Posición acostada sobre la espalda, con las piernas flexionadas en alto sostenidas por piñeras.

\*\*\*Atonía uterina: Pérdida del tono de la musculatura del útero y a un consecuente retraso en la involución del útero. Puede causar hemorragia obstétrica.

<sup>4</sup>Podemos asemejar la frase “meras maquinas portadoras de bebes” a la gestación o maternidad subrogada. (...)” algunas feministas no critican las técnicas de reproducción asistida, en general se preocupan por el control y explotación a la que pueden verse sometidas las mujeres, de modo que se cuestionan su falta de autonomía y la presión que en ellas tiene el rol de madre que las lleva a comercializar su cuerpo”. (Mir Candal, 2010). Citado por (Romeo, 2019).

cuidado, no poder lactar sin restricciones, recibir visitas de familiares. Otros se observan en los procedimientos realizados para facilitar el aprendizaje de estudiantes, tales como las episiotomías, tactos vaginales, cesáreas y revisiones de cavidad uterina. Este tipo de exposición no se da en otras áreas de la salud, por lo que la mujer es despersonalizada y vista como objeto para otro.

Maltratos y humillaciones durante la labor de parto por parte del personal médico cuando la mujer exprese dolor o temor. Las humillaciones verbales tales como: “¿verdad que hace nueve meses no le dolía?”, “si te gustó lo dulce, aguántate lo amargo”, o “con tu hombre si abres las piernas, mamacita” (Almaguer J, et al., p.9), son expresiones que denotan un lenguaje sexista al cual no se le ha puesto un alto. La humillación puede englobar el desnudo y exposición de genitales durante los tactos y parto ante varias personas presentes, tales como estudiantes. Es importante mencionar que las mujeres reciben maltrato por razones de género, pero las mujeres que son indígenas o de bajos recurso pueden sufrir aún más violencia y discriminación por parte del sector salud. Reciben burlas y rechazo a sus prácticas culturales. Existen actos que no son visibles ante las pacientes explícitamente como un diseño de presupuesto y espacios de atención materna desiguales ante otras áreas de la salud (Almaguer J, et al., 2010).

### **2.1.2 Crítica feminista al modelo médico patriarcal**

Desde una perspectiva feminista podemos indicar diferentes puntos a debatir sobre la violencia obstétrica que muchas veces no contienen los marcos institucionales, como, por ejemplo, la conjunción del modelo patriarcal y el modelo médico hegemónico que relacionados se manifiestan al tener mayor interés por una mejor productividad y disminución de costos, que además se entrecruza con otros sistemas de opresión como el racismo y clasismo. Carne Valls (2019, p.169) citado en (Llobera R, Ferrer V, Álvarez X, 2019) muestra tres reglas que el patriarcado con las que se define al cuerpo de las mujeres. “(la primera) es la naturalización de la diferencia sexual como inferioridad; (la segunda), la fragmentación del cuerpo y la experiencia; (y la tercera) la objetualización de los sujetos, a través de la medicalización y el poder en el acto

médico”. La sobremedicalización juega un punto muy importante en temas de sexualidad porque no solo ve el embarazo como una patología la cual tiene que requerir ayuda médica, sino también la menstruación, o la menopausia.

De acuerdo a Silvia Bellón (2015, p.169):

“La violencia obstétrica puede ser considerada como un tipo de violencia basada en género, en tanto en cuanto en las sociedades patriarcales el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres constituye un aspecto clave para mantenerlas en una posición de subordinación, e implica que el personal de salud ejerza su rol desde una posición de poder y se apropie del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Lo cual no podría existir sin la inferiorización y discriminación previa de la sociedad a la mujer” (Llobera R, et al., 2019).

El modelo médico hegemónico también comprende un *habitus* médico el cual predispone a los médicos el cómo comportarse, y pensar de determinadas maneras, el cual está regido por un sistema autoritario y rígido, esto hace que esas conductas se sigan reproduciendo a los pacientes. Es precisamente que al seguir este modelo médico hegemónico se da una normalización de la violencia obstétrica, ya que por lo general se cataloga como un problema de calidad de los servicios debido a la falta de material o insumos, exceso de pacientes, falta de personal médico (Orozco & Rocha, s.f). Esto conlleva a que surja el *síndrome burnout*<sup>5</sup>, lo que desencadenaría una justificación precisamente a una mala calidad de atención, pero no vista como violencia (Almaguer J, et al.,2010).

El hecho de justificar la mala calidad de la atención no solo hace invisible las dinámicas de género que se sustentan en el sexismo y androcentrismo en el ejercicio médico, sino también hace invisible las relaciones entre personal médico, administrativo y mujeres. El exponer que la violencia obstétrica se ejerce en instituciones de salud ya sea públicas o privadas no es demeritar el trabajo de los médicos, sino hacer notar el trasfondo del modelo médico hegemónico. El estudio de la medicina parte de la premisa que es una ciencia neutral, objetiva y

---

<sup>5</sup> Síndrome burnout: Es una fase avanzada de estrés profesional, un estado de agotamiento mental, físico y emocional.

libre de prejuicios, pero lo cierto es que está llena de género, sesgos y androcentrismo, y la obstetricia no sería la excepción.

Por ejemplo, en el siglo XVI los hombres reclamaban el rol de atención en los partos justificándose y amparándose por la medicina institucional, el Estado y por la iglesia. La medicina, era un estudio que solo podían ejercer los hombres, las mujeres no tenían permitido estudiar, el Estado comenzaba a institucionalizar el parto mediante la petición de títulos expedidos por universidades para poder realizar labores de atención en el parto, por lo que los únicos que podían obtener ese título eran los hombres (Orozco & Rocha, s.f).

El concepto de la ciencia como una práctica objetiva ha sido cuestionada por académicas feministas y son quienes argumentan la idea de la ciencia como objetiva, legítima, y de proyectos científicos que denotan relaciones de poder y que pueden excluir a varios sectores que o tienen poder, tales como mujeres, persona con pocos recursos económicos o por cuestiones de discriminación de raza.

El estudio de la medicina, y en particular de la obstetricia ponían en un papel pasivo el cuerpo femenino, la cual tenía como función procrear. Simplemente la idea de los genitales femeninos era un isomorfismo que tomaba como modelo universal el cuerpo masculino. Se pensaba que los genitales femeninos eran una forma invertida de los genitales masculinos. Tal concepción cambio desde la llegada del renacimiento. Tal es el androcentrismo en el estudio de la medicina, que, hasta hace algunos años, en 1991 para ser más específicos, un artículo "The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles" de Emily Martin, planteaba la idea del ovulo como pasivo, en contraste con el espermatozoide el cual, aunque siendo pequeños, eran eficientes al activar el desarrollo del óvulo.

En cuanto a una visión medica antropológica existen trabajos como el de María Isabel Blázquez (2005), citados por (Bellón, 2015) relacionados al embarazo, parto y posparto en el que se señala una conexión entre capitalismo y un modelo biomédico. En el cual el parto realizado en instituciones hospitalarias está regulado por estándares industriales de productividad. Los cuerpos de las mujeres son tratados con control y disciplina, en donde existe una división de

trabajo y el tiempo es regulado para tener el resultado anhelado: un bebé saludable. En este proceso, él es el objetivo, sin tomar en cuenta el proceso vital que conlleva, y mucho menos la toma en cuenta de la opinión de la mujer (Bellón, 2015).

Una explicación de cómo se ejerce un autoritarismo sobre las mujeres y la normalización de ésta es la idea de la maternidad, la cual es vista en la sociedad como una obligación de la mujer y como parte elemental de su feminidad y que para llegar a ello se debe pasar un proceso de sufrimiento y dolor. “Soportar el dolor es parte de la mística maternal y de la ética sacrificial que están llamadas a adoptar todas aquellas mujeres que deseen ser catalogadas como buenas madres” Arguedas (2014), citado por (Bellón, 2015, p.14).

El modelo de maternidad occidental tiene una base religiosa en la que figura la virgen maría y es prototipo de la maternidad al definir el comportamiento que se debería tener como ver la maternidad como un sacrificio y que la concepción es inmaculada, dejando de lado el placer sexual. Se manifiesta que la mujer debe ser humilde, perfecta, sumisa y sacrificada (Wohlgemuth, 2015), citado por (Bellón, 2015). Este prototipo de conducta que deben tener las mujeres hace que la idea de no recibir medicalización, o no cuestionar métodos invasivos como la episiotomía se haga cada vez más frecuente, incluso puede ser una forma de normalizar también la violencia psicológica dentro de la misma violencia obstétrica al no objetar cuando se les hace comentarios como “Te gustó lo dulce, ahora aguántate lo amargo” (CLADEM, s.f., p. 18-19) citado por (Bellón, 2015, p.15).

Este comportamiento genera el termino de “buena madre”, ya que no se cuestiona nada ante el personal médico y acata las indicaciones con el único fin de que “todo salga bien”. Por el contrario, una mala madre es aquella mujer que no quiere tener dolor, las que no obedecen o incluso aquella que externa que no desean la maternidad (Tinoco, 2016) citado por (Bellón, 2015, p.15).

Otro punto desde la perspectiva feminista en cuanto a la violencia obstétrica es la institucionalización del parto. Esta institucionalización de los partos quita reconocimiento a la partería, y dicha institucionalización fue un

proceso violento en el que las parteras y curanderas perdieron toda legitimidad al realizar la labor de atender los partos y el saber sobre el cuerpo de la mujer para dar paso a un modelo médico en el que solo los hombres tuvieron acceso y por consiguiente solo eran ellos los que podían ejercer la obstetricia (Bellón, 2015).

## 2.2 La partería como una respuesta a la violencia obstétrica

En este tema abordaremos el oficio de la partería como un ejercicio femenino que históricamente ha atendido los embarazos de las mujeres en diferentes lugares<sup>6</sup> y cómo con el paso del tiempo se fue sustituyendo por un modelo institucionalizado.

El proceso de institucionalización del parto fue un proceso largo, pero en sí la atención de los partos en hospitales tiene menos de 100 años. Todo este proceso da cuenta en la historia de cómo los hombres tomaron el control en la atención de los partos, y también de cómo se apropiaron del cuerpo de las mujeres, en complicidad con el Estado y el saber médico (Orozco & Rocha, s.f, p.16). En la edad media la enfermedad, desde una perspectiva religiosa, era un castigo por haber ofendido a dios, esto con la idea de que era producto de una posesión demoníaca, por lo que el sufrimiento se contemplaba como una muestra de fe. De manera que en un principio el estudio de la medicina era mal vista por la iglesia, pero a partir del siglo XIII se comenzó a ver como una profesión, la cual no todos se consideraban aptos para ejercerla. Aunque las mujeres eran relegadas de esta práctica, descalificándolas para ejercerla, ya que ellas habían aprendido de cuidados por costumbres y tradiciones, y la principal actividad que realizaban era el de la partería.

---

<sup>6</sup> Por mencionar algunos ejemplos, encontramos a las *doulas*, cuyo término se origina en la antigua Grecia. Eran mujeres esclavas o sirvientes y ayudaban a la señora de la casa durante el parto. Actualmente siguen ejerciendo en España, Latinoamérica bajo polémicas ya que se ha tomado como un colectivo intrusista. Recuperado de: [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/02/150218\\_salud\\_polemica\\_doulas\\_apoyo\\_embarazo\\_posparto\\_lv#:~:text=Pie%20de%20foto%2C,origen%20en%20la%20Antigua%20Grecia](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/02/150218_salud_polemica_doulas_apoyo_embarazo_posparto_lv#:~:text=Pie%20de%20foto%2C,origen%20en%20la%20Antigua%20Grecia) También encontramos a las “tam unem” en tzotzil, o “naä dugumin sa nurikii” en triqui, por mencionar algunas formas de llamar a las parteras tradicionales que son de comunidades indígenas en México las cuales están vinculadas al cuidado de la vida desde la gestación, parto y puerperio. Recuperado de: <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/parteria-tradicional.pdf>. Pag.4.

En ese tiempo los hombres que ejercían la medicina no tenían interés en enfermedades de la mujer, y mucho menos en el parto, ya que según Harvey Graham “la asistencia al parto era un asunto sucio adecuado sólo para comadronas y capadores” (Beltrán, 2014, p. 67-68). Esta visión sobre el parto tenía su origen en la doctrina de la iglesia claramente con ideas misóginas, ya que según dios habría de castigar a la mujer por el pecado de Eva “Multiplicaré grandemente tus dolores de parto, darás a luz con dolor. Pero tu deseo será para tu esposo y él mandará sobre ti” (Génesis 3, 16.) citado por (Beltrán, 2014, p. 67).

En este mismo siglo surgen los cirujanos barberos, quienes empiezan a ejercer la labor de una partera ya que ellos tenían acceso a instrumentos para partos difíciles, específicamente para poder realizar cesáreas. El papel que fungieron no fue de ayuda para las parteras, sino que siguieron realizando practicas apoyadas por la iglesia en las que denotaban el rechazo a la salud femenina desde la formación y atención en el cuidado de la mujer (Beltrán, 2014). No obstante, a los intentos masculinos por el control del cuerpo de las mujeres, en el siglo XV y XVI la partería se entendería como un oficio de las mujeres, las cuales habían aprendido por tradición. Las mujeres tenían un papel fundamental en la sociedad, ejerciendo el oficio de parteras, curanderas y se ocupaban de las personas sin recursos (Beltrán, 2014). Además de sacerdotisa, socializadora, educadora en salud, e incluso, consejera en asuntos matrimoniales (La enfermería en México prehispánico,2014).

Las actividades realizadas por las parteras no solo se veían como un trabajo o un oficio, sino que prevalecían valores humanos y un mayor cuidado y comprensión de lo que hoy se vive en alguna institución de salud. Se tenían actitudes de ternura y afecto; pero lo que distingue el trato de las parteras es un reconocimiento y comprensión, una relación de ayuda y confianza (Orozco & Rocha, s.f). Las parteras eran conocedoras tanto del cuerpo de la mujer como de herbolaria, por lo que tenían conocimiento en cuanto a cómo controlar la fertilidad de las mujeres usando precisamente plantas con propiedades anticonceptivas o para realización de los abortos.

Por esta razón se les consideraba criminales, “brujas”<sup>7</sup>, por lo que fueron perseguidas y asesinadas por parte del Estado y sobre todo de la iglesia, lo cual fue relegando su papel como parteras (Orozco & Rocha, s.f). Se argumentaba que las parteras eran el peor tipo de brujas porque según el *malleus malificarum*<sup>8</sup> el demonio hacía que mataran a los niños “para privarlos de la salvación, además de que con su cuerpo cocinado se puede preparar el unguento volador y otros polvos mágicos” (Kramer y Sprenger, en Blázquez, 2014, p. 37), citado por (Orozco & Rocha, s.f).

De manera que, las mujeres que eran acusadas de ejercer la brujería muchas veces practicaban oficio como ser cocineras, campesinas, perfumistas, etc. por lo que iban adquiriendo conocimientos mientras ejercían su oficio; por ejemplo, las cocineras y perfumistas tenían hierbas y aprendieron a utilizarlas, a identificar los lugares en donde se encontraban dichas plantas, obtuvieron el conocimiento de aprovechar o desechar venenos vegetales y animales ya sea para fines curativos o comestibles; las perfumistas desarrollaron técnicas químicas como la destilación, extracción y sublimación, técnicas que eran utilizadas por los alquimistas; la curanderas eran aquellas mujeres que daban asistencia médica y sus conocimientos curativos se iban transmitiendo de

---

<sup>7</sup>Las mujeres a las que consideraban brujas eran sanadoras que estaban al servicio de la comunidad campesina. (...)”se las acusaba de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres. Lisa y llanamente, sobre ellas pesaba la de poseer una sexualidad femenina, (...) “tenían poderes mágicos sobre la salud, que podían provocar el mal, pero también que tenían la capacidad de curar. A menudo se las acusaba específicamente de poseer conocimientos médicos y ginecológicos.”. (Ehrenreich & English,2006), p. 10)

<sup>8</sup> El *malleus maleficarum* es un libro que se crea a petición del papa con el objetivo de definir y describir la brujería, relatando su forma de actuar, así como estandarizar los procesos jurídicos y sentencias. Los encargados de realizarlo fueron los inquisidores Heinrich Kramer y James Sprenger. Describe rituales, pero “sin dar fórmulas para los encantos”, aunque en sí describían aspectos de la biología, sexología, medicina y climas, pero dándoles una respuesta como algo demoniacos. “Cataloga las principales preocupaciones de la teología católica del siglo XV: Pregunta XI. Que las brujas que son parteras en varias formas matan al niño concebido en la matriz y procuran el aborto; o si no lo hacen, ofrecen niños recién nacidos a los demonios (Respuesta: sí)”. Recuperado de: <https://dworkinista.wordpress.com/2019/01/30/woman-hating-andrea-dworkin-tercera-parte-traduccion/>



generación en generación; en cuanto a las parteras, también usaban plantas medicinales para aliviar y apresurar un parto, para realizar un aborto, evitar espasmos, es por ello que la iglesia también las perseguía ya que ellas influían en el número de nacimientos y ese era un poder que la iglesia deseaba pero no controlaba (Blazquez,2011).

Se les acusaba de ayudar y sanar a los demás ya que formaban parte de la lucha de clases al ser las sanadoras de los pueblos, es decir de las clases más bajas, más pobres (Ehrenreich & English,2006). Además, en el siglo XVI hubo una crisis demográfica, la cual se notaba en la escasez de trabajadores, por lo que el Estado en conjunto con la iglesia católica estableció “crímenes reproductivos”; por ejemplo, la práctica sexual sin tener como fin la reproducción, el infanticidio y el aborto (Orozco & Rocha, s.f, p.16).

Es por esto que las “brujas” representaban una amenaza tanto religiosa, sexual y políticamente hablando. En cuanto a lo religioso, porque “actuaban como interferencia contra la voluntad divina”; la misoginia de la iglesia afirmaba que el hombre depositaba en la mujer un “pequeño hombre” el cual no recibía atributos de la madre en el útero y que solo estaría a salvo cuando naciera en manos del hombre y siendo bautizado por un cura. También tenían la creencia que la resurrección de todos los seres humanos sería en forma de hombres (Ehrenreich & English,2006), en lo sexual, porque no se avergonzaban de ser mujeres, y en cuanto a la política porque se les acusaba de actuar en secreto. (Orozco & Rocha, s.f).

Ahora bien, los conocimientos de las parteras fueron adquiridos empíricamente de generaciones tras generaciones. Confiaban más en sus sentidos en lugar de la fe, experimentaban y creían en la causa-efecto, eran indagadoras (Ehrenreich & English,2006). Es importante mencionar que existen obras enfocadas en el parto a su instrucción, pero en su mayoría es escrita por hombres<sup>9</sup>, como Hipócrates y Galeno que sin haber presenciado un parto decidieron escribir libros sobre la obstetricia el cual lejos de especializarse en el

---

<sup>9</sup> Por ejemplo, “*Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*” Autor Damián Carbó, en 1541.

“*El regimiento de la salud y de la esterilidad de los hombres y mujeres*” Autor Luis de Lobera de Ávila, en 1551.

“*Libro del parto humano*”, Autor Francisco Núñez, en 1580. (Beltrán, 2014. p.68)

cuerpo de la mujer era escritos para establecer el deber social de las mujeres (Orozco & Rocha, s.f).

El parto desde la perspectiva de la partería es un modo holístico que lo considera como un proceso natural, pensando en las mujeres como protagonistas de ese momento, dando apoyo emocional y permitiendo la compañía de quien la mujer embarazada desee y ayudando a que ese momento la mujer pueda adoptar la mejor posición que ella crea conveniente (Orozco & Rocha, s.f). Entre sus funciones, era testigo de un alumbramiento para asegurar herencias, enseñar a futuras parteras, e incluso dar bautismo de urgencia, en su función asistencial era espectadora y cuando era necesario intervenía (Beltrán, 2014).

### **2.2.1 Partería en México: entre la institucionalización y la libertad**

En el México prehispánico, la partera era por lo general una de las cuatro ancianas que habían apadrinado la boda de la embarazada. De la *tamatquiticitl* o *ticitl*, como eran llamadas las parteras, se recibían consejos y rituales, como los baños de vapor. Esto era muy común ya que las mujeres estaban a cargo de la atención en la salud, y esto incluía el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido. Realizaba visitas a las casas de las parturientas, lo que permitía saber sobre las necesidades de dichos hogares, daba consejos de higiene, aconsejaba sobre prácticas sexuales dentro de un comportamiento moral, promovía la lactancia materna.

Desde que la mujer intuía estar embarazada la partera formaba parte de la familia, preparaba a los padres para la llegada del bebé, y fomentaba entre la pareja un respeto mutuo. Ya en el momento del alumbramiento se les daba la bienvenida a los recién nacidos y se les hablaba de su papel de acuerdo al sexo (La enfermería en México prehispánico,2014). A partir de 1750 en España y en sus dominios se ordenaba que las parteras fueran examinadas y vigiladas por el Real Protomedicato<sup>10</sup>. Las parteras debían ser certificadas de pureza de sangre, testimonios que avalaran su buena conducta y el pago de una cantidad de dinero.

---

<sup>10</sup> Real Protomedicato: Era un Tribunal establecido por los reyes de España para vigilar el ejercicio profesional de médicos, cirujanos y parteras. Consultado en: <http://fournier.facmed.unam.mx/deptos/hfm/index.php/menu-archivo-historico/109-protomedicato>

Con ello se buscaba reemplazar a las parteras tradicionales con las parteras profesionales, ya que éstas estarían entrenadas por médicos. La partería profesional es a su vez una actividad necesaria de la profesión médica pero subordinada de ella, y represora de la partería tradicional, y en el siglo XXI se empieza a abordar como carrera profesional. Los cursos<sup>11</sup>, cabe mencionar, eran impartidos solamente por hombres.

En 1833 se establece las ciencias médicas y adopta la medicina tipo experimental y clínica con influencia europea, es así como se establece la cátedra de obstetricia y operaciones. Debido a que algunas mujeres seguían relegadas de la medicina, se crearon leyes para que pudieran entrar a dichas cátedras. Pero a causa de problemas sociales y políticos como la Guerra de los Tres Años y la Intervención Francesa hubo una discontinuidad institucional de dichas cátedras y en general de la educación.

En casi todos los estados de la República mexicana había diferentes tipos de hospitales, tales como militares, civiles, para dementes, para niños; pero para la atención de maternidad solo las había en las capitales, que eran donde se encontraban los centros de formación de parteras, sin embargo, dichas salas de atención a la maternidad no solo tenía el objeto de atender y ser un asilo para madres pobres, sino ser una ayuda para los estudiantes de medicina y parteras en sus prácticas (Carrillo, 1999, p.174). Es hasta 1861 que por iniciativa de Benito Juárez se crea el Hospital de Maternidad e Infancia en lo que es actualmente la Ciudad de México (Carrillo, 1999).

A pesar de las escuelas y las cátedras, que tenían como fin institucionalizar la partería, las parteras tradicionales seguían ejerciendo, y es por eso que hubo manifestaciones en contra de su ejercicio en la prensa diaria y especializada, así como de los mismos médicos quienes veían a las parteras como invasores en su rama, por lo tanto, con dichas protestas buscaban

---

<sup>11</sup> "La primera parte del curso versaba sobre anatomía y fisiología del aparato sexual femenino y de la pelvis; y embarazo, parto y puerperio fisiológicos. La segunda trataba de embarazo, parto y puerperio patológicos; operaciones obstétricas y ejercicios en el maniquí. Pero en este o aquel programa se enseñaba anatomía y fisiología humanas en general, nociones de anatomía fetal y de embriología, higiene del embarazo, embarazo y parto gemelar, cuidados que necesitan las madres y los recién nacidos, oftalmía de los recién nacidos, higiene infantil durante la lactancia, asepsia y antisepsia obstétricas, anestesia y obstetricia legal". (Carrillo, 1999, p. 172)

descalificar y combatir a las parteras, así como buscar el castigo a las mujeres que ejercieran la partería sin título profesional. Este hecho propició la presión al Estado para controlar a las parteras tradicionales se originó en 1877 en la escuela de medicina donde se establecieron tres cátedras de perfeccionamiento, entre las que se encontraba la ginecología. Con este hecho, en 1892 el Ministerio de Gobernación publica un reglamento para las parteras tituladas, pero este reglamento<sup>12</sup> denota el intento de desplazarlas también a ellas, además de que las utilizan para alentar a la población a acudir y atenderse en los servicios médicos lo que mitiga sus actividades. Ante esto profesoras tituladas de la Facultad de medicina de México, se unieron en la Liga de las Parteras, quienes pedían al presidente en turno quitar algunos puntos de dicho reglamento, además de acusar a los médicos de haberse apropiado de su profesión. Dicha petición fue negada, con el argumento de que se trataba de proteger dos vidas que estarían en manos de personas con pocos estudios.

En el siglo XIX, los médicos mencionaban que las prácticas de partería (como el baño de temazcal, posturas verticales, uso de plantas) eran perniciosas, además de justificar su “monopolio” en la medicina y en especial de la atención del parto bajo la medicina científica. Pero lo que se ignoraba, según Gutiérrez, es que los médicos pasaban por alto aspectos como el aseo; aspectos que las parteras tenían muy presentes ya que realizaban baños y lavatorios. (Carrillo, 1999, p.184).

Ya en el siglo XX, en el año 1911, se impone como requisito para ser partera titulada, el recibirse anteriormente como enfermera, lo que propicio que a la partera se le viera como enfermera especializada. Este es un punto importante, ya que las enfermeras-parteras se encargaban del control del embarazo, parto y atención del recién nacido, además de ser quienes, como ya se mencionó anteriormente, se utilizaban para inducir a la gente a atenderse en los servicios médicos, y con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social ayudo a la aceptación de la población de un parto hospitalario. Pero las

---

<sup>12</sup> Dicho reglamento limitaba las actividades de las parteras profesionales sujetándose a los que el médico le indicara, por ejemplo, no podrían realizar operaciones obstétricas con instrumentos, aplicar anestésicos, hasta que hayan sido prescritas por un médico. (Carrillo, 1999, p.178)

enfermeras no fueron aceptadas como parteras dentro de la comunidad, por lo que ese lugar lo ocuparon los ginecobstetras.

Las vacantes de parteras se fueron “congelando” dentro del sistema del Instituto Mexicano del Seguro social, es decir, en cuanto una partera se jubilaba ya no se contrataba a una más, asimismo se empezó a prohibir en los centros hospitalarios la atención de los partos por parteras. Con esto finalmente, los médicos fueron los únicos encargados de la atención del embarazo, parto y puerperio, ayudados de grandes avances en la ginecobstetricia haciendo más seguros los embarazos, pero teniendo una intervención cada vez más medicalizada<sup>13</sup> (Carrillo, 1999).

La partería sigue siendo una práctica que se ejerce por muchas mujeres en diferentes comunidades, sobre todo en comunidades rurales o indígenas que se extiende a zonas urbanas heredando conocimiento de generaciones en generaciones. Dicha práctica forma parte del patrimonio cultural y social de las comunidades, pero sobre todo del conocimiento de las mujeres de su propio cuerpo. El ejercicio de la partería tradicional podría ayudar a frenar la violencia obstétrica ya que los conocimientos culturales fortalecen el sentido de pertenencia en el parto de una mujer, realizando diferentes acciones, como, por ejemplo, llevar a cabo un parto en casa cuando así se desee y no sea un embarazo de riesgo, respeto por la posición que la mujer desee adoptar durante el parto o como el estar acompañada de familiares o personas cercanas (CNDH, 2019).

---

<sup>13</sup> “Inducción rutinaria, aumento de cesáreas, y promoción de lactancia artificial” (Carrillo, 1999, p. 189)

### **2.3 Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: Enfoque humanizado, intercultural y seguro.**

En este apartado hablaremos del modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: Enfoque humanizado, intercultural y seguro, visto desde la guía de implementación que se debió seguir desde su concepción. Posteriormente hablaremos del parto humanizado, y finalmente, tomaremos en cuenta la lucha feminista sobre el parto humanizado.

Muchos han sido los pronunciamientos a favor de un parto humanizado, visto como un proceso natural y sin intervenciones de no ser necesarias. La lucha por un parto respetado ha sido desde hace varios años atrás y en diferentes países; en 1985 en Brasil se emite “El embarazo y parto no es una enfermedad”; éste fue un documento el cual se logró teniendo en cuenta varias disciplinas como la obstetricia, la pediatría, parteras, economía, madres, etc. En él se plantearon recomendaciones para su ejercicio en servicios perinatales y ellos incluían el derecho a la atención prenatal en la que se tomara en cuenta a la mujer para su planificación, ejecución y evaluación de la atención, por lo que era necesario un cambio en la actitud de personal de la salud y una redistribución de recursos tanto materiales como humanos. En 2000 también en Brasil, se lleva a cabo la “Primera Conferencia Internacional para la Humanización del Nacimiento”, en el que se reunieron activistas y profesionales de la salud por la creciente intervención en el parto y sus consecuencias como lo es la violencia obstétrica. Posteriormente en 2004 Argentina presenta su “Ley de Parto Humanizado” y se emite la Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer sobre Difusión del Parto Humanizado, en donde se establece que las mujeres tienen derecho a ser protagonistas de su parto, consideradas como personas sanas, ser informadas, elegir la posición para parir, expresar emociones y ser respetadas en su intimidad, entre otros puntos (Suprema Corte de Justicia de la Nación, s.f, pág.5). En Venezuela se crea el “Programa Parto Humanizado”, el cual tiene como objetivo el acompañar a las mujeres desde el embarazo hasta el puerperio con el fin de que las mujeres y sus familias tengan precisamente una compañía en el embarazo, parto, lactancia materna, crianza; además de ser una estrategia de gobierno para reducir gastos en el sector de salud público (Gómez, 2019).

En México de acuerdo al marco normativo, la mujer tiene que tener una cobertura de servicio de salud, primeramente por derecho constitucional fundamentados en el artículo primero y en relación a los acuerdos derivados de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) <sup>14</sup>, que entró en vigor en 1981, y de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”) <sup>15</sup> publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1999. Además, en la Ley General de Salud se establece que en lo que respecta a la atención materno-infantil debe ser prioritaria basado en un trato de calidad y apegado a los derechos humanos. También la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993 (NOM 007) busca la disminución de daños obstétricos y riesgos para las mujeres y sus hijos con respecto a la atención del embarazo parto y puerperio. Dicha norma hace hincapié en la prevención de riesgos que puede haber durante el embarazo de forma natural y los surgidos por malas prácticas buscando que los servicios brindados sean con calidez y calidad (Secretaría de Salud, 2014, pág. 27).

---

<sup>14</sup> “Fue adoptada en forma unánime por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979 y entró en vigor en 1981 y es considerada la carta internacional de los derechos de la mujer. Provee un marco obligatorio de cumplimiento para los países que la han ratificado para lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas y estipula que los Estados Parte deben incorporar la perspectiva de género en todas sus instituciones, políticas y acciones con el fin de garantizar la igualdad de trato, es decir, que no exista discriminación directa ni indirecta de la mujer, así como mejorar la situación *de facto* de la mujer, promoviendo la igualdad sustantiva o la igualdad de resultados”. (ONU MUJERES, 2011. pág. 9) Recuperado de: <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2011/12/cedaw>

<sup>15</sup> “Define la violencia contra las mujeres, establece el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y destaca a la violencia como una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Propone por primera vez el desarrollo de mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres como fundamentales para luchar contra el fenómeno de la violencia contra su integridad física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito público como en el privado, y su reivindicación dentro de la sociedad”. (Organización de los estados americanos, s.f) Recuperado de: <https://www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp>

En 2008 la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, perteneciente a la Secretaría de Salud en México, llevó a cabo la elaboración e implementación del “Modelo de Atención a las Mujeres Durante el Embarazo, Parto y Puerperio: Enfoque humanizado, intercultural y seguro”<sup>16</sup>, el cual surge por la demanda de las mujeres a ser atendidas adecuadamente, con un modelo humanizado “donde ellas fueran sujetos y no objetos del parto” (Secretaría de salud, 2014, pág. 5). También, como una necesidad para atender a las demandas de mujeres indígenas y parteras tradicionales para su incorporación y reconocimiento de su labor durante la atención del parto, así como tomar en cuenta aportes de prácticas que se utilizan en la partería tradicional para agregarlos en la atención de los partos institucionalizados; algunas de ellas también señaladas por la Organización Mundial de la Salud como recomendaciones en la atención de los partos.<sup>17</sup> Además, como una respuesta a la recomendación emitida por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos No.31/2017 sobre violencia obstétrica, la cual se divide en seis puntos ( los cuales señalaremos en la siguiente tabla), y ésta va dirigida a diferentes órganos de gobierno<sup>18</sup> por violación a diferentes derechos<sup>19</sup> (Secretaria de Salud, .s.f, pág,36-40).

---

<sup>16</sup> Este modelo tuvo diferentes nombres, al principio se le llamo “Atención a las Mujeres en los Servicios de Salud en Posición Vertical, posteriormente “Atención Intercultural del Parto, después “Atención Intercultural Humanizada de las Mujeres en el Embarazo, Parto y Puerperio y finalmente en conjunto con personal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva se le denominó: “Atención a las Mujeres en el Parto: Enfoque, Humanizado, Intercultural y Seguro”.

<sup>17</sup> Hidratación vía oral, libre movimiento durante el trabajo de parto, acompañamiento, libre posición al momento del nacimiento de sus hijos.

<sup>18</sup> La recomendación va dirigida a Secretarios de Salud, de la Defensa Nacional y de Marina; Gobernadora y Gobernadores de las Entidades Federativas; Jefe de Gobierno de la Ciudad de México, y Directores Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de Petróleos Mexicanos.

<sup>19</sup> Los derechos que se ven vulnerados son: Derecho a una vida libre de violencia, derecho a la protección de la salud, derecho a la información y al libre consentimiento informado, derecho a la libertad y autonomía reproductiva, derecho a la igualdad y no discriminación, derecho a la integridad personal y derecho a la vida.



Puntos de la recomendación emitida por la CNDH	Recomendación
Punto primero	Que se diseñe y se ponga en práctica una política pública para la prevención de los derechos humanos para las mujeres embarazadas, en parto y puerperio, tomando en cuenta a la mujer como protagonista. Dicha política tendría que ser con perspectiva de género y respeto a los derechos humanos.
Punto segundo	Que se realicen los acuerdos necesarios para que el presupuesto permita brindar una infraestructura hospitalaria que atienda a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, dando prioridad a zonas alejadas y con marginación social.
Punto tercero	Que se implemente el modelo de atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro en las instituciones del sistema nacional de salud, con el fin de evitar la morbi-mortalidad materno-infantil y ofrecer una atención respetuosa con perspectiva de género.
Punto cuarto	Se implemente campañas de promoción de derechos humanos y salud reproductiva en instituciones de salud
Punto quinto	Implementar las políticas públicas que contemple el ejercicio de actividades relacionadas con la partería tradicional para poder fortalecer el proceso de su intervención y de introducción (de las parteras y parteros tradicionales) al sistema nacional de salud, reconociendo sus prácticas y otorgando capacitaciones técnicas actualizadas.
Punto sexto	Desarrollar actividades como foros, congresos, seminarios, talleres, etc. con los médicos o especialistas para el estudio de la violencia obstétrica

Elaboración propia con datos de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de acuerdo a la recomendación emitida por la CNDH en 2017.

La problemática que intenta erradicar es diversa, por ejemplo, la mortalidad materna, la aplicación de métodos no necesarios, la atención bajo un modelo de atención medicalizado y la violencia obstétrica que se visualizaron como quejas hacia la atención en el parto. De acuerdo al Programa Nacional para la Igualdad Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (Proigualdad 2013-2018), se estimaba en 43 defunciones por 100 nacidos mil vivos considerando que las razones principales de la mortalidad materna son

prevenibles, además que los nacimientos por cesáreas aumentaron un 50.3%. Con respecto a la cesárea la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 menciona que México es el cuarto lugar a nivel mundial en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. De acuerdo a Cochrane en “Apoyo continuo para las mujeres durante el parto” (citado en la pag.7), se menciona que es frecuente la atención de mujeres (especialmente en América latina) bajo un modelo dónde el trabajo de parto es sin apoyo, bajo un modelo de atención medicalizado y deshumanizado, y dicho modelo es prevaleciente en zonas urbanas; por ejemplo, en México, más del 90% de las mujeres que viven en ciudades tiene su parto en hospitales, donde los métodos de las episiotomías o las cesáreas son ejemplos de dicha medicalización siendo estas intervenciones innecesarias y contribuyendo a un incremento del costo en los servicios médicos (Secretaría de salud, 2014).

Existen quejas<sup>20</sup> que se atribuyen a la insatisfacción de las mujeres en la atención del parto, en México la dependencia encargada de recibir dichas quejas es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). La especialidad que cuenta con mayores quejas recibidas es ginecología y obstetricia con un 15%, las quejas con evidencias de mala práctica se concentran en 10 especialidades, siendo la ginecología y la obstetricia la especialidad que representa un 69%, el mayor porcentaje en daño físico. En cuanto daño permanente y muerte la ginecología y obstetricia ocupa el primer lugar de las quejas con un 53% (Secretaría de salud, 2014, pág.8-9).

El modelo tiene tres elementos fundamentales que son la base para la atención de las mujeres en la etapa de embarazo, parto y puerperio; el primero es el enfoque humanizado en el cual se ve a la mujer como una persona con la capacidad para tomar decisiones en cuanto a cómo, dónde y con quien parir, teniendo como objetivo que la experiencia del nacimiento de su hijo sea un

---

<sup>20</sup> La queja es la unidad principal de estudio de la institución y de forma operativa se define como una "petición a través de la cual una persona física por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero solicita la intervención de la CONAMED para impugnar la negativa de servicio médico o la irregularidad en su prestación". Las quejas médicas son indicadores negativos de la calidad de atención y debido a ello se les relaciona con mala práctica médica. (Secretaría de Salud, 2014, pág. 8)

evento especial y hasta cierto punto placentero. Lo que se busca es que tome en cuenta a la mujer y sus familias en dicho proceso, siempre bajo el resguardo de sus derechos humanos. El segundo enfoque es el intercultural, este reconoce la diversidad cultural de las mujeres en el país, además de tomar en cuenta elementos de la partería tradicional indígena como modelos para aplicarlos en la atención del parto. Por último, tenemos el enfoque seguro, el cual reconoce a las mujeres con derechos de recibir una atención médica bajo fundamentos científicos, en espacios confortables, en condiciones de seguridad en cuanto haya una complicación y con atención desmedicalizada<sup>21</sup>. Además de tomar en cuenta las labores obstétricas que deben tener el personal médico para identificar riesgos obstétricos, y adoptar el lema *cero rechazos*.<sup>22</sup>

El modelo cuenta con actividades y procesos para poder llevar a cabo su implementación, entre ellos es el tener condiciones operativas con el equipo adecuado. Por ejemplo, el diseño de la mesa obstétrica intercultural, la cual ayudaría a la mujer a adoptar la posición que ella elija, podría ser sentada sola o acompañada o acucillada o hincada o el diseño del banco obstétrico ergonómico el cual permitiría también una libre posición, como sentada, hincada, en cuclillas, para poder recibir masaje y para descanso postparto.

---

<sup>21</sup> La atención desmedicalizada se entiende como el método para identificar causas de dolor durante el parto, ayudando a mitigarlas mediante el uso de estrategias a nivel psico-emotivo-cultural (información, expresión y manejo del dolor y condiciones hospitalarias para reducción del temor) y fisiológico (posiciones verticales, respiración, masaje, puntos de presión, disociación neuromuscular\*, respeto a mecanismos naturales antidolor)

\* Disociación muscular: movimientos corporales para un dominio y control de cuerpo-mente.

<sup>22</sup> De acuerdo con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2015, el lema ***cero rechazos*** se refiere a “atención oportuna, respetuosa, integral, efectiva y preventiva desde la etapa preconcepcional, prenatal, parto y puerperio y del recién nacido y la detección oportuna de ITS-VIH-SIDA-Chagas” (Secretaría de salud, 2015, pág.21).

También el diseño de una bata humanizada (parte trasera sin descubrir), calentadores y zapatos de tela y la facilitación de condiciones operativas como la elaboración de modelos de la *unidad de parto humanizado* <sup>23</sup>“un espacio contiguo a un hospital con capacidad resolutoria donde se pueden atender partos de bajo riesgo de manera desmedicalizada por enfermeras obstetras y parteras tradicionales” (Secretaría de Salud, s.f, pág. 50).

Para su implementación se aplicaría un modelo de capacitación sensibilización en las que se daría una guía de práctica clínica, en las que a nivel mecánico se hablaría de evidencias científicas, fisiología del parto natural a nivel hormonal, nivel mecánico y nivel mental. Para ello se seguirían los siguientes puntos:

- Capacitación regional o estatal en hospitales sede con voluntad política.
- Taller de capacitación teórico-práctica a todo el personal que participa en el proceso de atención obstétrica, incluye personal directivo.
- Identificar al personal simpatizante con el modelo (obstetras, pediatras, enfermeras, personal directivo).
- Realizar con ellos una reunión de círculo de creatividad para identificar lo que se puede hacer con lo que se tiene y definir un plan de implantación gradual con metas claras. (Secretaría de Salud, s.f, pág. 57-58)

Para poder medir los resultados se propone tomar en cuenta el personal que ha sido capacitado y que tanto personal domina la guía de práctica clínica, se propone el tomar en cuenta el aumento de satisfacción de mujeres, familiares y personal de salud, reducción de cesáreas realizadas, reducción de

---

<sup>23</sup> Anteriormente llamado *Posada de nacimiento*, Que es una “Unidad Médica destinada a ofrecer hospedaje a embarazadas y púerperas; la atención del parto normal con enfoque humanizado, intercultural y seguro, la vigilancia del puerperio a las mujeres que lo requieran, así como el albergue a sus hijos y/o acompañantes [...] siendo éstas una alternativa de atención que conjuge el hospedaje de antelación, con la oportunidad de atender su parto y/o vigilar el puerperio, en condiciones de seguridad, confort y amigabilidad cultural” Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/posada-de-nacimiento?state=published#:~:text=Es%20la%20Unidad%20M%C3%A9dica%20destinada,su s%20hijos%20y%20Fo%20acompa%C3%B1antes.>

complicaciones, hemorragias obstétricas y de incidencia de muerte materna, así como el aumento de índice APGAR<sup>24</sup> mayor a 7 a los cinco minutos.

### **2.3.1 Parto humanizado**

El parto o labor de parto es un fenómeno natural fisiológico el cual es la culminación del embarazo y expulsión del feto del vientre materno, ya sea vía vaginal o por cesárea. Rigol Ricardo, O en 1976 define el parto como “la extracción manual o instrumentada del feto y sus anejos, en un momento del embarazo donde el feto es capaz de vivir fuera del claustro materno”. (Borges L, Sánchez R, Domínguez R, Sixto A, 2018, pág. 5). Generalmente este marcado por el dolor físico y eso puede afectar la precepción y experiencia en las mujeres. Es por ello que es necesario ofrecer a la mujer una serie de medidas que puedan hacer más llevadero el dolor, el cual por lo general es mediante medicamentos como la anestesia. El parto es la culminación del embarazo y a su vez el inicio de una nueva vida.

Existen corrientes que hacen una diferencia entre un parto realizado por personal médico y un parto natural, tomando este último como un parto en el que se antepone la naturalidad. La federación de asociaciones de matronas de España (FAME) en el Consenso Iniciativa Parto Normal (2007), define el parto normal o natural como un "proceso fisiológico, único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo" (Borges L, et al., 2018, pág. 5-6).

Desde hace años hubo personas que trataban de concientizar sobre una mejor forma de atención en el parto y de cómo recibir a los recién nacidos, con un enfoque de humanización del parto teniendo en cuenta la elección de la mujer con respecto a la mejor posición para ella, y ayudando con su trabajo de investigación para mitigar el dolor y el miedo. Uno de ellos fue REDD D quien

---

<sup>24</sup> Es un sistema de puntuación que ayuda al personal de salud a calcular el estado del recién nacido. Se evalúa frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, reflejos y color de piel. Recuperado de: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/apgar-scores.aspx>

fue quien inicio la corriente de la Psicoprofilaxis <sup>25</sup>, posteriormente Leboyer en los años setentas, y en conjunto con Lamaze y Bradley empezaron a desarrollar métodos que favorecieran el parto centrándose en la mujer y el bebé, evitando uso de medicamentos e intervenciones innecesarias, apoyando la lactancia materna (Borges L, et al., 2018) En 1985 en el Congreso Europeo de Medicina Perinatal se analiza la humanización o humanismo<sup>26</sup> del parto y se empieza con la idea de que "Toda mujer tiene, independientemente de su cultura, un gran compromiso emocional con su gestación y parto y el parto es un evento psicósomático por excelencia, que involucra el cuerpo y la mente de la madre" (Borges L, et al., 2018, pág. 4). La OMS emite practicas recomendadas para la humanización del parto donde la idea en general es la autonomía de la mujer y el derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, posición en labor de parto y la no realización de intervenciones como el rasurado o enemas, por mencionar algunos (Borges L, et al., 2018).

El parto humanizado es un modelo de atención al parto que busca que la mujer conciba el parto como un momento especial, con dignidad, protagonismo, libertad y hasta con cierto placer, ante el modelo institucional y medicalizado que no toma en cuenta las necesidades emocionales, culturales y sociales, decisiones de la mujer y recomendaciones de la organización mundial de la salud. "El enfoque referente al parto humanizado se centra, más que en las condiciones de riesgo de una gestante, en un enfoque centrado en los elementos que llevan a un parto digno con la participación de la familia (Vargas, 2018, pág. 31).

---

<sup>25</sup> Psicoprofilaxis fue un método que perfecciono Fernand Lamaze, y era una alternativa a la intervención médica considerando la respiración y técnicas de relajación para disminuir el dolor, el cual fue llamado el método Lamaze. En 1959 se crea la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO) y en 1960, la Asociación Internacional de Educadoras para el Parto (ICEA).

<sup>26</sup> "Humanismo como actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos, significa valorar de forma holística al ser humano y la condición humana. En este sentido, se relaciona con la generosidad, la compasión y la preocupación por la valoración de los atributos y las relaciones humanas. 19 Al analizar el significado que lo humano es ser compasivo, piadoso, tierno, comprensivo y que el acto de humanizar es la acción de ablandar, suavizar, apiadarse<sup>20</sup>, la humanización del cuidado y la atención llevan consigo la particularidad de que los seres humanos son únicos e irrepetibles y, por tanto, deben tenerse en cuenta sus individualidades". (Borges L, et al., 2018, pág. 6)

La humanización del parto es implementar cuidados a la mujer que toman en cuenta diferentes alternativas como posiciones, uso de música en el parto, adaptación de salas de parto para mayor comodidad, y dichas alternativas son avaladas por organizaciones como La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización de Parto y Nacimiento (RELACAHUPAN). Dicho enfoque deriva en diferentes tipos de parto como lo son el parto respetado, sin dolor, sin temor, psicoprofiláctico, sin violencia, vertical y horizontal.<sup>27</sup>

El parto humanizado también llamado “nacimiento humanizado”, “parto respetado” y “parto digno tiene beneficios fisiológicos y psicológicos para la mujer como lo son la correcta oxigenación del feto, evita infecciones, el trabajo de parto puede reducirse hasta 8 minutos, permite que la percepción del dolor sea menor, en posición vertical requiere menos medicalización y menos técnicas a utilizar, haciendo que la estancia en un hospital sea menos prolongada, y también ayudaría a reducir costos para el sector salud al tener menos intervenciones al no tener complicaciones perinatales (Vargas, 2018, pág. 41).

El modelo de parto humanizado debe tomar en cuenta los siguientes puntos:

Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas, no interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente, reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y

---

<sup>27</sup> **Parto respetado:** capacidad de la mujer en el momento de tomar decisiones recuperando su protagonismo al momento de parir.

**Parto sin dolor:** creando una idea positiva del parto dando a la mujer la facilidad de técnicas de relajación, respiración y pujo, disminuyendo su dolor sin necesidad de medicamentos, la anestesia.

**Parto sin temor:** Enseñar a la mujer el proceso de parto para evitar temor, tensión o dolor el cual puede ser provocado por la falta de información. Esto permite una mejor comunicación con los médicos en cuanto a la expresión de miedos o el deseo del nacimiento de su hijo.

**Parto psicoprofiláctico:** Es aquel parto en el que la pareja ya recibió información y preparación física y emocional anteriormente al proceso de parto

**Parto sin violencia:** Busca manejar el dolor y temor de la mujer generando un espacio íntimo, relajado, con posición vertical y una presencia del padre, o algún acompañante, respetando sus derechos y su autonomía materna.

**Parto vertical:** Brinda autonomía al elegir la posición del parto, el cual ayuda a disminuir la ansiedad y estrés.

**Parto horizontal:** Es la posición menos recomendada debido a que no es tan favorable para la expulsión del bebé generando complicaciones como hipotensión, bradicardia o reducción de oxigenación para el bebé.

parto, reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia, respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto, brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio, favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee), promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de salud, respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades) y privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterles a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios. (Secretaría de Salud, 2014, pág.26).

En varios países se lleva a cabo la Semana Mundial del Parto Respetado o Humanizado, la cual fue una iniciativa de la Asociación Francesa por el Parto Respetado y promovida por la UNICEF, la Organización Panamericana de la Salud y la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del parto y el nacimiento, teniendo diferentes temas a debate como la disminución de cesáreas, posición para la expulsión, la no realización de episiotomía derechos a cómo, dónde y con quien parir, etc. En si este evento tiene objetivo el concientizar el nacimiento como un proceso natural donde los protagonistas, puntualizamos, sea el protagonismo de la madre y su recién nacido. (Borges L, et al., 2018, pág. 7). En América Latina encontramos tres organizaciones por parte de la sociedad civil, las cuales se dedican a promover e informar sobre el parto humanizado: La Red por la Humanización del Parto y Nacimiento (ReHuNa), La Coalición para mejorar los servicios de maternidad (CIMS) y la Red Latinoamericana y del Caribe para la humanización del parto y el nacimiento (Relacahupan) (Almaguer J, García H, Vargas V, 2012, pag.49)

También podemos encontrar organizaciones civiles tales como Ticime, A.C y Parto Libre, A.C., que difunden información sobre el derecho de la mujer a un embarazo, parto y puerperio respetado, humanizado y seguro (Almaguer, et al., 2012, pag.49, 51).

Debemos mencionar que existen grupos de mujeres que han externado su insatisfacción en cuanto a la atención durante su embarazo, parto y puerperio. Tenemos, por ejemplo, la Coalición de Mujeres por un Parto Humanizado y Sin Violencia, la cual tiene como objetivo externar a la Secretaría de Salud su mala experiencia durante su atención por parte de instituciones privadas y públicas. En las cuales denotan formas de violencia hacia su persona, violando sus



derechos humanos, negligencia, maltrato, discriminación, haciendo de estas prácticas una actividad normal. Una de sus actividades es crear talleres donde más mujeres puedan externar su experiencia durante sus partos. Y su propuesta es abierta a colaborar con las autoridades para poder crear un modelo en el que la opinión de la mujer cuente y se respeten sus derechos, además de tomar en cuenta las “casas de parto” las cuales estarían diseñadas para las necesidades fisiológicas y psicoafectivas de las mujeres y teniendo en cuenta espacios para la atención de emergencias en caso de haberlas, incluir parteras o doulas para tener más opciones en la atención del parto e incluso tomar aportes de otros modelos como la partería tradicional, acupuntura, yoga u homeopatía. (Coalición de mujeres por un parto humanizado y sin violencia, 2013).

### 3. Apartado metodológico

El interés por realizar esta investigación fue un tanto de una experiencia personal. En el año 2020 tuve a mi primer hijo, y una de las cosas que me preocupaba era el momento del parto. Muchas mujeres me contaron su experiencia y en general puedo decir que la idea es que era la situación más dolorosa y con mayor incertidumbre antes de conocer a su bebé. La mayoría de ellas me habló sobre cómo sería el proceso, desde los dolores que sentiría en mi cuerpo los cuales eran desconocidos, que debía prepararme para ese día, incluso las rutas más rápidas al hospital, pero también un tema fue el cómo debía “comportarme” y como me atenderían, como debía llegar lo mas calmada posible y que tenía que atender las indicaciones de los médicos ya que ellos eran los que sabían sobre el parto y lo que pasaba en mi cuerpo. Lo cual, ya meditando después del parto, no era del todo cierto, puesto que de no ser porque no podía respirar fue que se dieron cuenta que ya estaba en labor de parto y que había dilatado en cuestión de minutos, cuando según ellos me faltaban casi horas.

Investigué un poco antes del momento del parto y llegué a la conclusión de que lo que ellas relataban eran situaciones de violencia obstétrica, dónde imperaba el maltrato psicológico y un parto institucionalizado y medicalizado, sin compañía y a veces sin la información clara y precisa que uno como futura madre quisiera saber. Cabe señalar que todas las experiencias eran contadas desde una perspectiva de un parto, que ahora comprendo, es un parto institucionalizado, al cual yo me sometería de igual manera.

De esa recopilación de experiencias aunada a la mía bajo un parto institucionalizado, es que surge varias interrogantes, ¿Por qué la violencia obstétrica es ajena al conocimiento de algunas mujeres?, ¿Porque se sigue ejerciendo y permitiendo este tipo de conductas y violaciones a derechos humanos, sexual, reproductivos y de género? ¿Porque si existen modelos dentro de instituciones de salud con enfoque humanizado no se llevan a cabo? ¿Acaso no en todos se sabe que se debe implementar? ¿Cómo es que el modelo patriarcal figura dentro de este tipo de violencia de género? ¿Cómo hubiera sido de diferente mi experiencia y la de mis conocidas si hubiéramos tenido nuestro parto con la ayuda de una partera? ¿Cómo puedo tener un parto con ayuda de una partera?

Podemos inferir las respuestas a diferentes situaciones:

- El modelo patriarcal ejercido sobre la mujer hace que las conductas que generan y normalizan la violencia obstétrica siga imperando en las instituciones de salud pública.
- La violencia institucional y el efecto Burnout hacia el personal de salud hace que la calidad de atención sea mínima y sin respeto a derechos humanos
- El hecho de tener un parto con ayuda de una partera es muy difícil de localizar e incluso podría ser que a veces inaccesible.
- La desconfianza a tener un parto en casa o en alguna casa de partería por miedo a alguna emergencia médica hace que el modelo institucional se note más seguro.

Es por eso que decidí realizar esta investigación que pretende conocer cuál es la perspectiva de las personas que trabajan en sectores de salud pública, que pudieran ser la raíz de este tipo de patrón que fomenta la violencia obstétrica, e indagar sobre el Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: Enfoque humanizado, intercultural y seguro que se debe implementar en las instituciones públicas de salud, para poder brindar una atención de calidad para las mujeres anteponiendo el respeto a sus derechos.

Además, tomaré en cuenta la perspectiva de mujeres que ejercen la partería, la cual, cómo se ha desarrollado en el marco teórico-histórico, puede ser un método que replicar en las instituciones para evitar dicha violencia, así como fomentar un trato humanizado y respetuoso con perspectiva de género, dónde la mujer y su bebé sean los protagonistas del parto.

### **3.1 Instrumentos de investigación**

Para la realización de este trabajo utilizaré una metodología con perspectiva feminista, la cual tiene como objetivo “tratar de transformar la realidad social en general y, en particular, la realidad de las mujeres” (Blázquez N, Flores F, Ríos M, 2012 pág. 12); trabajaremos con técnica cualitativa; y para ello ocuparemos ello la entrevista semiestructurada. Estas entrevistas nos ayudaran a estar

inmersos en la comprensión, conocimiento y percepción del entrevistado ya que esta técnica permite que los entrevistados sean libres de dar sus opiniones, se contempla a mujeres para tener datos sin sesgos sexistas. Además de que nos permitirá identificar las prácticas que se presentan en la atención de la mujer en la atención del embarazo, parto y puerperio las cuales se ven distorsionadas por prejuicios sexistas, clasistas, misóginos, entre otros.

### 3.2 Entrevistas

Las entrevistas se realizaron a dos grupos de mujeres:

Mujeres que trabajan en una institución de salud pública		Mujeres que ejercen la partería	
Hospital General Iztapalapa "Juan Ramon de la Fuente"		Partería y Salud Natural A.C.: Organización sin fines de lucro, que tiene como objetivo mejorar la atención del parto domiciliario, capacitando parteras en las zonas rurales de Chiapas y apoyando la salud reproductiva de familias de escasos recursos.	Morada violeta: Colectiva feminista que brinda atención a la salud sexual y reproductiva desde un modelo de partería utilizando diversos conocimientos teóricos y prácticas enfocados en los procesos fisiológicos de las mujeres, siendo ellas las protagonistas,

			observando sus necesidades físicas, emocionales y mentales tomando en cuenta factores económicos, sociales y políticos. Dichas prácticas ejercidas por parteras.
--	--	--	--

Se realizó la siguiente entrevista a mujeres que trabajan en el Hospital General Iztapalapa “Juan Ramon de la Fuente” con el objetivo de tomar en cuenta su perspectiva vista desde una institución de salud pública.

<b>Categoría de análisis</b>	<b>Problematización</b>	<b>Pregunta detonadora</b>
Habitus	Lugar de trabajo Cargo Función Tiempo de laborar en dicha institución	¿En qué institución de salud pública trabaja? ¿Cuál es su cargo en dicha institución? ¿Cuál es su función o labores en la institución de salud pública? ¿Cuánto tiempo tiene trabajando en dicha institución?
Trayectoria	Estudios Tiempo ejerciendo Motivo para estudiar medicina	¿Qué estudios profesionales tiene? ¿En qué institución realizó sus estudios?

		<p>¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión</p> <p>¿Cuáles fueron los motivos para estudiar ciencias de la salud?</p> <p>¿Por qué decidió enfermería y/o ginecoobstetricia?</p> <p>¿Usted está en contacto atendiendo a mujeres desde su embarazo, en la labor de parto y en el puerperio?</p> <p>¿Qué es lo que más le gusta de su trabajo?</p> <p>¿Le gustaría cambiar algo en su atención a las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio?</p> <p><b>Si.</b> ¿Qué sería? No</p>
Violencia de género	Apreciaciones	<p>¿Sabe que es la violencia de género?</p> <p>¿Sufrió algún tipo de violencia o discriminación al querer dedicarse al servicio de la salud?</p> <p>¿Ha sido difícil ejercer o subir de cargo por razones de género?</p> <p>¿Conoce algunos tipos de violencia de género? ¿Cuales?</p>

		¿Ha sufrido alguna discriminación por parte del personal masculino por razones de género?
Violencia Obstétrica	Violencia simbólica Violencia psicológica Violencia emocional	<p>¿Como les llama a las pacientes mientras está internada o en consultas?</p> <p>¿Cuándo una paciente le pide informes sobre su estado o de su bebé que tipo de información le brinda?</p> <p>¿Cuál es el proceso que tienen como medicas cuando una paciente tiene miedo o llora?</p> <p>Si una paciente necesita ver o estar con un familiar, ¿ustedes qué hacen?</p> <p>¿Si una paciente no está cómoda o segura del procedimiento que se le va a realizar, ustedes que información o explicación le pueden dar?</p> <p>En su trayectoria profesional, ¿ha presenciado actos que le hagan pensar que la mujer paciente, ya sea embarazada, en labor de parto o en el puerperio, ha experimentado maltratos?</p>
Violencia Obstétrica	Violencia física e intervenciones	¿Qué tan frecuente se realizan las siguientes

	innecesarias según la OMS	<p>intervenciones en labor de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Episiotomías</li> <li>*Uso de instrumental como fórceps</li> <li>*Aplicación de epidural</li> <li>*Uno de enemas</li> <li>*Maniobra de Kristeller?</li> </ul> <p>¿Si una paciente no quiere hacerse alguno de estos procedimientos, qué procede?</p> <p>¿Cuándo una mujer está en labor de parto se le permite caminar, bañarse y comer?</p> <p>¿Si una paciente tiene un ataque de ansiedad o de pánico que es lo que deben hacer?</p>
Violencia obstétrica	Violencia institucional	<p>¿Sabe o ha oído hablar de la violencia institucional?</p> <p>¿Usted cree que el modelo para atender mujeres embarazadas, en labor de parto y puerperio es el adecuado en la institución de salud que labora?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>¿Como perciben a la mujer en esta etapa, ya sea del embarazo, parto o puerperio?</p> <p>¿Cree que la infraestructura de la</p>



		<p>institución, el equipo y material brindados por la institución son los adecuados para hacer su trabajo?</p> <p>¿Cree que la infraestructura de la institución, el equipo y material brindados por la institución son los adecuados para la atención de la mujer como paciente?</p> <p>¿La institución le ha brindado capacitación, cursos o talleres de actualización en materia de salud o atención al paciente?</p> <p>¿Cambiaría algo en la institución para poder brindar una mejor calidad de atención?</p> <p>¿Se les coacciona a las mujeres a recibir algún método anticonceptivo?</p> <p>¿Cuándo una paciente no puede pagar algunos de los servicios complementarios qué es lo que hace la institución?</p> <p>¿Conoce el síndrome de burnout?</p> <p>¿Cuántas horas labora a la semana?</p> <p>¿Cree que en la institución hay suficientes médicos para atender a las pacientes?</p>
--	--	--

		<p>¿Cree que su trabajo es bien remunerado?</p> <p>¿Porque decidió ejercer en hospital público?</p> <p>¿Ha estado en desacuerdo con el equipo que brinda la institución para ejercer su trabajo?</p>
Violencia obstétrica	Conocimiento del concepto	<p>¿Sabe que es la violencia obstétrica?</p> <p>Si, ¿Por qué cree que se ejerza la violencia obstétrica?</p> <p>No</p> <p>¿Sabe si la violencia obstétrica se puede denunciar y cuál es su castigo conforme a la ley?</p> <p>¿Conoce algún reglamento o leyes que protejan a la mujer ante la violencia obstétrica?</p> <p>¿Cree que se vulneren los derechos de las mujeres al ser víctimas de violencia obstétrica?</p> <p>Si, ¿Cuáles?</p> <p>No</p>
Parto	Parto institucionalizado Parto medicalizado	<p>¿Sabe que es un parto institucionalizado?</p> <p><b>Si</b> ¿En qué consiste?</p> <p>No</p> <p>¿Por qué considera que la mayoría de los partos se atienden en alguna</p>

		<p>institución de salud pública?</p> <p>¿Cuáles son los beneficios de un parto en una institución de salud pública?</p> <p>¿Usted cree que en la institución se da una buena calidad de atención? ¿porqué?</p> <p>¿Sabe que es un parto medicalizado?  <b>Si</b> ¿En qué consiste?  No</p> <p>¿Qué tan necesarias considera usted la episiotomía o la realización de cesáreas durante el parto?</p> <p>¿Qué posición de parto adoptada por la mujer es la mejor durante el parto?</p>
<p>Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: Enfoque humanizado, intercultural y seguro.</p>	<p>Conocimiento del modelo y percepción del mismo</p>	<p>¿Conoce el Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: Enfoque humanizado, intercultural y seguro?</p> <p><b>Si.</b>  ¿En qué consiste dicho modelo?  ¿Qué opina del modelo?</p> <p>¿Cree que la institución y el personal son</p>

		<p>capaces de implementar dicho modelo? ¿Por qué?</p> <p>¿Ha tomado la guía de implementación de dicho modelo?</p> <p>¿Sabe que es un parto humanizado? Si No</p> <p>¿Se le ha capacitado en materia de derechos humanos? <b>Si.</b> ¿Sobre qué temas? No</p>
Partería	Percepción de la labor de la partería	<p>¿Qué opina del ejercicio de la partería?</p> <p>¿conoce en que consiste la partería tradicional?</p> <p>¿usted cree que la implementación intercultural al adoptar acciones de la partería tradicional ayudaría a dar un mejor servicio a las mujeres embarazadas, en labor de parto y puerperio?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>¿considera segura la practica de la partería tradicional?</p>

Políticas	Conocimiento de políticas publicas	¿Sabe si existe alguna política pública enfocada en erradicar y sancionar la violencia obstétrica? <b>Si.</b> ¿Cual? ¿Considera que es suficiente?  No.  ¿Considera que el gobierno mexicano se preocupa por atender esta problemática?
Accesibilidad	Accesibilidad a la atención	¿Conoce en que consiste el lema “cero rechazo”?  ¿Existe alguna situación en que no se le pueda brindar atención médica a una mujer embarazada, en inicio de parto o en el puerperio?

También se realizó la siguiente entrevista a parteras, una de ellas perteneciente a una asociación civil (Partería y Salud Natural a.c.) y posteriormente a una partera perteneciente a una colectiva feminista (Morada Violeta):

Categoría de análisis	Problematización	Pregunta detonadora
Habitus	Lugar de trabajo  Cargo  Función  Tiempo de laborar en dicha asociación/colectiva	¿En qué asociación/colectiva labora?  ¿Cuál es su cargo en dicha asociación/colectiva?  ¿Cuál es su función?  ¿Cuánto tiempo tiene laborando en dicha asociación/colectiva?
Trayectoria	Estudios	¿Qué estudios profesionales tiene?

	<p>Tiempo ejerciendo</p> <p>Motivos para realizar dicha actividad</p>	<p>¿En qué institución realizo sus estudios?</p> <p>¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?</p> <p>¿Cómo adquirió sus conocimientos y aplicación del ejercicio de la partería?</p> <p>¿Cuáles fueron los motivos para ejercer la partería?</p> <p>¿Algún familiar o alguien cercano es partera/partero?</p> <p>¿Cómo surge “Partería y salud natural”?</p> <p>¿Como surge “Morada Violeta” y porque se denomina una colectiva feminista?</p> <p>¿Considera que existe alguna diferencia entre asociación y colectiva, en este caso feminista?</p>
<p>Violencia de genero</p>	<p>Apreciaciones</p>	<p>¿Sabe que es la violencia de género?</p> <p>¿conoce algunos tipos de violencia de género?</p> <p>¿Cuales??</p> <p>¿Sufrió algún tipo de violencia o discriminación al querer dedicarse a la partería?</p> <p>¿le ha resultado difícil ejercer la labor de la partería por temas de</p>

		<p>género o discriminación?</p> <p>¿Ha sufrido alguna discriminación por parte del personal masculino por razones de género?</p>
Violencia Obstétrica	<p>Violencia simbólica</p> <p>Violencia psicológica</p> <p>Violencia emocional</p>	<p>¿Como les llama a las pacientes mientras está internada o en consultas?</p> <p>¿Cuándo una paciente le pide informes sobre su estado o de su bebé que tipo de información le brinda?</p> <p>¿Cuál es el proceso que tienen como medicas cuando una paciente tiene miedo o llora?</p> <p>Si una paciente necesita ver o estar con un familiar, ¿ustedes qué hacen?</p> <p>¿Si una paciente no está cómoda o segura del procedimiento que se le va a realizar, ustedes que información o explicación le pueden dar?</p> <p>En su trayectoria profesional, ¿ha presenciado actos que le hagan pensar que la mujer paciente, ya sea embarazada, en labor de parto o en el puerperio, ha experimentado maltratos?</p>

Violencia Obstétrica	Violencia física e intervenciones innecesarias según la OMS	<p>¿Qué tan frecuente se realizan las siguientes intervenciones en labor de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Episiotomías</li> <li>*Uso de instrumental como fórceps</li> <li>*Aplicación de epidural</li> <li>*Uso de enemas</li> <li>*Maniobra de Kristeller</li> </ul> <p>Si una paciente no quiere hacerse alguno de estos procedimientos, ¿qué procede?</p> <p>¿Cuándo una mujer está en labor de parto se le permite caminar, bañarse y comer?</p> <p>¿Si una paciente tiene un ataque de ansiedad o de pánico que es lo que deben hacer?</p>
Violencia obstétrica	Violencia institucional	<p>¿Sabe o ha oído hablar de la violencia institucional?</p> <p>¿Usted cree que en una institución de salud pública el modelo para atender mujeres embarazadas, en labor de parto y puerperio es el adecuado? ¿Por qué?</p> <p>¿Cree que la infraestructura, el equipo y material brindados por las instituciones de salud pública son los adecuados para la</p>



		<p>atención de la mujer como paciente?</p> <p>¿Conoce el síndrome de burnout?</p> <p>¿Cree que en las instituciones hay suficientes médicos para atender a las pacientes?</p>
Violencia obstétrica	Conocimiento del concepto	<p>¿Sabe que es la violencia obstétrica?</p> <p>Si, ¿Por qué cree que se ejerza la violencia obstétrica?</p> <p>¿Sabe si la violencia obstétrica se puede denunciar y cuál es su castigo conforme a la ley?</p> <p>¿Conoce algún reglamento o leyes que protejan a la mujer ante la violencia obstétrica?</p> <p>¿Cree que se vulneren los derechos de las mujeres al ser víctimas de violencia obstétrica?</p> <p>Si, ¿Cuáles? No</p>
Parto	Parto institucionalizado Parto medicalizado	<p>¿Sabe que es un parto institucionalizado? <b>Si</b> ¿En qué consiste? No</p> <p>¿Por qué considera que la mayoría de los partos</p>

		<p>se atienden en alguna institución de salud pública?</p> <p>¿Considera que existen beneficios de un parto en una institución de salud pública?</p> <p>¿Usted cree que en la institución se da una buena calidad de atención? ¿porqué?</p> <p>¿Sabe que es un parto medicalizado?  <b>Si</b> ¿En qué consiste?  No</p>
<p>Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: Enfoque humanizado, intercultural y seguro.</p>	<p>Conocimiento del modelo y percepción del mismo</p>	<p>¿Conoce el Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: Enfoque humanizado, intercultural y seguro en las instituciones de salud pública?</p> <p><b>Si.</b>  ¿En qué consiste dicho modelo?  ¿Qué opina del modelo?</p> <p>¿Cree que la institución y el personal son capaces de implementar dicho modelo? ¿Por qué?</p> <p>¿Cree que esta política pública sea deficiente o eficiente y por qué?  No.</p>

		<p>¿Cree que la introducción de elementos de la partería tradicional en las instituciones públicas sea un buen elemento para mejorar la atención y evitar la violencia obstétrica?</p>
Partería	Partería	<p>¿Qué es la partería?</p> <p>¿Existen diferentes tipos de partería?</p> <p><b>Si.</b> ¿Qué actividades retoma de cada una? No.</p> <p>¿Qué diferencias tiene la atención en cuanto a un parto con parteras a una atención institucionalizada?</p> <p>¿Porque cree que la mayoría de las mujeres en la CDMX se atienden en instituciones de salud públicas?</p> <p>¿Considera que la atención de un embarazo, parto y puerperio es mejor si se lleva a cabo con parteras a comparación de una institución pública?</p>

		<p>¿Que ofrece la partería a las mujeres durante su atención?</p> <p>¿Qué tan seguro es tener un parto no institucionalizado?</p>
		<p>¿Porque considera importante retomar el ejercicio de la partería?</p> <p>¿Por qué considera que el ejercicio de la partería es importante para las mujeres durante su atención?</p> <p>Mas allá de beneficios físicos, ¿qué beneficios psicológicos, emocionales o simbólicos puede obtener una mujer en la atención con una partera?</p> <p>¿Cuál es el objetivo de la partería?</p> <p>¿Qué derechos se protegen durante la atención a la mujer?</p> <p>¿considera que existen estigmas sobre la práctica de la partería tradicional?</p>

Políticas	Conocimiento de políticas publicas	<p>¿Sabe si existe alguna política pública enfocada en erradicar y sancionar la violencia obstétrica?  <b>Si.</b> ¿Cual? ¿Considera que es suficiente?</p> <p>No.</p> <p>¿Considera que el gobierno mexicano se preocupa por atender esta problemática?</p> <p>¿Cree que el gobierno se dedique a impulsar o dar reconocimiento a la partería como un método de atención alternativo?</p>
Accesibilidad	Accesibilidad a la atención	<p>¿Qué tan fácil es poder tener un parto por parteras?</p> <p>¿Qué diferencia hay entre un parto en casa y en una casa de partería?</p> <p>¿Cuánto cuesta tener un parto atendido por parteras?</p> <p>¿Qué opciones tiene la mujer si no tiene los recursos para atenderse con una partera?</p>

		¿Existen razones para no atender a una mujer con base a la partería tradicional?
--	--	--

### 3.3 Criterios de selección

Para poder realizar las entrevistas se tomaron los siguientes puntos:

1. -Ser mujer
2. -Ser trabajadora perteneciente a alguna institución de salud pública.
3. -Ser partera, ejercer la labor de la partería.
4. -Facilidad de contacto y disponibilidad para poder realizar la entrevista, que tuvieran tiempo disponible en la fecha y horario establecido (en común acuerdo). Contar con la facilidad de conexión a una red de internet y aplicación de videollamada.

### 3.4 ¿Cómo se contactaron?

Nombre	Entrevista/Contacto	Fecha
Benedicta Pérez Carachure	Entrevista vía zoom	7 de mayo 2021
Liliana García Berrios	Entrevista en persona	8 de mayo de 2021
Rosa María Lezama	Entrevista vía zoom	13 de mayo de 2021
Mildren Judith López Mérida	Entrevista vía zoom	15 de mayo de 2021

Hannah Borboleta	Entrevista vía zoom/Platica vía Facebook “Conociendo a mis parteras”	Entrevista: 13 de mayo de 2021  Platica: 24 de abril de 2021
------------------	--	--

### 3.5 Fichas de las entrevistadas

#### **Benedicta Pérez Carachure**

Coordinadora de proyectos internos del hospital y licenciada en Enfermería y Obstetricia por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia-Universidad Nacional Autónoma de México. Labora actualmente en el Hospital General Iztapalapa “Juan Ramón de la Fuente” y tiene una experiencia laboral de 30 años.

#### **Liliana García Berrios**

Encargada de servicio en la unidad tocoquirúrgica y enfermera. Licenciada en Enfermería por la Universidad Nacional Autónoma de México y con Diplomado en Tanatología. Labora actualmente en el Hospital General Iztapalapa “Juan Ramón de la Fuente” y tiene una experiencia laboral de 28 años.

#### **Rosa María Lezama**

Adscrita y encargada de la jefatura de ginecoobstetricia, médico ginecoobstetra por la Universidad Nacional Autónoma de México y Posgrado por parte del Instituto Politécnico Nacional. Labora actualmente en el Hospital General Iztapalapa “Juan Ramón de la Fuente” y tiene una experiencia laboral de 25 años.

#### **Mildren Judith López Mérida**

Vicepresidenta en la asociación civil “Partería y Salud Natural A.C”. Partera egresada del Curso de Partería y Urgencias Perinatales de la Cruz Roja Mexicana. Educadora en Salud Materna por La Red Latinoamericana y del

Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN). Representante de la Asociación Mexicana de Partería. Tiene 4 años ejerciendo la partería y dos de ellos como vicepresidenta en dicha asociación civil.

### **Hannah Borboleta**

Directora clínica en la colectiva feminista “Morada Violeta”. Partera con formación en la partería con parteras independientes y Luna Maya DF (Cristina Alonso). Cuenta con Certificaciones de RCP neonatal y de adulto, emergencias obstétricas. Tiene 6 años ejerciendo la partería y 1 año 6 meses en el proyecto de Morada Violeta.

Como pudimos observar en las fichas técnicas de las entrevistadas, las mujeres pertenecientes al sector de salud pública tienen estudios de licenciatura y posgrados; mientras que los conocimientos de las parteras son en cierta parte empíricos, es decir, se fueron formando con el tiempo con alguna otra partera, aunque también por cursos certificados por instituciones de asistencia privada como lo es la Cruz Roja.

Todas las entrevistadas tienen alguna función administrativa además de estar en contacto con la mujer ya sea en su embarazo, parto o en el puerperio, desde diferentes perspectivas, pero acompañando el proceso.

Podemos notar que las mujeres de instituciones de salud tienen bastantes años ejerciendo su profesión, más de 20 años. Y que, con el paso del tiempo en una institución, hasta cierto punto burocrática, tuvo que pasar años para que pudieran acceder a un cargo administrativo. Por otro lado, en cuanto a las parteras su función administrativa es dentro de una organización, por así llamarlo, pequeña, donde si bien su labor es sumamente importante el crecimiento pudiera parecer más rápido, y es entendible ya que ellas son las iniciadoras y participes de dichos proyectos tanto de la asociación civil como de la colectiva feminista. Cabe señalar que Mildren y Hannah (parteras) además de realizar sus funciones administrativas y de partería, cuentan con páginas en redes sociales donde constantemente imparten talleres, videoconferencias (por tema de la pandemia y distancia) y charlas informativas tales como “Mitos y realidades sobre el Papanicolau”, “Maternidad en pandemia”, así como impartir



cursos de “Introducción a la partería con enfoque feminista”, “Contrarrestar la violencia obstétrica desde el modelo de partería”.

En el caso de Mildren y “Partería y Salud Natural” se imparten talleres como “Modelo de atención de partería en temazcal” “Taller de Oximetría y Oxigenoterapia para Parteras”. Además, por ser parte de una asociación funge también como receptora de donativos en especie como insumos o incluso hasta alimentos, acción que personal de las instituciones públicas no realizarían debido a que no está en sus funciones.

#### **4. Reflexión sobre el entendimiento, opinión y crítica de mujeres dedicadas a la atención de la mujer embarazada, en labor de parto o puerperio**

A continuación, hare un análisis de comparación y reflexión con respecto a las respuestas objetivas de las entrevistas realizadas a personal médico del hospital general de Iztapalapa “Juan Ramón de la Fuente” (institución pública) y las respuestas otorgadas por parteras, quienes tiene funciones administrativas y ejercen la partería.

Las respuestas fueron muy contundentes y precisas pero un punto a señalar es que las respuestas obtenidas por el personal médico eran cortas, más concretas mientras que las de las parteras eran más explicativas de tipo reflexivas.

#### 4.1 Categoría 1: Violencia obstétrica: “deja de gritar, ni que fuera para tanto, además espantas a las demás”

La violencia hacia las mujeres se manifiesta de diferentes maneras y una de ellas ha sido la violencia obstétrica casi imperceptible para la sociedad e incluso para nosotras mismas. Es una consecuencia de la imposición, control y subordinación sobre las mujeres en una sociedad machista, la cual contempla a la mujer como inferior al hombre por su capacidad reproductora, esto provoca diversos tipos de violencia, como lo es normalizar que una mujer debe parir con hostigamiento, dolor, sin voz, ausente y reducida a objeto.

Las mujeres han tenido que ir poco a poco rompiendo con desigualdades de género que se presentan en la sociedad e instituciones para poder realizar más y más actividad e incluso dentro de instituciones intrínsecamente patriarcales como la medicina en donde ahora encontramos mujeres enfermeras, medicas, cirujanas, entre otras. Recordemos que las mujeres no podían estudiar o ejercer la medicina y que los únicos “aptos” eran los hombres. Sin embargo, aún en la actualidad existe esa desigualdad, por esta razón es que antes de adentrarme a abordar el tema de violencia obstétrica, quise detenerme un poco sobre la violencia de género; recordemos que las entrevistas fueron dirigidas a mujeres para evitar precisamente sesgos sexistas.

Las cinco mujeres entrevistadas conocen el término de violencia de género y, en general, hablan de tipos de violencia, entre los que destacan la física, la psicológica, sexual e incluso se menciona el **Gaslighting**.<sup>28</sup> En cuanto a la violencia laboral o discriminación para ejercer su profesión, Liliana (*entrevista, 8 de mayo, 2021*) mencionó que si ha sufrido discriminación por parte del personal masculino al ejercer en el hospital público en el que trabaja y que incluso lo considera como un factor para no poder ascender a un puesto mejor en su trabajo. En cuanto a Mildren (*entrevista vía zoom, 15 de mayo, 2021*), esta menciona haber sufrido discriminación al ejercer la partería, y recordemos que

---

<sup>28</sup> “Es un patrón de abuso emocional en la que la víctima es manipulada para que llegue a dudar de su propia percepción, juicio o memoria. Esto hace que la persona se sienta ansiosa, confundida o incluso depresiva” (Gurdian, s.f) Recuperado de: <https://psicologiymente.com/social/gaslighting>

Mildren también tuvo una formación académica y laboró también en instituciones de salud pública, situación similar entre ella y Liliana.

En el caso contrario, Hannah ha sido selectiva en su trabajo, por eso menciona que no ha trabajado con hombres y sobre todo en instituciones de salud públicas, ya que menciona que es donde hay una mayor discriminación, “No he trabajado con hombres, porque es elección consciente y a propósito. Cuando hay contacto con hombres médicos, hay discriminación, humillación, [es decir] “vernos desde arriba” (*entrevista vía zoom, 13 de mayo 2012*). Desde mi perspectiva, el no trabajar con hombres y tener ese tipo de “privilegio”, por llamarlo así, se puede deber a que ella ocupa una posición jerárquica que la ayuda a que el personal no sea masculino, o sea, que al ser ella la directora clínica de “Morada Violeta” puede elegir sí aceptar o no a hombres parteros en su clínica, y esto no solo en “Morada Violeta”, puesto que al investigar un poco de ella en redes sociales, pude notar que fue directora de Luna Maya<sup>29</sup>, la cual también es una casa de partería y de la que también fue directora clínica. Por eso podría suponer que su nivel jerárquico dentro de las casas de partería ayuda a que no se tenga contacto laboral con hombres.

Por otro lado, quisiera retomar la respuesta de Mildren cuando nos habla de una discriminación específica que los hombres ejercen hacia las: “La discriminación hacia las parteras y la partería no se limita al género masculino, también existen mujeres que la ejercen” (*entrevista vía zoom, 15 de mayo 2021*). Es decir, Mildren está consciente de que también algunas mujeres aíslan y discriminan la partería y a quienes la imparten, esto trajo como resultado que la medicina se consolidara en occidente y, a través del proceso de colonización, se fortaleciera como la ciencia “verdadera” y “única” para curar y tratar el cuerpo humano.

Ahora bien, en México el término que se le ha dado a la violencia obstétrica por parte de INMUJERES es aquella acción u omisión por parte del personal médico, el cual pueda dañar física o psicológicamente a una mujer

---

<sup>29</sup> “Luna Maya es una casa de partería con capacidad para dar atención integral a la salud sexual y reproductiva de las mujeres”. Se encuentran actualmente en la CDMX y Chiapas (Luna Maya, s.f). Recuperado de: <http://www.lunamaya.org/nosotras/#1487069040092-14312a77-57cc>

durante el embarazo parto y puerperio: este tipo de violencia es institucional ya que son actos realizados por servidores públicos (INMUJERES, 2019). Es por ello que decidí entrevistar a personal médico de una institución de salud pública, pues esto me permitió explorar los mitos, ideas y prácticas dentro estas instituciones médicas, ya que de acuerdo al ENDIREH (2016) las instituciones públicas son en donde más se atienden las mujeres y, por lo mismo, donde más se les ha violentado.

**Proporción de mujeres de 15 a 49 años con maltrato durante la atención obstétrica de su último parto o cesárea en los últimos 5 años por lugar donde la atendieron**

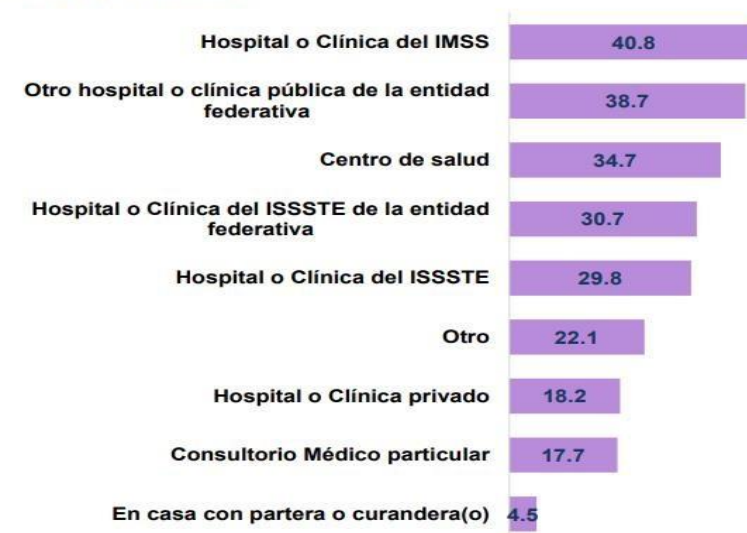


Imagen tomada de INEGI. "Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares". 30

Las entrevistadas conocen el término de violencia obstétrica, la cual la explican desde diferentes perspectivas; por ejemplo, Mildren (*entrevista vía zoom, 15 de mayo 2021*) considera que es una práctica que está tan normalizada que ya se hace como rutina y que se fue aprendiendo de generación en generación, por lo cual, sería muy difícil erradicarla puesto que es un cambio de mentalidad: los médicos pueden creer que al hacer lo que aprendieron están haciendo lo correcto. Por otro lado, Hannah (*entrevista vía zoom, 13 de mayo,*

30 Imagen tomada de INEGI. "Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares". 2016. pág. 47. Recuperado de:

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf)

2021) plantea que la violencia obstétrica es el resultado de la misoginia que hay en la sociedad y esto permea los ámbitos como lo es el de la salud. Esa misoginia también la ejercen los médicos al hacer una diferencia entre ellos (conocedores) y mujeres (consultantes sin información), además se ve a la mujer como ignorante de su propio cuerpo debido a la patologización de los procesos fisiológicos de las mujeres como la que se tiene del parto y de los juicios que medicamente se hacen como el llamado *cérvix incompetente*<sup>31</sup>.

Haciendo un paréntesis y retomando la misoginia de los médicos y la diferencia que hacen entre conocedores e ignorantes como lo mencionaba Hannah, el periódico *El Tiempo* hace un pequeño análisis sobre estudiantes graduados de la Facultad de Medicina y Cirugía de Columbia University en donde se les recordó que las batas que usan son “capaces de compasión”, un recordatorio de la importancia de sus carreras; pero también del reconocimiento que la sociedad tiene por su labor, no obstante, muchas veces representa también una arrogancia, pues al proponer reformas en la atención de las personas, algunos médicos han reaccionado con indignación, ya que desde que son estudiantes se les dice como deben ser y pensar como doctores, lo cual va creando un patrón para repetirse entre el comportamiento y las actitudes que ellos imitan<sup>32</sup> (El Tiempo, 2013).

---

<sup>31</sup> El *cérvix incompetente* es llamado cuello uterino incompetente, y este se refiere “a que [el *cérvix*] se abre de forma prematura antes de que el embarazo haya llegado a término”, teniendo como consecuencia un aborto espontáneo, un parto prematuro o una ruptura de membranas antes de la labor de parto. (Instituto Europeo de Fertilidad, 2017) Recuperado de: <https://www.iefertilidad.com/blog/cuello-del-utero-incompetente-que-es-como-se-diagnostica-y-como-se-trata/>

<sup>32</sup> A modo de defensa algunos educadores médicos sostienen que los estudiantes tienen que aceptar desde antes un “mundo de sacrificio, agotamiento, vida y muerte”. El doctor Frank Herlong comenta que los privilegios y sobre todo responsabilidades de los médicos no son parecidos a otras profesiones, es una responsabilidad única que conlleva sacrificar tiempo para realizar alguna otra actividad o proyecto de vida. Algunos médicos creen que la educación que reciben es extenuante, habiendo mucha tensión, un ambiente en que la compasión, paciencia y entrega no son cualidades de prioridad. En este artículo plantean una pregunta que quise retomar, “¿Cómo someterse a semejante agobio sino se les promete un puesto en el club?”, con esto puedo suponer que su actitud es para poder encajar ante los demás médicos, el tener una imagen fuerte, de dominio, e incluso, dando mi opinión como paciente, un tanto arrogante. Además de contemplar las explicaciones médicas que dan a los pacientes, que como lo menciona la doctora Linda Lewis a veces parecen “un idioma secreto de la fraternidad” lo cual aleja a los médicos de los pacientes y da la impresión precisamente de que es algo desconocido, “de un mundo raro y aparte” (El Tiempo, 2013).

Aunado a esto, la violencia obstétrica también es el resultado del “efecto burnout”, del que hablamos anteriormente: donde se plantea que las respuestas de Liliana, Rosa y Benedicta (médicas y enfermeras), quienes catalogan el “efecto burnout” como un exceso de trabajo, no ayuda con la atención y la falta de sensibilidad de los médicos. Además, muestran la falta de insumos o materiales en su área de trabajo. El “efecto burnout” o la sobrecarga de trabajo, es parte de la violencia obstétrica y se ejerce mediante la también violencia institucional, en este caso, el hospital, no solo a la mujer embarazada, sino también al personal médico por no brindar espacios adecuados para la realización de su trabajo, material o equipamiento. Con respecto a esto, las entrevistadas conocen este tipo de efecto y están conscientes de que el hospital no siempre les brinda las facilidades para realizar su trabajo, lo cual lo dificulta o entorpece. Consideran que no hay personal suficiente para atender a las personas y por ello también se da una mala atención, puesto que laboran con lo poco que tienen. Asimismo, no existe tampoco capacitación o talleres para mejorar la atención al paciente, y mucho menos existen las capacitaciones con una perspectiva feminista. Se siguen manejando los mismos protocolos y utilizando medicamentos o prácticas no recomendadas como si fueran de rutina.

Puedo notar que la violencia obstétrica cambia desde una perspectiva médica a una de partería e incluso feminista, por ejemplo, Hannah se postula en favor de dicha perspectiva. Mientras Liliana, Rosa y Benedicta dan una explicación basada en el efecto burnout y delegando, en cierta medida, la responsabilidad al hospital y sus normas de operación, por otro lado, las parteras se enfocan más en una explicación multifactorial, en la que el ámbito social y el patriarcado son los partícipes mayores en la violencia obstétrica. Dicho patriarcado al que se refieren las parteras hace partícipes a las mismas instituciones para seguir con un modelo institucionalizado, que no se planteó desde un principio con un enfoque más humanizado y con respeto a los derechos sobre todo de la mujer.

Las parteras contemplan el Modelo de Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. El enfoque humanizado, intercultural y seguro que tienen las instituciones de salud como una política pública que no está cumpliendo con sus fines. Gracias a los cursos o talleres como los que mencionó

haber tomado Mildren de partería y urgencias perinatales en la Cruz Roja dan testimonio de las deficiencias en la atención a la mujer (*entrevista vía zoom, 15 de mayo, 2021*). Tales fallas también las menciona Hannah (*entrevista vía zoom, 13 de mayo, 2021*): “la violencia obstétrica esta altísima, la tasa de intervenciones en el parto es alta, la tasa de cesáreas es alta, también la de depresión post parto y la mortalidad materna, por otro lado, la tasa de lactancia es baja”.

Con respecto a estos puntos manifestados por Hannah (*entrevista vía zoom, 13 de mayo, 2021*) en México se estima que a nivel nacional el 91.9% de los y las recién nacidas entre los años 2013-2018 han recibido lactancia materna. Acerca de la distribución de forma de partos se contabilizó que en el 2018 el 23.3% por cesárea programada, 53.9% por parto natural y 22.8% por cesárea de emergencia, esto con base en datos del INEGI, 2015 citados en INMUJERES 2020. En relación con la depresión postparto, este es un trastorno mental depresivo que se da durante el periodo perinatal que se asocia al suicidio y al filicidio, lo cual es atentar contra su propio hijo/hija. En México, llega a afectar hasta al 56% de las mujeres durante los primeros cuatro meses después del nacimiento de su bebé (Caparros R, Romero B, Peralta M, 2018). Aunque los datos que Hannah menciona son altos y se contradicen con lo que señala tanto INMUJERES como el INEGI, podría ser una consecuencia de que las mediciones estadísticas están sustentadas en perspectivas ideológicas patriarcales que mitigan la realidad.

La violencia obstétrica tiene varias expresiones entre las cuales está la actitud de los médicos que, al saberse concedores de la medicina, minimizan el compromiso que deben tener con sus pacientes y no les otorgan información completa o la que la mujer solicite sobre su estado, sobre su bebé o sobre los procedimientos que se le están realizando. En este caso, las cinco entrevistadas coinciden en que la información es muy importante para que la mujer (usuaria del servicio) este tranquila y segura, esto con la finalidad de su bienestar y de que sepan que procedimientos se pueden realizar, explicarle de forma detallada y resolver dudas.

Por otro lado, en el ejercicio de la partería, tal como lo menciona Mildren (*entrevista vía zoom, 15 de mayo, 2021*) a la paciente: “Se le brinda toda la

información que necesite para estar tranquila y segura”. Hannah, reitera (*entrevista vía zoom, 13 de mayo, 2021*) “todo lo que ella necesite, aunque no la pida nosotros la otorgamos. Porque es información de ella, de su cuerpo”. A diferencia de las enfermeras dentro de las instituciones que comentan que ellas no pueden dar información, por ejemplo Liliana sostuvo “solo el personal médico es el encargado de dar informes sobre el estado de salud” (*entrevista, 8 de mayo, 2021*), a su vez Benedicta mencionó: “nosotras como enfermeras no podemos dar información” (*entrevista vía zoom, 7 de mayo, 2021*), ellas como enfermeras no están autorizadas para dar información, lo cual desde mi punto de vista está mal, puesto que las enfermeras son las que tienen mayor acercamiento y atención con los pacientes, en este caso mujeres, lo que asimismo demuestra que hay roles jerárquicos de poder intrínsecos en dicha institución, es una similitud al orden patriarcal, en donde el doctor detenta el poder sobre sus subordinadas y sobre sus pacientes.

La violencia física e intervenciones también son parte de la violencia obstétrica y esto lo podemos identificar en la realización de intervenciones como la episiotomía, cesáreas, aplicación de epidural, uso de enemas e incluso la maniobra de Kristeller. Cabe mencionar que ninguna de estas prácticas se realizan bajo el modelo de la partería, mientras que en el modelo institucionalizado la intervención que más se realiza de todas estas, de acuerdo a las entrevistadas, es las episiotomías; las cuales se llevan a cabo de rutina y es decisión exclusiva del médico sin el consentimiento de las pacientes, y que se justifica cuando a la mujer se le da un oficio al inicio del procedimiento por “cualquier complicación” para que delegue responsabilidad al médico, acto que oprime completamente a las pacientes. Este supuesto consentimiento es parte de la violencia que se ejerce contra las mujeres. En la mente de la mujer puede estar el no querer una práctica médica y, por otro lado, tener que estar pensando en que al no aceptar dicho oficio ella será la causante de alguna complicación para su hijo.

Cuando una mujer está en labor de parto, puede reaccionar de diferentes maneras, sea la primera vez o la segunda, tercera, etc., y el momento es de gran incertidumbre, algunas mujeres están preocupadas, algunas entran en pánico, otra más necesitara estar escuchando respuestas a sus preguntas para estar



tranquilas y algunas quizás necesiten caminar un poco para aliviar el dolor o estar acompañadas de alguien importante que les pueda aportar seguridad en ese momento. Ante estas situaciones, la partería contempla las necesidades de cada mujer, acompañándola, ayudándola y apoyándola. Cuando el parto se realiza bajo el modelo de partería, la mujer es la protagonista de su parto junto con su bebé. Hannah (*entrevista vía zoom, 13 de mayo, 2021*) comenta que las mujeres “no somos recetas a seguir y que cada mujer necesita cosas diferentes. Nosotros las vemos desde el embarazo y nos ayuda a saber la individualidad de cada una, lo cual nos ayuda a saber que necesita, y también preguntamos que necesita.”.

En cambio, en las instituciones de salud no se permite el acompañamiento a la mujer, sus necesidades, su personalidad, sus miedos, sino se le reduce a objeto. Esto puede ser una consecuencia de la concepción médica occidental, que unifica la experiencia humana y, por ende, no puede atender a cada una de las parturientas en su estado emocional, lo que se hace es atender sus necesidades por igual, manejo de respiración y tratar de hablar con ellas, pero si, su necesidad es diferente, es muy complicado que se pueda satisfacer.

Esta cosificación que hace el modelo médico de las mujeres es un abuso y una violación también a sus derechos humanos y reproductivos. Causan penas o sufrimientos con el fin de persuadir y de limitar las decisiones de las mujeres; la cual también puede ser visible al coaccionar a la mujer a acceder a algún tipo de dispositivo o método anticonceptivo. Incluso, a veces, se les comenta cuando empiezan labor de parto, momento en el que menos piensas en eso. En mi experiencia, al terminar mi labor de parto yo no había decidido ponerme algún dispositivo e incluso varias veces se me preguntó, pero siempre respondí que no.

En la sala de parto el doctor me dijo que, si por él fuera, ya me hubiera puesto el DIU, pero por la temperatura en mi útero no podía, enseguida pensé, ¿pero yo no autorice nada?, ¿me lo hubiera puesto aún sin mi consentimiento? Lo que me llamo la atención fue que al tener mi primera visita de mi pareja me comento que el doctor que atendió mi parto, al darle información de mi estado, le dijo que hablara conmigo para que me pusiera un implante o algún método anticonceptivo porque yo no había autorizado ninguno y que él no quería verme

a los pocos meses otra vez ahí. Lo que me inquieta y me desconcierta es que, entiendo la acción de la prevención reproductiva por medio de otorgar información sobre anticonceptivos, pero por qué no respetar mi decisión cuando me negué a tal procedimiento en un ejercicio de total subordinación de las decisiones sobre mi cuerpo, además de asumir que mi pareja, hombre, es quién tiene el poder sobre él.<sup>33</sup>

En México, hasta el 2015, solo 15 estados tipificaban la esterilización forzada en el código penal federal. Este término se refiere precisamente a esterilizar a las mujeres sin su consentimiento o bien a realizarlo por presión a no recibir alguna ayuda del gobierno (GIRE, 2015). La esterilización se tomaba como medida para controlar el crecimiento poblacional, pero irremediamente constituía una violación a los derechos humanos, reproductivos de elegir y de libre violencia a la mujer.

Ante esta presión, las médicas mencionaron que a veces se les llega a mencionar algún dispositivo o método anticonceptivo y que algunas veces si se ha tratado de convencer a la mujer para aceptar algún método. Esto no significa que se realice la esterilización forzada, pero si tratan de que la mujer adopte algún método anticonceptivo sin que ellas previamente lo hayan planeado. Por el contrario, bajo el modelo de la partería no se induce a adoptar algún anticonceptivo, ya que la partería contempla la salud reproductiva de las mujeres,

---

<sup>33</sup> Aquí hago un pequeño paréntesis ya que me pareció importante hablar precisamente de los métodos anticonceptivos, puesto que en mi caso se me estaba comentando a mí que me pusiera el DIU o el implante subdérmico, pero después pensé, si hablaron con mi pareja ¿por qué no le ofrecieron alguna alternativa anticonceptiva para él? Simple, porque no las hay. Si bien sabemos que existe el condón masculino, no hay alguna otra opción que sea reversible para los hombres, pero, ¿por qué? Pareciera que el tema de un embarazo no planeado, o el contraer ETS son responsabilidad única y exclusivamente de la mujer a tal grado que desde los años 60s la mujer tiene la "opción" de tomar píldoras hormonales anticonceptivas y escribo "opción" porque a veces era una cuestión de tener permiso por parte de los esposos para poder tomar pastillas y no embarazarse. Si bien fue parte del inicio de la salud reproductiva de la mujer, también nos obliga a tener y soportar cambios físicos u hormonales por tomar este tipo de medicamentos. Se recomienda que la mujer tenga un cuidado con pastillas o implantes y el hombre con el condón, porque ellos no tienen alguna opción de tipo hormonal. Pero además también porque resalta una idea machista de que las mujeres somos o debemos ser más cuidadosas, como lo menciona el doctor en ginecología y obstetricia Francisco Carmona: "los hombres suelen desatenderse de muchas cosas, y es la mujer sobre la que históricamente recae la función de protección del embarazo por el mero hecho biológico. La vasectomía muchas parejas ni se la plantean y suele ser la mujer la que acaba asumiendo esa responsabilidad de anticoncepción". (INFOSALUS, 2020)

ellas pueden ayudar a la mujer a resolver sus dudas e incluso ser una acompañante durante la planificación y salud sexual.

#### **4.2 Categoría 2: Partería “conocimiento sin reconocimiento”**

Entre las entrevistadas existen diferentes significados de la partería, por otro lado, entre las médicas se tienen concepciones de la partería y reconocen que sería bueno retomar algunas de sus prácticas, pero por seguimiento de protocolos hospitalarios no se puede cambiar la atención, sino se da la indicación institucional. Por ejemplo, la doctora Rosa María Lezama (entrevista vía zoom, 13 de mayo, 2021) se refirió a una “buena práctica siempre y cuando se lleve a cabo con buena guía”, pero ¿qué guía? si las parteras son las que llevan el proceso a lado de la mujer gestante, con esto puedo inferir que sólo se refería la partería institucionalizada, una partería formada en una institución académica basada en la medicina medicalizada y que lleva la guía de un cirujano(a) o ginecólogo(a).

Ahora bien, la partería tradicional la catalogan como una actividad que brinda atención a la mujer durante la labor de parto y es ejercida por mujeres sin tener o contar con estudios o profesiones académicas. Esto es considerado por las medicas o enfermeras como prácticas riesgosas y sin calidad a comparación de alguien preparado académicamente. En sí, la partería es una profesión que se ha ejercido por muchos años, y como ya he mencionado, la cual ha sido desplazada cada vez más por la institucionalización de la atención médica. Es importante retomar aquí que las parteras reconocen tener conocimientos valiosos en el parto y aunque no tengan títulos institucionales, la partería, en palabras de la partera Hanna Borboleta:

“es todo un don, es un arte del acompañamiento en toda la vida de la mujer, la acompaña desde su primera menstruación hasta su menopausia, pasando por todos los procesos fisiológicos que las mujeres puedan tener, atienden salud y desequilibrios en su vida sexual, reproductiva, anticonceptiva, infecciones vaginales, etc., procesos que muchas veces son patologizados y, por lo tanto, pensados en que se tienen que atender con un médico” (*entrevista vía zoom, 13 de mayo, 2021*)

Las enfermeras y doctora Liliana, Rosa y Benedicta también reconocen el valor de la partería, ya que comentan que, si bien es una actividad importante en sí misma, también lo es para la mujer-paciente, ya que trae benéficos inmediatos como un mejor apego entre madre e hijo, incluso una buena conexión entre el personal que estuvo en el parto y en la que aseguran no existen situaciones de violencia; además de poder brindar técnicas para dar un mejor servicio.

La atención médica institucionalizada y la atención con un modelo de partería, contemplan dar un mejor servicio y que la mujer se sienta segura, pero entre estos dos tipos de atenciones existen diferencias tales como ellas mismas lo plantean. En primera instancia, las diferentes concepciones de ver a las mujeres, por un lado, desde la partería, se le considera sana físicamente e integralmente, es decir, se les mira como seres pensantes y capaces de tomar decisiones, desmitificado la idea de mujer-objeto muy arraigada por la medicina occidental, por esta razón las mujeres deben recibir un trato humanizado, digno, personalizado y como protagonistas.

Por esta razón, retomar la partería para la atención de las mujeres es fundamental y una acción completamente feminista, pues las mujeres podrían tomar decisiones sobre sus propios procesos fisiológicos sin ser catalogados como una enfermedad. Además, las parteras toman un lugar político amplio, pues muchas veces defienden los derechos de las mujeres, ya que comparten la experiencia de un cuerpo. Ellas mismas sufren discriminación por su labor: se les considera ignorantes por no tener estudios académicos, se tiene un estigma sobre su labor de que no saben, “no nos lavamos las manos, somos tontas o sucias, ponemos en riesgo la salud de las mujeres y bebés, que es algo anticuado” (*Hannah, entrevista vía zoom, 13 de mayo, 2021*).

La atención que brinda la partería es diversa, va desde la compañía hasta la atención física, en relación a su cultura y raíces de la mujer que solicita esta atención, y sobre todo brinda protección al derecho de las mujeres a decidir cómo, cuándo y dónde parir. Además de dar apoyo a su misma comunidad cuando se trata de un ejercicio de la partería tradicional. Es necesario detenerme entonces a las diferencias entre la partería tradicional con la partería dentro del feminismo en ciudades o bien la partería institucionalizada. La partería

tradicional es precisamente el modelo que sirve de ayuda a toda la población de un contexto rural o indígena, zonas en la que es común que no se encuentren alejadas de hospitales o centros de salud. Es por esto que las parteras son una excelente opción para la atención, además de que no en todos lados existen casas de salud para los partos y los hospitales o las clínicas a veces tienen sobresaturación.

Las parteras tradicionales adquieren sus conocimientos oralmente e incorporan conocimientos de herbolaria, uso del rebozo y sobada e incluso un cierre postparto. Todo esto es parte de una cosmovisión del cuerpo como caliente-frío, el cuerpo se concibe como un universo, el cual recibe fuerzas externas y necesita ser recompuesto con una sobada.

La sobada abdominal, la cual es un masaje que ayuda a acomodar al bebé que “viene” sentado y también puede realizarse un masaje general o en los pies para ayudar a la circulación. Para ello se utiliza el rebozo el cual tiene el siguiente significado simbólico: “la extensión de las manos de la mamá que recoge y protege al bebé y también es las manos de la abuela que cuida después del parto y entrega toda la protección de su linaje” (Botteri & Bochar, 2019, pág. 129). El rebozo también forma parte del cierre postparto, el cual es todo un ritual que consiste en un baño de hierbas calientes de limpia como la ruda, lavanda, romero, etc. Va acompañado de una sobada para reacomodar los órganos. El uso del rebozo es “para cerrar siete veces el cuerpo en diferentes lugares: cabeza, hombros, pechos, ombligo, cadera, rodillas y pies. Se consigue con dos personas que al mismo tiempo empujan de los extremos apretando el cuerpo” (Botteri & Bochar, 2019, pág. 129). Este baño postparto es un cierre de un ciclo además del uso de la faja para evitar “malos aires” que puedan entrar desde el útero. Después de este cierre postparto el cuerpo queda fuerte y compuesto (Botteri & Bochar, 2019).

Estos rituales, esta visión de un parto seguro, confortable, de acompañamiento es lo que ofrece la partería tradicional. Es lo que brindan Mildren con “Partería y salud”: se trasladan por la sierra en diferentes estados y ayudan a mujeres en un proceso seguro. Aunque debemos aclarar que no son parteras tradicionales, retoman actividades tradicionales como las antes mencionadas, además de que han recibido cursos y talleres, que, si bien ayuda a

la atención de la mujer, sigue siendo un poco adoctrinada. La diferencia está en que lo hacen sin fines de lucro, desplazándose y ayudando a mujeres en zonas rurales. Esto si lo contraponemos con la partería que encontramos en Ciudad de México, por ejemplo, con “Morada Violeta” que, aunque comparten esta idea del apoyo, acompañamiento y empoderamiento femenino, podemos también visualizar que el acceso a sus servicios es desigual.

La atención de “Morada Violenta” contempla todo un ritual, por así decirlo, para realizar al acompañamiento de la mujer, se tienen visitas prenatales con el fin de conocer a la mujer, el estado del bebé, su entorno, ser una guía y consejera. Es un modelo que se autodenomina feminista porque brinda información para que las mujeres elijan su autonomía y sus decisiones son la guía de su trabaja. Siempre se les cree a las mujeres, se propicia que las mujeres sean participes de la atención a su salud, se crean espacios para el consentimiento, y cuando las mujeres se lo piden, pausan el tiempo que sea necesario<sup>34</sup>.

Pero todos estos puntos también los maneja la partería tradicional, la cual tiene la misma finalidad, aunque es importante señalar que no se autodenominada feminista, algo que a mi punto de vista está implícito. Asimismo, mencionan los beneficios que se obtienen al atenderse en “Morada Violeta” tales como que las parteras acompañan a las mujeres durante todo el proceso, es decir, quien te atendió desde un principio en tus consultas prenatales es quien estará en la labor de parto. Por eso un acompañamiento personalizado en el embarazo, en el parto y el puerperio se ofrece como un valor agregado, lo cual devela su asistencia apegada al modelo capitalista y por ende empresarial.

También ofrecen servicios tales como el kit de placenta, el cual coincide con la partería tradicional, sobre que esta es el primer órgano que nos da todo el soporte mientras estamos en el útero y que al consumirla ya sea cruda (como se realiza en la partería tradicional) ya sea en cápsulas o tintura ofrece nutrientes y proteínas para sobrellevar el postparto, ayuda a la producción de leche y evita la depresión postparto. En “Morada Violeta” el kit de placenta lo ofrecen con tintura

---

<sup>34</sup> Información obtenida de página en red social Facebook Morada Violeta.

o cápsulas, además de una impresión que se puede enmarcar y te entregan el cordón deshidratado de su bebe. Incluso te ofrecen cursos como “parir en consciencia” con el fin de brindarte las herramientas para atravesar el parto y postparto en casa.

Toda esta atención la brindan las parteras rurales o bien las parteras tradicionales, pero la diferencia con “Morada Violeta” es que es un proyecto de parteras feministas urbanas y extranjeras y aquí es donde puedo notar un punto a considerar que es la accesibilidad de la atención. En el caso, precisamente, de las parteras entrevistadas tenemos dos puntos a tratar. El primero es el de Mildren (asociación civil), ella proporciona atención a la salud reproductiva de las mujeres en comunidades campesinas e indígenas, al igual que atención médica de urgencias. En el caso de Hannah (colectiva feminista) también atiende la salud reproductiva, pero no va dirigida a personas indígenas ni comunidades campesinas, y no porque no existan en la CDMX, sino que es más difícil debido al acceso económico.

La asociación civil de “Partería y salud” lo hace sin fines de lucro, mientras que la colectiva feminista Morada Violeta ofrece dicha atención personalizada y de protagonismo a la mujer, pero por un costo, desde mi punto de vista, elevado. Si bien es cierto, como comentaba Hannah, que los costos son elevados porque en la ciudad es más costosa la vida (rentas, colegiaturas, servicios, etc.) además de reconocer que es un trabajo al que le corresponde una remuneración.

También es claro que muchas de las mujeres en la CDMX cuentan con algún servicio de salud pública ya sea por afiliación o aportación. Lo cual hace más viable que muchas mujeres elijan ser atendidas en hospitales por el tema económico por ser atendidas gratuitamente, que pagar un costo elevado de atención con un modelo de partería feminista.

A continuación, presento un esquema de costos que maneja Morada Violeta. Podemos notar que el paquete más accesible es el “Paquete Malva”, donde ofrecen la atención de parto y 3 consultas postparto. El servicio más costoso es el “Paquete Morada” el cual además de tener la atención en el parto

y dichas consultas cuenta con servicios adicionales como el kit de placenta y el baño postparto, los cuales en un hospital público no se realizan. <sup>35</sup>

**PAQUETES DE PARTO**  
**¡Por apertura 15% de descuento en todos nuestros paquetes!**

PAQUETE MALVA	PAQUETE AMATISTA	PAQUETE LILA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de parto.</li> <li>3 consultas postparto.</li> </ul> <p>(paquete recomendado para mujeres que ya hayan parido anteriormente).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de parto.</li> <li>3 consultas postparto.</li> <li>Curso prenatal de 12 sesiones "Parir en consciencia".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de parto.</li> <li>3 consultas postparto.</li> <li>Kit de placenta.</li> <li>Baño postparto</li> </ul> <p>(paquete recomendado para mujeres que ya hayan parido anteriormente).</p>
<b>OPCIÓN 1</b> En casa particular	<b>OPCIÓN 1</b> En casa particular	<b>OPCIÓN 1</b> En casa particular
Precio normal \$28,250 Precio de promoción <b>\$24,000</b>	Precio normal \$35,000 Precio de promoción <b>\$29,500</b>	Precio normal \$33,00 Precio de promoción <b>\$28,000</b>
<b>OPCIÓN 2</b> En Morada Violeta	<b>OPCIÓN 2</b> En Morada Violeta	<b>OPCIÓN 2</b> En Morada Violeta
Precio normal \$24,750 Precio de promoción <b>\$21,000</b>	Precio normal \$31,200 Precio de promoción <b>\$26,500</b>	Precio normal \$29,500 Precio de promoción <b>\$25,000</b>

Imagen tomada del curso "Conociendo a mis parteras"

<sup>35</sup> Imágenes tomadas con la información proporcionada por "Morada Violeta" en el curso "Conociendo a mis parteras".



**PAQUETES DE PARTO**  
**¡Por apertura 15% de descuento**  
**en todos nuestros paquetes!**

**PAQUETE VIOLETA**

- Atención de parto.
- 3 consultas postparto.
- Kit de placenta.
- Baño postparto
- Curso prenatal de 12 sesiones "Parir en consciencia".

**OPCIÓN 1 En casa particular**

Precio normal \$39,500  
**Precio de promoción \$33,500**

**OPCIÓN 2 En Morada Violeta**

Precio normal \$36,000  
**Precio de promoción \$30,500**

**PAQUETE MORADA**

- Atención de parto.
- 3 consultas postparto.
- Kit de placenta.
- Baño postparto
- Curso prenatal de 12 sesiones "Parir en consciencia".
- 1 mes de gimnasia hipopresiva.

**OPCIÓN 1 En casa particular**

Precio normal \$40,100  
**Precio de promoción \$34,500**

**OPCIÓN 2 En Morada Violeta**

Precio normal \$37,100  
**Precio de promoción \$31,500**

**Sobre los pagos**

El pago del paquete se puede hacer en una sola exhibición o en 3 pagos y debe estar cubierto antes de la semana 36. Cuando se realiza en 3 pagos, sólo aceptamos pagos en efectivo.

Para los paquetes que incluyen el Curso "Parir en consciencia" se deben pagar mínimo \$6 mil pesos al momento de iniciar el curso.

Para transferencias se cobra el 16% de IVA.

Pagos con tarjeta, se aumenta el 16% de IVA + 4% de comisión de la terminal.

Imagen tomada del curso: "Conociendo a mis parteras".

Actualmente en México, el salario mínimo es de \$141.7 pesos, y si multiplicamos ese ingreso por los nueve meses, que por lo general dura un embarazo "normal", nos da un total de \$38,259.00. Con esto podríamos considerar que alcanzaría para atender su parto en organizaciones como Morada Violeta, incluso con el paquete de costo más elevado, pero no quedaría nada para la renta, alimentación, los gastos de emergencia, entre otros. Asimismo, es importante decir que las mujeres son más empobrecidas, según Forbes, las mujeres entre 15 y 29 años tienen adversidades para encontrar algún empleo, situación en la que México cuenta con el doble de desempleadas en comparación con los hombres, esto quiere decir que de un aproximado de 4.6 millones de mujeres desempleadas había 2.9 millones de hombres desempleados. Aunado a la desigualdad salarial, en las que de acuerdo al estudio de la Asociación Civil "Acción Ciudadana Frente a la Pobreza", citado en el mismo artículo de Forbes, mencionan que la retribución económica de un

hombre mensual es de \$5,825.00 mientras que la de una mujer es de \$5,029.00 (Ordaz, 2019).

En 2017, de acuerdo a un estudio que realizo Rubén Migueles para el periódico *El Universal*, mostró que aproximadamente 24.4 millones de personas ganaban menos de cinco mil pesos al mes, lo cual no ayudaría cubrir las necesidades básicas de una familia integrada por al menos cuatro personas. Se analizaba que para cubrir la canasta básica alimentaria (alimentos como carne de cerdo, pollo, pescados frescos, leche, derivados de la leche, huevos, aceites, frutas, etc.) el costo es de \$1,371.66.00, pero también hay que tomar en cuenta gastos considerados como parte de la canasta básica no alimentaria como transporte público, cuidados personales, educación, cultura, recreación, vivienda, mantenimiento de la vivienda, etc. Para estos dos grupos de necesidades a cubrir se necesitaría un mínimo ingreso de \$11,140.00 mensuales. Los cuales sabemos que no es tan fácil de contemplar teniendo en cuenta los datos anteriores del ingreso diario ni con datos del 2017 ni en la actualidad (Migueles, 2017).

Todo esto, muestra porque es más accesible para la mayoría de las mujeres atender su embarazo dentro de las instituciones de salud pública, pues muchas de ellas tienen cobertura de seguridad social de salud por alguna institución como el IMSS, lo que las hace acreedoras de por lo menos siete consultas prenatales, las cuales se complementan con consultas en el área de nutrición, psicología o trabajo social e incluso consultas dentales, además de que en los primeros meses se realizan estudios de detección de VIH, se brinda orientación de actividad física, datos de alarma durante el embarazo e incluso brindan una guía y un tour obstétrico el cual es una visita guiada en el área de ginecoobstetricia (IMSS, 2019).

Al ver la comparación entre los servicios, podemos resaltar que incluso en el instituto de salud se realizan más consultas y pareciese con más información. En mi opinión es importante cada uno de ellos, pero lo cierto es que no todas las veces ocurre de esta manera. En mi experiencia durante la pandemia muchas consultas se cancelaron, así como análisis y las pruebas tampoco se brindaron. Entiendo que era una situación excepcional pero lo cierto es que se hizo de lado a mujeres gestantes.

Si comparamos el costo podemos ver que la mejor opción es alguna institución como lo es el IMSS, principalmente por los motivos económicos, teniendo en cuenta que las mujeres tienen peores condiciones económicas que los hombres y que muchas no cuentan con apoyo de sus familiares o parejas, sin embargo, la atención sí es diferenciada, no feminista y con alta probabilidad de violencia obstétrica.

Al momento de no contar los recursos económicos y, a veces morales o de apoyo, Hannah comentaba que la atención no la daban si la persona que acompañaba a la mujer en labor de parto agrade a las parteras (los esposos o parejas de las mujeres embarazadas). En este punto considero importante hacer un paréntesis con relación a la violencia que menciona Hannah de parte de los esposos y parejas de las mujeres gestantes: Hannah se proclama feminista y el enfoque de atención en “Morada Violeta” es precisamente feminista, por lo cual, tanto en su persona como su entorno, deslegitimizara cualquier acto que pretenda inferiorizar tanto su persona como su labor, puesto que no se dejará subordinar por comentarios que puedan ser violentos e incluso ofensivos para la labor que esté realizando, puesto que ella es la guía y necesita, como ella lo menciona, tener un entorno de paz y tranquilidad para ella poder ofrecerlo a la mujer.<sup>36</sup>

Pero la accesibilidad no solo es en temas económicos, también hay que mencionar que encontrar una partera es complicado y más en zonas urbanas o en otros contextos donde no se realizan estas prácticas. Como menciona Hannah (“Conociendo a mis parteras”, 24 de abril, 2021) “la erradicación y desplazamiento por parte del Estado hacia una atención institucionalizada ha

---

<sup>36</sup> La violencia desde una ideología patriarcal está sumamente interiorizada, y existe una conceptualización de las mujeres como inferiores o propiedades de los hombres a quienes se les tiene que tener respeto y obediencia, por lo cual podríamos pensar que en una situación que el hombre no lo considere útil, necesario o de su interés pueda mostrar una actitud de querer que tanto la mujer en labor de parto y la partera deban realizar lo que él quiera. También tenemos que mencionar que las personas agresivas lo son en cualquier momento y cualquier situación, pero esta agresividad no se da con todas las personas, tanto como algunos que considere superiores o fuertes incluso no con todas las mujeres, lo que se ha demostrado más allá de investigaciones científicas, Myriam Miedzian (2015) citado en ( De miguel, 2012) hace un estudio sobre los lazos entre la masculinidad y la violencia, la cual es aprendida desde la infancia “Para no llegar a ser un “mariquita o una nenaza” el niño tiene que aprender el uso legítimo de la violencia” [...] “. La violencia es un valor en la construcción de la mística de la masculinidad” (De Miguel, 2012, s. p)

hecho que cada vez menos mujeres ejerzan la partería”. La atención por una partera se vuelve una labor de búsqueda para aquellas mujeres que deseen y puedan cubrir un gasto para una atención personalizada. Esto bien puede ser en una casa de partería o un parto en casa, que, de acuerdo a las entrevistadas, el trato y la atención deben ser la mismas, en sí, solo cambia en el sentido del espacio y confort que la mujer considere conveniente.

De acuerdo con datos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva citados en (GIRE,2015) hasta octubre del 2013 solo había 23 parteras contratadas en hospitales de salud pública, pero cabe mencionar que estas parteras son técnicas, es decir se les ha capacitado con modelo académicos y técnicos propios de un modelo hospitalario, puesto que, es ahí donde ejercerán, por ejemplo, en la Ciudad de México para practicar la partería como profesión se necesita forzosamente título y cédula profesional. Ya en el 2015, el Fondo de Población para las Naciones Unidas reportaba un total de 78 parteras registradas. Pese a que aumentó la contratación de parteras, siguen estando bajo el mismo modelo hospitalario institucionalizado.

### **4.3 Categoría 3: Políticas públicas; lo mismo, pero en azul**

México ha tratado de implementar a través de la política pública un modelo para evitar y erradicar la violencia obstétrica, este modelo es de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Dicho modelo surge para poder atender la necesidad de brindar una mejor calidad de atención a las mujeres durante su embarazo, parto y el puerperio, tomando en cuenta actividades que se ejercen de la partería, pero más que actividades trata de retomar el respeto, la humanización y dar a la mujer un momento especial, de protección a sus derechos y de menor incertidumbre ante una situación que es única.

Al realizar las entrevistas, pude notar que todas las mujeres entrevistadas conocen el modelo y saben de qué se trata, por ejemplo, Benedicta (*entrevista vía zoom, 7 de mayo, 2021*) contempla dicho modelo como aquel en el que se plantea que “el proceso del embarazo, parto y puerperio evolucione de forma fisiológica y la paciente viva una experiencia placentera”.

Liliana por su parte menciona que “se enfoca en la atención del proceso durante el embarazo, parto y puerperio de manera natural, donde la madre se sienta satisfactoriamente segura y, emocionalmente, apoyada” (*entrevista, 8 de mayo, 2021*). Las médicas en general hablan de un modelo que se enfoca en la atención del proceso del embarazo, parto y puerperio, el cual supuestamente evolucione de forma fisiológicamente natural, donde la mujer pueda tener una experiencia de menos incertidumbre, es decir, segura y, un tanto, placentera. Coinciden en que la correcta aplicación del modelo ayudaría disminuir la morbilidad materna, se respetarían los derechos de las mujeres y se crearía un vínculo estrecho entre madre e hijo/hija. En general, se muestran optimistas por la aplicación del modelo, ya que creen que el hospital donde laboran tiene la capacidad de recurso humano y así poder llevarlo a cabo, es decir, comentan que si están interesadas en la implementación del modelo y que las capacitaciones son muy útiles. Pero debemos recordar que el recurso humano es solo una parte, y que, si el gobierno no da los recursos y equipamiento necesarios al hospital y al personal médico (como batas cerradas, bancos o sillas para posiciones diferentes a la hora del parto), por ejemplo, difícilmente podrá haber una buena implementación del modelo, ya que esto sería un factor de impedimento para llevarlo a cabo adecuadamente y tal vez, se genere una falta de incentivo para el personal médico al ver que el hospital no se compromete a mejorar la calidad de atención a las mujeres.

Por otro lado, las parteras entrevistadas conocen muy poco de este modelo y de los aportes que se desean introducir en él, se muestran incrédulas ante, puesto que, en palabras de Hannah (*entrevista vía zoom, 13 de mayo, 2021*) “es lo mismo, pero en azul”, y con ello se refiere a que es un tipo estrategia para hacer creer a la sociedad que se ha cambiado o mejorado el servicio y que la atención a mujeres será diferente y mejor, pero la realidad, para las parteras entrevistadas, es que es el mismo trato, debido a que el hospital es una institución y se enfocan más en resultados (madre e hijo estén bien y vivos) sin ocuparse en el proceso.

La institucionalización de la atención médica, como lo menciona el filósofo Michel Foucault, “es un centro de poder de la biomedicina” (Botteri &Bochar, 2019, pag.127). El cual se ve como un lugar donde se reúnen los enfermos y al médico

como la persona que restablecía el orden, a lo cual llamo “medicalización del hospital” (Botteri &Bochar, 2019, pag.127) esto era quitar poder al enfermo de su propio cuerpo y dar paso, dar autoridad a la medicina para sanarlo.

Asimismo, es importante retomar esta institucionalización a partir de una cultura patriarcal, la cual denota una incapacidad de curación de la mujer, se desvaloriza y minimiza su saber, además de cosificar su cuerpo, por eso la mujer en su proceso fisiológico del parto da autoridad a los médicos para llevar dicho proceso, y por consecuente se somete a la confianza forzada de un modelo hospitalario. (Botteri &Bochar, 2019).

La falta de atención hacia las mujeres queda expuesta gracias a la postura feminista en la que se explica que existe una discriminación hacia las mujeres, una patologización del parto y una infantilización<sup>37</sup>. Además de que la educación que reciben los médicos y medicas contienen un estereotipo del cuerpo de la mujer y de su forma de ser, esto para las instituciones es muy difícil que cambie. Por esta razón hablan de dicho modelo como una política pública deficiente, la cual no tiene ni tendrá una buena implementación y mucho menos resultados, pues las instituciones no tienen una formación con sentido humanista y feminista. Incluso, la introducción de elementos de la partería no ayudaría a reducir la violencia obstétrica en estas instituciones y tampoco garantiza que esta política sea una buena estrategia, pues preexiste un pensamiento de inferioridad hacia la partería y hacia las parteras y parteros por parte de la medicina occidental, lo que genera un conflicto entre médicos y ellos. Hannah considera que usar e implementar la partería en dicho modelo es como “la colonización” y lo ve como tomar lo que les conviene, apropiarse de actividades y conocimientos sin dar crédito a las personas que ejercen la partería.

La entrevistadas conocen el modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro, puesto que a las médicas se les está capacitando sobre este modelo, y las

---

<sup>37</sup> “La infantilización durante el parto, consiste en ese disciplinamiento, casi rutinario, al que se somete a las mujeres en muchas de las instituciones de salud, generándoles una sensación de vulnerabilidad, indefensión y pérdida de confianza frente a su proceso”. (el blog de Dra. Susana, 2017) Recuperado de: <http://www.doctorasusana.com/blog/infantilizacion-durante-el-embarazo-y-parto-otra-forma-de-maltrato-sutil/#:~:text=La%20infantilizaci%C3%B3n%20durante%20el%20parto,confianza%20frente%20a%20su%20proceso.>

parteras lo conocen, es que pretende retomar prácticas de la partería, pero al momento de preguntarles a médicas y parteras si conocían alguna otra política pública enfocada en erradicar o sancionar la violencia obstétrica la respuesta fue negativa. Ninguna de las entrevistadas conoce si existe algún otro programa o proyecto que contemple esta situación. Las médicas consideran que el gobierno se preocupa por atender esta problemática, pero esta perspectiva puede ser porque precisamente ellas trabajan en una institución de salud pública, es decir, del gobierno. Y ellas son las que se dan cuenta de avances o mejoras que pudieran tener en su mismo lugar de trabajo, consideran que el modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, enfoque humanizado, intercultural y seguro, es importante; pero tal vez no suficiente.

En cambio, las parteras son firmes en su respuesta frente al gobierno, si este se preocupa o no por el tema de la violencia obstétrica, y su respuesta es negativa. Esto es parte de la importancia del porqué se debe conocer esta política pública en su forma de modelo de atención y la importancia de querer retomar la partería, pero el mismo gobierno no impulsará ni dará reconocimiento a su trabajo como un método de atención alterno. Simplemente es una política que en palabras de Mildren (entrevista vía zoom, 15 de mayo, 2021): “en teoría debería ser bueno, pero en la práctica la realidad es que no se lleva ni llevará a cabo”.

En cuanto a la accesibilidad del servicio de atención, las médicas tienen la obligación de atender a una mujer, pero por indicaciones de la institución, es decir, ellas no pueden negar la atención por decisión propia. Esto amparado bajo el lema que tienen las instituciones de salud pública de cero rechazos, la cual, como ya se había mencionado, consiste en no negar la atención a las pacientes.

Las médicas llegan a comentar que cuando la institución niega la atención es porque en ese hospital no tienen el equipo necesario ante una situación de gravedad o inusual, dando cuenta que no tienen todo el equipamiento necesario muchas veces. Estas canalizaciones las llegan a hacer debido a el problema de salud por eso van a hospitales con especialidades para la mejor atención de las pacientes. Gracias a esto podemos deducir que ellas como médicas no tienen la capacidad de negar una atención, pero debido a complicaciones propias de algunos embarazos se transfieren mejor a otra unidad que cuente con equipos y

especialistas de acuerdo con las necesidades de la paciente. Esto a pesar de que los hospitales deberían cumplir con el funcionamiento del protocolo acordado en el plan nacional de desarrollo 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud y el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal, lo cuales se establecieron entre el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva e instituciones públicas y privadas, y deben categorizar el estado de las mujeres embarazadas para darles oportuna atención mediante la implementación del triage obstétrico, proyecto que daría continuidad al “ Código Mater” y el equipo de Respuesta inmediata obstétrica (ERIO) <sup>38</sup>. Estos proyectos planteaban la necesidad de brindar una atención segura, oportuna y eficaz por parte de personal médico calificado ante una emergencia obstétrica en cualquier hospital. Entre sus recursos necesarios se contempla el personal médico como enfermeras, obstetras (no mencionan nada de parteras), recursos materiales como escritorio, sillas, estetoscopio biauricular, baumanómetro y termómetro y áreas físicas como una que funja como recepción y control, con iluminación, señalización, áreas de choque y a la unidad de tococirugía (Secretaría de Salud, 2019).

Lo cierto es que este modelo de cumplir con lo que las parteras mencionan ayudaría a erradicar la violencia obstétrica, ayudaría a que las mujeres tomen decisiones sobre su cuerpo, así como que sean informadas de sus procesos naturales y estos no sean concebidos como enfermedades. Ayudaría a que no hubiera consecuencias tales como lo menciona Francisca Fernández Guillen en un artículo para *EL PAÍS*:

Como abogada he llevado casos de bebés que han sufrido fractura craneal por uso indebido de fórceps, hemorragias por ventosas, parálisis cerebral o muerte. Mujeres que han perdido el útero o quedan con dolor permanente en las relaciones sexuales tras una episiotomía innecesaria.

---

<sup>38</sup> “El Triage obstétrico es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta. Se utiliza en los servicios de urgencias obstétricas o en el área de admisión de la unidad de tococirugía. Permite identificar de manera expedita a aquellas pacientes que son candidatas a la activación del Código Mater para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), diferenciándolas de aquellas que, aunque recibirán atención, no implican el mismo sentido de emergencia” (Secretaría de Salud. Triage obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento técnico, 2016, pág. 18-19).



Y las consecuencias personales y sociales de la incontinencia fecal y urinaria por intervenciones obstétricas son enormes.

También Ibone Olza para el mismo artículo de *EL PAÍS* menciona que al ser víctimas de violencia obstétrica y sobre todo de la psicológica se presenta al escuchar comentarios como "no empujas bien" o "el bebé sufrió porque tu pelvis es muy estrecha", lo que genera un sentimiento de culpa o de fracaso, lo cual puede generar un trauma, una especie de bloque que pueda generar la dificultad para retomar su vida sexual, depresión postparto, sentimientos de enojo y desconfianza hacia el personal médico, infertilidad por miedo a pasar por algo similar e incluso un estrés postraumático el cual afecta al 5% de las madres pero incluso una de cada tres pudieran presentar síntomas parciales ( Oliver, 2019).

Para concluir esta categoría podría retomar que el Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro existe como política pública para evitar la violencia obstetricia y a decir de las mujeres entrevistadas que ejercen la medicina ellas consideran estar de acuerdo con dicho modelo como lo expresa Liliana (*Entrevista, 8 de mayo, 2021*) "Es un modelo muy bueno ya que la paciente junto con su recién nacido y familia integran un vínculo más estrecho que brinda bienestar a todos". Este punto es muy importante, ya que considero no solo se está refiriendo a bajar tasas, como ya se mencionó, por ejemplo, de mortalidad materna e infantil, sino que ya se contempla algo más allá de eso, y es precisamente ese vínculo, ese apoyo que la mujer debería tener al vivir ese momento en que se convierte en madre. Ya no solo es dar resultados, sino que ellas mismas (las entrevistadas del sector salud público) tengan una empatía por el momento, por la vulnerabilidad y el respeto a las mujeres, a sus decisiones y a su autonomía.

A pesar de que las médicas, parte elemental del cuidado y atención a la mujer, están de acuerdo y se muestran optimistas antes esta forma de asistencia médica, el modelo no contempla las ideas sexistas que pueda haber entre su personal médico, además no toma en cuenta la carga de trabajo que pueden tener los médicos, que, de acuerdo a las respuestas de las entrevistadas, puede ser un detonante para brindar una mala calidad en la atención. A mi punto de vista el gobierno mexicano crea un modelo esperando que solo el personal

médico cumpla con la implementación de lo que las instituciones de salud creen que sería mejor para dar una atención de calidad, pero no plantean las necesidades del personal médico.

## 5. Conclusiones

Como ya hemos mencionado, la violencia de género puede tener diversas modalidades y en este caso nos centramos en un tipo que es difícil de percibir, y desde mi punto de vista, atender. Aunque el gobierno mexicano a través del Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres afirma que han trabajado en impulsar y coordinar acciones en contra de la violencia hacia la mujer, tales como la incorporación de la igualdad de género como un tema sustantivo de la agenda nacional de la Conferencia Nacional de Gobernadores (CONAGO), la creación de la Comisión para la Igualdad entre Mujeres y Hombres o la estrategia de seguimiento de la presencia de las mujeres en el presente proceso electoral (Gobierno de México, 2018), entre otras, lo cierto es que a diario vemos un caso nuevo de feminicidio o desaparición de mujeres, las cuales son expresiones máximas de muestras de violencia de género. La violencia obstétrica también tiene consecuencias brutales donde se puede llegar hasta perder la vida tanto la madre como el recién nacido debido a una mala práctica, y si ese no es el caso, mínimo se vive una mala experiencia, que potencializa un suceso traumatizante si quedara en la memoria de la mujer.

El gobierno mexicano al querer implementar modelos de atención con enfoque humanizado, como el que explique a lo largo de este trabajo, da cuenta de que la atención es muy mala, que no protege los derechos de los pacientes y en este caso de las mujeres. No tendría que ser una política pública el tratar bien a una persona, eso debería ser sin seguimiento de protocolos, ya que se está tratando con un ser pensante y consciente ante cualquier signo de agresión contra él. El enfoque intercultural es un derecho que también se debería respetar, salvaguardar nuestras costumbres e ideologías sin hacernos sentir mal y respetar las actividades que se retoman de cada una de ellas, haciéndoles ver que se les incluye y reconoce su aportación.

Con esta investigación, considero que he cumplido con el objetivo principal de investigar y problematizar las características del Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro, el cual desde mi perspectiva no ha funcionado con

respecto de la atención, pues es un modelo que lleva años implementándose y, en mi experiencia no me tocó recibir la atención de ninguno de los enfoques que persigue dicho modelo, que también se confirma con la experiencia de las entrevistadas, las cuales mencionan lo mismo. No ha servido para la erradicación de la violencia obstétrica. Se sigue patologizando, no se da información completa sobre el estado de salud de la mujer o el recién nacido y mucho menos hay actividades que refuercen el protagonismo de la mujer en el parto. No se deja elegir la posición que uno desee para comodidad o incluso para tener menos dolor.

Estamos tan acostumbrados a la mala atención en las instancias de salud pública que cuanto se llegara a implementar de lleno dicho modelo, no estaríamos listas ni consientes ante una pregunta como ¿tú qué quieres, o que es lo que necesitas?, estaríamos en duda con nuestro propio cuerpo. Esto ocurriría, precisamente porque las mujeres hemos estado inmersas en un modelo en el que se nos ha hecho menos, donde se nos dicho que somos ignorantes antes nuestros propios procesos fisiológicos, esto derivado de una enajenación de nuestro mismo cuerpo ante un sistema en que se imponen estándares, se patologiza procesos fisiológicos y que, como muchas mujeres, no podemos tener acceso a una mejor calidad de atención.

Por otro lado, la partería es un modelo único que nos ofrece protección, seguridad y cobijo, pero que no es accesible para todas. Tal vez en las zonas marginadas se vea como una necesidad por el tema de difícil acceso a un hospital, pero lo cierto es que su atención con una partera tradicional es una experiencia única, en la que se cuida y protege, donde puedes tomar tus propias decisiones.

No quiero decir con esto que es mejor que no se cuente con atención médica, puesto que es importante su accesibilidad para temas de urgencia. Por el contrario, a una mujer de la CDMX, la atención de una partera, como lo vimos con “Morada Violeta”, representa un lujo, una atención elitista conformada por mujeres que, si bien dan una buena atención con enfoque feministas, no es algo que las parteras tradicionales no hagan. Además, las parteras de “Morada Violeta” están formadas gracias a cursos en el extranjero y su instalación está en una zona de clase social media o media-alta (Col. Roma CDMX).

Debo narrar aquí mi experiencia personal al tomar el taller “Conociendo a mis parteras” de “Morada Violeta”, todo el modelo que se planteaba me gustó mucho y resonaba en mi mente: por qué no investigue que otros tipos de atención existían para atender mi parto, pero al llegar a la última etapa del taller en donde se manejaban los precios entendí que esa atención me era imposible costear, pero que me hubiera gustado recibirla. Sus precios son elevados, como lo expuse en la categoría de partería, una mujer con el sueldo mínimo no puede acceder a este tipo de servicios, y en la entrevista realizada a Hannah al momento de cuestionar que otras opciones había para una atención de tipo partería no dio más respuestas, solos se limitó a decir “si se quiere, se puede, se puede conseguir dinero” (entrevista vía zoom, 13 de mayo, 2021). Mi respuesta fue no, no todas podemos pagar un servicio así y lo que nos toca es quedarnos con lo que podemos acceder, que es una institución pública y al atenernos al trato que nos den.

La partería es un modelo que ha existido desde hace años, a la que se le debe reconocer no solo por sus aportaciones, sino por ser la base del modelo al cual se le ha desplazado la atención hoy en día. Pero no solo a la partería, sino a las personas que la ejercen, puesto que las parteras o parteros tienen la visión humana que se necesita en el proceso de parto, y en general, de acompañamiento a la mujer durante los procesos fisiológicos a lo largo de su vida. Dicho Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro, debe ser llevado a cabo debidamente, respetar sus lineamientos de humanización, interculturalidad y seguridad, eso representaría una mejor calidad de atención a nosotras las mujeres y nuestros recién nacidos o nacidas, pero sobre todo significaría un respeto a nuestros derechos.

Respecto de la hipótesis, podemos concluir que el modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro produjo cambios en la baja de diferentes tasas como de mortalidad materna y de cesáreas realizadas como lo indicaba INMUJERES, pero no hay cambios que pueda visibilizar la reducción de la violencia obstétrica y esto es porque simplemente no hay seguimiento. El modelo no contempla lo que pasa después de la atención que, se supone, debería brindar. El modelo

existe y los protocolos de acción también, pero en a profundidad no se puede saber que tan viable ha sido porque no hay datos que proporcionen la evidencia de la violencia obstétrica, ni sobre su conocimiento; y esto lo podemos ver porque al realizar la investigación, los datos que se encontraban y demás estudios se referían a un solo estudio del año 2016. Desde ese año hasta la fecha, ha habido cambios de poder en la presidencia e incluso en los partidos políticos y en ninguno se ha dado seguimiento al modelo.

El Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro en esencia es bueno, pero la implementación simplemente no ha sido suficiente, puesto que con la experiencia de las mujeres entrevistadas que trabajan en un hospital público reconocen que se siguen realizando prácticas, como la episiotomía, como de rutina, se sigue haciendo de lado la partería al no reconocerla como práctica segura sin una guía, aunque las mismas parteras sean la guía y la acompañante, y por último, consideran que los recursos tanto materiales como en espacios e insumos son deficientes, lo cual hace que su trabajo sea insuficiente para dar una mejor atención a la mujer y su recién nacido.

Por último, quisiera retomar un punto que menciona la autora Eva Margarita García en su trabajo “La violencia obstétrica como violencia de género” (García, 2018). A pesar de que existe conciencia de que se requiere bajar las intervenciones médicas innecesarias en la labor de parto como las cesáreas, se deben contemplar protocolos a esta nueva realidad de parte de los médicos y en general de los espacios de salud pública; esta realidad en la que cada vez más mujeres nos informamos y cada vez existen estudios que empoderan nuestras decisiones; así como el activismo feminista que cada vez más va retomando espacios para las mujeres y para cada vez más salgan situaciones que, como mujeres y seres humanos no debemos permitir. Además de modificar el concepto del parto en la sociedad y que daría pie a una mejor atención.

En mi experiencia con esta investigación, puedo opinar que para que haya una erradicación de la violencia obstétrica, primero se tiene que tipificar, es decir darle un significado y que dicho significado llegue a más mujeres y reconocerla como lo que es: un tipo de violencia hacia las mujeres. Aquí estaría la labor del estado al proveer de información sobre dicha problemática y tratar

de emplear acciones eficientes para la protección de los derechos de las mujeres.

Por otro lado, en la sanción penal reflexioné que tal vez no cambiará la situación, puesto que hablamos de un trato que nace desde el raciocinio de cada persona, de su cultura incluso y que consistiría en cambiar prejuicios o rutinas que lamentablemente están muy arraigadas. Además de que se tiene que tomar en cuenta que a veces hay una sobredemanda en la atención a las personas y que el mismo gobierno no proporciona los elementos necesarios y suficientes para dicha atención. El castigar a un médico por una falta que el mismo gobierno propicia, no ayudaría a toda la estructura en la que se maneja la violencia obstétrica.

Además, en cuanto al movimiento feminista que aboga por un parto respetado, se debería buscar que se realice en las instituciones públicas y no buscar sacar provecho de la situación, por ejemplo, con “Morada Violeta”. Es una buena iniciativa, pero es inaccesible, entonces el derecho se vuelve privilegio. Está bien si algunas mujeres se pueden atender con ellas, es su decisión y su dinero, pero también debería haber una lucha para buscar esta atención humanizada en las instancias públicas.

## 6. Bibliografía

- BBC Mundo. “*Que son las doulas, las parteras que generan controversia*”.2015. Recuperado de: [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/02/150218\\_salud\\_polemica\\_doulas\\_apoyo\\_embarazo\\_posparto\\_lv#:~:text=Pie%20de%20foto%2C,origen%20en%20la%20Antigua%20Grecia](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/02/150218_salud_polemica_doulas_apoyo_embarazo_posparto_lv#:~:text=Pie%20de%20foto%2C,origen%20en%20la%20Antigua%20Grecia) (consultado el 15 de marzo de 2021)
- Almaguer González, José Alejandro; García Ramírez, Hernán José; Vargas vite, Vicente. “*La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud*”. Género y salud en cifras. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Gobierno Federal 2010. Salud. Vol. 8. No. 3. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29347/ViolenciaObstetrica.pdf>. (consultado el 18 de febrero de 2021)
- Almaguer J, García H, Vargas V. Nacimiento humanizado. Nacimiento humanizado. Aportes de la Atención Intercultural a las Mujeres en el Embarazo, Parto y Puerperio. Género y salud. cifras. Secretaria de salud. Vol. 10. Num.2/3. 2012. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf> (consultado el 28 de noviembre de 2021)
- Bellón Sánchez, Silvia. “*La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*”. Dilemata. No. 18. 2015. Recuperado de: <Dialnet-LaViolenciaObstetricaDesdeLosAportesDeLaCriticaFem-5106936.pdf> (consultado el 02 de marzo de 2021)
- Beltrán Muñoz, Carolina. “*El saber obstétrico y ginecológico de las mujeres curanderas y de las matronas en los siglos XV y XVI: investigación histórica a través de “La Celestina”*”. Matronas profesión. Original Investigación histórica. 2014. pág. 66-72. (Beltrán, 2014). Recuperado de: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/4191/original-historico-el-saber-obstetrico.pdf?sequence=1> (consultado el 22 de enero de 2021)
- Blazquez Graf, Norma. “*El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*”. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. 2011. Recuperado de: <http://computo.ceiich.unam.mx/webceiich/docs/libro/El%20retorno%20de%20las%20brujas.pdf> (consultado el 20 de enero de 2021)
- Borges L, Sánchez R, Domínguez R, Sixto A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral de la mujer. Obstetricia y medicina perinatal. Revista cubana de obstetricia y ginecología. 2018. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002) (consultado el 11 de febrero de 2021)
- Botteri E, Bochar J. Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México). ALTERIDADES. 2019. Recuperado



de:[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-70172019000100125](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172019000100125) (consultado el 11 de febrero de 2021)

Caparros-González R, Romero-González B, Peralta Ramírez M. "Depresión posparto, un problema de salud pública mundial [carta]". *Rev Panam Salud Publica*. 2018. Recuperado de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97> (consultado el 15 de junio de 2021)

Carrillo, Ana. "*Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México*". *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 1999, 19, 167-190. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/106147/150123> (consultado el 01 de marzo de 2021)

Castro R, Erviti J. "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México". *Rev. CONAMED*. 2014. Recuperado de: <file:///C:/Users/hp/Desktop/correcciones%20130721/Dialnet-25AnosDeInvestigacionSobreViolenciaObstetricaEnMex-4730781.pdf> (consultado el 20 de marzo de 2021)

Coalición de Mujeres por un Parto Humanizado y Sin Violencia. *Diagnostico participativo*. 2014. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/waddan0510/diagnostico-participativo-autor-coalicion-de-mujeres-por-un-parto-humanizado-y-sin-violencia> (consultado el 23 de marzo de 2021)

Comisión Nacional de Derechos Humanos. "*La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultural*". Programa de asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y hombres. 2019. Recuperado de: <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/parteria-tradicional.pdf> (consultado el 15 de diciembre de 2020)

De Miguel, A. "La violencia de género: la construcción de un marco feminista de interpretación". *Mujeres en red. El periódico feminista*. 2012. Recuperado de: [https://www.mujeresenred.net/article.php3?id\\_article=440](https://www.mujeresenred.net/article.php3?id_article=440) (consultado el 15 de febrero de 2021)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. "Efectos de la violencia contra la mujer". *OASH, Oficina para la Salud de la Mujer*. 2019. Recuperado de: <https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/effects-violence-against-women> (consultado el 20 de junio de 2021)

Dworkin, Andrea. "*Ginecidio: Las brujas*". *Woman Hating*. cap. 7. Recuperado de: <https://dworkinista.wordpress.com/2019/01/30/woman-hating-andrea-dworkin-tercera-parte-traduccion/> (consultado el 17 de marzo de 2021)

Ehrenreich Barbara, English Deirdre. "*Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*". The Feminist Press. METCALFE & DAVENPORT. 2006 OLMUÉ, CHILE. Recuperado de: <https://jineoloji.org/es/wp-content/uploads/2017/11/Brujas-parteras-y-enfermeras-Ehrenreich-y-English.pdf> (consultado el 20 de febrero de 2021)

El blog de Dra. Susana. *Infantilización durante el embarazo y parto: Otra forma de maltrato sutil*. 2017. Recuperado de: <http://www.doctorasusana.com/blog/infantilizacion-durante-el-embarazo-y->

parto-otra-forma-de-maltrato-sutil/#:~:text=La%20infantilizaci%C3%B3n%20durante%20el%20parto,confianza%20frente%20a%20su%20proceso. (consultado el 17 de junio de 2021)

El Tiempo. “Su majestad, el doctor”. 1993. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-272909> (consultado el 06 de junio de 2021)

García, Eva Margarita. “*La violencia obstétrica como violencia de género*”. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. 2018. Recuperado de: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1) (consultado el 20 de enero de 2021)

García, Eva Margarita. “*Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina*”. Dossiers feministas. No. 22. 2017. Recuperado de: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/168611> (consultado el 15 de febrero de 2021)

GIRE. “*Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*”. GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida. 2015. Recuperado de: <https://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf> (consultado el 20 de noviembre de 2020)

Gobierno de México. “Acciones y logros del Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres”. 2018. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conavim/articulos/conoce-las-acciones-del-sistema-nacional-de-prevencion-atencion-sancion-y-erradicacion-de-la-violencia-contra-las-mujeres> (consultado el 20 de febrero de 2021)

Gómez, A. Parto humanizado: las mujeres tienen derecho a elegir como traer a sus hijos al mundo. France 24. 2019. Recuperado de: <https://www.france24.com/es/20191110-ellas-hoy-parto-humanizado-respetuoso> (consultado el 31 de marzo de 2021)

Grupo de Información en Reproducción Elegida. “Esterilización forzada”. Anticoncepción. 2015. Recuperado de: <http://informe2015.gire.org.mx/#/esterilizacion-forzada> (consultado el 05 de marzo de 2021)

Gurdian, N. “Gaslighting: el abuso emocional más sutil”. Psicología y mente. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/social/gaslighting> (consultado el 05 de junio de 2021)

Gutiérrez Marta. “*Violencia directa, estructural y cultural*”. UMOJA Violeta. Recuperado de: <https://umojavioleta.org/2019/05/violencia-directa-estructural-y-cultural/> (consultado el 02 de febrero de 2021)

Instituto Europeo de Fertilidad. Cuello del útero incompetente. ¿Qué es, cómo se diagnostica y cómo se trata? 2017. Recuperado de: <https://www.iefertilidad.com/blog/cuello-del-utero-incompetente-que-es-como-se-diagnostica-y-como-se-trata/> (consultado el 18 de julio de 2021)

Instituto Mexicano del Seguro Social. “Para brindar bienestar a las mujeres embarazadas, IMSS refuerza cuidados prenatales”. 2019. Recuperado de:<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201902/029> (consultado el 10 de mayo de 2021)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares”. 2016. pág. 47. Recuperado de:[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf) (consultado el 01 de noviembre de 2020)

Instituto Nacional de las Mujeres. “Día de las Madres”. Sistema de indicadores de Género. Actualizada a mayo de 2020. Recuperado de:[http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Dia\\_madres.pdf](http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Dia_madres.pdf) (consultado el 09 de mayo de 2021)

Instituto Nacional de las Mujeres. “La violencia en la atención obstétrica. Boletín estadístico”. Núm. 4. 2019. Recuperado de:[http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/BoletinN4\\_2019.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN4_2019.pdf) (consultado el 07 de marzo de 2021)

Jojoa-Tobar, Elisa; Cuchumbe-Sánchez, Yuler Darío; Ledesma-Rengifo, Jennifer Briyith; MuñozMosquera, María Cristina; Paja Campo, Adriana María; Suarez-Bravo, Juan Pablo. “*Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible*”. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, vol. 51, núm. 2, 2019 Universidad Industrial de Santander. Recuperado de:<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3438/343860382006/343860382006.pdf> (consultado el 15 de noviembre de 2020)

*La enfermería en México prehispánico*. 2014. Recuperado de: <http://enfermeriangp.blogspot.com/2014/05/la-enfermeria-en-mexico-prehispanico.html> (consultado el 03 de marzo de 2021)

Llobera R, Ferrer V, Álvarez X. “*Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido*”. Investigaciones feministas. 2019. Ediciones Complutense. Recuperado de:<https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/60886/4564456551436> (consultado el 10 de marzo de 2021)

Miguel, R. “¿Cuánto es lo mínimo para mantener a una familia mexicana? El Universal. 2017. Recuperado de:<https://www.eluniversal.com.mx/articulo/cartera/economia/2017/02/16/cuanto-es-lo-minimo-para-mantener-una-familia-mexicana> (consultado el 04 de junio de 2021)

Oliver, D. “La violencia obstétrica se hace visible para la ONU”. EL PAÍS.2019. Recuperado de: [https://elpais.com/elpais/2019/09/25/mamas\\_papas/1569401750\\_024829.html](https://elpais.com/elpais/2019/09/25/mamas_papas/1569401750_024829.html) (consultado el 01 de mayo de 2021)

Ordaz, M. “Mujeres y jóvenes, quienes sufren más desigualdad laboral: estudio”. Forbes México. 2019. Recuperado de:<https://www.forbes.com.mx/mujeres-y-jovenes->

quienes-sufren-mas-de-desigualdad-laboral-estudio/ (consultado el 04 de junio de 2021)

Orozco Galván, Aldo Iván; Rocha Sánchez Tania Esmeralda. *“Violencia obstétrica. Una revisión crítica y feminista en torno al tema”*. UAEH. Recuperado de: [https://www.uaeh.edu.mx/xiii\\_congreso\\_empoderamiento\\_fem/documentos/pdf/C004.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/xiii_congreso_empoderamiento_fem/documentos/pdf/C004.pdf) (consultado el 15 de diciembre 2020)

Otero, Ivana Beatriz. *Mujeres y violencia. “El género como herramienta para la intervención\* Desde el Género”*. Política y cultura. No. 32. México. 2009. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-77422009000200006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422009000200006) (consultado el 20 de enero de 2021)

Porque la mayoría de los anticonceptivos están diseñados solo para mujeres. INFOSALUS. Madrid. 2020. Recuperado de: <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-mayoria-anticonceptivos-estan-disenados-solo-mujeres-20200210082537.html> (consultado el 15 de julio de 2021)

Romeo Echeverría, Aitor. *“Gestación subrogada y movimiento feminista. Una aproximación cuantitativa”*. Universidad de Salamanca, España. 2019. Recuperado de: [Dialnet-GestacionSubrogadaYMovimientoFeministaUnaAproximac-7247550](https://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7247550) (consultado el 14 de marzo de 2021)

Secretaría de Salud. *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Guía de implantación*. 2014. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf> (consultado el 03 de mayo de 2021)

Secretaría de Salud. *Procesos para implementar el modelo de atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: Enfoque humanizado, intercultural y seguro*. Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Recuperado de: <https://docplayer.es/81119824-Procesos-para-implementar-el-modelo-de-atencion-a-las-mujeres-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-enfoque-humanizado-intercultural-y-seguro.html> (consultado el 22 de abril de 2021)

Secretaría de Salud. *Salud Materna. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*. 2015. Recuperado de: [https://www.senado.gob.mx/comisiones/igualdad\\_genero/reu/docs/presentacion\\_170615\\_1.pdf](https://www.senado.gob.mx/comisiones/igualdad_genero/reu/docs/presentacion_170615_1.pdf) (consultado el 14 de mayo de 2021)

Secretaría de Salud. *“Triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica”*. Lineamiento técnico. 2019. Recuperado de: [http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web\\_TriageObstetricoCM.pdf](http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf) (consultado el 01 de junio de 2021)

Suprema corte de Justicia de la Nación. *Parir en oscuridad. Violencia obstétrica: Una violación a los derechos humanos de las mujeres*. Recuperado de: <https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2019->

11/1er\_LUGAR\_ENSAYO\_639\_parir-en-oscuridad.pdf (consultado el 24 de abril de 2021)

UNICEF. *“La violencia de género en situaciones de emergencia”*. Protección infantil contra la violencia, la explotación y el abuso. Recuperado de: [https://www.unicef.org/spanish/protection/57929\\_58001.html](https://www.unicef.org/spanish/protection/57929_58001.html) (consultado el 28 de enero de 2021)

Vargas, J. Atención del Parto Humanizado en Instituciones de Salud de Algunos Países de Latinoamérica. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Enfermería Bogotá D.C 2018. Recuperado de: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/926/1/Monograf%C3%ADa%20Atencion%20del%20parto%20Humanizado.pdf> (consultado el 02 de junio de 2021)

