



**La elección de una atención humanizada
en tiempos de violencia durante el
parto en la Ciudad de México**

Claudia Carrera Pérez

La elección de una atención humanizada en tiempos de violencia durante el parto en la Ciudad de México

Claudia Carrera Pérez

Introducción

Este estudio forma parte del proyecto La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias,¹ llevado a cabo en diferentes estados de la república mexicana. La investigación de campo para este trabajo se desarrolló entre los meses de diciembre del 2015 a mayo del 2016. Durante estos meses se realizaron 34 entrevistas en la Ciudad de México, siete de las cuales fueron a usuarias del modelo médico público, ocho del privado, dieciséis de partería profesional, dos a través de parteras tradicionales y uno autoatendido. El objetivo específico de este documento es describir y analizar los motivos a partir de los cuales las mujeres entrevistadas eligieron una atención humanizada para el parto después de haber vivido una experiencia de atención previa, la cual fue percibida como insatisfactoria o, incluso, violenta². Para este trabajo, se seleccionaron sólo diez casos.

¹Freyermuth Enciso, Graciela, 2015, La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología social (texto no publicado).

²A pesar de ello, ninguna de las participantes puso alguna denuncia o queja al respecto, no obstante después de sus procesos de cesárea y maltrato durante el parto todas las entrevistadas tuvieron apoyo y contención en grupos de madres.

Antecedentes

En el 2015, la Ciudad de México registró que el 48.69% del total de los nacimientos fueron atendidos vía cesárea, cifra que lo colocó como el séptimo estado con mayor porcentaje de cesáreas de todo el país. La práctica de cesáreas innecesarias ha sido definida como una violación a los derechos humanos y se ha documentado que tiene consecuencias sobre la dimensión emocional de las mujeres. Cualquier intervención innecesaria durante la atención del parto se considera una forma de maltrato a las mujeres. La denominada violencia obstétrica puede manifestarse de manera física cuando: se realizan prácticas invasivas, se suministran medicamentos injustificadamente, se niega la atención, se maltrata físicamente o se realizan esterilizaciones forzadas. También puede expresarse psicológicamente, por medio de maltratos, burlas, humillaciones, discriminación o comentarios alusivos a la sexualidad de las mujeres.³ Como alternativa ante estas prácticas, se ha propuesto un modelo humanizado de atención al parto cuya protagonista es la mujer, la bebé y su familia. En este modelo se toman en cuenta las necesidades sentidas por las mujeres para su atención durante el parto y se promueve la participación de los familiares y de la pareja durante el trabajo de parto. En este modelo las intervenciones de rutina son mínimas y los prestadores de servicios adoptan una observación activa durante el parto.

Las mujeres participantes

Las mujeres fueron seleccionadas a través de la técnica de bola de nieve y se les realizaron entrevistas cualitativas que duraron hasta 2 horas. Las edades de las participantes oscilan entre los 26 y los 38 años, en promedio 32 años. La mayoría de las entrevistadas cuentan con educación superior, salvo una que sólo terminó la preparatoria. Han decidido dedicarse al cuidado de sus

³Almaguer, Alejandro, Hernán García y Vite, Vicente, 2010, "La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud", en *Género y salud en cifras*, vol. 8, No. 3, pp. 3-12. Y Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2013, *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, Ciudad de México, México, GIRE.

hijos/as y de la casa, pero desarrollaron estrategias para obtener ingresos económicos. La mitad de estas mujeres planearon sus embarazos con sus parejas. En la actualidad, todas participan en algún grupo relacionado con la partería, el acompañamiento del parto y/o la crianza de los hijos/as. Las entrevistadas eligieron un parto humanizado ya fuera con médicos privados o parteras profesionales.⁴

Resultados

Las mujeres eligieron a estos proveedores ya que les brindaron una atención adecuada a sus expectativas, es decir, respetuosa de sus decisiones, sus tiempos y con información precisa, veraz y accesible a sus posibilidades económicas⁵. Durante su embarazo tomaron decisiones con el fin de evitar una cesárea y lograr un parto respetado y humanizado. En general, las mujeres prefirieron recibir atención con una partera por considerarla humanizada, respetuosa de sus procesos y apoyada en recursos terapéuticos no farmacológicos como los masajes.⁶ Igualmente, fue importante el soporte emocional que recibieron por parte de sus acompañantes, parejas y/o *doulas*⁷ y las parteras durante el parto. Sin embargo, la atención humanizada del parto no es un servicio que se oferte ampliamente en clínicas y hospitales privados.

Las mujeres señalaron que, con el fin de lograr el consentimiento para una cesárea, las argumentaciones médicas encubren su autoritarismo con comportamientos paternalistas que “buscan el bienestar de las mujeres y de

⁴ En general, las mujeres se informaron y buscaron referencias sobre el/la proveedor/a que las atendió.

⁵ En el caso de los médicos humanizados que trabajan en clínicas privadas, los costos pueden oscilar entre los 30 mil a los 100 mil pesos, mientras que el trabajo de las parteras oscila entre los 15 mil a los 25 mil pesos, llegando incluso a costar menor. Dos mujeres señalaron problemático que en las clínicas privadas sólo rentaran las instalaciones a médicos, pero no a parteras.

⁶ Sin embargo, tres de ellas finalmente optaron por una atención de médicos/as parteros/as y humanizados/as debido a factores de alto riesgo en sus embarazos.

⁷ Doula es una proveedora complementaria en la atención del embarazo, parto y puerperio. Sus funciones están encaminadas a brindar apoyo físico, emocional e informativo durante el proceso reproductivo.

sus bebés”. Asimismo, es evidente el control que tienen sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, pues se toman decisiones que nada tiene que ver con lo clínico sino con los tiempos y comodidad de los médicos. No obstante, es claro que cada vez es mayor el número de mujeres, especialmente aquellas que se encuentran cursando un embarazo, que conocen sus derechos, se informan sobre los procedimientos innecesarios durante la atención de un parto y buscan alternativas que satisfagan sus necesidades y expectativas.

Recomendaciones de política pública

- Elaboración de un plan de parto y respeto de la posición elegida por las mujeres durante el trabajo de parto y para parir.
- Que el control y seguimiento del embarazo, parto y puerperio sea llevado cabo con el menor número de proveedores/as, se brinde una atención personalizada con información actualizada, veraz y clara.
- Que durante el parto y el puerperio se les permita a las mujeres contar con acompañantes de su confianza y se implementen recursos terapéuticos alternativos, como los masajes.
- Que durante el parto se les permita el movimiento continuo y que, en su fase activa, los médicos/as y enfermeras/os las apoyen de manera emocional positiva con frases de ánimo y motivación y no con regaños, burlas y humillaciones.
- Que se promueva el corte tardío del cordón umbilical, el apego inmediato de la madre con el bebé y la lactancia materna exclusiva.
- Que los establecimientos de salud cuenten con cunas de colecho en las salas de recuperación, y los bebés permanezcan con sus madres durante la estancia hospitalaria.
- Que se instalen salas de recuperación diferenciadas para las mujeres que tuvieron abortos y nacimientos.
- Que los prestadores de servicios de salud reciban cursos de capacitación y sensibilización en torno a una atención humanizada y respetuosa de los derechos de las usuarias.

La elección de una atención humanizada en tiempos de violencia durante el parto en la Ciudad de México

Claudia Carrera Pérez

Introducción

Este trabajo tiene por objeto señalar la importancia de la dimensión psico-emocional en la elección de las mujeres embarazadas del tipo de atención para el parto. Las mujeres que participaron en este estudio eligieron una atención humanizada, con médicos privados o con parteras. En experiencias de atención previas, estas mujeres habían sentido que sus decisiones no se tomaron en cuenta, se les practicaron cesáreas innecesarias o fueron objeto de procedimientos de rutina, o consideraron haber sido maltratadas.

La sobresaturación de los servicios, por un lado, y la institucionalización y medicalización del parto como una medida para reducir el índice de mortalidad materna como parte de una política nacional, por el otro, hacen de la Ciudad de México una entidad particular. En 2015, registró la más alta densidad poblacional de la República Mexicana. La densidad nacional fue de 61 habitantes por km², y en esta entidad fue de 5 967 habitantes por km² (Inegi, 2015a). Esta realidad afecta la distribución, la calidad y el acceso a los servicios. En materia de salud, esto conlleva a: la saturación de los servicios; una infraestructura insuficiente; falta de personal capacitado, camas, materiales y medicamentos, así como maltrato. Lo que se traduce en la violación

de los derechos humanos por parte del Estado, al no garantizar una atención segura, de calidad y oportuna.

México es uno de los países con más altos índices de cesáreas en el mundo. De acuerdo con la base de datos de certificados de nacimientos de la Dirección General de Información de Salud (DGIS, 2015), en 2015, 44 por ciento de los nacimientos del país fueron por cesárea. Esta cifra casi triplica la recomendada por la Organización Mundial para la Salud (OMS). Ese mismo año, 48.69 por ciento de los nacimientos en la Ciudad de México fueron por cesárea, lo que la sitúa en el séptimo lugar entre los estados con mayor porcentaje de cesáreas de la República Mexicana. La superan Jalisco, Baja California Sur, Tamaulipas, Tlaxcala, Nuevo León y Sinaloa.

Un indicador de la institucionalización y la medicalización del parto es el porcentaje de nacimientos atendidos por médicos generales en instituciones públicas y privadas, en donde ese año (2015) sólo 0.26 por ciento fueron atendidos por enfermeras obstetras y 0.06 por ciento por parteras tradicionales. Destaca la participación decreciente de las parteras tradicionales en los partos, pues las parteras activas son pocas y de edad muy avanzada. Son raras las instituciones en donde las enfermeras obstetras atienden partos, y de atenderlos no siempre lo hacen de manera natural, pues suelen emplear procedimientos de rutina innecesarios como, por ejemplo, la aplicación de oxitocina sintética, la canalización intravenosa o continuos tactos vaginales.

En la percepción y la expresión de las participantes en este estudio se manifiesta que la práctica de cesáreas sin motivos clínicos implica, tal como lo han expresado algunas organizaciones (GIRE, 2013; 2015a), una violación de los derechos de las usuarias de los servicios obstétricos, y tiene consecuencias importantes en su vida emocional. La práctica de cesáreas implica, además, un mayor riesgo: 27 por ciento de las mujeres con cesárea presentan complicaciones, de las que una de cada 10 es severa, lo que incrementa la necesidad de procedimientos de urgencia (Cárdenas, 2014).

La práctica de cesáreas injustificadas es autoritaria; las decisiones de las mujeres se someten a las de los médicos (Castro Pérez, 2014) y, con ello, son expuestas a los riesgos secundarios mencionados. Esta práctica deriva de la creciente medicalización de la vida, por la que los eventos naturales reciben

tratamiento médico. La medicalización del parto en México se ha justificado por la necesidad de incrementar la atención institucional para reducir las tasas de mortalidad materna. De ahí que se han desarrollado programas públicos para que las mujeres atiendan el embarazo y el parto en instituciones hospitalarias (Berrio, 2016).

La práctica de procedimientos sin justificación clínica se considera como violencia obstétrica. Según el informe del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para Veracruz y algunos otros trabajos (Almaguer *et al.*, 2010; Villanueva, 2010), la violencia obstétrica implica ofensas en dos planos: el físico y el emocional. Su amplia y compleja expresión merece un abordaje exhaustivo que rebasa los objetivos de este trabajo.

Ejemplos de violencia obstétrica en el plano físico son: las prácticas invasivas, el suministro de medicamentos sin justificación, la negación de la atención médica, el maltrato físico, o la esterilización forzada. Ejemplos de violencia obstétrica en el plano emocional son: la burla, la humillación, la discriminación o los comentarios alusivos a la sexualidad de las mujeres (Almager *et al.*, 2010; GIRE, 2013). El espectro de las manifestaciones de violencia obstétrica es amplio, va desde actos sutiles de violencia hasta formas explícitas y complejas que pueden culminar en la defunción de la mujer. Un caso semejante es sin duda notorio, mientras las formas menos drásticas de violencia en la atención del parto (humillaciones, burlas, maltrato o medicalización innecesaria), suelen pasar desapercibidas (Castro Pérez y Erviti Erice, 2003).

A diferencia de lo que ocurre en estados como Veracruz, Guanajuato, Chihuahua, Chiapas y Durango, la violencia obstétrica en la Ciudad de México ni se menciona ni se tipifica en sus instrumentos jurídicos, a pesar de los intentos de diversas organizaciones y de la sociedad civil para delimitar responsabilidades y reducir su incidencia. No obstante, los medios y las redes sociales han difundido el término, lo que ha permitido informar al respecto a la población que entra en estas plataformas. Cada vez son más las mujeres, especialmente las mujeres embarazadas, que saben cuáles son sus derechos y qué procedimientos son innecesarios en la atención de un parto normal.

En este escenario de la atención del parto en la Ciudad de México (donde la sobresaturación de los servicios, la escasez de recursos, la mercantilización y la medicalización de la vida actúan en detrimento de la calidad de los servicios), surgen alternativas atractivas para las usuarias que buscan esquivar los efectos negativos de la atención hegemónica y autoritaria del parto. Si bien hay una creciente oferta de un modelo de atención humanizada del parto en los servicios privados de salud, aún no está al alcance de la mayoría de las mujeres, a pesar de su impulso desde un discurso de promoción de derechos: por un lado, 76.09 por ciento de las mujeres se atienden en los servicios públicos y, por el otro, no ha sido del todo aceptado por los médicos, así que su oferta se limita a algunas clínicas y pocos especialistas, en su mayoría parteras profesionales o autónomas, de práctica independiente. De modo que aún está lejos de ser un derecho al alcance de la mayoría de las mujeres.

El modelo del parto humanizado se desarrolló en el campo médico a fines del siglo xx, como una respuesta crítica a las prácticas intervencionistas de la obstetricia moderna en Brasil. Inició como un movimiento de médicos, especialistas y enfermeras que ejercían en hospitales, y reunieron un conjunto de escritos oficiales que conocemos como las *Recomendaciones de la OMS* como base de su práctica de atención. Entre estos documentos se encuentran: la *Tecnología apropiada para el parto* (OMS, 1985), denominada también *Carta de Fortaleza*, y la guía *Cuidados en el parto normal: una guía práctica* (1996). El modelo del parto humanizado tiene como antecedente la *Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto*, en 2000, que conmemoró los 15 años de la publicación de la *Carta de Fortaleza*. Este fue el primer evento internacional que impulsó el desarrollo de una medicina obstétrica basada en evidencias científicas (Grilo Diniz, 2001; Giatti Carneiro, 2011). Hoy en día, la atención humanizada del parto se ha extendido a los demás países de la región, y la han retomado las parteras autónomas y profesionales independientes, cuya práctica suele hacerse en casa de las usuarias o en las casas de partos.

Desde la práctica médica, el modelo del parto humanizado coincide en gran medida con el de partería. Ambos modelos se enfocan en las mujeres, sus bebés y sus familias, por lo que las necesidades sentidas por las

mujeres se toman en cuenta en la elaboración del *plan de parto*. Se motiva la participación de los familiares durante el trabajo de parto, principalmente de la pareja y los demás hijos, pues se considera que el parto es un acontecimiento familiar. En este modelo, las intervenciones de rutina de quien asiste el parto son mínimas y, por lo general, este adopta el papel de observador activo, revisa los signos vitales de madre y el bebé, y hace lo que Brigitte Jordan menciona como característico de los modelos de partería observados tanto entre las mayas como entre las suecas, la “*wait-and-see-attitude*”, esperar a que la naturaleza siga su curso y observar, en un espacio controlado (Jordan, 1988).

En ambos modelos de atención, de parto humanizado y de partería, se respeta el tiempo fisiológico y natural del parto, por lo que no se utilizan sustancias oxitócicas. Puesto que la atención es personalizada, no hay prácticas de rutina, como las canalizaciones intravenosas y episiotomías. Los recursos clínicos utilizados tienden a ser naturales, como té, tinturas de hierbas, masajes, auscultaciones manuales, flores de Bach, homeopatía, ejercicios y meditaciones. Tampoco se ejecutan maniobras perjudiciales como la de Kristeller o la revisión manual de la cavidad uterina, y no se suele aplicar oxitocina sintética para el alumbramiento de la placenta, como lo recomienda la OMS. Aunque sí se apoyan en la tecnología y los estudios de laboratorio para descartar cualquier complicación durante el embarazo y el parto.

Estos modelos de atención no descuidan, por lo general, la dimensión emocional de las mujeres. Las emociones se trabajan antes de llegar al trabajo de parto, sobre todo los traumas por la atención de partos previos y los temores presentes, para que no interfieran en el parto. Durante el puerperio se les da seguimiento a las emociones de las mujeres para detectar la depresión posparto, si la hubiera. La mayoría de las proveedoras recomiendan usar la medicina elaborada artesanalmente con la placenta para regularizar hormonalmente a las mujeres, vigorizar y estimular la lactancia, y evitar la depresión posparto.

Si bien el parto es el acontecimiento culminante del proceso reproductivo, involucra el trabajo físico, mental y emocional de las mujeres para crear y cuidar a seres humanos, y puede incluir el aborto (Sánchez, s/f; 2014), en este artículo nos centramos en las decisiones y las experiencias de atención

del parto, que fueron cruciales para las mujeres que participaron del estudio. En los casos analizados, todas las decisiones tomadas a lo largo del embarazo estuvieron encaminadas a lograr un parto respetado y humanizado. Después de haber pasado por una experiencia de atención insatisfactoria en distintos tipos de modelos, las mujeres participantes en este estudio decidieron buscar los servicios de una partera o un médico que les asegurara un parto humanizado, pues consideraron que sería más respetuoso de sus decisiones.

Metodología

Este estudio se realizó en el marco del proyecto *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias* (Freyermuth, 2015), cuyo objetivo principal era conocer las experiencias de atención del embarazo, el parto y el puerperio de mujeres que hubieran parido no más de 12 meses antes de la entrevista o que cursaran un embarazo. Para dicha investigación se buscó a mujeres de distintas partes de la República, y se seleccionaron, por tener mayor representatividad, los estados de Chiapas, Guerrero, Jalisco, Oaxaca, Puebla, Sonora, Veracruz y Yucatán, y la Ciudad de México. Se seleccionaron mujeres que hubieran atendido su último parto en los modelos médicos público y privado, de partería profesional, de partería tradicional, por algún familiar, autoatendido, y otros modelos. Y que, además tuvieran una experiencia previa de atención obstétrica, sin importar el resultado (parto, aborto, muerte gestacional o fetal). Se contempló incluir también a mujeres primigestas menores de 17 años o mayores de 35. En el trabajo de campo se hicieron 376 entrevistas.

La investigación de campo se desarrolló de diciembre de 2015 a mayo de 2016. Durante estos meses se aplicó un cuestionario de diez apartados: 1) características sociodemográficas, 2) historia reproductiva de la mujer entrevistada, 3) cuidados durante el embarazo, 4) complicaciones durante el embarazo, 5) cuidados durante el último parto, 6) complicaciones durante el parto, 7) cuidados durante el posparto inmediato, 8) cuidados durante el posparto en casa, 9) complicaciones neonatales, y 10) atención del embarazo, el parto y el puerperio de la penúltima experiencia. El instrumento indagaba

principalmente las experiencias y las percepciones de las usuarias sobre la calidad de la atención de los diversos prestadores de servicios durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Para establecer contacto con las mujeres en la Ciudad de México se utilizó la técnica de bola de nieve: se extendió una invitación para participar en el estudio en un grupo de posparto de la casa de nacimientos *Luna Maya*, en el grupo de madres activistas *Porteando por la paz*, y en algunas páginas de Facebook sobre temas relacionados con el porteo, grupos de crianzas, *doulas*⁸ y parteras. Quienes participaron invitaron a sus conocidas y amigas a participar.

Se entrevistó a 31 usuarias de los siguientes modelos: médico público, cinco; médico privado, seis; de partería profesional, 18; de partería tradicional, una, y uno de autoatención. Se identificó que algunas de las usuarias no sabían si su proveedora era partera profesional, enfermera obstetra, partera tradicional o médico; ellas suelen identificar a las “parteras” como aquellas que atienden partos en casa y respetan su fisiología, lo que nos permite afirmar que las certificaciones no son tan relevantes para las mujeres al momento de tomar una decisión sobre el proveedor que atenderá el parto, como la experiencia y las recomendaciones de personas confiables para ellas. De modo que para determinar el tipo de proveedor se solicitó su nombre, para averiguarlo.

De las 31 mujeres, identificamos a 5 que eran primigestas, a 18 que atendieron el último parto con una partera (que ellas identificaron como parteras profesionales), a seis con un médico privado en el modelo del parto humanizado, a cinco con un médico en el modelo público, a una que atendió su parto con una partera tradicional y una que tuvo un parto auto-asistido. Para los objetivos de este artículo se seleccionó a mujeres que habían tenido una cesárea previa, que habían sufrido maltrato o que habían sufrido intervenciones innecesarias en el parto anterior, por lo que para su último parto buscaron los servicios de una partera o de un proveedor que les asegurara un parto humanizado, lo que nos dejó una selección de diez mujeres que

⁸ *Doula* es una proveedora complementaria en la atención del embarazo, el parto y el puerperio, y tiene la función de brindar apoyo físico, emocional e informativo durante el proceso reproductivo.

expresaron algún tipo de insatisfacción con los servicios anteriormente recibidos, ya fuera por tratarse de cesáreas, por intervenciones percibidas como innecesarias, y por maltrato.

Se entrevistó a las mujeres en sus casas, excepto a una a la que se entrevistó por video llamada. Durante la entrevista, algunas de las mujeres estuvieron acompañadas por el esposo o por la madre. En ocasiones hubo muchas interrupciones por el bebé y por los otros hijos. Algunas de ellas conocían a la investigadora por actividades relacionadas con la partería o con los grupos de crianza comunes, por lo que la entrevista se hizo con fluidez en un ambiente de confianza.

Resultados

Características generales de las participantes

La edad de las mujeres participantes va de los 26 a los 38 años, y el promedio de edad del grupo es de 32 años. Tienen educación superior, salvo una de ellas que solo terminó la preparatoria. Decidieron dedicarse al cuidado de sus hijos y de la casa, por lo que la pareja es el principal proveedor económico de la familia. Sin embargo, han desarrollado estrategias para obtener una remuneración económica mientras se dedican al trabajo doméstico como, por ejemplo, vender productos para bebés y dar talleres sobre la crianza.

La mitad de las mujeres entrevistadas planearon el embarazo con su pareja; deseaban que sus hijos no se llevaran muchos años y poder dedicar cierto tiempo exclusivamente a su crianza. Aquellas que no planearon el embarazo decidieron conservarlo y la decisión no fue conflictiva. El número de hijos oscila entre dos y cuatro. Solo dos de ellas tuvieron un aborto (una tuvo un embarazo ectópico y la otra, pérdida espontánea, que la afectó emocionalmente).

Todas las mujeres entrevistadas estaban participando en algún grupo relacionado con la partería, con el acompañamiento del parto o con la crianza. Algunas se dedicaban a promover estilos de crianza, el porteo, el parto natural y la lactancia materna, e incluso se consideraban activistas en temas relacionados con la maternidad. Según ellas, la pertenencia a estos espacios

les dio acceso a información sobre el parto y sobre las proveedoras de atención humanizada y las parteras, e influyó en su elección de la atención del parto. Adoptaron estilos de crianza con apego por sus consecuencias en el desarrollo emocional de sus hijos. Estas representaciones influyeron en su elección del tipo de parto, del cuidado exclusivo de sus hijos o de la educación en casa (*homeschooling*).

Se trata de un grupo de mujeres con características semejantes. Tienen, en su mayoría, educación superior y priorizaron la maternidad sobre el trabajo remunerado. Cuentan, para ello, con el reconocimiento y el apoyo económico de la pareja. Organizan su vida, (lo que son, lo que hacen y sus expectativas) en torno a la maternidad, a la que ven como un rito de paso en que se “hacen madres” para sus hijos y ante la sociedad, y que les confiere funciones y expectativas que tendrán que negociar o a las que tendrán que adaptarse (Sánchez, 2003; Davis Floyd, 2004). El parto, como rito de paso, es un acontecimiento singular y especial que esperan vivir plena y naturalmente, sin intervenciones y, dentro de lo posible, disfrutarlo: “Justo cuando llegué a eso del aro de fuego, dije ‘ah, este es el aro de fuego, esta es la parte que arde’ pero es un ardor que sabes que es de vida, y más bien mi recuerdo es de admiración al cuerpo y admiración de esas sensaciones tan fuertes, tan potentes, esas contracciones son las que recuerdo con más cariño [...] y empecé a sentir cómo iba saliendo su naricita [...] me gustó sentir cómo iba naciendo toda”.⁹

Las experiencias previas de atención del parto

Todas las mujeres entrevistadas manifestaron estar familiarizadas con el concepto de violencia obstétrica, identifican las prácticas que la caracterizan y algunas reconocen haberla sufrido en sus experiencias anteriores. En muchos casos dichas experiencias fueron vividas como traumas que dejaron una impronta negativa en su vinculación con el hijo o en el deseo de volver a ser madres. Es el caso de una mujer de 38 años, con dos hijos, cuya experiencia

⁹ Mujer de 37 años [entrevista por CCP], último parto atendido por médico y *doula* en clínica privada, 2016, 3 de marzo, Ciudad de México, México.

previa de atención del parto con una partera profesional¹⁰ resultó ser muy distinta de lo esperado:

[...] Y aparte de todo lo que yo viví ¡lo que vivió el bebé! Las secuelas que dejó en él fueron muy fuertes, fueron cuatro meses, te lo juro, para que tuviera una sonrisa, tengo fotos de mi hijo que le ves la cara, era bebé triste todo el tiempo, y era mi aaah, y yo no lo soltaba, hasta que acepté que mi parto había sido violento y que no era lo que yo quería, y esto y lo otro, y él empezó a sanar, y lo sanamos a partir de colecho, de lactancia, de fular, de porteo, de todo eso, y yo decía, yo no voy a tener un bebé, ni loca.¹¹

Otra mujer relató que en el nacimiento de su primer bebé, siendo joven y poco informada, sintió que no respetaron sus tiempos para parir e intervinieron innecesariamente el parto: “[...] entonces, sí fue para mí esa experiencia muy traumática, yo sentía que sí quiero tener más bebés, pero yo no quiero que vuelva a nacer así ¿verdad? pero aparte de todo lo que pasó, me sentí, me dije: ‘yo puedo tener un bebé sin epidural, entonces quiero mi siguiente bebé, pero no con este trato’ y fue cuando empecé a investigar en cuanto a los partos humanizados”.¹²

Los casos de cesárea previa permiten ilustrar las prácticas médicas autoritarias (Castro Pérez, 2014) y la pérdida de autonomía de las mujeres que se encuentran sometidas al dominio médico. Las mujeres a las que en embarazos anteriores les habían hecho cesárea relatan haberlas visto como innecesarias, pero la sensación de vulnerabilidad les impidió afirmar su posición y tomar decisiones en pleno parto. Se sintieron presionadas por el médico para aceptar el procedimiento quirúrgico, de tal modo que las decisiones fueron solo de los médicos que, como lo expresa Joaquina Erviti, determinan quiénes y en qué circunstancia tienen acceso a la tecnología

¹⁰ Aunque esta mujer reconoce a la partera que la atendió como partera profesional, se trata de una partera autónoma certificada como partera tradicional, sin buenas referencias entre la comunidad de madres y parteras debido a sus prácticas intervencionistas.

¹¹ Mujer de 38 años [entrevista por CCP], último parto atendido por partera profesional en casa, 2016, 14 de enero, Ciudad de México, México.

¹² Mujer de 26 años [entrevista por CCP], último parto atendido por médico y *doula* en clínica privada, 2016, 21 de abril, Ciudad de México, México.

reproductiva. Lo que no depende solo de la posición social de las mujeres, o de cuestiones ideológicas y morales, sino también de la construcción del riesgo y de los objetos por intervenir (Erviti, 2010).

Una mujer de 29 años, con dos hijos, eligió para su último parto la atención de una partera profesional, después de haber tenido una experiencia en una clínica privada que culminó en una cesárea que percibió como innecesaria. Para su primer embarazo eligió la atención de un médico de una institución privada porque su discurso era en favor del parto natural; porque aceptó respetar el plan de parto que le sugirieron hacer en su curso psicoprofiláctico, y porque sus honorarios eran más bajos que los de otros médicos que ofrecían atención humanizada. Los servicios públicos no fueron una opción para ella porque las experiencias de conocidas y familiares le infundieron el temor de que la atención pudiera ser insegura y sufriera maltrato. Había planeado tener un parto respetado con alojamiento conjunto, lactancia materna exclusiva y apego inmediato. Su parto se desencadenó naturalmente tras la ruptura de membranas en la semana 41.5, y se sentía preparada para experimentar el dolor de las contracciones. Cuando llegó a la clínica e hizo los pagos correspondientes, fue atendida por médicos y estudiantes de enfermería, pero su médico no estaba presente. En esa primera fase del trabajo de parto se sintió segura y confiada, hizo los ejercicios que aprendió en el curso psicoprofiláctico y su esposo estaba con ella. Se apropió de la atención que sentía merecer, y así lo expresó (Petchesky y Judd, 2006), pidiendo en una ocasión que redujeran el número de tactos y la presencia de estudiantes porque merecía respeto. Ella había previsto los detalles para tener el parto de la forma prevista: había tomado un curso, llevó lo que creyó que necesitaría, como limonada hidratante, una pelota de pilates y alimentos energéticos. Sin embargo, cuando llegó su médico determinó que tenían que prepararla para el quirófano, sin haberla revisado ni haberle dado argumentos clínicos:

Sin revisarme ni nada, llegó, y con los dos doctores que estaban de guardia, entraron al cuarto y me dijo: “¿sabes qué?, no te podemos esperar, no puedo estar esperándote, te tengo que hacer cesárea”. Yo le dije: “¿pero por qué?, todo va bien, yo estoy lista, estoy tranquila, no tengo problemas”. Incluso le dije que

como rompí membranas en casa, mis membranas fueron transparentes, no tenía meconio, porque para todo esto te preparas ¿no? Y me dijo: “este parto, como eres mamá primeriza, puede tardar horas, y no puedo estarte esperando tanto tiempo”. [...] Sus argumentos eran: “es que tu bebé va a sufrir mucho, va a tener mucho sufrimiento, pones en riesgo tu salud, tu vida, esto puede tardar horas, no sabemos cuánto”, y yo le dije “deme la oportunidad, espéreme tantito, yo estoy mentalizada, yo sé eso, yo lo sé y estoy en la disposición de atravesarlo para tener un parto, porque...” Y mi esposo aquí en la cama conmigo, los enfermeros picándome las manos, yo con contracciones, los tres doctores diciéndome lo mismo, o sea, insistiendo. El esposo de mi mamá diciéndome lo mismo, insistiendo, mi hermano no decía nada, no sabía nada, tiene 18 años. Mi esposo y yo nos quedamos de... “¿qué hago?, ya pagamos, ya tengo contracciones ¿me voy o no me voy? ¿me peleo con ellos? no me puedo pelear con ellos porque mientras ellos están hablando, yo estoy de jaauch, espérame tantito con la contracción!”, nos agarraron con los dedos en la puerta, sin poder ir a ningún lado, aparte papás primerizos, ya no me quedaba de otra, fue sí, no me quedó más que sí, fue horrible, yo temblaba de miedo [...] No nos quedó de otra, más bien me sentí acorralada, todos te están insistiendo, “y ahora qué hago, no me puedo poner a pelear porque ya estoy aquí, y ya está mi bebé en camino”, y también como mamá primeriza te da miedo.¹³

Otra mujer de 35 años, con dos hijos, sufrió esta misma coerción durante la fase activa del parto, cuando las contracciones eran más continuas y dolorosas, para que consintiera que le hicieran una cesárea. El médico le comunicó tal decisión durante el trabajo de parto, con el argumento de que tenía la pelvis estrecha y su bebé era grande; sin embargo, su segundo bebé fue más grande y nació por la vía vaginal sin problemas. Ella comenta que cuando le dieron la noticia, sus dolores ya eran intensos: “yo ya llevaba los dolores, las contracciones muy fuertes [...] ya me dolía mucho”.¹⁴ Cuando quiso decidir sobre el tipo de corte que le harían, el médico intervino diciendo:

¹³ Mujer de 29 años [entrevista por CCP], último parto atendido con partera profesional en casa de partos, 2016, 10 de febrero, Ciudad de México, México.

¹⁴ Mujer de 35 años [entrevista por CCP], último parto atendido con médico-partera y *doula* en casa, 2016, 10 de febrero, Ciudad de México, México.

“aquí el que decide soy yo, y va a ser vertical porque ese bebé viene muy grande’ y me la hizo vertical”.¹⁵

Las mujeres señalaron que para obtener el consentimiento para la cesárea, el médico encubre su autoritarismo con un supuesto paternalismo que pretende “buscar el bienestar de las mujeres y de sus bebés”. Justifican las decisiones tomadas como las mejores “por el bien” de la mujer y su hijo; para que no sufran. Y pasan por alto las necesidades, los deseos, los anhelos y las decisiones de las propias mujeres y sus familias.

Las intervenciones innecesarias no solo moldearon la elección de la atención del último parto, también penetraron la subjetividad de las mujeres, principalmente la percepción de su vínculo con el bebé. Estas experiencias motivaron la apropiación de aquello que sienten merecer durante el parto; lo han podido expresar y ejecutar gracias a las redes de apoyo, el acceso a la información y a tener los recursos económicos para optar por un servicio que se ofrece casi nada más en el sector privado (Carrera, 2015).

El documento *Cuidados en el parto normal: una guía práctica* (OMS, 1996) expone una serie de prácticas médicas perjudiciales en la atención del parto. Entre las más comunes están: el uso rutinario del enema, la infusión intravenosa de rutina, la posición de litotomía durante la dilatación y la expulsión, el uso de pelvimetrías, el uso de oxitócicos antes del nacimiento, el pujo dirigido en la segunda fase del parto y la revisión manual de la cavidad uterina después del nacimiento. También se menciona una serie de procedimientos que suelen aplicarse inadecuadamente como, por ejemplo, el control del dolor con analgesia epidural, la estimulación con oxitocina, los tactos repetidos vaginales realizados por distintos proveedores, animar a la mujer a pujar antes de que se complete la dilatación del cérvix, los criterios rígidos sobre la duración de la segunda fase del parto cuando los signos vitales de la mujer y el bebé son óptimos, y el uso sistemático de la episiotomía. Cada una de las mujeres que participaron en este estudio pasó por al menos una de estas prácticas.

Una mujer de 38 años, madre de dos hijos, que atendió sus partos con parteras profesionales distintas, relata:

¹⁵ Mujer de 35 años [entrevista por CCP], último parto atendido con médico-partera y doula en casa, 2016, 10 de febrero, Ciudad de México, México.

Hizo de todo: maniobra de Kristeller, maniobra de Hamilton, sin informarnos qué era. Nos llevaba a clase de pujo, y nos hacía el tacto en la semana 37, y ella manipulaba más o menos para ver cuándo podría acomodar a sus parturientas, incluso después me enteré que ponía prostaglandina cuando decía: “¡ah! yo quiero a esta niña para mañana” [...] después de que me hizo el tacto se desencadenó el trabajo de parto, pues hizo de todo, me tuvo acostada dos horas, metiéndome la mano todo el tiempo, hizo que mi esposo hiciera Kristeller, mi bebé nació súper cansado, súper triste, con la cabeza totalmente de pepino.¹⁶

Una mujer de 26 años, madre de cuatro niños, expresó que la atención de su primer parto –a los 18 años– había determinado su deseo de no volver a ser madre, hasta que conoció otras alternativas de atención humanizada. A esta mujer la obligaron a parir en posición dorsal, la amarraron a la camilla, le hicieron la maniobra de Kristeller y la forzaron a pujar cuando su dilatación era apenas de 8 centímetros:

Yo no lograba controlarme, entonces me amarraron a la camilla, y el doctor pidiéndome que pujara y yo no sentía nada de ganas de pujar, y me dice: “tienes que sacar a este bebé” y las enfermeras gritándome, el doctor pidiéndome que pujara, y amarrada a la camilla, luego agarraron una manta las enfermeras y entre las dos se me montaron en el estómago, ¡fue terrible! y mi esposo sólo se quedó a la par, se quedó en *shock*, se quedó asustado también. [...] el doctor me hizo la episiotomía y nació el bebé [...] el bebé tenía meconio, ya se había hecho meconio cuando nació, entonces no sé, realmente no sé por qué quiso acelerar tanto, porque yo con ocho centímetros y no sentía nada de ganas de pujar, entonces sí fue para mí esa experiencia muy traumática.¹⁷

Cualquier forma de intervención innecesaria en la atención del parto es una expresión de maltrato; aunque también hay formas de maltrato más sutiles,

¹⁶ Mujer de 38 años [entrevista por CCP], último parto atendido con partera profesional en casa, 2016, 14 de enero, Ciudad de México, México.

¹⁷ Mujer de 26 años [entrevista por CCP], último parto atendido con médico y *doula* en clínica privada, 21 de abril, 2016, Ciudad de México, México.

como las emocionales o psicológicas. De acuerdo con la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal, la violencia psico-emocional comprende:

Toda acción u omisión dirigida a desvalorar, intimidar o controlar sus acciones, comportamientos y decisiones, consistente en prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, insultos, amenazas, celotipia, desdén, indiferencia, descuido reiterado, chantaje, humillaciones, comparaciones destructivas, abandono o actitudes devaluatorias, o cualquier otra, que provoque en quien la recibe alteración autocognitiva y autovalorativa que integran su autoestima o alteraciones en alguna esfera o área de su estructura psíquica (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2008: 5).

La violencia psico-emocional durante el parto se expresa en regañones, humillaciones, burlas, ironías, insultos, amenazas, indiferencia, no considerar las decisiones de la mujer, no informarla sobre los procedimientos por realizar, utilizarla como recurso didáctico o ejercer coerción para obtener su consentimiento para efectuar algún procedimiento. La narrativa de las mujeres muestra, así, cómo les impusieron la cesárea o una intervención innecesaria, y cómo sufrieron maltrato psicológico o emocional. Hacen evidente su frustración ante la pérdida del control de su proceso reproductivo.

Una mujer de 37 años, madre de dos niñas, optó en su último parto por la atención humanizada con un médico. Antes había tenido una cesárea y también un aborto espontáneo, atendido en un hospital público en donde le hicieron un legrado. Ella consideró que su aborto espontáneo no había sido “respetado” ni “orgánico”. Consideró que el legrado era innecesario puesto que había llegado a la institución con el aborto en desarrollo. Los proveedores fueron insensibles e indiferentes ante su situación emocional cuando, antes de que ella supiera que su bebé ya no tenía frecuencia cardiaca, expresaron: “tenemos un huevo muerto retenido y va a legrado”. Finalmente, puesto que en el hospital no había una sala para la recuperación del aborto, estuvo expuesta al júbilo de otras mujeres en el posparto inmediato que tenían allí a sus recién nacidos:

Y no me dejaban salir todavía porque estábamos esperando la firma de no sé qué doctor, que no sé qué estaba haciendo, pero no firmaba, y yo veía a las mamás cómo empezaban a platicar entre ellas, y se presentaban sus mutuos bebés, y los bebés convivían, y yo estaba nada más esperando una firma y no tenía a mi bebé. Se me hizo tan fuerte, se me hizo tan difícil que fui donde la enfermera y le pregunté: “¿todavía falta mucho tiempo para que me dejen salir?” y me quebré... me puse a llorar.¹⁸

Otra mujer sufrió humillación y desvaloración en lo que ella consideraba importante, como el hecho de dar vida. A la pregunta ¿qué fue lo que no te gustó de la atención de tu penúltimo parto? ella respondió:

Cuando yo estaba pariendo, ella [la doctora] me cortó y cuando me cosía decía: “¡uy no!, yo por eso no me aviento a esto porque, ¡imagínate!, mira, tanta sangre, tener que abrirme”; hacía comentarios tan fuera de lugar, yo me sentía muy mal porque, para empezar, abierta de piernas, no sé cuántos hombres y mujeres frente a mí [...] haciendo comentarios como: “también te puedes hacer una reconstrucción vaginal, ¿es el segundo? A ver si la piensas para el otro” [...]. La separaron de mí, se la llevaron, ella pudo haber respirado si sólo la pegaban a mi pecho, cuando me la entregaron ya le habían dado leche de fórmula y a mí nadie me preguntó: “oye ¿quieres que le dé a tu hijo leche?”. Para cuando me la entregaron yo ya me sentía ajena, como si me hubieran quitado una parte de mi cuerpo y después me la hubieran entregado. Eso se siente bien feo, como cuando te la entregan y tú te quedas como “bueno, ¿y ahora qué?” Falta esa hora en la que te conectas, lo recibes, lo sientes, lo hueles, lo percibes, y él igual a ti. Ahora que lo sé es muy importante y me hubiera gustado que así hubiera sucedido en la bienvenida de mis dos hijos anteriores, que no hubiera alguien que me los arrebatara, que no hubiera alguien tocándome, abusándome, forzándome, haciéndome comentarios fuera de lugar, que no me hubieran criminalizado por ser joven, por llevar tatuajes.¹⁹

¹⁸ Mujer de 37 años [entrevista por CCP], último parto atendido con médico y *doula* en clínica privada, 2016, 3 de marzo, Ciudad de México, México.

¹⁹ Mujer de 37 años [entrevista por CCP], último parto atendido con médico y *doula* en clínica privada, 2016, 3 de marzo, Ciudad de México, México.

Estas formas de maltrato físico, emocional y psicológico son manifestaciones de violencia obstétrica (Almaguer *et al.*, 2010), que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como trato irrespetuoso, ofensivo o negligente (OMS, 2014); y fueron identificadas por las mujeres que las sufrieron como algo que las violentó, que no les gustó y que incluso determinó la elección de la atención del último parto. No obstante, ninguna denunció o hizo algo al respecto, pues –según lo señalaron– lo único que querían en ese momento era regresar a casa con sus bebés. Tampoco creían que su denuncia cambiaría nada.

Elección de la atención del último parto y satisfacción con los servicios

Todas las mujeres entrevistadas habían vivido experiencias previas de atención insatisfactorias, incluso traumáticas, de las que no se recuperaron pronto. Algunas de ellas se apoyaron en recursos de la crianza –como la lactancia prolongada y el porteo– para fortalecer el vínculo con sus bebés, que consideraron trastocado en la experiencia del parto. Recibieron apoyo y contención en grupos de madres, así como información sobre distintos tipos de proveedores de servicios, prácticas y clínicas de atención del embarazo, el parto y el puerperio. Conocieron el concepto de “parto humanizado” por amigas y conocidas. De este modo, sus recomendaciones y sus experiencias fueron fundamentales para la elección del tipo de atención para su siguiente embarazo.

Las mujeres entrevistadas eligieron a sus proveedores para la atención del parto porque consideraron que les podrían brindar una atención que se ajustara a sus expectativas; es decir, respetuosa de sus decisiones y sus tiempos, y con información precisa y veraz. Consideraron que estaban dispuestos a informarlas, a adaptarse a sus horarios, y a atender sus necesidades y sus dudas. Y también porque el costo de la atención estaba dentro de sus posibilidades económicas. Cabe mencionar que la atención de las parteras suele ser más económica que las opciones de atención humanizada de los médicos en clínicas privadas, en donde hay que pagar, además de sus honorarios, los del pediatra, el anestesista y demás especialistas; las instalaciones y los medicamentos. El total puede oscilar entre los 30 000 y

los 100 000 pesos, mientras que el pago a las parteras oscila entre los 15 000 y los 25 000 pesos, o incluso a menos.

Las mujeres también dijeron que buscaban una atención personalizada, con la menor cantidad de fármacos posible, y estar acompañadas en el parto, principalmente por la pareja y la *doula*. Para ellas era importante tenerle confianza al proveedor; una confianza que se iría dando en la interacción previa, y también la seguridad de que sus decisiones en cuanto a la atención del parto serían respetadas. Algunas mencionaron haber hecho un plan de parto que informaba a los proveedores qué tipo de atención esperaban recibir:

Antes de que fuera el parto nos hicieron hacer como un plan de parto, nos hicieron un cuestionario, ahí nos preguntaron muchas cosas más, precisamente cómo me gustaría ser atendida durante el parto, si había una emergencia a quién llamar, que si quería que, por ejemplo, me dieran frases motivadoras, o qué frases me gustaría que usaran, qué me gustaría que hicieran, qué no me gustaría que hicieran, también me decía, y primero me preguntaban si quería que me motivaran o si quería que se quedaran calladas.²⁰

En las consultas prenatales había que constatar que el proveedor no fuera proclive a hacer cesáreas. Los signos de alerta eran, por ejemplo, que les solicitara exámenes especializados considerados innecesarios, que hiciera comentarios sobre la pelvis estrecha, la falta de líquido amniótico o los maduradores pulmonares, o que hiciera referencias discursivas identificadas por otras mujeres de su entorno que habían sido víctimas de una cesárea innecesaria.

Las mujeres se informaron y buscaron referencias sobre el proveedor que las atendía. En su mayoría cambiaron de prestador de servicios durante el control prenatal por diferentes motivos, principalmente porque sentían que el médico encaminaba su discurso hacia la ejecución de una cesárea, porque el trato les parecía despersonalizado y no había una buena disposición para atender sus cuestionamientos o porque encontraron opciones de parto humanizado más económicas.

²⁰ Mujer de 35 años [entrevista por CCP], último parto atendido médico-partera y *doula* en casa, 2016, 10 de febrero, Ciudad de México, México.

Todas las mujeres prefirieron acudir con una partera por su atención humanizada; es decir, personalizada, respetuosa y apoyada en recursos terapéuticos no farmacológicos. Sin embargo, tres de ellas optaron finalmente por la atención de médicos parteros humanizados por la presencia de factores de alto riesgo en su embarazo. Una de ellas reconocía a su proveedora como partera, aunque era médica general con formación en medicina homeopática; sin embargo, por atender partos domiciliarios y aplicar un modelo sin intervenciones, no farmacológico y respetuoso, era reconocida como partera.

De las dos mujeres que eligieron a médicos, una de ella tenía antecedentes de diabetes gestacional y requería disponer de los recursos adecuados en caso de que hubiera complicaciones durante el parto; no obstante, en su embarazo anterior también se le había diagnosticado ese padecimiento y su parto había sido atendido por una partera profesional en una clínica privada en Estados Unidos. La otra mujer tenía un antecedente de aborto espontáneo, por lo que también prefería tener más recursos técnicos a su disposición, y no tenía la capacidad económica para pagar una atención humanizada privada. Así que su padre la apoyó con la condición de que la atención fuera hospitalaria. Estas mujeres expresaron que habrían elegido la atención de una partera si el contexto se los hubiera permitido, y ambas consideraron problemático el que en las clínicas privadas no permitieran que parteras usaran las instalaciones.

Las mujeres se sintieron satisfechas en su último parto con la atención humanizada de un médico o de una partera profesional. Reconocieron que sus proveedoras habían respetado sus decisiones y sus tiempos para parir: “todo el respeto que tuvo para dejarme que mi hijo naciera a su tiempo [...], el que haya logrado nacer sin presiones, el que yo me haya dejado estar como quisiera, que nadie me acostó, nadie me tocó, nadie nada”.²¹

Indicaron que el apoyo emocional de sus acompañantes (la pareja y la *doula*) y de la partera había sido importante; identificaron que el contacto físico y las palabras de aliento habían sido de mucho apoyo en los momentos más críticos de la segunda fase activa del parto, en que las contracciones son más continuas y dolorosas:

²¹ Mujer de 38 años [entrevista por CCP], último parto atendido por partera profesional en casa, 2016, 14 de enero, Ciudad de México, México.

Fue el soporte emocional que me mantuvo enfocada, lo que me mantuvo contenida, apapachada, lo que hizo que fuera, no sé, todo ese trabajo emocional fue lo que hizo que tuviera a mi bebé, lograr el parto [...] es un dolor que te reta mentalmente, físicamente te reta como mujer, entonces no sé... me imagino que si hubiera estado en un hospital público en donde estás sola, no hay nadie que te vea, no está tu familia, no tienes a nadie que te esté diciendo “¡vamos!”, y eso... yo creo que me hubiera muerto ahí, qué miedo, si hubiera estado en otro lugar qué miedo, no lo hubiera logrado.²²

En vista de que buscaban una atención que no fuera farmacológica, apreciaron los recursos terapéuticos alternativos utilizados durante el trabajo de parto, principalmente los masajes. La confianza de su proveedor en que podían parir fue de suma importancia para ellas, pues en ningún momento sugirieron intervenir para apresurar el proceso ni les sugirieron hacerles cesárea. Esa confianza les había sido arrebatada en las experiencias anteriores:

Nunca me hizo presión, nunca dudó de que fuera bien el parto, a pesar de que fue largo, en ningún momento me dijo: “oye ¿qué tal si ya nos vamos a cesárea?”, ni “¿qué tal si te ayudo con algo?” Nunca. Siempre estuvo confiando en el proceso, escuchando a mi bebé, y mi bebé sonaba muy bien [...] me gustó que a pesar de que hubo muchos momentos en que yo los volteaba a ver así con cara de: “y luego ¿qué pasa?”, y que obviamente mi cuerpo al conocer la otra opción que era la cesárea, había momentos donde dije: “¿voy a terminar otra vez en cesárea?” aun en esos momentos nunca me propusieron que me inyectaban oxitocina o que me iba a cesárea, en ningún momento, a pesar de que yo de repente tenía cara de: “ya no sé qué más hacer”, ellas nunca desconfiaron [...] y me hacían escuchar el corazoncito de mi bebé y sonaba fuertísimo, y eso es lo que yo decía: “¡ah, ok! si tú estás ahí, estás fuerte, yo también voy contigo” entonces eso, nunca perdieron la fe de que yo podía parir.²³

²² Mujer de 29 años [entrevista por CCP], último parto atendido por partera profesional en casa de parto, 2016, 10 de febrero, Ciudad de México, México.

²³ Mujer de 37 años [entrevista por CCP], último parto atendido por médico y *doula* en clínica privada, 2016, 3 de marzo, Ciudad de México, México.

Como podemos observar en los últimos testimonios de estas mujeres, la vivencia del parto tras una experiencia insatisfactoria se percibe como algo que se tiene que “lograr”. Por tanto, si se “logra” se vive como un triunfo y si “no se logra”, como una frustración. Su búsqueda y sus elecciones son de una atención que posibilite este deseo, esta expectativa; es decir, una atención respetuosa a lo que ellas sienten merecer en el parto. En términos de derecho se trata de una práctica médica que afirma la ciudadanía reproductiva de las mujeres, que les posibilita la apropiación, el ejercicio y la defensa de sus derechos durante el parto (Castro Pérez, 2011).

Conclusiones

A lo largo de este trabajo planteamos que las experiencias de atención moldean la elección de la atención del siguiente parto. Tras vivir experiencias insatisfactorias, autoritarias e incluso violentas, y gracias a recursos tales como las redes de apoyo, la información y una economía suficiente, las mujeres participantes en este estudio eligieron una atención que les permitiera apropiarse de sus decisiones y del parto.

La subjetividad de las mujeres fue fundamental en la elección de la atención del parto. Las mujeres depositan en la experiencia del parto expectativas que se proyectan en la relación madre-hijo, por sus efectos en su vinculación emocional. La “buena” maternidad está, por tanto, en juego, dado que la crianza de los hijos recae socialmente en ellas. Queda por investigar si se trata de una experiencia que atraviesa condiciones de clase, etnia y generación, o si es característica de las mujeres de clase media y educación superior, consumidoras de un cierto tipo de información, como es el caso de las mujeres participantes en este estudio.

Todas estas mujeres tuvieron que gestionar el pago de su atención. Este tipo de atención se dirige a un sector de la población que tiene acceso a la información y los recursos económicos suficientes para optar por lo que consideran que se merecen. Por otro lado, el que el parto humanizado no se ofrezca ampliamente en las clínicas y los hospitales privados lo hace aún más inaccesible. La práctica de las parteras profesionales se limita sobre todo

a la atención independiente del parto en casa, dado que no están incorporadas del todo en el sistema público, a pesar de tener un código de contratación. Por otro lado, no acaban de ser aceptadas por el gremio médico.

El testimonio de estas mujeres hace evidente cierto desprestigio de las instituciones públicas y privadas debido al autoritarismo en la práctica médica. De aquí que el parto humanizado sea una buena alternativa. Es, por consiguiente, muy recomendable tener en cuenta en el diseño de la política pública para la atención de la salud materna la adopción del parto humanizado en todos los niveles, para hacerlo accesible a todas las mujeres dentro del territorio nacional.

Recomendaciones

A partir de los resultados de esta investigación se propone una serie de recomendaciones, derivadas de las necesidades de las mujeres, que pueden orientar el diseño de una política pública que fortalezca el ejercicio de los derechos de las mujeres durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Es deseable, así, que:

- la atención:
 - reconozca las necesidades de las mujeres: escuche sus expresiones y sus narrativas sobre sus vivencias durante estos procesos reproductivos
 - sea respetuosa de las decisiones de las mujeres: es recomendable la elaboración de un plan de parto o un documento informativo en donde ambas partes estén informadas sobre los procedimientos que se realizarán durante todo el proceso
 - sea personalizada, sin tratos rutinarios o protocolizados
- a las mujeres:
 - se les brinde información actualizada, clara y veraz, y se evite el uso de un lenguaje técnico y especializado
 - se les permita estar acompañada en el parto y el puerperio por quienes ellas elijan, ya sean familiares u otros proveedores como, por ejemplo, una doula

- se les permita moverse a su antojo y adoptar la posición que elijan para parir
- se les apoye en el trabajo de parto con recursos terapéuticos alternativos y naturales como, por ejemplo, masajes, agua caliente o cojines de semillas calientes
- se les permita permanecer con su bebé, y se promueva el corte tardío del cordón, el apego inmediato y la lactancia exclusiva
- los proveedores:
 - siempre sean los mismos durante el control y seguimiento del proceso reproductivo (el embarazo, el parto y el puerperio),
 - les den apoyo emocional a las mujeres durante la atención del parto, principalmente en la fase activa, cuando las mujeres se sienten más vulnerables debido a la experiencia del dolor (que use frases de apoyo, les dé ánimo y las motive) y que no las regañe ni las maltrate
 - se capaciten y adquieran conciencia del parto humanizado y respetuoso de los derechos de la mujer
- las instalaciones:
 - tengan salas de recuperación con cunas de colecho, en donde los bebés permanezcan con sus madres, y en donde se hagan las revisiones de rutina de los bebés
 - tengan salas de recuperación diferenciadas para las mujeres que tuvieron abortos o pérdidas neonatales.

Al garantizar el acceso universal al parto humanizado, el Estado contribuye a construir una ciudadanía reproductiva en la que las mujeres pueden ejercer y defender sus derechos en el marco de un fenómeno elegido por ellas y que marca su curso de vida: la maternidad.

Bibliografía

ALMAGUER GONZÁLEZ, ALEJANDRO ET. AL.

- 2010 "La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud", *Revista Género y Salud en Cifras*, vol. 8, núm.3, pp. 3-20.

BERRIO PALOMO, LINA ROSA

- 2016 "Utilización de cesáreas entre mujeres indígenas de Guerrero. Reflexiones sobre un fenómeno en expansión", ponencia presentada en XIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Ciudad de México, México, 22 al 24 de junio de 2016.

CÁRDENAS, ROSARIO

- 2014 "El perfil de utilización de la cesárea en México y su implicación para la salud reproductiva", en Ángeles Sánchez Bringas (Coord.), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*, Ciudad de México, México, UAM-Itaca, pp. 105-129.

CARRERA PÉREZ, CLAUDIA

- 2015 *Nuestros cuerpos, nuestros partos: apropiación subjetiva de derechos en la atención del parto en el Distrito Federal*, tesis de maestría en Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México, México.

CASTRO PÉREZ, ROBERTO

- 2011 *"Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México"*, en Roberto Castro-Pérez y Alejandra López-Gómez (Comp.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Ciudad de México, México, UNAM-CRIM, pp. 49-72.
- 2014 *"Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México"*, en *Revista mexicana de sociología*, vol. 76, no. 2, pp. 167-197, consultado el 14 de febrero de 2015, disponible en <http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Colec_Dig/2010/Roberto_Castro/3_Habitus_profesional_ciudadania.pdf>.

CASTRO PÉREZ, ROBERTO Y ERVITI ERICE JOAQUINA

- 2003 *"La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio"*, en Paz López, Blanca Rico, Ana Langer y Gisela Espinoza (Comp.), *Género y Política en Salud*, Ciudad de México, México, SSA-UNIFEM, pp. 255-274.

DAVIS FLOYD, ROBBIE E

- 2004 *Birth as an American Rite of Passage*, California, Estados Unidos, University of California.

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (DGIS)

- 2015 *Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos 2015*, Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), SSA, México, consultado el 2 de septiembre del 2016, disponible en <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basededatos/certnac_sinac2015.html>.

ERVITI, JOAQUINA

- 2010 *"Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos"*, en Roberto Castro y Alejandra López Gómez (Comp.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Ciudad de México, México, UNAM-CRIM, pp. 101-122

FREYERMUTH ENCISO, GRACIELA

- 2015 La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuaris, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología social (texto no publicado).

GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL

- 2016 "Ley de Acceso de las mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal", Ciudad de México, México.

GIATTI CARNEIRO, ROSAMARIA

- 2008 *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*, tesis de doctorado en Ciencias Sociales, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

GRILO DINIZ, CARMEN SIMONE

- 2011 *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*, tesis de doctorado en Medicina, Facultad de Medicina, São Paulo, Brasil, Universidad de São Paulo, consultado el 10 de marzo de 2013, disponible en <<http://www.mulheres.org.br/parto/Doutorado%20-%20Carmen%20Simone%20Grilo%20Diniz.pdf>>.

GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (GIRE)

- 2001 *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, Ciudad de México, México, GIRE.
- 2016 *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*, Ciudad de México, México, GIRE-Fundación Angélica Fuentes.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI)

- 2015a "Información por entidad, densidad", *Cuéntame*, consultado el 28 de junio de 2017, disponible en <<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/densidad.aspx?tema=me&e=09>>.

JORDAN, BRIGITTE

- 1988 *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, Montreal, Canadá, Eden Press.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

- 2014 “Tecnología apropiada para el parto”, Declaración de fortaleza. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*, Ginebra, Suiza, OMS. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, Ginebra, Suiza, OMS.

PETROVSKY, ROSALIND P Y KAREN JUDD (COMPILADORAS)

Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, política y religiones, Ciudad de México, México, Colmex.

SÁNCHEZ BRINGAS, ÁNGELES

- 2003 *Género, cuerpo y reproducción. Desafíos conceptuales y metodológicos en el estudio de las experiencias reproductivas* (texto no publicado). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México*, Ciudad de México, México, UNAM/PUEG-UAM.

SÁNCHEZ BRINGAS, ÁNGELES (COORD.)

Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México, Ciudad de México, México, UAM-Itaca.

VILLOEVA EGAN, LUIS ALBERTO

“El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, en *Revista CONAMED*, no. 15, vol. 3, pp. 23-31.

Referencias entrevistas

Mujer de 26 años [entrevista por CCP], último parto atendido con médico y *doula* en clínica privada, 2016, 21 de abril, Ciudad de México, México.

Mujer de 29 años [entrevista por CCP], último parto atendido con partera profesional en casa de partos, 2016, 10 de febrero, Ciudad de México, México.

Mujer de 35 años [entrevista por CCP], último parto atendido con médico-partera y *doula* en casa, 2016, 10 de febrero, Ciudad de México, México.

Mujer de 37 años [entrevista por CCP], último parto atendido con médico y *doula* en clínica privada, 2016, 3 de marzo, Ciudad de México, México.

Mujer de 38 años [entrevista por CCP], último parto atendido por partera profesional en casa, 2016, 14 de enero, Ciudad de México, México.

