CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL NACIMIENTO

EL VÍNCULO ROTO

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

DOCTORA EN ANTROPOLOGÍA

P R E S E N T A

MERCEDES CAMPIGLIA CALVEIRO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. PATRICIA RAVELO BLANCAS

CIUDAD DE MEXICO, OCTUBRE DE 2017

Agradecimientos

A Gabriel, Santiago y Emiliano mi motor, mi amor, mi sostén y mi alegría y sin cuyo apoyo habría sido imposible realizar este viaje sin naufragar.

A las dos Pilares y a María, las mujeres de mi familia, quienes me han enseñado la fuerza de lo femenino; mezcla de potencia y risa. Y quienes me han hecho sentir el sostén que ofrecen los vínculos cuando el suelo se viene abajo.

A Guadalupe Trueba, Ana Maza y Patricia Ochoa, compañeras y cómplices en la aventura.

A Patricia Ravelo por su acompañamiento e impulso en el proceso.

A Eduardo Menéndez, Lina Berrio y Monerrat Salas, mis lectores, por dedicar generosamente su tiempo a enriquecer este trabajo.

A todos los profesionales que han emprendido valientemente el reto de nadar en contra de la corriente y ofrecer una atención humanizada a sus pacientes.

A médicos, enfermeras, parteras, mujeres y hombres que compartieron sus saberes generosamente conmigo a lo largo del camino.

A CIMIGen por abrir sus puertas para la realización a este proyecto.

Al CIESAS por acogerme y abrir mis ojos a la mirada social.

A Conacyt por la beca otorgada para la investigación que dio lugar a la elaboración del manuscrito.

ÍNDICE

I. Introducción 4

II. Encuadrar el tema 8
- A. Antecedentes del problema 8
- B. Marco teórico 20
- C. Conceptos centrales 26

III. Sobre la investigación 35
- A. Herramientas metodológicas 35
  1. Experiencia de intervención en CIMIGen 36
  2. Recopilación de información 42
  3. Fuentes de información complementarias 44
  4. Consideraciones metodológicas 47
- B. La que estudia 48
- C. Dificultades en la investigación 51

IV. Sobre la relación histórica entre el MMH y el parto 56
- A. Hay que parir por ellas: Una historia antigua 56
- B. El MMH y la sociedad de consumo 65
  1. La cesárea como ícono de la permeabilidad del MMH a la lógica de mercado 66
  2. ¿Paciente, consumidora, beneficiaria o ciudadana? 78

V. Violentar el nacimiento 86
- A. La violencia desnuda: El maltrato 86
- B. El abandono como forma de violencia 92
- C. La violencia velada: La híper-medicalización 98

VI. Una apuesta por humanizar la atención: CIMIGen 115
A. Breve reseña de 30 años de historia 117
B. La institución 140
C. Una experiencia de intervención 143
1. Lo que se transforma 145
2. Lo que persiste 148
3. La anestesia y el parto humanizado 157
4. La doula como pieza clave 162

VII. Dominación y sometimiento al interior del MMH 183
A. El cuerpo: La mujer como territorio a conquistar 183
B. El espacio: La puesta en escena de la biomedicina 193
C. La palabra: Las brujas, los parteros y las mamitas 212
D. El saber-poder: Tecnificación del conocimiento 233

VIII. A modo de cierre: El vínculo roto 254

Apéndices 268
Referencias bibliográficas 300

I. Introducción

> Nunca me voy a olvidar la primera vez que entré como alumna a una sala de parto, casi me desmayo de lo que vi. Vi una escena terrible, una mujer a los gritos, atada de piernas, prácticamente desnuda, con 20 alumnos alrededor, sangre por todos lados, toda la intervención posible. Nadie le hablaba, solamente le daban entre todos a los gritos indicaciones, amenazas de que no gritara porque al bebé le iba a pasar algo (…) Yo me acuerdo de haberme encontrado cerrando las piernas.
>
> (Miriam Liliana Olaizola, partera,
> comunicación personal, 22 de julio, 2016)

Diversas investigaciones han dado cuenta de la violencia explícita que frecuentemente acompaña la atención del parto en el dispositivo hospitalario del modelo biomédico (Castro 2004 y 2014, Berrio 2013, GIRE 2013, Belli 2013, García 2013). Si bien la atención médica del parto no tiene por objeto el ejercicio de la violencia, los abusos de autoridad que ocurren cotidianamente bajo el cobijo del ámbito hospitalario hacen de la ginecoobstetricia la especialidad médica con mayor número de quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED (Castro, 2014).

El camino andado hasta ahora permite constatar que ni la penalización de los actos violentos a partir de la tipificación de la violencia obstétrica como delito, ni las campañas de sensibilización a personal emprendidas por la Secretaría de Salud (SSA) de nuestro país, ni los lineamientos de atención dictados por la Organización Mundial de la Salud o la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-2016) parecieran bastar para desmontar el ejercicio de la violencia que cobra formas diversas en las rutinas de atención del parto, imponiendo a los cuerpos modalidades múltiples de sometimiento. Este trabajo se pregunta cuáles serían los caminos a seguir para desarticular el estrecho vínculo que existe entre violencia y atención del nacimiento.

Preguntas clave

¿De qué maneras se ejerce la violencia en la atención del parto al interior de las instituciones de salud?

¿Qué es lo que posibilita que la violencia circule de forma tan abierta y sin aparente censura dentro de los dispositivos diseñados para la atención del nacimiento en el ámbito biomédico?

¿Cómo operan las fuerzas contrapuestas a la corriente hegemónica al interior de la propia biomedicina que apuntan a desarticular la premisa del ejercicio irrestricto de la violencia? ¿Qué les permite subsistir dentro del dispositivo?

¿Qué recursos resultan útiles para poner una barrera al ejercicio de la violencia en la atención del nacimiento?

Objetivo general

Observar la circulación del poder al interior de las instituciones de salud para analizar las asimetrías en la distribución del mismo que permiten que la violencia sea ejercida, así como los movimientos que dentro del propio dispositivo dan lugar a modalidades de vinculación que desarticulan la lógica de sometimiento.

Objetivos específicos

Entender el carácter de la relación entre el MMH y la atención de los nacimientos

Rastrear las diferentes formas de ejercicio de la violencia que se manifiestan en la dinámica de atención del nacimiento del dispositivo biomédico.

Analizar la disputa por el poder en la atención del nacimiento a partir de tres ejes de observación: el cuerpo, el espacio y la palabra.

Estudiar experiencias que al interior del dispositivo biomédico proponen modalidades de atención NO violentas e intentar comprender qué hace posible su existencia.

Supuestos de la investigación

1. El maltrato físico y verbal durante la atención del parto del que dan cuenta múltiples testimonios de mujeres es sólo uno de los modos de expresión de la violencia que se ejercen en el marco del dispositivo hospitalario encargado en nuestra sociedad de la atención de los nacimientos. A la par de esta violencia manifiesta, otras formas de violencia velada son ejercidas cotidianamente contra las mujeres.
2. El carácter "desvinculante" propio del dispositivo biomédico es una pieza clave para el desdibujamiento del otro. El borramiento de la condición humana de aquel al que se atiende que opera a través de la ruptura de los vínculos posibilita un ejercicio libre de la violencia.
3. Las propuestas que apuntan a re-conectar los vínculos rotos entre los sujetos en el marco del dispositivo hospitalario, reintroduciendo a la escena del nacimiento el respeto y el reconocimiento de la dignidad, consiguen poner freno al ejercicio libre de la violencia.

Estructura del documento

El trabajo estará organizado de la siguiente manera:

En el primer apartado del texto se expondrán los principales componentes teóricos que enmarcan el proyecto, así como los antecedentes de investigación del fenómeno. El segundo capítulo estará destinado a explorar la vinculación del MMH con la atención del nacimiento, analizando los principales ejes de esta relación. El tercer apartado será dedicado al rastreo de las diferentes formas de ejerce la violencia en el dispositivo hospitalario de atención del parto. Con el fin de ubicar el enfoque de este estudio se construyeron tres categorías para agrupar las prácticas violentas identificadas en la atención del nacimiento, los cuales serán definidos más adelante: violencia desnuda, abandono como forma de violencia y violencia velada.

En un cuarto capítulo se analizará el material empírico derivado del trabajo de intervención en CIMIGen, institución elegida como emblemática para estudiar el recorrido lleno de tensiones que atraviesan los proyectos que proponen una distribución alterna del poder al interior del modelo biomédico. En este apartado se presentará en primer término la historia de la trayectoria de la institución y en una segunda instancia el material recogido de la experiencia de intervención que formó parte de este estudio.

En el quinto capítulo se intentará dar cuenta de las diferencias en la distribución del ejercicio del poder que ostenta el modelo hegemónico al interior de la biomedicina y las que plantea la corriente de atención humanizada. En la organización cotidiana de la vida institucional se pone en escena el complejo entramado de las relaciones de poder que los diferentes modelos de atención plantean. Con el objeto de explorar las diferencias y continuidades entre el modelo hegemónico y el humanizado, se retomarán tres territorios de análisis: el cuerpo, el espacio y la palabra.

Por último se presenta un apartado de conclusiones en el que se intentará articular los principales hallazgos de la experiencia de IAP (Investigación Acción Participativa), con los postulados teóricos y metodológicos que guiaron el trabajo y cierra el texto una colección de apéndices en la que se integran todos los instrumentos metodológicos empleados para llevar a cabo el estudio, así como un relato detallado de la experiencia investigativa que permitan al lector consultar el origen de la información reportada en el escrito.

II. Encuadrar el tema

En este capítulo se describirán, en un primer término los antecedentes en el estudio del tema de la violencia obstétrica y la humanización del parto como respuesta social al problema y se delinearán en segunda instancia los referentes teóricos a partir de los cuales se trabajará el análisis del material obtenido por medio de la experiencia de campo.

A. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Violencia en la atención obstétrica

En el ámbito de la atención del parto el concepto de violencia se instituyó recientemente a partir de la tipificación en algunas legislaciones del ejercicio de ciertas prácticas médicas como modalidades de lo que se denominó “violencia obstétrica”; Venezuela fue el primer país en dar este salto en el 2007, trayendo a la luz un problema antiguo que vivía en las sombras. En nuestro país se entiende por violencia obstétrica a “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).

La violencia obstétrica ha sido incluida como un tipo de violencia de género en algunas legislaciones locales en el marco de la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia “A nivel local, los estados de Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes estatales de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. El 28 de abril de 2015 la Asamblea del Distrito Federal aprobó una reforma a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal para

integrar la definición de violencia obstétrica en su artículo sexto, cuya publicación está pendiente" (GIRE, 2015). La más reciente de las revisiones a este tipo de violencia incorporado a la Ley se realizó en Campeche en julio de 2015 y la describe de la siguiente manera:

> Violencia Obstétrica.- Es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud, que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; considerando como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; así como obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.[1]

La violencia ejercida sobre las mujeres en el ámbito de la obstetricia no se limita a la atención de los nacimientos; en todas sus facetas, desde la anticoncepción hasta la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) se pueden observar diferentes formas de ejercicio de la violencia.

La violencia ejercida contra las mujeres en el ámbito reproductivo empezó a visibilizarse en Latinoamérica hace poco más de tres décadas por medio de diferentes estudios que pusieron en la mesa de discusión este tema: Las primeras crítica al modelo industrializado de atención del nacimiento, señalando que incrementaban el sufrimiento a partir de un uso irracional de la tecnología y que provocaban más daños que beneficios, surgieron en los años 80' con la escuela de Roberto Caldeyro-Barcia (1998) en Uruguay, pero no se hablaba aún entonces de la violencia asociada al modelo médico de atención. Caldem (1999) en Perú abordó directamente el tema de la violencia ejercida en

[1] ISSTE (http://www.issste.gob.mx/CEAM/Ley%20de%20Acceso%20a%20las%20Mujeres%20a%20una%20Vida%20Libre%20de%20Violencia%20estatal/CAMPECHE.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

el momento del parto y la imposición de la anticoncepción quirúrgica en grupos marginales. Chaves, Madrigal y Ugalde (2001) en Costa Rica se concentraron en observar las acusaciones de mala praxis que abundaban en la especialidad de la ginecobstetricia como indicador del ejercicio de violencia la interior del sistema. Más recientemente Belli (2013) en Uruguay también, abordó el tema de la violencia obstétrica como modalidad de violación de los derechos humanos.

Brasil ha ocupado un importante papel en los estudios del tema, así como en el posicionamiento de la humanización del nacimiento como respuesta posible al problema de la violencia. Las diferentes modalidades de abuso a las mujeres por parte del personal de salud en el ámbito de la ginecobstetricia comenzaron a tipificarse en este país cuando D'Oliveira, Diniz y Schraiber (2002) clasificaron a éstas como: desatención, abuso verbal, abuso físico y abuso sexual. También en Brasil Diniz y Chacham (2004) trabajaron en torno al uso innecesario de intervenciones en el ámbito de la ginecobstetricia como una modalidad de encarnizamiento terapéutico y más tarde surge la idea de "humanización del nacimiento" planteada por Diniz y Grilo (2005).

Argentina se suma un poco más tarde a los estudios relacionados con este tema. En 2006 Insgenar dio cuenta de los tratos degradantes y crueles de los que eran objeto las mujeres en la atención de la salud reproductiva. Canevari (2011) abordó el maltrato a las mujeres por medio de la enajenación de sus cuerpos en un trabajo etnográfico realizado en una maternidad pública. Guadalupe García (2013) se concentró en analizar las particularidades del abandono como forma de violencia que enfrentan las mujeres con VIH.

En México Bronfman y Castro (1989) estudiaron el carácter coercitivo de los programas de planificación familiar. Graciela Freyermuth (2009) trabajó el fenómeno de la mortalidad materna en comunidades indígenas como manifestación de la inequidad social en la atención y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) publicó un informe sobre violencia obstétrica en 2013, apuntando a visibilizar el tema en el contexto nacional. Berrio (2013) abordó la problemática de la práctica de cesáreas en mujeres de comunidades

indígenas y Castro y Erviti (2015) retomando a Bordieu, abordaron el tema desarrollando el concepto de *habitus* autoritario para dar cuenta de la práctica médica tras un amplio estudio de observación de mujeres que fueron atendidas en el sector público.

Atención humanizada del nacimiento

Para dar cuenta de lo que al estudio de la atención humanizada se refiere, retomaré los planteamientos centrales de Carmen Simone Grilo Diniz (2005), quien destinó su tesis doctoral al rastreo de las diferentes connotaciones que se le han atribuido al término en el ámbito de la obstetricia y el recorrido que Birrun y Goberna (2013) trazan en su texto "La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto", en el que realizan una revisión bibliográfica exhaustiva de los artículos publicados en las principales bases de datos de investigación médica, tesis doctorales y documentos de referencia del tema.

La humanización del nacimiento como tal nace en Brasil en el año 2000 en el marco de la Conferencia Internacional Sobre la Humanización del Parto pero el término ha sido utilizado en obstetricia desde tiempos antiguos y con connotaciones diversas. Diniz (2005) reporta que principios del siglo XX algunos médicos afirmaban, por ejemplo, que los fórceps y la narcosis habían llegado para "humanizar el nacimiento" puesto que aparecían como recursos para atenuar el dolor y el riesgo que, mientras la iglesia fue la encargaba de la atención de los nacimientos, eran interpretados como un mandato divino para la expiación de la culpa del pecado original. Cuando la atención del nacimiento fue puesta en manos de la medicina la concepción de la mujer y del parto cambiaron; ésta pasó de ser culpable de su dolor a convertirse en víctima de una naturaleza que la sometía y de la cual la medicina se propuso liberarla desarrollando una batería de herramientas que transformarían para siempre la atención de los nacimientos.

Uno de los recursos desarrollados por la medicina a principios del siglo XX para liberar a las mujeres adineradas del sufrimiento que representaba el parto fue la sedación profunda a la que se llamó "Sueño Crepuscular" y que se empleó

en algunas clínicas de lujo en Europa. En los nacimientos atendidos con esta modalidad de anestesia las contracciones se regulaban mediante el suministro de oxitocina sintética, el cuello del útero se dilataba con instrumentos obstétricos y el bebé era extraído del cuerpo de su madre con fórceps altos. Como las sustancias administradas provocaban una excitación intensa, se ataba a las mujeres a sus camas y se las cubría con una suerte de carpa para velar la escena de sus cuerpos contorsionándose. Ciertamente las mujeres sentían el dolor durante el proceso pero no podían recordarlo más tarde. La sedación profunda fue cayendo en desuso a medida que se descubrieron sus implicaciones en la salud de niños y madres (Diniz, 2005).

La atención de los nacimientos, desplazada gradualmente de la casa a los hospitales, se vio transformada por una serie de intervenciones que empezaron a practicarse rutinariamente sobre los cuerpos de las mujeres. La hospitalización del parto institucionalizó el aislamiento, la inmovilización, la regulación artificial de la actividad uterina, el corte en los genitales en el momento del nacimiento, el uso de instrumental obstétrico, y toda una serie de intervenciones destinadas a higienizar el proceso: enemas, rasurado púbico, esterilización.

Como crítica a este modelo de atención industrializado que incrementaba el sufrimiento a partir de un uso irracional de la tecnología y que paradójicamente causaba en la paciente más daños que beneficios, tras una alerta lanzada por la OMS en 1985 sobre el excesivo grado de medicalización de la atención del parto, surgió un movimiento internacional al interior del aparato biomédico que apuntaba a hacer un uso regulado de la tecnología y restituir el carácter humano del vínculo entre la parturienta y sus cuidadores. Al modelo de atención promovida por este movimiento se le bautizó como “nacimiento humanizado”. El texto de Roberto Caldeyro-Barcia, *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal,* publicado en 1979, es uno de los pilares de esta nueva corriente que al interior de la medicina cuestiona la atención del parto, desmintiendo el hecho de que la mujer sea una víctima de su naturaleza que la medicina se ve llamada a salvar (Diniz, 2005).

En 1993 el Departamento de Salud del Reino Unido publicó el artículo *Changing Childbirth* en el que se proponía un modelo humanizado de atención del parto basado en tres premisas: reconocimiento de la centralidad de la mujer en el proceso y su capacidad para dialogar con los proveedores de salud tomando decisiones junto con ellos, acceso universal de la población a los servicios de maternidad y participación activa de las mujeres en los servicios de maternidad para eficientarlos. A pesar de que esta pareciera ser la primera referencia al parto humanizado, no es hasta la Conferencia Internacional en Brasil del año 2000 que la humanización se define formalmente, y es a partir de ese momento que una serie de autores comienzan a recuperar el concepto en sus textos (Birrun y Goberna, 2013).

Diniz afirma que a partir del movimiento de humanización del parto el cuerpo de la mujer fue resignificado; se lo definió a partir de un nuevo paradigma como un cuerpo apto para dar a luz que, salvo casos aislados, no requería de ninguna clase de intervención para llevar a cabo el trabajo de parir. El parto, en el contexto de la atención humanizada, pasó a ser concebido como un proceso fisiológico y no como un evento de riesgo y se le atribuyó una fuerte vinculación con la intimidad y la sexualidad femenina. El nacimiento dejó de ser interpretado como un peligro para el bebé y pasó a ser entendido como una transición necesaria para la adaptación a la vida extrauterina y la familia, especialmente el padre del niño, fue integrado a la escena del parto cuestionando el aislamiento asociado con la institucionalización.

Misago y Kendall (2001) publicaron un texto en torno al tema en el que afirmaban que para poder humanizar el parto resultaba imprescindible “empoderar” a la mujer favoreciendo la participación activa de ella en el cuidado de su salud. Proponían restringir el uso de la tecnología para la atención de los nacimientos a los casos en que su eficacia estuviera basada en evidencia y recuperar para la asistencia de los partos el espíritu de la atención primaria en salud. En el mismo año Wagner publicó el artículo “Los peces no pueden ver el agua: La necesidad de humanizar el nacimiento”. En él hablaba de la humanización en tanto reconocimiento de la humanidad de la parturienta, cuestionando la visión clásica en la cual, según su premisa, se la concebía

como una “máquina para hacer bebés”. Señalaba desde entonces al uso de la tecnología en el control obstétrico como pieza clave para la deshumanización de la paciente y por tanto proponía el ejercicio de una medicina que recuperara la evidencia como ruta para la humanización (Birrun y Goberna, 2013).

También Davis-Floyd (2001), referente obligada del tema, reflexionaba en torno a la necesidad de humanizar la “tecnomedicina” para volverla individualizada, relacional y orientada a atender las necesidades de la comunidad. La autora planteaba que el enfoque humanizado debía comprender los aspectos biológico, psicológico y social de las mujeres para abordarlas de manera holística en tanto personas y no sólo como pacientes, estableciendo una conexión con ellas. Davis-Floyd consideraba que la información acerca de los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de atención del nacimiento debía ser puesta en manos de las propias mujeres para que pudieran participar de forma activa en la toma de decisiones sobre sus cuerpos. También Davis-Floyd señalaba el uso de cuidados basados en evidencia científica como pieza indispensable para la humanización de la atención del parto (Birrun y Goberna, 2013).

Santos y Siebert (2001) analizaron la complejidad que comprendía la implementación de la humanización en la atención del parto por medio de un trabajo llevado a cabo en University of Santa Catarina Maternity Hospital. A partir de este estudio se concluyó que la implementación de esta clase de atención representaba un desafío y requería de una constante formación de los profesionales de la salud puesto que estos tendían a abandonarla con el tiempo (Birrun y Goberna, 2013).

Harrison et al. (2003) sostuvieron que la humanización del parto radicaba en la posibilidad de discusión de la mujer con los profesionales que la asistieran durante el parto en torno a las opciones de atención disponibles para llegar a una decisión conjunta. Kuho (2005), por su parte, concluye que para que la atención del parto pudiera llamarse humanizada, resultaba necesario respetar la intimidad física y emocional de la mujer y que por tanto la medicina debía

generar ambientes “cómodos” para que las mujeres dieran a luz (Birrun y Goberna, 2013).

Hodnett (2006), por su parte, abordó el tema de la importancia de atender los aspectos psicológicos de la mujer durante el parto, asociando prácticas como el apoyo continuo durante el proceso con beneficios tanto fisiológicos como emocionales para las mujeres. Un año más tarde Ronald Schwartz (2007) describió cómo el empleo de la tecnología y las intervenciones puso en manos de los profesionales de salud el control del evento del nacimiento, expropiando a la mujer el dominio de su cuerpo. Ese mismo 2007, Wagner publicó un artículo en el que indicaba cuatro requisitos indispensables para un nacimiento humanizado: entorno que facilitara a la mujer la toma de decisiones, recuperación de los principios de la atención primaria, equipo profesional capaz de laborar en armonía y al margen de rangos jerárquicos y servicio basado en evidencia científica (Birrun y Goberna, 2013). Unos años más tarde Díaz-Tello y Paltrow (2010) colocaron la discusión en el ámbito de la “justicia reproductiva” reconociendo la capacidad de la mujer de decidir cómo quería ser atendida durante el embarazo y no solamente en el momento del nacimiento.

El mismo 2010 Behruzi et al. se preguntaban en torno a la posibilidad o no de la aplicación del termino de atención humanizada en los casos de embarazos y partos de alto riesgo que requerían de intervención por parte de los profesionales a la vez que comprendían una pasivización de las mujeres. Un año más tarde el propio Behruzi concluía que la atención humanizada no se limitaba a los nacimientos de bajo riesgo pues la premisa fundamental que la articula es hacer del parto una experiencia positiva para las mujeres que opere como vehículo para su empoderamiento. Habiendo respeto por las decisiones, valores y creencias de la mujer, y limitando la medicalización a partir de los criterios de la implementación de prácticas basadas en evidencia, puede hablarse de una atención humanizada. En la misma línea reflexiva se colocaron más tarde Van Teijilgen et al. y Akrich et al. (Birrun y Goberna, 2013).

Aunque el término “nacimiento humanizado” fue retomado con los años por importantes organismos como *Coalition for improving maternity services* (CIMS) y *Rede pe la humanizaçao do parto e nascimento* (ReHuNa), permanece como una corriente subalterna al interior de la biomedicina. Diniz describe en su texto las múltiples acepciones que se han dado al concepto en el contexto del Sistema Único de Salud Brasileño, subrayando el hecho de que no puede reducírsele a una descripción rígida e inamovible, sino que su sentido es múltiple y cambiante, ya que se lo adapta en función de los intereses y prioridades de los diferentes actores que lo escogen como bandera.

CONCLUYENDO

Si bien el término “humanizado” ha sido empleado con connotaciones diversas a lo largo de la historia en el escenario de lo que a la atención del parto se refiere, un grupo de médicos acuña al “nacimiento humanizado” como concepto en el año 2000 recuperando diferentes inquietudes plasmadas en el ámbito internacional en torno a la atención obstétrica. Los diferencias centrales entre lo que ofrece este modelo de atención frente la práctica hegemónica al interior del modelo biomédico son las siguientes (Figura 1):

ATENCIÓN HEGEMÓNICA DEL NACIMIENTO	**ATENCIÓN HUMANIZADA DEL NACIMIENTO**
Atención serializada	Atención personalizada
Carácter desvinculante	Centralidad de los vínculos (de la mujer con el personal, del personal entre sí, de la mujer con su red de apoyo)
Relación asimétrica y autoritaria entre personal y paciente	Búsqueda de reducir las asimetrías entre personal y paciente reconociendo a la mujer como interlocutora válida
Decisiones a cargo del personal de salud	Decisiones tomadas en conjunto entre paciente y personal de salud

Imposición a la paciente de un rol pasivo	Se espera de la parturienta una posición activa
Monopolio del saber	Diálogo entre saberes diversos entre los que se cuenta el saber de la parturienta sobre sí misma
Personal de salud como protagonista en el evento del nacimiento	Mujer como protagonista de su parto
Concepción mecanicista de la paciente y el nacimiento colocando el eje de atención en la productividad	Integración a la atención de las dimensiones sociales y afectivas entendiendo al parto como un evento significativo en la historia de la mujer
El cuerpo de la mujer entendido como objeto de la medicina	Reconocimiento de la soberanía de la mujer sobre su cuerpo
Parto como evento de riesgo	Parto como evento fisiológico
Escisión entre práctica y teoría	Ejercicio de una Medicina Basada en Evidencia
Uso de las intervenciones como recurso para optimizar resultados	Limitación del uso de las intervenciones a escenarios en los que se presentan complicaciones

Figura 1. Diferencias entre atención hegemónica y atención humanizada.
Fuente. Elaboración propia.

En México desde 1993 la Norma Oficial para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio emitida por la Secretaría de Salud señalaba ya que el ejercicio indiscriminado de una serie de procedimientos rutinarios orientados a la aceleración podía resultar perjudicial para las mujeres, que la corresponsabilidad de la paciente y los profesionales que la asistían resultaba deseable para la toma de decisiones concernientes al parto y que la atención "psicoprofiláctica" era una alternativa viable para las mujeres que la solicitaran (NOM-007-SSA2-1993). El termino "humanizado", sin embargo, se incorpora a las políticas de salud mucho tiempo después, a partir de una iniciativa de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud. En el sexenio de 2006-2012, en el marco de un plan de gobierno que apuntaba -al menos discursivamente- a eliminar las barreras culturales que

impedían el acceso a la salud de los grupos más vulnerables de la población, se fijó como meta principal de la atención obstétrica la reducción de la Razón de Muerte Materna (RMM), particularmente alarmante en grupos indígenas. Se desarrolló entonces el programa de “Atención vertical de parto” con el fin acercar a las mujeres indígenas a las instituciones de salud en el momento del nacimiento; en dicho programa se hace una referencia marginal a la atención humanizada que promovía ya la OMS. (Pozzio, 2013).

No fue, sin embargo, hasta 2012 que el concepto de “parto humanizado” se incorporó explícitamente al modelo de atención promovido por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo intercultural, en respuesta a la inquietud de las mujeres de sectores urbanos. El modelo fue transformando su nombre y su alcance: Primero se le denominó “Atención a las mujeres en los servicios de salud en posición vertical”, luego “Atención intercultural del parto”, posteriormente “Atención intercultural humanizada de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio”, para finalmente ser denominado como “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro” (SSA, 2012).

El interés por eliminar las barreras culturales que alejaban a las mujeres más pobres del sistema de salud siguió siendo uno de los ejes de la propuesta, lo cual llevó a la integración de prácticas como el acompañamiento de un familiar en el momento del nacimiento, la promoción del parto vertical y la incorporación de parteras tradicionales al esquema de atención de las instituciones de salud. A la par de ello el modelo, alineándose con la discusión internacional, integró también criterios como el de la MBE, las recomendaciones de la OMS y la incorporación al esquema de atención de las perspectivas de género y derechos humanos con la intención de abonar en la lucha contra la violencia obstétrica, detectada como un problema íntimamente relacionado con la insatisfacción de las mujeres tras la atención del parto (García y otros, 2015).

El modelo de la SSA se vehiculiza a través de un curso de capacitación dirigido al personal de salud de las instituciones públicas, al que se suma idealmente:

- La incorporación de algunas piezas de mobiliario explícitamente diseñadas para promover la atención vertical así como de prendas de vestir diseñadas para procurar la comodidad de la parturienta y la protección de su intimidad.
- La creación de “posadas de nacimiento” anexas a los hospitales en las que se pueda atender partos de bajo riesgo evitando intervenciones innecesarias y permitiendo la participación de parteras tradicionales en la atención.

La atención vertical del parto fue puesta en práctica por primera vez en un ejercicio piloto que se llevó a cabo en el Hospital General Aurelio Valdivieso de Oaxaca en 2009 (Pozzio, 2013). En el marco de este proyecto se han realizado cursos de capacitación a personal de salud en 26 hospitales de 14 entidades federativas pero la implementación integral del modelo se llevó a cabo en un par de hospitales, entre los que la propia Secretaría destaca el Hospital Integral la Guajolota en Durango y el Hospital General de Tula en Hidalgo. Los impulsores del programa asocian la implementación del mismo con una reducción significativa en las muertes maternas y una desmedicalización de la atención, aunque cabe señalar que el impacto reportado en cuanto a la reducción del índice de cesáreas es menor (García y otros, 2015).

Otras instituciones del sector público han explorado la perspectiva de la atención humanizada; ejemplo de ello es la iniciativa del Instituto Nacional de Perinatología (INPER) que planteó en 2015 una “atención humanizada” que contemplara la capacitación al personal sobre perspectiva de género y derechos humanos. Entre los cambios que se realizaron en el esquema de atención, la institución contempló, por primera vez en su historia, el derecho de los padres a estar presentes en el nacimiento de sus hijos.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), por su parte, hace referencia a la atención humanizada como alternativa para evitar la violencia obstétrica contra las mujeres, incorporando las perspectivas de derechos humanos y género en la “Recomendación General sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud”, emitida en julio de 2017. En dicho documento

recomienda la implementación del “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro” de la Secretaría de Salud (CNDH, 2017).

Así pues, el modelo humanizado de atención del nacimiento está reconocido por el Sector Salud de nuestro país como una alternativa deseable pero su implementación en la atención pública es incipiente. Reflexiones desde la antropología como la de Claudia Carrera en su trabajo de tesis “Nuestros cuerpos, nuestros partos: apropiación subjetiva de derechos en la atención humanizada del parto en el Distrito Federal” que aborda la experiencia de la implementación de la atención humanizada en la Clínica Comunitaria Santa Catarina (2015) o la de Ana Cristina Alfaro, quien debate en torno al carácter elitista de la atención humanizada en Guadalajara, la cual está limitada al sector privado (2015), ayudan a visibilizar las tensiones y dificultades que comprende la implementación de un modelo humanizado de atención en el sistema público.

B. MARCO TEÓRICO

Este trabajo recuperará fundamentalmente para el análisis del tema, las aportaciones de la antropología médica. Su comprensión del saber médico en tanto “sistema de creencias” permite relacionar lo que ocurre en el ámbito de la atención de los nacimientos con variables macro-sociales: políticas, económicas e ideológicas. Pensar a la enfermedad, tal como lo propone Giovanni Berlinguer, como “espía de las condiciones de un sistema” (Menéndez, 2015: 1), pone el eje de atención en las relaciones de desigualdad y conflicto entre grupos y permite hacer de la atención médica un espacio para la observación de las desigualdades sociales. La búsqueda colectiva de respuestas ante la muerte y el padecimiento que da origen a la medicina así como la construcción del diagnóstico como resultado de luchas de poder al interior de las sociedades; son recursos reflexivos que aporta esta disciplina y que permiten explorar el vínculo entre sociedad, cuerpo y sujetos.

La puerta que la antropología abrió al abordar a la medicina occidental como un sistema sociocultural ha permitido desentramar los saberes sociales que se ocultan tras el discurso cientificista. Esta disciplina ha adentrado su mirada a la relación médico-paciente poniendo en escena el factor de la interacción entre sujetos y grupos sociales. La antropología médica se ha propuesto trascender el carácter biológico de las concepciones de salud y enfermedad y analizar las entrañas de la ciencia en tanto "sistema simbólico" que porta una serie de contenidos colectivos.

Dentro de la disciplina de la antropología médica se retomará, como autor fundamental, a Eduardo Menéndez. Su desarrollo teórico en torno a los procesos de salud, enfermedad, atención (PSEA) y la forma en que éstos operan en toda sociedad es de suma utilidad para entender lo que ocurre en el ámbito de la atención del nacimiento. Los conjuntos sociales estructuran saberes para enfrentar los padecimientos ya que éstos representan una amenaza cotidiana ante la cual construyen significaciones colectivas. Los sentidos en torno a la salud y la enfermedad se producen de forma relacional entre los diferentes actores de la sociedad y están atravesados por concepciones colectivas de raza, género, etnia, edad, clase social, etc. Se trata de significaciones íntimamente ligadas al contexto histórico del que son producto. La patología, el padecer, la normalidad, son construcciones colectivas (Menéndez, 2009).

Para reflexionar en torno a los PSEA Menéndez desarrolló un esquema explicativo a partir de una serie de modelos que, a su entender, sintetizan el tipo de vínculo que los sujetos establecen con los padecimientos. Los modelos no deben ser entendidos, advierte el autor, como esquemas rígidos a los cuales se espera que la realidad se ciña, sino como herramientas diseñadas para ayudar a pensar en las diferentes modalidades desde las cuales los conjuntos sociales se encargan de la tipificación y atención de los padecimientos (Menéndez, 1983).

Menéndez describe, fundamentalmente, tres modelos que dan cuenta del vínculo de los sujetos con los PSEA:

- Modelo Médico Hegemónico (MMH)

  Se inscribe socialmente en el ámbito del conocimiento científico y subalterniza al resto de los saberes en lo que respecta a los cuidados de la salud.
- Modelo Alternativo Subordinado (MAS)

  Conjunto de saberes sobre la atención de la enfermedad que subsisten de forma subalterna frente al modelo hegemónico de la biomedicina. Desde la medicina tradicional hasta la acupuntura y los tratamientos new age entran en este grupo.
- Modelo de Autoatención (MA)

  Según Menéndez se trata en todos los casos del primer nivel de atención y tiene una potencialidad contrahegemónica pues parte de la posibilidad de prescindir de los curadores profesionales. Comprende el autodiagnóstico y la automedicación.

En este trabajo se recuperará fundamentalmente esta conceptualización del MMH para intentar observar, a través de su lente, lo que ocurre en el ámbito de la atención del nacimiento en las instituciones de salud. La hegemonía de la biomedicina frente a otros saberes sobre la salud, la enfermedad y la muerte en nuestra sociedad resulta indiscutible; prueba de ello es que el saber médico ha sido el único capaz de organizar instituciones internacionales como la OMS y la OPS (Menéndez).

Más allá de su cualidad científica y su eficacia, advierte Menéndez, la expansión del modelo de atención de la biomedicina a lo largo de la historia constituye una de las principales expresiones de la expansión hegemónica capitalista. Este fenómeno está íntimamente relacionado con una "medicalización de la vida" y no sólo de la enfermedad que ha conducido a imponer la categoría de "enfermedad" a toda clase de "episodios vitales", ejecutando una tecnificación del conocimiento sobre la vida y colocando al sujeto en la posición dócil de paciente.

Al analizar las particularidades del MMH, Menéndez explica el modo en que se construye el saber al interior del sistema; da cuenta de cómo la labor del

médico se inscribe socialmente en el terreno del conocimiento científico, desconociendo el carácter rutinizado e institucional que caracteriza al ejercicio de la medicina. Socialmente se da una apariencia de "homogeneidad técnica" al saber médico cuando en él se manifiestan toda una serie de "procesos ideológico-culturales". Las actividades biomédicas, plantea Menéndez, desde la clínica hasta la investigación son, además de hechos técnicos, hechos institucionales y por tanto sociales. El trabajo médico no es una actividad científica, como podría parecer, sino una actividad técnica "saturada de procesos sociales" (Menéndez, 1988: 4).

La "profesionalización" del saber médico, advierte el autor, le permite distanciarse del resto de los saberes, asegurando así su hegemonía. Prácticas y representaciones sociales son convertidas, bajo el halo de la medicina, en "saber profesional". El saber médico se construye a partir de un proceso de "socialización" que ocurre en un colectivo y cumple por tanto con funciones no sólo técnicas sino ideológicas y económicas que forman parte de las dinámicas de la institución de la cual emerge. Ello produce una suerte de fractura entre las prácticas y la investigación en el ámbito de la biomedicina.

Se retomará también, desde la sociología médica, la aportación de Roberto Castro quien ha trabajado en torno al concepto de "*habitus* autoritario" para entender la particularidad del esquema biomédico de atención. Castro es uno de los investigadores que profundiza seriamente en el estudio del fenómeno de la violencia obstétrica en México desde hace más de 20 años. Afirma que el autoritarismo médico convoca a la parturienta a adoptar un rol meramente "colaborativo" en el momento del parto, poniendo en duda su saber de sí. El "carácter desvinculante" que Castro asocia con el saber médico autoritario, es una pieza clave para analizar las rutas por las que cursa el ejercicio de la violencia al interior de las instituciones de salud.

Castro señala como núcleo del problema de las aparentes "fallas" en el sistema público al "carácter desvinculante" que opera en el *habitus* médico y que lleva a los profesionales a tomar distancia emocional de sus pacientes (Castro, 2014: 179). El mecanismo mediante el cual esta desvinculación opera, según el

autor, es el "*curriculum* oculto" que forma parte del se entrenamiento de los profesionales para brindar una "atención distante" en la que se regule el involucramiento (Castro y Erviti, 2015). Tras un trabajo de investigación en el que recoge observaciones de 130 nacimientos y 14 grupos focales con médicos, Castro concluye que el periodo de formación es la pieza clave en el rompecabezas.

Roberto Castro afirma que el problema del ejercicio de la violencia al interior de las instituciones de salud no puede solucionarse diseñando políticas públicas que apunten a mejorar la "calidad de atención" de los servicios, como lo propone el discurso médico dominante. Los esfuerzos de capacitación del personal realizados por la Secretaría de Salud fracasan una y otra vez porque para desarticular la violencia, afirma Castro, es necesario desmontar el autoritarismo médico. "Es necesario estudiar sistemáticamente el *habitus* profesional de los médicos, así como las condiciones objetivas del campo médico, con el fin de identificar el origen social del autoritarismo médico y vislumbrar, así, estrategias más eficaces para su transformación" (Castro, 2014: 38).

Parte importante del trabajo se apoyará en Goffman, teórico del interaccionismo simbólico en la sociología, cuyas aportaciones resultarán fundamentales para analizar la dinámica al interior de las instituciones donde se atienden los nacimientos, aún sabiendo que éstas no corresponden del todo con las instituciones totales conceptualizadas por Goffman, en el sentido de que no son como los hospitales psiquiátricos en los cuales los pacientes son internados por muchos años, o incluso hasta su muerte. Creador de la microsociología, Erving Goffman (1922-1982), describe con gran detalle las estrategias de reificación que operan a través de las instituciones totales en su texto *Internados*, las cuales resultan similares a las de las instituciones dedicadas a la atención obstétrica. Los mecanismos que Goffman refiere como recursos empleados para el procesamiento del yo, así como la persistencia subterránea de la subjetividad en los dispositivos diseñados para desdibujarla, son piezas claves para analizar la institucionalización del nacimiento.

Goffman define como instituciones totales a aquellas en las que el interno tiene una dependencia absoluta de la institución para satisfacer sus necesidades puesto que su relación con el entorno se ve truncada a partir del momento de su ingreso a la vida institucional, no tiene la posibilidad de determinar el tiempo que durará su estancia y se encuentra sujeto a una normatividad específica y diferente a la que rige el resto de los intercambios de la vida social. En dichas instituciones se ejecuta un procesamiento del yo por medio de una serie de estrategias que inician con un proceso de ingreso en el que se crea un expediente, se asigna un número de identificación, se despoja al interno de efectos personales, se lo desnuda, se le uniforma y se le asigna de una habitación, y se establece con ello un parteaguas entre la vida previa y lo que será la vida al interior de la institución.

Una vez que son parte de la vida institucional, los internos se ven privados de la libertad de decidir sobre sus cuerpos: se decide acerca de los tratamientos que seguirán, se exhibe su desnudez, se viola su privacidad. Las instituciones totales aspiran a ejercer un control total sobre los sujetos para lo cual buscan borrar, en la medida de lo posible, todo rasgo de humanidad en ellos. Con ese fin se limita al mínimo la relación entre personal e internos y se espera limitar la acción de estos últimos a la obediencia, lo cual resulta necesariamente imposible (Goffman, 1992).

Así pues, este trabajo abordará el análisis del dispositivo biomédico para la atención del parto retomando como ejes centrales los planteamientos de estos tres teóricos:

- Un modelo hegemónico en el que se entrelazan discursos sociales de los grupos dominantes que se traducen en modalidades de sometimiento (Menéndez).
- Una práctica autoritaria que responde a un *habitus* que opera desde la formación misma de los profesionales de la salud introduciendo la violencia a la escena de la atención (Castro).
- Una estructura institucional que apunta al borramiento de la condición humana de los sujetos (Goffman).

C. CONCEPTOS CENTRALES

Para la elaboración de este escrito fueron retomados algunos conceptos provenientes del desarrollo teórico de los tres autores citados en el apartado anterior y otros desarrollados por pensadores provenientes de diferentes disciplinas. Resulta pertinente definirlos, antes de avanzar en al análisis, para clarificar el sentido que se dará a cada uno de ellos en el marco de este estudio:

Habitus médico autoritario

Concepto desarrollado por Roberto Castro (2014) para explicar el problema social de la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres en el sistema de salud. El *habitus* autoritario se gesta desde los años de formación de los profesionales de salud, tanto en la facultad de medicina como en los ámbitos de internado y residencia en los hospitales. El castigo, la estructura jerárquica del dispositivo biomédico y las desigualdades de género operan como recursos para la instauración del autoritarismo en el campo médico.

Híper-medicalización

Se entiende en el marco de este estudio a la híper-medicalización como una serie de rutinas que se ejecutan cotidianamente en el marco de la atención biomédica del parto desconociendo los lineamientos dictados por las propias autoridades sanitarias. Dichas intervenciones se caracterizan por generar más perjuicio que beneficio a los pacientes puesto que se las emplea, no como respuesta ante una complicación, sino de forma estandarizada a todos los pacientes, desconociendo las particularidades de cada caso. Iván Illich (2011) describió la “iatrogénesis” como producto de determinados modelos económicos y sociales; un síntoma del “desbordamiento” de una sociedad de mercado que lleva a la medicina a ocasionar enfermedad ahí donde su intervención apuntaría al cuidado de la salud. Así pues, el concepto de híper-medicalización intenta dar cuenta, no de la práctica médica en su conjunto, sino del ejercicio de esa medicina “desbordada” y “iatrogénica” que Illich describió hace décadas.

Humanización del nacimiento

El parto humanizado en este estudio es entendido como aquel en el que la mujer es atendida a partir de los principios de la Medicina Basada en Evidencia (MBE) y en el marco del respeto de los derechos humanos y reproductivos entre los que se cuentan el derecho a recibir información, a ser consultadas para la realización de procedimientos médicos, a recibir un trato digno y libre de violencia.

La atención humanizada, por tanto, no tiene que ver con una infraestructura específica ni con costos inalcanzables; por el contrario, resulta más accesible pues requiere un menor uso de insumos. Está fundamentalmente asociada con protocolos de atención que limiten el uso de las intervenciones y que consideren a la mujer como sujeto y no como ente meramente biológico. La atención humanizada no se reduce a ofrecer un trato amable; la práctica de procedimientos invasivos e innecesarios como parte de la rutina resulta incompatible con una medicina “humanizada”.

La “humanización”, en el marco de este texto, se plantea como alternativa no al “salvajismo” o la atención “inhumana”, sino como contraparte de la industrialización que ha caracterizado a la atención en salud dentro del dispositivo hospitalario.

Medicina Basada en la Evidencia

En los años 80’, en el campo de la salud pública se levantó una dura crítica al modelo tecnocrático por el elevado costo que representaba en relación a los deficientes resultados que ofrecía. Una revisión de las estrategias para reducir la morbi-mortalidad perinatal llevó a crear un comité apoyado por la OMS que desarrollaría una metodología de revisión sistemática que dio paso a lo que hoy se llama Medicina Basada en Evidencia (MBE), la cual puso en tela de juicio la práctica médica, promoviendo sólo aquellos procedimientos que lograran reunir eficacia y seguridad.

El concepto de MBE, surgido en Canadá y descrito por Sackett, uno de sus creadores, como “la integración de la mejor evidencia de la investigación con la pericia clínica y los valores del paciente” (Sánchez-Mendiola, 2001: 98), apunta a cuestionar el ejercicio de una medicina basada fundamentalmente en la experiencia clínica del médico tratante y propone la revisión de la evidencia desprendida de la investigación como guía para determinar la terapéutica a adoptar.

A la corriente de la MBE se sumó un fuerte movimiento de defensa de los derechos de los pacientes que tuvo gran impacto en el terreno de la obstetricia. Las revisiones llevaron a demostrar, por ejemplo, que las menores tasas de mortalidad perinatal las presentaban los países que tenían tasas de cesárea que no excedían el 15% y a partir de una serie de revisiones coordinadas por Murray Enkin (1996), se publicaron las recomendaciones de la OMS para la atención del parto (Diniz, 2005).

La MBE propone tomar decisiones clínicas poniendo en relación tres variables: la evidencia científica disponible, la experiencia clínica individual y los valores y preferencias del paciente. Se trata de un concepto polémico por el hecho de que la evidencia en el campo médico depende del financiamiento que se destine a la investigación de determinados temas, lo cual está marcado, indiscutiblemente, por los intereses de los grupos en el poder. Son los capitales entonces los que generan el conocimiento científico al que se llama a la práctica médica a ceñirse. A pesar de resultar controversial, y reconociendo sus limitaciones, el concepto será retomado en el marco de este estudio porque es una herramienta útil para discernir el ejercicio de la medicina que tiene una finalidad terapéutica frente al de aquella que apunta vehiculizar manifestaciones de violencia.

Probablemente la inversión destinada a estudiar los beneficios de la desmedicalización del nacimiento guarde relación con la rentabilidad que comprende para el Estado adjudicar los partos al primer nivel de atención. Este trabajo no pretende afirmar que la MBE garantice una práctica pura e incuestionable; todo concepto puede ser moldeado para servir a intereses

diversos. Lo cierto es que la construcción del concepto de MBE apunta a poner freno a un ejercicio autoritario de la medicina regido por las preferencias y creencias personales o por las prioridades institucionales, colocando al centro de la escena el derecho del paciente de ser atendido con una terapéutica de eficacia probada que considere sus preferencias y valores.

Medicina centrada en el paciente

Término acuñado por Michael Balint y sus colegas Hunt Joyce Marinker y Woodcock (1970) como respuesta al paradigma de una medicina que se centraba en la enfermedad. A partir del concepto de Blint y su equipo, Stevens y Tait desarrollaron un método clínico en la segunda mitad de la década de los 70', el cual consistió fundamentalmente en el desarrollo de un modelo de entrevista médico-paciente que apuntaba a la integración activa del paciente en la elaboración de su diagnóstico y las decisiones con relación a su tratamiento.

Se trata de un modelo de relación clínica que enfatiza en la importancia de la participación del paciente en la toma de decisiones pues se reconoce su autonomía. Este modelo parte de la premisa de que el médico debe ceder al paciente parte del control y poder que investían su figura tradicionalmente para arribar a un esquema de toma de decisiones compartidas en pro de la salud del paciente.

En este esquema de atención la persona es entendida no sólo como un ente biológico, sino como un ser complejo. La atención de su padecimiento debe tomar en consideración por lo tanto aspectos familiares, sociales, laborales, culturales y económicos. No se atiende exclusivamente la dolencia orgánica sino que se toma en cuenta también la manera en que vive esta dolencia el paciente y el modo en que ella afecta su entorno (Suárez Cuba, 2012).

Modelo Médico Hegemónico

El MMH es uno de los modelos que Eduardo Menéndez desarrolla para explicar las diferentes modalidades de los colectivos en relación a los PSEA. Menéndez explica que la atención del nacimiento propia del MMH "sintetiza elementos del saber médico científico y del saber de los conjuntos sociales"

(Menéndez, 1990: 65). El saber social que se filtra en la práctica de la biomedicina queda velado en este esquema, advierte Menéndez, tras un halo de cientificidad y biologicismo, de modo tal que la práctica médica funciona como vehículo para la transmisión de una serie de concepciones e ideologías.

El autor desarrolla al MMH como una "construcción metodológica" que le permite analizar la institucionalización de la biomedicina: "Por Modelo Médico Hegemónico entendemos el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica, el cual ha ido hegemonizando los otros saberes". La legitimación del MMH está dada, apunta el autor, tanto por criterios científicos como políticos (Menéndez, 1994ª: 59). El uso de este modelo como herramienta explicativa de la realidad, aclara Menéndez, debe considerar la historicidad de los procesos concretos que se abordan. El autor retoma en su desarrollo las relaciones de hegemonía, contrahegemonía y subalternidad propuestas por Gramsci y las aplica al ámbito de la atención en salud (Menéndez, SFa: 6).

Menéndez aborda a la salud y la enfermedad como procesos íntimamente relacionados con componentes ideológicos y aborda al MMH en tanto herramienta utilizada para imponer a los sujetos modalidades particulares de vinculación con su cuerpo que están delineadas por la ideología dominante y tienden a reproducir relaciones sociales de sometimiento.

Las características principales del MMH descritas por el autor son:

- Concepción del paciente y la enfermedad como entes eminentemente biológicos.
- Concepción metodológica positivista.
- Saber basado en fenómenos observables y conclusiones desprendidas de un marco teórico-ideológico evolucionista y cartesiano.
- Ahistoricidad y asocialidad.
- Eje de atención colocado en la dimensión individual de los problemas.
- Comercialización de la salud y la enfermedad.

- Interés en la eficacia pragmática que conduce a una orientación curativo-asistencial basada en la eliminación del síntoma.
- Orientación curativo-asistencial.
- Concepción de la enfermedad como ruptura, diferencia.
- Práctica curativa basada en la eliminación de síntomas.
- Subordinación técnica y social del paciente.
- Relación asimétrica médico-paciente en la que el saber de éste último queda subordinado. Se le impone un rol pasivo.
- Concepción del paciente como ignorante o portador de un saber equivocado.
- El paciente como responsable de su enfermedad.
- El paciente como consumidor pasivo.
- Exclusión del paciente del saber médico.
- Escasa aplicación de actividades preventivas y dominio de una prevención no estructural.
- Desconocimiento de la legitimidad científica de otros saberes.
- Profesión formalizada.
- Identificación ideológica con la racionalidad científica.
- Tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 1994ª: 60).

Sujeto

En este trabajo se retomará la concepción de sujeto planteada por Lacan en el marco de la teoría psicoanalítica. En términos muy elementales, lo que plantea este autor es que el sujeto es, ante todo, sujeto de deseo. A partir de la escisión que imprime en su ser la inscripción del lenguaje, que le separa irremediablemente de aquello que era su completud pero se convertirá en objeto de su deseo, experimentará un vacío que intentará perpetuamente llenar a través de objetos sustitutivos del objeto perdido. Es por ello que Lacan representa al sujeto como una “S” tachada, porque con ello intenta dar cuenta de su condición estructuralmente escindida.

El sujeto en la teoría lacaniana es entendido a partir de su sujeción al significante; es decir, todo sujeto es tal en tanto ha sido marcado por el Otro a

través del orden significante y se ha convertido, a partir de ese momento, en un significante más dentro de la cadena simbólica (Hoezen, 2003).

Ello implica que todo sujeto tiene por motor al deseo imposible de completud, pero su deseo estará delineado a partir del universo simbólico que operó en el momento de su escisión. Las particularidades de este universo simbólico, de este orden significante, estarán determinadas por la cultura, de modo que el deseo que marca y moviliza al sujeto es un constructo social.

Violencia

Jiménez Bautista define a la violencia como: "Cualquier acción (o inacción) realizada a otro ser humano con la finalidad de causarle daño físico o de otro tipo sin que haya beneficio para la eficacia biológica propia. Lo que caracteriza a la violencia es su gratuidad biológica y su intencionalidad psicológica" (Jiménez Bautista, 2012: 14).

La violencia es una modalidad de ejercicio de poder que apunta a mantener la dominación sobre otro. Jiménez Bautista advierte que la violencia no debe confundirse con la agresión instintiva los animales ya que a diferencia de esta última, la violencia posee un contenido cultural asociado con el disfrute de la práctica de la crueldad sobre otro (Jiménez Bautista, 2012). El concepto de violencia ha ido ampliándose con el tiempo de manera que hoy en día se entiende por violencia a "todo aquello que, siendo evitable, impide, obstaculiza el desarrollo humano" (Jiménez Bautista, 2012: 31).

Puesto que el concepto de violencia fue expandiéndose de forma que dejó de referirse sólo al maltrato físico para dar cuenta de muy diversas facetas de las relaciones de dominación entre los sujetos, empezaron a desarrollarse desde la academia categorías que permitieran identificar diferentes clases de violencia; Johan Glatung, uno de los más reconocidos teóricos del tema, en 1985 propuso la siguiente clasificación:

> ***Violencia directa***: Acción verbal, física o psicológica que causa un daño directo a un sujeto. Hay un emisor identificable que la ejerce y

comprende un abuso de autoridad pues generalmente se da en el contexto de relaciones asimétricas.

Violencia estructural: Serie de acciones que se producen a través de mediaciones institucionales o estructurales y apuntan a fijar las inequidades de un sistema que, por medio de la pobreza y la marginación, priva de los derechos básicos a determinados colectivos. No hay en este caso un sujeto agresor fácilmente identificable pues se trata de una trama de decisiones que se toman en sistemas o estructuras injustas. Habitualmente quien sufre esta clase de violencia no la percibe como tal; se la interpreta como algo "natural" e "inmutable" de modo que indirectamente el oprimido colabora para sostener la situación injusta.

Violencia simbólica: Legitimación cultural del ejercicio de la violencia directa o estructural. Opera en el marco de las ideas, las normas; todo aquello que promueve la violencia desde la cultura. Es una "coartada simbólica" para naturalizar el ejercicio de la violencia. "Mecanismo de imposición y mantenimiento del poder que emanan de las estructuras y las disposiciones sociales asimétricas y que se manifiestan mediante actos de simbolización" (Jiménez Bautista, 2012: 43).

Las categorías de violencia estructural y simbólica permitieron observar el acto violento en sus expresiones más veladas, las cuales podían haber pasado inadvertidas antes de que dichos conceptos fueran desarrollados. Este giro permitió observar las modalidades de violencia ejercidas en tiempos de paz, tal como lo describen Burgois y Scheper-Hughes (2003) en su acercamiento al tema y en el desarrollo de un concepto central que ha dado paso a la reflexión llevada a cabo en el marco de este proyecto:

Continuum de violencia

Da cuenta de las expresiones sociales de exclusión, deshumanización, despersonalización, cosificación; es decir, procesos de reificación. Se refiere a las formas naturalizadas de violencia que se ejecutan cotidianamente en la vida social y que pueden observarse con particular nitidez en hospitales y paritorios según afirman los autores. El concepto

fue retomado por Castro y Erviti (2015) en el marco de la atención de los nacimientos para dar cuenta de la violencia cotidianamente ejercida contra las mujeres en las salas de partos.

Entre las modalidades de violencia que conforman este continuum, se encuentra la violencia ejercida por el sistema de salud sobre las mujeres en durante la atención del embarazo, parto y puerperio. Se construyó, para dar cuenta de ello, el concepto de violencia obstétrica que ha quedado plasmado como uno de los tipos de violencia ejercidos contra las mujeres en la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

> ***Violencia obstétrica***
> Delito en cometido por parte del personal del Sistema Nacional de Salud mediante una acción u omisión que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (GIRE, 2015).

En el marco de este estudio se desarrollaron tres categorías para dar cuenta de las distintas formas en que la violencia obstétrica puede ejercerse. El desarrollo de dichas categorías apunta, en la misma línea que las clasificaciones previas de las modalidades de violencia, a intentar visibilizar aquellas manifestaciones violentas que se ocultan tras las prácticas institucionales. De esta forma, la violencia obstétrica se ejerce mediante:

> ***Violencia desnuda***: Prácticas de maltrato directo, ya sea físico o verbal, ejercidas sobre la mujer durante el embarazo y el parto.
> ***Violencia velada***: Modalidades de intervención médica que al aplicarse producen dolor o daño, sin representar un beneficio en términos de la salud para las mujeres o sus hijos.
> ***Abandono como forma de violencia***: Desatención deliberada de las demandas de las mujeres durante la atención obstétrica como medida de disciplinamiento.

III. Sobre la investigación

En este capítulo se describirán las herramientas empleadas para recopilar al información que se presentará a lo largo del trabajo. El trabajo que presento se inscribe en la corriente de la Investigación Acción Participativa (IAP) que surge alrededor de los años 70' como una apuesta por una investigación comprometida con la acción social. La IAP coloca en el centro de atención la obtención de conocimientos útiles que puedan impactar directamente sobre las prácticas sociales de sometimiento. La relación entre el investigador y el sujeto investigado en este esquema se plantea como una relación horizontal entre sujetos en la que la investigación concluye con una devolución por parte del investigador. En este modelo la escritura adopta un estilo literario en el que se combinan los datos duros con una interpretación imaginativa y artística que permite que los textos sean comprensibles para un público amplio. La IAP enfatiza particularmente en el valor de la labor multidisciplinaria y entiende que toda investigación comprende una responsabilidad pues el conocimiento tiene necesariamente consecuencias políticas, así pues, la IAP requiere un posicionamiento por parte del investigador, de manera que la investigación que a continuación se presenta, parte de un claro posicionamiento ético frente al tema, mismo que será descrito en este apartado, junto con los obstáculos y límites de la investigación pues todo ello forma parte esencial de la misma (Fals Borda, 2015).

A. HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó el enfoque relacional que propone Eduardo Menéndez como herramienta idónea para abordar los Procesos de Salud-Enfermedad-Atención (PSEA). Partiendo de su perspectiva, que propone recoger el punto de vista de los diferentes actores significativos que participan en la experiencia del nacimiento, se integraron al estudio los testimonios de médicos generales, obstetras, enfermeras perinatales, parteras, doulas, parturientas y sus acompañantes en el momento del nacimiento.

Este trabajo pretende dar cabida a una polifonía de voces de diversos sujetos pero apunta, fundamentalmente, a recoger las voces de los actores-sujetos del nacimiento humanizado, pues se propone entender qué posibilita las experiencias puntuales que han tornado el ejercicio de la medicina hacia un enfoque de defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El eje del trabajo de campo fue la implementación de un programa piloto para la humanización del parto en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento (CIMIGen), un pequeño hospital a cargo, primordialmente, de enfermeras perinatales, que da servicio a mujeres de bajos recursos en la delegación Iztapalapa de la Ciudad de México.

Como complemento y con el fin de tener un referente comparativo para la experiencia, se recolectó información sobre la atención convencional en el sector público a través de dos grupos de grupos de discusión con usuarias de estos servicios en los que participaron 12 mujeres que atendían actualmente su embarazo o habían tenido un parto en los últimos dos años en el sistema público de salud. Se recogió también la experiencia de otros proyectos de humanización de la atención tanto en México como en otros países para hacer un análisis comparativo de los recorridos de actores diferentes con objetivos afines.

1. Experiencia de intervención en CIMIGen

La investigación que presento empleó como uno de sus ejes primordiales el recurso de la intervención. Puesto que el objetivo central del trabajo fue en su origen poner a prueba un programa piloto para la humanización del parto que pudiera, a partir de la experiencia, pulirse e implementarse en el Sector Salud, la intervención ocupó un lugar central en la experiencia. Con el giro que fue dando la propuesta sobre su curso, el diseño de un modelo de humanización aplicable al sector público perdió peso pues existen, de hecho, propuestas desarrolladas en la materia como lo es la Guía para la Implementación del Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) desarrollado en la Maternidad Ramón Sardá de la Ciudad de Buenos Aires con el apoyo de UNICEF.

La intervención que se llevó a cabo en el marco de este proyecto sirvió, sin embargo, para un propósito diferente de aquel para el que fue diseñada. Se reveló a lo largo del trabajo de campo como un recurso privilegiado para la observación de las dinámicas de circulación del poder al interior de la institución y como un detonador de reacciones que permitió analizar los movimientos producidos en las estructuras a partir de las propuestas de cambio.

El programa piloto de humanización de la atención de los nacimientos que se aplicó en CIMIGen estuvo basado en tres principios básicos:

- Capacitación del equipo de profesionales de la salud en lo referente a la atención humanizada del parto para promover la aplicación de los lineamientos de atención de la MBE.
- Preparación de las mujeres que darían a luz a través de talleres grupales.
- Apoyo de una doula (acompañante profesional del parto) durante el nacimiento.

Taller de sensibilización a personal

El programa comprendió tres fases. En la primer etapa se llevó a cabo un taller de sensibilización acerca de la atención humanizada del nacimiento dirigido al personal de salud de la institución. El programa constó de dos sesiones de cinco horas cada una, a las que asistieron 67 médicos, enfermeras y residentes de la institución, con lo cual se logró cubrir a más del 80% del personal de salud. Se realizaron tres rondas de sensibilización para garantizar que el personal de los diferentes turnos pudiera estar expuesto al taller.

Los talleres fueron impartidos por ginecólogos, pediatras y enfermeras que se auto-adscribían al modelo de atención humanizada del parto, así como doulas y educadoras perinatales.[2] El equipo de intervención se seleccionó eligiendo

[2] El equipo médico estuvo integrado por el Dr. Ramón Celaya (Ginecobstetra / Fue director de ginecoobstetricia del hospital militar y uno de los pioneros en la atención del parto en agua en México); Dr. José Luis Larios (Ginecobstetra / Especialista en salud materno-fetal); Dr. Christian Byron Mera

profesionales con larga trayectoria en el medio, cuya práctica se caracterizara por la tendencia a evitar la interferencia con la fisiología del parto. Ciertamente, el mundo de la atención humanizada no es uniforme y entre el propio equipo de intervención existen posicionamientos diversos en cuanto a lo que puede ser interpretado como una intervención innecesaria o pertinente dependiendo del caso clínico. El criterio de selección estuvo fuertemente marcado por la experiencia personal de trabajo como doula de la investigadora, por lo que comprende necesariamente un sesgo subjetivo. El conocimiento empírico del ejercicio clínico de los profesionales de salud que ofrece la posición de doula (acompañante profesional del parto) permite observar la práctica de los médicos por lo que la selección del equipo de intervención no se limitó la auto-adscripción de los mismos al modelo de atención humanizada, sino que tomó en consideración componentes específicos de su práctica clínica.

La humanización del nacimiento se ha convertido en un valor de mercado en el ámbito de la medicina privada ya que existe cierto perfil de mujeres de clase media que elige y paga esta clase de servicio. Ello ha llevado a que, dado que no hay regulación alguna al respecto, cualquier médico pueda autodefinir su atención como “humanizada” con el objetivo de ampliar su mercado. Si bien los profesionales que conformaron el equipo de intervención pueden tener criterios diversos en cuanto a una serie de aspectos específicos de atención, todos ellos ejercen una medicina alineada con los principios de la MBE que son recogidos por las recomendaciones de la OMS para la atención del parto normal. Este conjunto de prácticas fue el núcleo del contenido de los cursos de

---

Hernández (Ginecobstetra / Director del hospital materno infantil Vicente Guerrero Chimalhuacan del ISEM); Dra. Elizabeth Valencia (Ginecobstetra certificada para la atención de parto en agua por Wather Birth); Dra. Ana Laura Bello (Ginecobstetra dedicada a la práctica privada); Dr. Cecilio Rodríguez (Ginecobstetra con especialidad en uroginecología); Dra. Mariana Canseco (Neonatóloga); Dra. Katia Contreras (Pediatra humanizada que asiste tanto nacimientos en hospital como partos domiciliarios)
El equipo de educadoras perinatales y doulas estuvo integrado por LCCE Guadalupe Trueba (Entrenadora de doulas y educadoras perinatales certificada por Lamaze y Dona International y Coordinadora de la especialidad en educación perinatal que se imparte en la universidad Anáhuac); Lic. Patricia Ochoa (Educadora perinatal, doula y Licenciada en enfermería y obstetricia); Lic. Ana Maza (Educadora perinatal, doula y Terapista en comunicación); Mtra. Mercedes Campiglia (Educadora perinatal, doula y maestra en teoría psicoanalítica).

sensibilización impartidos al personal de CIMIGen, institución en la que se llevó a cabo el programa piloto de intervención: [3]

- Fomento de la elaboración de un plan de parto por parte de la mujer y respeto de sus preferencias y elecciones en cuanto al lugar de nacimiento y los acompañantes que la asistan en el proceso.
- Hidratación oral en lugar de intravenosa durante el trabajo de parto.
- Respeto del derecho de la mujer a la intimidad durante el parto.
- Disposición a brindar a la mujer tanta información y explicaciones como requiera durante el proceso.
- Métodos no invasivos, no farmacológicos, para el alivio del dolor durante la dilatación.
- Monitorización fetal con auscultación intermitente.
- Libertad de posición y movimiento durante todo el parto evitando que las mujeres den a luz tendidas sobre su espalda.
- Fomento del contacto inmediato piel a piel de la madre con el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora de vida.
- Erradicación de las prácticas rutinarias que han demostrado resultar perjudiciales para la atención del parto: enema, rasurado púbico, administración de oxitócicos, dirección del pujo, masaje y estiramiento del periné durante la fase de dilatación, revisión manual del útero después del alumbramiento.

La capacitación al personal tuvo por objeto la transmisión de recursos técnicos para la implementación del modelo humanizado de atención del nacimiento así como la sensibilización acerca de la relevancia que para la mujer tenía el evento del parto. El contenido más significativo, sin embargo, no terminó siendo éste, sino el relato de los propios profesionales “humanizados” sobre sus resistencias y su proceso de transformación hacia un modelo de atención diferente del que habían aprendido durante su formación académica; un modelo en el que su intervención se limitara a los lineamientos de la MBE reconociendo el protagonismo de la mujer en la escena del parto.

[3] El programa completo del taller impartido al personal de salud se anexa como documento adjunto al manuscrito.

Voluntariado de doulas

La segunda etapa de la intervención comprendió la formación de un voluntariado de doulas, quienes serían las encargadas de acompañar a las mujeres durante el nacimiento de sus hijos. El apoyo continuo durante el trabajo de parto es una de las recomendaciones de la MBE por el impacto positivo que ha demostrado tener en la reducción de intervenciones médicas innecesarias.

Se impartió un taller para formación de doulas a un equipo de 22 mujeres que, a cambio de la preparación que recibieron sin costo alguno (tres jornadas de ocho horas cada una), se comprometieron a realizar un voluntariado como acompañantes del parto por el periodo de cuatro meses durante el que se documentaría el resultado de la intervención. Eligieron, en función de sus posibilidades, cubrir un determinado turno semanal de seis horas asistiendo a las mujeres que iniciaran trabajo de parto durante su guardia. Puesto que el proyecto se llevó a cabo en un hospital pequeño, no siempre había mujeres en trabajo de parto durante el turno de la doula, por lo que se acordó que cada una de ellas llamara al hospital para saber si era requerida su presencia antes de que su guardia comenzara.

La institución propuso que el voluntariado de doulas se creara a partir de las educadoras perinatales formadas por el propio CIMIGen a través del diplomado que imparte en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM. Puesto que existía cierta resistencia a la intrusión que podía representar la presencia de un agente externo a la institución, se consideró que las educadoras que la institución avalaba podrían funcionar como un agente adecuado de mediación entre las necesidades del personal y las de las mujeres que acudían a atenderse al hospital. Así pues, las doulas que se formaron en el programa contaban con información previa acerca de la fisiología del nacimiento y muchas de ellas eran enfermeras perinatales.

El curso de formación de doulas fue impartido por el equipo de Experiencia, que ofrece esta clase de capacitación a nivel privado. La directora del equipo, Guadalupe Trueba, imparte talleres de formación de doulas a nivel nacional e

internacional y cuenta desde 1994 con una certificación como “Doula Trainer” expedida por DONA International, asociación civil que regula el ejercicio de la profesión en Estados Unidos. En nuestro país no existe actualmente ninguna instancia pública ni privada que certifique doulas por lo que la mayoría de las que existen están formadas bajo el programa de DONA que se usó en este proyecto.[4]

Preparación para el parto

El tercer y último elemento de la propuesta de intervención consistió en impartir un curso de preparación para el parto a las mujeres y sus familiares, servicio que no se ofrecía en CIMIGen en el momento en que se inició el piloteo. Un equipo de educadoras perinatales de la propia institución se encargó de diseñar e impartir el taller que se ofreció de forma gratuita a las parejas que decidieron participar en la investigación. El curso comprendió seis sesiones de dos horas cada una en las que se abordaron temas referentes a la fisiología del nacimiento y en las que se pusieron en práctica estrategias alternativas para el manejo del dolor y para el involucramiento activo de cada mujer con el nacimiento de su hijo.[5]

Puesto que el taller no representaba costo alguno para las familias, fue necesario abrir tres grupos semanales y se limitó la gratuidad del mismo a aquellas mujeres que estuvieran esperando su primer parto porque las educadoras disponibles no lograban dar abasto para cubrir la demanda de todas las interesadas. El criterio de limitar el acceso a las primerizas estuvo basado en la premisa de que eran ellas quienes experimentaban mayor incertidumbre ante la experiencia desconocida del parto y en la idea de que preparando a las mujeres que esperaban un primer hijo se lograría un impacto mayor puesto que ello incidiría en su actitud ante futuros embarazos.

El programa piloto implementado en este hospital comprendió un pago de honorarios para el equipo de intervención. Un donativo de Johnson que se gestionó a través de una Asociación Civil llamada Somos Red, permitió cubrir

[4] El programa completo del taller de formación de doulas se encuentra en el apartado de Anexos.
[5] El programa del taller se encuentra contenido en el apartado de Anexos.

este gasto. Los gestores del presupuesto utilizaron parte de los fondos obtenidos para realizar una campaña de difusión tanto del proyecto y el hospital como del modelo de atención humanizada. El personal de CIMIGen recibió entonces la capacitación para su equipo sin que ello representara costo alguno para la institución.

El donativo, sin embargo, fue gestionado para la realización de un proyecto específico por lo que la institución no pudo definir el uso que daría a los recursos. Uno de sus intereses desde el inicio era destinar el presupuesto a la adecuación de un área del hospital para habilitarla como sala de atención de nacimientos humanizados, pero el carácter del donativo hacía que su uso no pudiera destinarse a otra cosa que la implementación del piloto de humanización. Este hecho da cuenta de cómo los fondos que circulan a través de las asociaciones civiles imponen prioridades a las instituciones en función de las necesidades y preferencias de actores privados.

2. Recopilación de información

Los resultados del programa fueron analizados por medio de diferentes recursos para la recolección de la información. Se eligió hacer uso primordialmente de herramientas cualitativas puesto que se pretendía rastrear la circulación del poder al interior de la institución y el impacto que en el orden establecido tenía la irrupción de una intervención orientada a promover la humanización en la atención:

Etnografía

La observación participante de nacimientos en el marco del voluntariado de acompañamiento al parto durante los cuatro meses que duró el proyecto permitió recolectar información valiosa acerca de la práctica al interior de la institución. En un diario de campo se registraron los eventos y conversaciones ocurridos durante el proceso para más tarde analizarlos.

Entrevistas abiertas con mujeres

Se llevaron a cabo entrevistas con las mujeres que participaron en el programa piloto con el fin de recoger sus percepciones de la experiencia del embarazo y

el parto en el marco del modelo de atención humanizada del que fueron sujeto. Las entrevistas fueron efectuadas durante la estancia de estas mujeres en el hospital el día siguiente al nacimiento de sus hijos, lo que permitió tener acceso a las experiencias de manera inmediata, evitando así el sesgo de memoria. Todas las entrevistas fueron conducidas por la investigadora del proyecto y cada una tuvo una duración aproximada de 40 minutos. En algunas de estas entrevistas participaron también familiares de las mujeres que estuvieron presentes en el momento del nacimiento. Las grabaciones de las mismas fueron integralmente transcritas y analizadas organizando la información a partir de ejes temáticos.[6]

Se realizaron en total 32 entrevistas:

- 16 con mujeres que vivieron el proceso completo de preparación, atención humanizada y acompañamiento de una doula durante el parto en CIMIGen.
- 16 con parejas (hombre y mujer juntos) que recorrieron el proceso completo de preparación, atención humanizada y acompañamiento de una doula durante el parto en CIMIGen.

Entrevistas abiertas con profesionales de la salud

Como parte del proyecto de investigación se realizaron también entrevistas a profundidad con profesionales de la salud adscritos al modelo de atención humanizada para recoger sus percepciones. Puesto que existen múltiples trabajos que documentan el tipo de atención que se brinda en el modelo hegemónico, entre los que destaca las observaciones etnográfica que reportan Canevari (2011), García (2013) y en nuestro país el extenso trabajo realizado en instituciones de salud pública por Castro y Erviti (2015), se decidió centrar la mirada, en este estudio, en la experiencia de los profesionales que declararon adscribir al modelo humanizado de atención del nacimiento; a ello se debe el que no se realizaran entrevistas con personal médico de CIMIGen sino de otras instituciones. Las entrevistas llevadas a cabo en el marco del estudio fueron

[6] La guía de entrevista utilizada se incluye en el apartado de Anexos.

integralmente transcritas y analizadas por medio de la organización de la información a partir de ejes temáticos.[7]

Se realizaron en total cinco entrevistas con profesionales de salud:

- Dos entrevistas con médicos que trabajan en el esquema del parto humanizado.
- Tres entrevistas con enfermeras perinatales de CIMIGen.

Grupo de discusión con doulas: Se llevó a cabo también un grupo de discusión con el equipo de doulas que conformó el voluntariado para recoger sus impresiones de la experiencia:

- Participaron en él 11 de las 22 doulas que formaron el voluntariado en CIMIGen.

Recolección de datos: A la par de los recursos cualitativos para recoger las voces de los actores, se hizo uso de dos estrategias adicionales de recolección de datos que permitieran valorar el impacto de la propuesta en términos de modificación en las prácticas de atención del nacimiento:

- Se diseñó un formato para que cada una de las doulas que participó del proyecto registrara los datos generales del nacimiento después de cada uno de los acompañamientos. En el formato se reportaba la progresión general del parto y las intervenciones realizadas a cada una de las mujeres durante el proceso.[8]
- Revisión de las "libretas" de parto y cesárea en las que se registran los nacimientos en CIMIGen para comparar dos periodos de tiempo. Uno de ellos cuatro meses previo a la implementación del programa piloto y el que comprendió los cuatro meses durante los cuales se llevó a cabo la intervención.

3. Fuentes de información complementarias

A la par de las entrevistas y etnografías realizadas en el marco de la implementación del programa piloto de humanización del nacimiento, se

[7] La guía de entrevista utilizada se incluye en el apartado de Anexos.
[8] Se adjunta el formato en el apartado de Anexos.

recaudó información entre sujetos que no formaron parte de la experiencia para usar sus narrativas como punto de contraste y contrapeso de la información recogida a partir de la intervención. Se realizaron visitas a instituciones de salud públicas y privadas dentro y fuera del país, se sostuvo conversaciones informales con mujeres y proveedores de salud y se llevaron a cabo:

Grupos de discusión

Como complemento del trabajo de documentación del programa piloto, se llevaron a cabo dos grupos de discusión que permitieron recoger las impresiones de mujeres y profesionales de salud que laboran en el ámbito de la atención pública. Se pudo establecer así un espacio de comparación entre la experiencia de las pacientes que se atendieron en una institución privada (como aquella en la que se llevó a cabo el programa piloto) y las mujeres que se atienden en hospitales públicos de nuestro país.

La situación de grupo “fija y ordena el discurso social”, como lo apunta Canales (1995). En el grupo se pueden ver plasmados con claridad los discursos que circulan en los grupos de la sociedad y por ello son una herramienta poderosa de investigación. El grupo de discusión permite estudiar los lugares comunes que recorren la subjetividad y con ello desentramar rasgos del discurso dominante.

Se llevaron a cabo dos grupos de discusión con pacientes de los sistemas de salud pública de la Ciudad de México:

- Uno compuesto por seis embarazadas que se atendían en ese momento en servicios de salud pública
- Otro compuesto por seis mujeres que habían tenido partos atendidos en servicios de salud pública en los últimos dos años.

Estancia

Hacia el final de la experiencia investigativa tuvo lugar una estancia en la ciudad de Buenos Aires que tuvo por objeto el intercambio con el equipo del Instituto de Salud Colectiva (ISCo) de la Universidad Nacional de Lanús en relación a las problemáticas que aborda esta investigación. La experiencia

permitió realizar entrevistas abiertas a diversos personajes del ámbito académico, del sector salud y de la sociedad civil que abanderan la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres en el marco de la atención humanizada.

- Mariana Areso, expresidenta de la Asociación Civil Doulas Comunitarias que coordina un voluntariado de 50 doulas que desde hace cuatro años labora en el Hospital Municipal de Morón.
- Norma Aspres, pediatra y exjefa de Consultorios Externos de Pediatría y Alicia Benítez, pediatra y jefa actual de la Unidad de Asistencia Neonatal Integrada y María Aurelia González, encargada del área de Salud Mental del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, la maternidad pública más importante de Buenos Aires que tiene 100 años de antigüedad y atiende alrededor de 7,000 nacimientos al año. Cuna para la creación del modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF).
- Patricia Rosemberg (médica y maestra en epidemiología, gestión y políticas públicas de salud) y Cecilia Zerbo (médica especialista en medicina interna), exdirectoras de la Maternidad Estela de Carlotto, proyecto específicamente diseñado bajo la de la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres.
- Osvaldo Santiago, médico y miembro del equipo de ISCo y Jefe de la sala de obstetricia de el Hospital Evita de la localidad de Lanús.
- Miriam Liliana Olaizola y Silvana Rodríguez; obstétricas.
- Susana Margulies y Guadalupe García, miembros del equipo de Antropología de la Universidad de Buenos Aires que trabajan temas de salud reproductiva.
- Mabel Burín, teórica del psicoanálisis especializada en subjetividad femenina.
- Julieta Saulo, creadora del colectivo Las Casildas instancia de activismo civil para la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres.

- Ester Azzola, investigadora responsable de la fundación del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO).

4. Consideraciones metodológicas

La recolección de información partió del reconocimiento de dos ejes de observación:

Discurso

El discurso no "habla de la realidad" sino que interviene en ella y la moldea; construye lo pensable y lo impensable. La recolección y el análisis de los diferentes discursos que giran en torno al evento del parto no son algo diferente del parto mismo, lo bordean y lo representan en el marco de una realidad social determinada. Bordieu afirma que: "Cuando se trata del mundo social, las palabras crean las cosas, porque establecen el consenso sobre la existencia y el sentido de las cosas, el sentido común, la *doxa* aceptada por todos como algo evidente" (Bordieu, 1997:129).

Práctica

Las prácticas dan cuenta de la circulación "capilar" del poder en las relaciones entre los sujetos, según lo plantea Foucault. Además del discurso, es necesario observar las prácticas para entender la forma en que se entrecruzan intereses diversos (públicos, privados, burocráticos, personales) en la atención del nacimiento. Foucault afirma que el estudio de las prácticas permite establecer un punto de encuentro entre lo público y lo privado, lo institucional y lo subjetivo.

Así pues, discursos y prácticas en torno al nacimiento fueron las piezas fundamentales a analizar. A la par de los recursos formales de investigación, la observación y las charlas informales sirvieron para recolectar esta clase de datos que resultaron sustanciales para nutrir este documento. Con la finalidad de tener un panorama más completo de los contextos donde se producen estos discursos y prácticas en la atención del nacimiento se realizaron recorridos de

observación por diferentes instituciones de salud públicas y privadas, tales como: CIMIGen, Hospital General de Tepic, Maternidad de San Juan Chamula, Hospital General de Zona 1 IMSS Tepic, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Hospital Municipal de Morón, Maternidad Estela de Carlotto, Sanatorio Durango, Médica Sur Lomas, Hospital María José, Bité Médica, Hospital Ángeles México, Hospital Ángeles Interlomas, Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero de Chimalhuacán y Hospital General de Cuautitlán.

B. LA QUE ESTUDIA

Una formación de base en el terreno de la psicología social y una maestría en psicoanálisis fueron la plataforma de base para desarrollar un interés por la subjetividad femenina, particularmente enfocado al terreno reproductivo. A esta primera plataforma se sumó el estudio de una especialidad en educación perinatal y el entrenamiento como doula que me llevaron a un trabajo directo y continuo con las mujeres y sus proveedores de salud en el momento del nacimiento. Posteriormente, mi formación en el doctorado en antropología social en el CIESAS, en la línea de géneros, violencias, sexualidades y migraciones, me permitió ampliar la perspectiva sociocultural de los cuerpos, espacios y la palabra de las mujeres en el embarazo y atención del parto. Esta formación me doto de las herramientas teóricas y metodológicas para la comprensión de los aspectos vinculantes de la violencia, el género y la sexualidad.

El punto de partida del proyecto no fue la reflexión académica sino la práctica desde el contexto del activismo en la defensa de los derechos de las mujeres en el momento del parto. Veo en ello la mayor fortaleza del trabajo que presento, pues conozco las entrañas del mundo que describo, pero veo también en ello su mayor debilidad. Esta es una investigación con un fuerte posicionamiento ideológico de partida que ha ido intentando problematizarse lenta y gradualmente a partir de la reflexión teórica y de los señalamientos de los diferentes lectores que han podido ver sesgos que a mi mirada pasaban desapercibidos.

Mi mirada fue transformándose a medida que el proyecto avanzó pero no pretendo decir con ello que fue liberándose del sesgo, quizá sería más adecuado decir que sesgos diferentes se sumaron en el camino y fueron desplazando gradualmente del centro a la defensa del parto humanizado que fue la bandera de la propuesta en su origen. Como la aproximación al campo se produjo a partir de mi práctica profesional como doula y ello marca con un posicionamiento particular a la propuesta y puesto que se hará referencia a esta figura a lo largo del texto en diferentes momentos, considero importante explicar, antes de seguir adelante, qué es una doula.

La doula

La doula es una mujer que acompaña a otra durante el trabajo de parto brindándole apoyo emocional continuo. Si bien el término "doula" es relativamente nuevo, las mujeres se han acompañado de otras para parir desde el origen de los tiempos. Se trata de una figura cuya presencia ha quedado plasmada en la obra pictórica de múltiples culturas que muestran, junto a la madre y al encargado o encargada de atender el parto, a una o varias mujeres que se encargan de acompañar el proceso.

Una vez que los partos se hubieron trasladado de las casas a los hospitales, las acompañantes del nacimiento fueron reemplazadas por personal de salud que ofreció a las mujeres un cuidado aséptico y estandarizado orientado a vigilar la salud del proceso a través del control de signos vitales y fluidos. Las mujeres aceptaron renunciar al acompañamiento durante el parto obedeciendo a los criterios impuestos por las rutinas de los hospitales hasta que surgió, hace un par de décadas, la figura de la doula.

El término "doula" fue acuñado por Marshall Klauss y John Kennell (1980), dos neonatólogos que se dieron a la tarea de estudiar el impacto del acompañamiento continuo durante el parto. Retomaron para nombrar a quienes fungieron en su estudio como acompañantes, una antigua palabra griega usada para designar a las mujeres dedicadas a servir a otras, y entre cuyas labores se encontraba la de asistirlas durante el parto. Klauss y Kennell

realizaron un primer estudio en Guatemala para evaluar el impacto de la presencia de la doula en el parto que replicaron más tarde en Estados Unidos; los resultados que obtuvieron fueron sorprendentes. Múltiples beneficios se asociaron al acompañamiento continuo de las mujeres: reducción en la duración del trabajo del parto, en la necesidad de uso de analgesia o anestesia, en el índice de cesáreas y nacimientos instrumentados, en el uso de oxitocina. Sus hallazgos resultaron tan sorprendentes para el ámbito médico que atrajeron la atención de profesionales del mundo entero.

Klauss y Kennell junto a Penny Simkin, fisioterapeuta y educadora perinatal, fundaron DONA en 1992, un organismo que hace más de 20 años se dedica a preparar y certificar "doulas" alrededor del mundo. En un par de décadas las doulas lograron un crecimiento sorprendente en el ámbito de la atención privada. Como se trata de una labor que no se encuentra regulada formalmente resulta difícil dimensionar la magnitud del fenómeno de expansión de las doulas pero tan sólo DONA reportó haber certificado a 10,000 de ellas desde su surgimiento hasta 2013.[9]

Es probable que el fenómeno expansivo que ha tenido la figura de la doula en años recientes responda a la necesidad de las mujeres por recuperar el acompañamiento afectivo en el parto que habían perdido al trasladar el nacimiento a los hospitales. ¿Qué pueden hacer por la embarazada esas mujeres que carecen de formación médica? Los resultados de numerosos estudios alrededor del mundo que dan cuenta del impacto de la presencia de la doula como pieza clave para la reducción de intervenciones innecesarias, ofrecen una respuesta que no es fácil de asimilar para la hegemonía biomédica. Las mujeres quieren ser atendidas por profesionales pero al parecer necesitan también ser acompañadas por otras mujeres que han parido antes que ellas.

[9] *DONA International* (http://www.dona.org/aboutus/statistics.php) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

C. DIFICULTADES EN LA INVESTIGACIÓN

La implementación de un programa piloto al interior de una institución de salud comprendió la coordinación de un equipo en el que participaron actores con prioridades y enfoques diversos: profesionales de salud, directivos, personal administrativo, comités de ética de los hospitales, asociaciones civiles, educadoras perinatales, doulas… La conciliación de los intereses de actores tan diversos puso sobre la mesa algunas particularidades de la distribución del poder.

El primer intento de acercamiento a una institución ocurrió en el sector privado y puso de manifiesto el peso que el área administrativa tiene en la toma de decisiones en ese terreno de la salud. Por un periodo de diez meses se llevaron a cabo gestiones, negociaciones y juntas en las que administradores, abogados y publicistas expusieron sus opiniones respecto del proyecto el cual se evaluó, fundamentalmente, a partir de su rentabilidad para la empresa. Al cabo de este periodo de tiempo la propuesta terminó naufragando aunque se logró llevar a cabo una primera ronda de sensibilización al personal a la que acudieron 53 médicos, enfermeras y residentes.

El principal opositor a la propuesta fue el administrador de la institución. Si bien la dirección médica mantuvo una postura crítica frente a la iniciativa, sus objeciones ocuparon siempre una posición secundaria de modo que las consideraciones de salud no ocuparon más que una mínima parte del tiempo de las negociaciones que en su mayoría fue destinado a la discusión de los pormenores administrativos del proyecto.

La propuesta fue bien recibida al inicio porque la directiva la percibió como interesante y como un potencial recurso para la ampliación de su mercado, lo cual respondía a los intereses de un sanatorio que había visto decaer su volumen de pacientes en años recientes. El principal obstáculo para la implementación de la misma fue la investigación que se propuso llevar a cabo a la par de la implementación del programa piloto de humanización del nacimiento. La investigación, que comprendía la documentación de las

prácticas de atención del personal de salud que laboraba hasta ese momento en el sanatorio, fue constantemente objetada con argumentos diversos. El análisis comparativo entre los resultados clínicos del equipo de médicos de la institución y los del equipo de “atención humanizada” resultó inadmisible para los directores médicos y puesto que la implementación del piloteo estaba condicionada a la posibilidad de documentar la experiencia, este primer intento de trabajo de campo terminó fracasando: “Aquí a nadie le interesa investigar más que a ti, nosotros lo que queremos es vender paquetes” (Comunicación personal, 4 de octubre, 2014).

El equipo de intervención se retiró finalmente del proyecto pero el hospital conservó la idea de ofertar paquetes de “parto humanizado” y concretó esta iniciativa con un equipo diferente de profesionales. Se crearon salas de atención humanizada del nacimiento y con el paso de los meses los directores médicos tanto de ginecología como de pediatría, quienes se oponían determinantemente al modelo humanizado, fueron reemplazados por médicos afines a esta clase de atención.

Así pues, los cambios en el orden de lo establecido al interior de las instituciones de salud son posibles o no en función de los grupos de poder que les impulsan o les detienen y estos grupos a su vez son representados por sujetos particulares con historias que van a jugar un papel en el establecimiento de determinados saberes como subalternos o hegemónicos. En el caso del sanatorio en cuestión, la humanización del parto llegó a oídos de uno de los propietarios de la institución porque en el camino de su propia paternidad dio con un servicio de preparación para el parto en el que recibió información acerca de los beneficios de esta clase de atención, la cual eligió para el nacimiento de su propio hijo. A la par de ello, vislumbró en la oferta de atención humanizada un negocio potencial para el hospital de la familia, el cual atravesaba por un momento crítico. Aquellos atributos valorados para la elección de una institución entre quienes aspiraban a tener un parto humanizado, aparecieron como un recurso del que su propio hospital podía beneficiarse para atraer el mercado de los consumidores de salud que se

inclinaban por esta clase de atención y contaban con pocas alternativas para elegir en el mercado.

La investigación era el precio a pagar para contar con el respaldo de un equipo de profesionales prestigiados en el modelo de atención que el hospital pretendía impulsar en el camino de renovación de su imagen que había fijado como estrategia para incrementar el volumen y el poder adquisitivo de su clientela. Sin embargo, al interior del hospital otras fuerzas pugnaron por la expulsión del proyecto: los jefes de los servicios médicos que vieron amenazada su posición cuando se planteó la propuesta de evaluar comparativamente su trabajo con el del equipo de profesionales "humanizados". Estos jefes de servicio, amigos personales del dueño de la empresa, eran médicos que laboraban hacía muchos años en el hospital, percibiendo un salario fijo y modesto por cubrir el cargo.

Como una medida para hacerse de recursos, el hospital había establecido un convenio de cobertura con trabajadores de una dependencia gubernamental a los que atendía en gran volumen a cambio de un pago moderado. Según se refirió en uno de los relatos, el jefe de ginecología de la institución acudía al hospital tan sólo un par de veces por semana. En esos días citaba a todas sus pacientes con fecha probable de parto cercana para iniciar una inducción artificial. Aquellas que no lograban que su cérvix dilatara lo suficiente como para que sus hijos nacieran por vía vaginal al acercarse el fin del turno del jefe de servicio, eran conducidas a una cesárea (Comunicación personal, 19 de septiembre, 2014).

Los jefes de ginecología y pediatría de la institución ejercieron durante años una práctica que con frecuencia se alejaba de los criterios dictados por los organismos de regulación de la medicina pero contaban con el respaldo del dueño del hospital, quien probablemente desconociendo los métodos que empleaban, les pedía que atendieran a bajo costo un elevado volumen de pacientes para lograr así sacar a flote su negocio.

Cuando el dueño del hospital envejeció y su hijo empezó a tener un cierto grado de autoridad en la toma de decisiones, nuevos saberes entraron en escena. El hijo ensayó una estrategia distinta a la del padre, la implementación de un modelo reconocido internacionalmente por sus beneficios y la adecuación de la maternidad del hospital a las necesidades de una clase media sedienta de propuestas alternativas, a un precio competitivo. Fue dicha estrategia, sumada a la existencia en la institución de un área de parto en agua fundada por un médico militar prestigiado que tenía su consultorio en esa institución producto de un antiguo convenio con el ejército, lo que colocó a la atención humanizada en el centro de la escena.

El peso de los saberes dominantes al interior de la institución fue suficientemente poderoso como para impedir que se instaurara el nuevo modelo en un primer momento pero se vio rebasado finalmente. Probablemente el hecho de que la propuesta fuera introducida en primera instancia por un actor ajeno al saber médico, y el hecho de que se tratara de una mujer en una ámbito en el que el peso de la masculinidad resulta apabullante, hayan sido factores determinantes en el primer rechazo de la iniciativa. Pocos meses más tarde, sin embargo, el hospital decidió seguir adelante en la implementación del programa de humanización del nacimiento poniendo a la cabeza del mismo a un varón gineco-obstetra. “Hay muchos intereses además de que las mujeres reciban un trato digno y respetuoso. Hay otros intereses además de ese que tienen que ver con los crecimientos de grupos, con los crecimientos de poderes, con los crecimientos económicos, con los crecimientos políticos… Y todo eso confluye a la hora de poner los temas sobre la mesa” (Patricia Rossemberg, comunicación personal, 16 de agosto, 2016).

Marañas de historias personales, intereses colectivos, relaciones sociales… influyen para hacer que algunos saberes sean impuestos sobre otros. Es por ello que la circulación del poder al interior de las instituciones de salud debe rastrearse por múltiples rutas para encontrar su senda; cambios generacionales, intereses económicos, alianzas personales e institucionales, moldean sus rumbos. Si bien la propuesta de implementación del programa

piloto que estuvo planteada como el trabajo de campo de este estudio “fracasó” en el primer intento, los hallazgos obtenidos de la experiencia fueron fundamentales para reflexionar sobre el complejo entramado que define las decisiones que se toman al interior de las instituciones.

Esta primera experiencia, aún cuando postergó cerca de un año el inicio del trabajo de campo, permitió realizar importantes ajustes al programa inicial y consolidar el equipo que seguiría adelante en la siguiente fase del proyecto. Marcó el primer punto de inflexión que obligó a torcer el rumbo trazado en un inicio y a reconocer que el campo obliga al investigador a replantear su mirada de la realidad, a cuestionar sus premisas y reconocer sus limitaciones. No imaginaba en ese punto cuántas inflexiones más daría la investigación hasta llegar al punto en el que se encuentra actualmente, menos parecida a la flecha que al tornillo.

IV. Sobre la relación histórica entre el MMH y el parto

En este capítulo se analizará la relación entre el nacimiento y el MMH, principal encargado de atender los partos en nuestra sociedad. Se abordará este vínculo a partir de la historicidad del fenómeno, señalando las particularidades que la lógica de mercado ha conseguido imprimir en dicha relación. El mercado ha legitimado prácticas de atención del nacimiento que parecen no estar orientadas al cuidado de la salud, respondiendo a una suerte de "desbordamiento" que caracteriza a las sociedades industriales. En dicha lógica, el sujeto es colocado en la posición de consumidor dentro de un mercado que apunta cada vez más a la privatización de los servicios.

A. HAY QUE PARIR POR ELLAS: UNA HISTORIA ANTIGUA

> En 1908, el ginecólogo de Harvard, Franklin S. Newell, defendió el uso del fórceps para ayudar a nacer a todos los bebés de lo que él llamaba el "tipo supercivilizado" de mujer (…) "criada entre algodones y rodeada de toda clase de lujos y cuidados, a menudo alcanza la madurez convertida en un espécimen enfermizo y delicado, cuyo sistema nervioso parece ensombrecer y controlar por completo su fortaleza física".
>
> (Hutter, 2010)

La relación entre la biomedicina y el parto tiene una historia antigua; para empezar a explorarla recorreremos algunos de los rasgos que han caracterizado a la intervención del saber médico en la escena del nacimiento diferenciando a éste de los otros saberes en torno al evento.

Instrumentarización

El fórceps obstétrico es un ícono en la historia de la medicalización del nacimiento. A partir de su descubrimiento dejaron de ser las mujeres las únicas responsables de parir a sus hijos y a la escena del parto se integró una herramienta, colocada en manos de un varón-médico. La historia de la introducción a la escena del nacimiento de este instrumento que salvó la vida

de tantos niños y tantas madres en su momento, resulta fascinante. A pesar de su probada eficacia para resolver el grave problema de los bebés que quedaban atascados en el canal de parto, casos cuyos desenlaces solían ser fatídicos, esta peculiar herramienta, inventada por los Chamberlen en el Siglo XVI fue un secreto ocultado durante 200 años ya que le garantizaba a la familia de médicos que diseñó el instrumento un mercado de pacientes, tal como lo relata Randi Hutter (2010) en el fabuloso recorrido que realiza sobre la historia del parto en *¿Cómo se sale de aquí?*

Los Chamberlen defendieron la exclusividad en el uso de este recurso negándose a compartir su descubrimiento con el mundo. Se cuenta que introducían su misterioso instrumento a la casa de las parturientas en una enorme caja de madera tallada, teniendo cuidado de vendar los ojos de sus pacientes antes de usarlo para preservar su valioso secreto. Las pacientes de los Chamberlen no conocían los fórceps ni el modo en el que funcionaban pero buscaban a la familia de médicos aspirando a reducir los riesgos asociados con el parto. Cuando en 1813 se encontró por accidente el famoso instrumento que el último de los Chamberlen enterró al morir y se descubrió que se trataba de "dos cucharones de servir sopa unidos por un cordel" (Hutter, 2010: 41), se desvaneció el halo de misterio que rodeaba a la herramienta y se popularizó el uso de este recurso.

La fascinante historia de esta herramienta para la atención del nacimiento que, con leves modificaciones, sigue presente en las salas de parto de los hospitales de hoy en día, describe cómo las herramientas de la biomedicina, que suman a la eficacia que las caracteriza un cierto halo de misterio, permiten al saber médico diferenciarse del resto de los esquemas de atención del padecimiento, tal como lo afirma Menéndez en su análisis sobre la hegemonía médica frente a otros saberes sobre la salud y el padecimiento. Pero el relato de Hutter da cuenta también de otro aspecto, el histórico entrecruzamiento entre el ejercicio de la medicina y la lógica de mercado.

La atención del parto, tradicionalmente encomendada a las parteras, fue un territorio que los médicos se vieron obligados a disputar cuando vieron en él

una oportunidad para la expansión de su competencia profesional. Ante la ancestral sabiduría de las mujeres que se habían encargado hasta entonces de asistir los nacimientos, los médicos introdujeron a la escena del parto el uso de herramientas e hicieron de éstas su principal diferenciador y emblema.

Nacimiento quirúrgico

Los registros sugieren que la operación cesárea, otro de los íconos de la intervención médica del parto hoy en día, empezó a practicarse en Roma en los años 600-700 a.c. como intervención orientada exclusivamente a salvar la vida de bebés cuyas madres habían muerto durante el parto. No es hasta el S. XVII que empieza a haber documentos que dan cuenta de cesáreas realizadas en mujeres vivas tras las cuales madre y niño logran sobrevivir. En ese tiempo, sin embargo, la cesárea era aún una intervención con elevados índices de mortalidad que se la practicaba de forma extremadamente aislada (Martínez Salazar y otros, 2015).

Para que la cesárea se convirtiera en un recurso realmente eficiente de la biomedicina hubo que esperar un par de siglos. La llegada del cloroformo a la obstetricia que permitió un manejo eficaz del dolor y el descubrimiento de las bacterias y su papel en las infecciones que llevó primero a la asepsia y más tarde al uso de antibióticos, hicieron del procedimiento, a mediados de 1800, un recurso viable para la solución de complicaciones obstétricas, aunque seguía siendo un recurso reservado para casos extraordinarios.

La cirugía continuó perfeccionándose hasta las primeras décadas de 1900, reduciendo cada vez más los riesgos quirúrgicos a los que madres e hijos eran expuestos durante el proceso. Se cambiaron los criterios de incisión y los materiales de sutura hasta convertir a la cesárea en un procedimiento cada vez menos riesgoso, al grado de ser hoy en día la cirugía mayor que se practica con más frecuencia en el ámbito de la medicina. La preocupación del mundo médico por la práctica “excesiva” de cesáreas surge recién a finales de los 90’, cuando empieza a categorizarse al fenómeno como una “epidemia” que inicia en América Latina y termina expandiéndose, en mayor o menor grado, a países de todo el mundo (Martínez Salazar, et al 2015).

La expansión de los nacimientos por cesárea es un claro ejemplo de la manera en que una herramienta médica diseñada originalmente para la atención de complicaciones, se populariza para terminar ofreciéndose como una vía de nacimiento electiva para la mujer o el médico.

Control del dolor

La llegada de la anestesia a los partos ocurrió en 1847, cuando James Young anestesió por primera vez el parto de una mujer con deformación pélvica. Y no fueron en ese caso los médicos quienes popularizaron el uso de la anestesia obstétrica, fueron las mujeres las que, según lo reporta Celesia (2004) en un artículo que destina al análisis del tema, "virtualmente forzaron" a los profesionales a ofrecerles anestesia a pesar de su resistencia. La Reina Victoria, pionera en la materia, pidió ser anestesiada con cloroformo para el nacimiento del príncipe Leopoldo y con ello abrió la puerta a la práctica electiva de este procedimiento.

Alrededor de 50 años después de la llegada del cloroformo a la obstetricia, Von Steinbüchel desarrolló la técnica a la que llamó "sueño crepuscular, combinando opioides con escopolamina". Este coctel producía un estado de amnesia en la parturienta que fue también rápidamente popularizado entre las mujeres que aspiraban a escapar de los dolores del parto. Los médicos nuevamente cuestionaron "si los beneficios justificaban los riesgos" (Celesia, 2004: 123) pero las mujeres insistieron logrando persuadir a algunos médicos para usar esta técnica con ellas.

El sueño crepuscular no eliminaba el dolor pero impedía que la mujer recordara la experiencia, de modo que en las clínicas en las que se lo practicaba, se acostumbraba atar a las mujeres a la cama por muñecas y tobillos y cubrir la cama con una sábana que pudorosamente alejara de los ojos del personal el espectáculo de sus cuerpos contorsionándose. Los altos índices de complicaciones asociados con el sueño crepuscular hicieron que gradualmente se lo fuera abandonando.

El uso de anestesia regional se popularizó recién en los años 50’ y es desde entonces el recurso del que se vale la medicina para ofrecerles a las mujeres la posibilidad de escapar al dolor del parto. El uso de la anestesia epidural, si bien comprende menos riesgos que las técnicas que le precedieron, no es inocuo, y por ello las autoridades médicas como la OMS y la SSA recomiendan ofrecer medidas alternativas para el manejo del dolor a las mujeres durante el parto antes de aplicar anestesia. La anestesia incrementa las posibilidades de requerir fórceps o vacuum para el nacimiento y eleva significativamente el índice de cesáreas, con lo que representa un posible perjuicio para el bebé que ha de nacer y para futuros embarazos.

Institucionalización

Si bien en el S XVI surgió lo que se llamó “obstetricia moderna” en Francia que comprendió cierto grado de capacitación de los cirujanos para atender complicaciones asociadas con el parto, las parteras siguieron encargándose de la atención de los nacimientos hasta el S XVIII. Fue a mediados de 1700, que empezaron a surgir en Europa las primeras escuelas de obstetricia para los estudiantes de medicina y se empezó a ver a la tarea del parto como un potencial territorio de trabajo médico. La arraigada tradición de la atención del parto por parteras hizo que el tránsito entre ambos modelos de atención fuera gradual y en gran medida impulsado por una encarnizada campaña de desprestigio a éstas emprendida por el mundo médico.

Con la entrada en escena de los médicos a la atención de los nacimientos, no hizo falta esperar demasiado tiempo para ver trasladarse los partos, que históricamente habían ocurrido en la casa de la parturienta, hacia un espacio más funcional que permitiera vigilar a varias pacientes de forma simultánea y hacer uso del instrumental y las maniobras que los profesionales consideraran necesarias. El hospital era también el terreno de práctica para los profesionales en formación, con lo que resultaba vital para la consolidación de la obstetricia como facultad de la medicina.

Este cambio geográfico dio paso a la institucionalización del parto consolidando así la concepción del nacimiento propia de la biomedicina en la que el centro

de atención dejó de ser la mujer para pasar a ser el profesional de salud. Las mujeres fueron acostadas sobre sus espaldas para parir y los profesionales tomaron a su cargo el evento del nacimiento ¿Las mujeres preferían parir en hospitales? ¿Eran éstos una opción más segura en términos de salud que sus propias casas? No, hubo de hecho que hacer un arduo trabajo para convencerlas. Al principio los hospitales fueron fuente de infecciones puerperales y a ellos solamente acudían las mujeres de bajos recursos que no tenían otra alternativa para la atención de sus nacimientos. El parto en el hospital se promovió porque resultaba más cómodo y rentable para el médico y dotaba de atractivo a la especialidad en obstetricia que había sido históricamente menospreciada, afirma Hutter.

El cuestionamiento de la eficacia terapéutica del hospital no se limita a lo que a la atención del parto concierne. En el ámbito de la antropología una de las voces más críticas al respecto es la de Iván Ilich, quien sostiene que: “el ‘culto’ al hospital no guarda relación alguna con sus logros” (Illich, 2011: 619). En su célebre texto *Némesis Médica,* Ilich enumera una gran cantidad de fracasos documentados del esquema médico-hospitalario, para terminar concluyendo que la diferencia de los índices de mortalidad y morbilidad entre países no está en absoluto relacionada con la cantidad de médicos o camas de hospital disponibles sino con el acceso de la población a recursos básicos como alimentación, agua potable e higiene: “El tratamiento específicamente médico de la gente nunca se relaciona en forma significativa con una disminución del complejo patológico ni con una elevación de la expectativa de vida” (Illich 2011: 548-549).

A finales del S XIX, el estudio de la bacteriología permitió combatir las infecciones puerperales y los partos al interior de las instituciones se fueron volviendo cada vez más seguros de manera que las mujeres de clases altas paulatinamente accedieron a ser atendidas por médicos y en hospitales. Hoy en día, en nuestro país, la atención del parto en unidades médicas es de un 94.4% (Lazcano y otros, 2013)

Entre el cuidado y la iatrogenia

Indiscutiblemente los recursos de la medicina redujeron el índice de muertes maternas y neonatales y a ello se debió en gran medida el que las mujeres, con el tiempo, remplazaran con médicos a las parteras que hasta entonces se habían encargado de sus cuidados. Los fórceps, las cesáreas y la anestesia, como muchos otros recursos de la biomedicina, permiten resolver complicaciones, pero cuando se los usa de forma indiscriminada, terminan atentado contra la salud al hacer cursar a los partos normales por los desfiladeros de los complicados. Si la biomedicina no contara con recursos que la hicieran eficaz, sería imposible que se erigiera como saber hegemónico.

Es innegable que la medicina hace del parto un evento más seguro para las mujeres y sus hijos, lo cual es fácilmente comprobable al observar indicadores como la Razón de Muerte Materna (RMM) que reduce en directa relación con la atención profesional del parto (Herrera, 2003). Sin embargo, Illich asegura que los descubrimientos verdaderamente importantes de la medicina son pocos y de costo accesible mientras que la inutilidad de la tecnología y los tratamientos especializados para abordar la mayoría de los padecimientos está ampliamente documentada. A pesar de ello, la intervención, cada vez más especializada, pareciera ser la norma en la atención de la salud, condenando al acto médico a la iatrogénesis:

> Durante más de un siglo, el análisis de las tendencias patológicas ha mostrado que el ambiente es el determinante primordial del estado de salud general de cualquier población. La geografía médica, la historia de las enfermedades, la antropología médica y la historia social de las actitudes hacia la enfermedad han mostrado que la alimentación, el agua y el aire, en correlación con el nivel de igualdad sociopolítica y con los mecanismos culturales que hacen posible mantener la estabilidad de la población, juegan el papel decisivo en determinar cuán saludables se sienten las personas mayores y a qué edad tienden a morir los adultos (Illich, 1976: 545-547).

El autor reconoce que algunas técnicas modernas, “a menudo desarrolladas con ayuda de médicos” han efectuado también cambios en la salud de las poblaciones, aunque en menor grado que las condiciones ambientales. Entre estas técnicas señala a la creación de anticonceptivos, la vacuna contra la

viruela, ciertos procedimientos antibacterianos e insecticidas y medidas sanitarias como el tratamiento del agua y el drenaje o el uso de jabón y tijeras para las parteras. Afirma, sin embargo, que “el tratamiento específicamente médico de la gente nunca se relaciona en forma significativa con una disminución del complejo patológico ni con una elevación de la expectativa de vida”. Y añade que “la mayoría de los enormes gastos médicos actuales en rápido aumento se destinan a diagnósticos y tratamientos cuya eficacia es en el mejor de los casos dudosa” (Illich, 1976: 548-549).

Contrario a lo que plantea Illich, en el caso de la obstetricia en México, la atención hospitalaria del parto está históricamente relacionada con una reducción de la RMM. Mientras que entre 1974-1976 la atención hospitalaria reportada por la SSA fue de un 54% y la RMM de 105 por 100,000 nacidos vivos (NV), en 2011 al aumentar a 94.4% la cobertura hospitalaria del parto, la RMM descendió a 47 (García y otros, 2012: 824). Aunque esto es cierto, hay que señalar también que en 75% de los casos de muerte materna registrados en México en 2014, la madre recibió atención médica (OMM, 2014). Un artículo publicado en la revista Salud Pública en 2013, en el que se revisa la relación entre cobertura en salud y RMM en nuestro país a partir de la encuesta ENSANUT2012, reporta que al interior del país, entre las diferentes entidades federativas, no puede encontrarse una relación directa entre RMM y atención médica del parto por lo que los autores concluyen que este indicador está íntimamente asociado con la inequidad social que lleva a que en localidades pobres se ofrezca una atención de menor calidad a las mujeres: “en México no existe correlación entre la elevada atención del parto en unidades médicas y la RMM, por lo que no sólo es necesario garantizar la atención universal del parto por un profesional de la salud.” (Lazcano Ponce et al, 2013: 214).

En el panorama mundial, tras la revisión de 51 guías de práctica clínica de “alta calidad”, un equipo de investigadores concluye que la comunidad de salud materna se ha enfocado a desarrollar estrategias para reducir la mortalidad materna en países de ingreso bajo y medio asegurando la atención del parto por personal calificado y el acceso universal a primer nivel de atención para salud materna. Estas estrategias han tenido un éxito parcial. A nivel mundial se

estima que 303,000 muertes maternas ocurrieron en 2015; una reducción de 44% a partir de 1990. En dicho periodo la cobertura aumentó de 35%-52% y la atención de personal calificado paso de 57%-70% pero la mortalidad y morbilidad materna no redujeron tan rápido como se esperaba (Miller y otros, 2016).

Este desfase entre cobertura y reducción de la RMM es explicado por los investigadores a partir de dos fenómenos que ocurren en entornos sociales diferentes aunque pueden convivir en realidades polarizadas como la de nuestro país. A estas dos modalidades de atención se las denominó como: “Too Little, Too Late” (TLTL) y “Too Much, Too Soon” (TMTS):

> ***TLTL***: Fenómeno históricamente asociado a países de bajos ingresos con tasas de muerte materna sumamente elevada como África Subsahariana y el sur de Asia. La causa del fenómeno es complejas y están asociadas con deficiencias estructurales del sistema de salud: falta de equipo, suministros, medicamentos, formación insuficiente de los proveedores de salud, factores geográficos, sociales, económicos. Este tipo de atención es producto de la desigualdad socio-demográfica y se asocia con variables de marginación como la pobreza, la zona geográfica, la edad de las mujeres, su estado civil, su estatus migratorio (Miller y otros, 2016). .
>
> ***TMTS***: La expansión de las instituciones de salud ha estado acompañada de una extensiva sobre-medicalización del parto, especialmente presente en países de ingreso medio o elevado y particularmente asociada con el sector privado. Esta modalidad de atención se caracteriza por una desatención de las guías de práctica clínica que lleva a un exceso de medicalización del parto. Comprende el uso inadecuado o excesivo de intervenciones que no han demostrado ser benéficas o que incluso se consideran perjudiciales y que incrementan los costos de la atención (Miller y otros, 2016).

Así pues, garantizar el acceso a salud es importante pero no suficiente para abordar el problema de la mortalidad materna. Entre las principales causas de muerte materna reportadas actualmente por la Secretaría de Salud de nuestro país, se cuenta la hemorragia en el posparto. Las mujeres presentan hemorragias habitualmente al interior de los hospitales y, con frecuencia, como consecuencia de una medicalización excesiva del parto que lleva a un uso desmedido de oxitocina y prostaglandina, tracciones manuales de la placenta y elevados índice de cesáreas que impacta directamente en un incremento de anomalías en la implantación placentaria.[10] "Se ha demostrado que la mortalidad materna posterior a cesárea es seis veces mayor que después de un nacimiento vía vaginal, aunque en cesárea electiva dicho incremento se reduce a la mitad" (Martínez Salazar, et al, 2015 :612).

El acceso de las mujeres al sistema de salud fue un importante paso para hacer del parto un evento más seguro; ahora resulta necesario revisar el tipo de atención que el sistema ofrece a las parturientas para determinar cuáles de sus prácticas han demostrado tener una eficacia probada para el cuidado de la salud y cuáles responden a otros intereses que se filtran a través del ejercicio de la medicina.

B. EL MMH Y LA SOCIEDAD DE CONSUMO

> Desde la primera consulta el médico me dijo que tenían que hacerme cesárea que porque ya tenía 30 años. Pero yo pienso que él a lo mejor se programaba y era mucho más fácil. Porque él nos decía: "Tú decides el hospital, la hora y el día… y yo llego".
>
> (Comunicación personal, 20 de mayo, 2015)

En una economía de mercado como la de nuestro país, las prácticas de atención en las instituciones de salud están teñidas por la dinámica de intercambio de capitales que dicta la relación entre los colectivos. David Harvey

[10] La placenta previa y el acretismo placentario están asociados con cesáreas previas y se vinculan directamente con cuadros de hemorragia en el posparto.

entiende a la sociedad actual como una expresión de un capitalismo "expansivo e imperialista" en el que "cada vez más áreas de la vida cultural se incluyen en la lógica de circulación del capital y del dinero (…) El capitalismo lleva consigo su aparato ilusorio, sus fetichismos y su sistema de espejos, allí donde va" (Harvey, 2004: 376-377).

Dado que el MMH no es ajeno a las tensiones de poder de la sociedad en la que se inscribe, esta dinámica capitalista establece modalidades particulares en relación con médicos y pacientes y entre instituciones y beneficiarios de los servicios. Se dedicará este apartado a rastrear la relación del modelo económico con el sistema de salud en México, analizando las particularidades de este vínculo en el escenario nacional. Para abordar el tema de la atención del parto en México, uno de los indicadores que no puede pasarse por alto es el elevado índice de nacimientos quirúrgicos que la caracteriza. Con dicha variable iniciaremos la exploración de la relación entre modelo económico y sistema de salud.

1. La cesárea injustificada como ícono de la permeabilidad del MMH a la lógica de mercado

Uno de los casos más dramático de híper-medicalización del nacimiento es la práctica de cesáreas injustificadas. Este fenómeno tiene en México un protagonismo digno de analizarse ya que nuestro país ocupa hoy uno de los primeros lugares en índice de cesáreas a nivel mundial con un 46.3%, contra toda recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este organismo considera que no existe justificación alguna para exceder el 15%. El volumen nacional de cesáreas ha crecido significativamente en los últimos años: en el 2000 el 29.9% de los nacimientos fueron por cesárea, mientras que en 2006 la cifra subió hasta el 34.5% (Archive of Diseases in Childhood) y en 2014 llegó al 46.3%, según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID2014) presentada por el INEGI en julio del 2015 en la que se recogen los datos de 101,389 viviendas de zonas urbanas y rurales (INEGI, 2015).

¿Qué coloca a México en los primeros puestos en el uso de este procedimiento? Sin duda la respuesta a esta pregunta es compleja e involucra

diferentes factores. Eduardo Menéndez (2009a), por ejemplo, propone la existencia de una relación entre el aumento en el índice de cesáreas y las políticas públicas de planificación familiar, al cobijo de las cuales se llevó a cabo una campaña de esterilización forzada a mujeres indígenas en la década de los 80´-90´. Este interesante planteamiento obliga a la reflexión poniendo sobre la mesa la relación existente entre los intereses políticos y las campañas de salud promovidas por el gobierno. Resulta necesario sin embargo, para analizar el fenómeno que nos concierne, observar que actualmente las entidades federativas del país que presentan un mayor índice de cesáreas no son necesariamente las que tienen un mayor registro de hablantes de lengua indígena según el INEGI (ver figuras 2 y 3); por el contrario, pareciera que las cesáreas aumentan más significativamente en población con elevados ingresos y en zonas urbanas (Miller y otros, 2016).

Ello podría llevar a pensar que los cuerpos de las parturientas son tratados de forma diferenciada dependiendo del grupo poblacional al que pertenezcan. Quizá en el caso de las mujeres indígenas exista una relación entre la esterilización y la práctica de cesáreas pero ello mismo no nos permite explicar el incremento de cesáreas en instituciones privadas y entre población urbana.

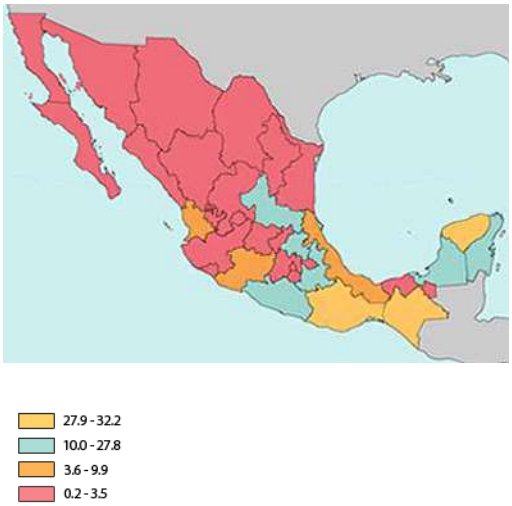


Figura 2. Porcentaje de hablantes de lengua indígena por entidad.
Fuente. INEGI. [11]

Figura 3. Porcentaje de cesáreas por entidad.
Fuente. ENSANUT2012.[12]

[11] *INEGI* (http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

Un mapa de la situación mundial en cuanto lo que a la práctica de cesáreas se refiere, obtenido a partir de datos publicados por la OMS, revela un panorama interesante que da cuenta también a nivel global de una distribución del asimétrica del fenómeno (ver figura 4):

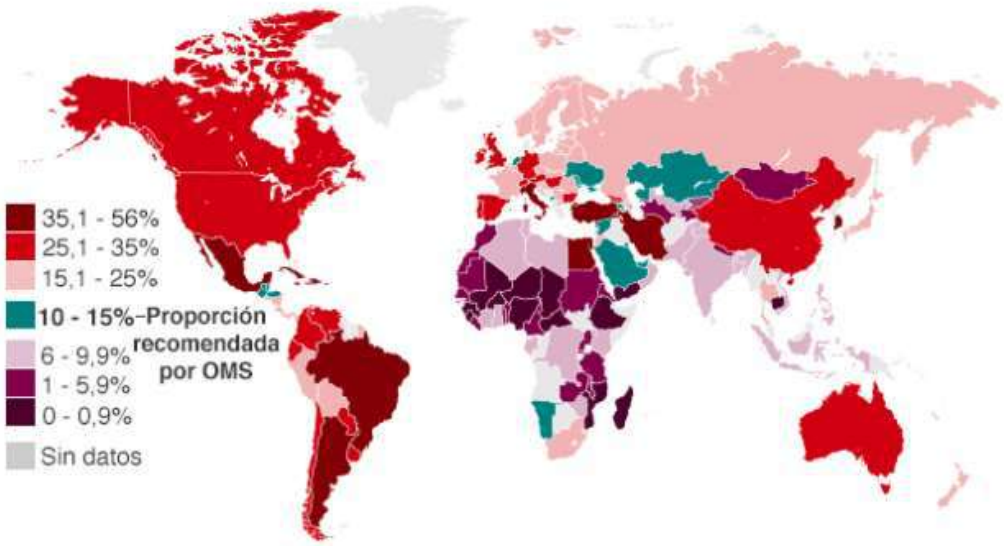


Figura 4. Porcentaje de cesáreas por país.
Fuente. BBC con información de la OMS. [13]

La distribución del índice de cesáreas a nivel mundial oscila entre el déficit y el exceso, tal como ocurre con las realidades socioeconómicas y políticas marcadas por la desigualdad. Mientras que la OMS fija al 15% como rango ideal, 40% de las naciones tienen una tasa menor al 10% de cesáreas, lo cual puede catalogarse como una falta de acceso al recurso lo cual se asocia regularmente con elevadas tasas de mortalidad (Cóppola, 2014).

Los estudios ecológicos del tema advierten que hasta principio de los años 70´ la cesárea constituyó un importante avance en la atención obstétrica que estuvo directamente asociada en los países desarrollados con un descenso en

[12] *ENSANUT2012* (http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).
[13] *BBC* (http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150710_cesareas_mundo_motivos_paises_jm) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

la mortalidad materna y neonatal. Cabe señalar que dichos países no superaban entonces el 10% de nacimientos por esta vía. A partir de entonces las cesáreas se incrementaron exponencialmente en algunas regiones del mundo sin que ello se reflejara en mejoras adicionales en la salud de las madres y sus hijos por lo que el fenómeno, asociado con un incremento en los costos y un aumento en los riesgos, se convirtió en un problema que el sector salud se vio obligado a atender (Puentes-Rosas y otros, 2004).

Tratando de entender este aumento injustificado del índice de cesáreas que aquejaba a algunas naciones, se encontró una relación clara entre la cantidad de nacimientos que terminaban resolviéndose quirúrgicamente y el tipo de profesional encargado de la atención de los mismos. Se encontró que mientras las tasas más altas estaban asociadas con la atención del parto por especialistas en ginecología y obstetricia, los países desarrollados con mayor número de parteras eran los que reportaban regularmente más bajos índices de cesáreas y mejores resultados se salud materno-infantil; ejemplo de ello son los casos de Holanda y Japón.

En nuestro país la ausencia de parteras en el sistema de salud podría estar vinculada con el elevado índice de cesáreas a nivel nacional. Las parteras son las profesionales capacitadas específicamente para la atención del parto de bajo riesgo mientras que los obstetras están entrenados para atender complicaciones, por lo que no resulta aventurado pensar que las primeras cuenten con una mayor cantidad de recursos para mantener el parto en su curso fisiológico que los segundos. Un estudio realizado en México entre 1991 y 2000 para detectar los factores asociados con los nacimientos quirúrgicos en las diferentes entidades de la nación arrojó como resultado que el incremento en la práctica de este procedimiento estaba fuertemente relacionado con el índice de médicos especialistas en ginecoobstetricia registrados en cada localidad. El mismo estudio arrojó otro dato interesante que considero que merece la pena analizar, la relación entre el índice de cesáreas y el ingreso per cápita de cada entidad federativa (Puentes-Rosas y otros, 2004).

Al abrir un poco la lente se observa una relación semejante entre los ingresos de los países y el índice de nacimientos quirúrgicos. Como la relación no es lineal, vale la pena preguntarse quiénes acompañan a nuestro país en la delantera de esta corriente de instrumentalización del nacimiento que aqueja a algunas naciones. Según el Observatorio de Salud Global de la OMS se encuentran al frente de la lista con cifras superiores al 40% de nacimientos quirúrgicos, República Dominicana con un 56.4% de nacimientos por cesárea (2013), Brasil con 55.6 % (2012), Egipto con 51.8% (2014), Chipre con 52.2% (2007), Irán con 47.9% (2009), México con 46.2% (2012), Mauricio con 44.7% (2013) y Colombia con 43.4% (2012). Este puñado de países con grupos poblacionales, religiones y culturas diversas, dispersos entre cuatro continentes, comparte tasas extraordinariamente elevadas de nacimientos quirúrgicos. No podemos entonces buscar la explicación al fenómeno en el ámbito de los hábitos y las costumbres locales. El primer aspecto que llama la atención son las ausencias. ¿Quiénes son los que no están en la lista? No encontramos en ella a ninguno de los países más pobres que, como se señaló, parecen padecer del problema contrario, un déficit de acceso al recurso, pero tampoco encontramos a los "desarrollados". Los países que conforman el grupo forman parte de un colectivo diferente, se trata de economías sobresalientes en regiones mayormente pobres.

Encabeza la lista República Dominicana que, por pequeña que parezca, es la mayor economía de América Central y del Caribe con la tasa de crecimiento más altas de la región. Le sigue Brasil que tuvo una importante década de crecimiento económico entre 2003 y 2014, en la cual salieron de la pobreza en el país 20 millones de personas. México, por su parte, presenta una tasa de crecimiento económico anual moderada a causa de un "ambiente externo complejo" que ha sido compensada con un aumento significativo en los ingresos fiscales a partir de las reformas estructurales implementadas en 2013. La economía de Colombia, por su parte, presenta un "crecimiento rápido" en 2015 "gracias a un manejo macroeconómico y fiscal efectivo"; todo ello según datos publicados por el Banco Mundial en su portal de internet (BM, 2017a).

Egipto, si bien no es una potencia económica mundial, presenta indicadores de desarrollo humano: mortalidad infantil, esperanza de vida, cobertura en educación… que han mejorado "dramáticamente" en los últimos treinta años aunque sus tasas de pobreza siguen siendo elevadas, especialmente en zonas rurales. Se le reconoce, sin embargo, como una de las economías más estables de la región africana, que es, por su parte una de las regiones de mayor crecimiento económico a nivel mundial en años recientes. Irán, segunda economía más importante de Medio Oriente y el norte de África y segundo país en cuanto a número de población en la región también en los primeros lugares del listado. La pobreza en Irán descendió del 15% al 9% entre 2009 y 2013 y se le considera una potencia energética debido a sus reservas de hidrocarburo y a su ubicación estratégica en la región. La República de Mauricio es otra de las pequeñas, pero desde su reciente independencia en 1968 pasó de depender de una economía basada en la agricultura a tener un crecimiento anual de 3.5% a pesar del lento crecimiento de la zona euro, de la cual depende, puesto que su ingreso se desprende en gran medida del turismo, el comercio y la inversión extranjera directa (BM, 2017a). Por último Chipre, donde un tercio de la isla está ocupada militarmente por Turquía desde 1974 y la disputa de su territorio entre Turquía y Grecia ha llevado a una división que ha marcado la vida política del país. Si bien tiene una economía endeble, Chipre se incorporó a la Unión Europea en 2008 y es contada entre los paraísos fiscales más importantes del planeta. Un paraíso fiscal es "el campo ideal para evadir impuestos e introducir recursos de procedencia ilegal a los flujos convencionales de la economía mundial (…) Más que un simple instrumento para evadir impuestos, estos pequeños 'cielos fiscales' son un componente clave del sector financiero mundial y de sus operaciones de rutina" (Nadal, 2013).

Así pues, existe una conexión entre estos países aparentemente dispersos, se trata en todos los casos de economías crecientes y la mayoría de las veces de "mercados emergentes". Se denomina como mercado emergente a aquellos países que han experimentado una tasa de crecimiento más elevada que la del resto. Son países con una clase media en expansión que es vista por los inversionistas como mercado de consumidores potenciales.

Además de una amplia clase media, para ser considerado como mercado "emergente" el país debe tener un gobierno que se muestre "favorable" a los negocios y a la inversión extranjera. "Cuando en 1998 fundó Eurasia Group, una de las consultorías de riesgo político más grandes del mundo, el politólogo Ian Bremmer acuñó la definición de mercados emergentes como aquellos países 'donde la política importa tanto como la economía en la operación de los mercados'" (Peña-Franco, 2014). Se trata de paises que fijan políticas en función de intereses económicos o al menos negociando con ellos.

Si bien es cierto que los países que encabezan la lista de cesáreas son puntero económico en su región, lo cual es digno de analizarse, también es cierto que no todos los mercados emergentes presentan elevadas tasas de cesárea. Ese es el caso de India, Rusia y Sudáfrica, que formando parte de los denominados "BRICS" (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica), mantienen sus índices de cesárea por debajo del 20%. Otro grupo de países favorables para invertir según el criterio de los bancos de inversión son los "MIST" (México, Indonesia, Corea del Sur y Turquía), de los cuales sólo Indonesia se mantiene al margen del elevado índice de cesáreas que caracteriza al resto.

¿Cómo explicar entonces los casos de los países que no se ajustan a este criterio? La lógica de mercado tiene peso pero no es el único factor que permite explicar un fenómeno tan complejo como el que nos ocupa. En el caso de India, por ejemplo, hay regiones del país en las que sólo un tercio de los centros que brinda atención obstétrica a la población cuenta con las instalaciones y recursos necesarios para llevar a cabo una cirugía por lo que podríamos atribuir sus cifras a una carencia de infraestructura (Ruiz Sánchez, y otros, 2013). El bajo índice de cesáreas de Rusia, en cambio, podría estar asociado con el hecho de que se cuenta entre los países bajos europeos que tienen una larga trayectoria de obstetricia no invasiva. Las características de la madre, el perfil del profesional que la asiste, las legislaciones vigentes, los factores culturales y las políticas públicas influyen en los índices de cesáreas de los países. Se trata de un fenómeno multifactorial (Ruiz Sánchez y otros,

2013). Así pues, la relación entre tasa de cesáreas y mercados emergentes no es lineal pero es suficientemente significativa como para ser tomada en cuenta.

¿Cómo se relaciona el índice de cesáreas con el aspecto económico-político en el caso de México? El reciente plan de reformas que impulsa la participación de capital extranjero en diferentes áreas de la vida pública de la nación, entre las que se encuentra el ámbito de la salud, ha consolidado al país como un interesante escenario para la inversión internacional. Como respuesta a la inoperatividad de los servicios públicos, la reforma en salud apunta a abrir la puerta de la transferencia de recursos públicos a la iniciativa privada por medio de la subrogación de servicios. Se trata de modelos de "pluralismo estructurado" en los que se separan las funciones de regulación y administración de los recursos de las de prestación de servicios. La prestación de servicios es puesta en manos de entidades tanto públicas como privadas que son llamadas a actuar en un marco de "competencia regulada".

El hospital público no funciona, entonces la alternativa que el Estado mexicano ofrece es la terciarización de los servicios para ponerlos en manos de la eficiente industria privada. Los ciudadanos dejarían así de quedar condenados al padecimiento que representa someterse a la lógica burocrática de los hospitales de gobierno y podrían acceder al anhelado parto rodeado de recursos tecnológicos.

Se ha observado que en este tipo de escenarios terminan siendo los pacientes los que se decantan por acudir al sector privado a buscar solución a sus padecimientos dando el paso final para la privatización de la salud. Cabe señalar que el modelo de "competencia regulada" que han delineado las reformas en salud, no sólo en México, sino en varios países latinoamericanos, se basa en recomendaciones del Banco Mundial y tiene, por tanto, marcados intereses económicos (Uribe y Abrantes, 2013).

Múltiples autores como Narvaez, Martínez Novo, Zolla, Eibenschutz, Tamez y Camacho han estudiado, en específico, las transformaciones del Sistema de Salud mexicano a partir de la sucesión de gobiernos, políticas públicas y

modelos económicos tanto nacionales como globales. Todos estos autores encuentran, tal como ocurre en otros ámbitos, una tendencia cada vez mayor a inscribir la salud en la lógica de la economía de mercado que tiende a delegar el pago del servicio de salud al enfermo, a organizar los servicios de atención a partir de una lógica de productividad, así como a establecer esquemas de contratación de personal que tienen como eje la rentabilidad y descuidan la calidad de la atención (Narvaez, 2013).

Las políticas macroeconómicas y fiscales y la noción de "protección social" que impulsa el Banco Mundial están íntimamente ligadas con las reformas al Sistema de Salud de nuestro país que apuntan al establecimiento de un esquema de atención "público-privado" (Eibenschutz, Tamez y Camacho, 2011). Es interesante observar que muchos de los inversionistas en salud en Latinoamérica son corporativos norteamericanos, como lo documentan Armada y Mountaner (2011).

Así, en los mercados emergentes ricos en consumidores potenciales y atractivos para los inversionistas, se lleva al sector público, cuyo deterioro inició a mediados del siglo XX (Ayres, 2005) a una situación de desbordamiento que lo pone en crisis. Se abre al sector privado la posibilidad de funcionar como prestador de servicios y finalmente se le transfieren a la iniciativa privada los recursos que de otra forma habrían estado destinados al sector público. Una mirada panorámica abre posibles explicaciones que atraviesan el fenómeno de la atención del nacimiento desde ejes transversales que articulan los intercambios entre los sujetos. El camino a la privatización de los servicios de salud pone sobre la mesa los intereses económicos y los hace dialogar con la política de gobierno.

¿Cómo impacta todo ello en la atención del parto que reciben las mujeres? La cesárea comprende un consumo de insumos que no requiere de ninguna manera el parto por lo que resulta más jugosa para los inversionistas. Un estudio realizado en 2008 por Zupanzic, miembro de la universidad de Harvard, revela que para ese año el costo de una cesárea electiva oscilaba en Estados Unidos entre los 900 y los 8,000 dólares, mientras que el parto costaba para

esa misma fecha entre 150 y 2,300 dólares (Ruiz Sánchez, 2013). Mientras un parto puede atenderse con la asistencia de un doppler fetal y un par de guantes, para una cesárea hace falta equipo especializado de todo tipo, uniformes quirúrgicos y medicamentos diversos que han de ser suministrados antes, durante y después de la cirugía. Quien fabrica dichos insumos es la industria farmacéutica. La cesárea, por tanto, es un terreno más fértil para la inversión de capital privado que el parto y el sector salud es uno de los más grandes consumidores de productos de la industria privada.

> "El año pasado, el IMSS, ISSSTE y las divisiones médicas de las secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, Pemex y los hospitales de algunos estados, hicieron compras por 43,000 mdp, con ahorros de 3,900 mdp", dice el director del IMSS, José Antonio González Anaya, en un foro sobre inversión privada en salud celebrado en la Ciudad de México. "El IMSS es el primero o segundo mayor comprador de bienes y servicios al sector privado del país", añade (Pasillas y Zamires, 2016).

México triplicó el presupuesto destinado a salud en los últimos 12 años, pero aún así los fondos parecen insuficientes para cubrir las necesidades básicas (6.2% del PIB) pues se distribuyen de forma ineficiente. Un 10% de los recursos se emplea en gastos administrativos, casi el triple de lo que destinan países que invierten un 50% más de su PIB en salud pública; mientras tanto los insumos básicos no están cubiertos en muchos de los hospitales del país. Una de las enfermeras perinatales entrevistadas en este estudio habla acerca del tema reportando cómo esta carencia puede hacer escasear incluso a los recursos más básicos.

> Cuando no hay recursos la gente hace cosas extrañas. Porque, por ejemplo, ahí (refiriéndose al Hospital General de Iztapalapa) había veces que haz de cuenta: tú haces un tacto, ese guante va y se tira a la basura. ¿Por qué? Porque es una contaminación. Ahí, haz de cuenta que agarraban, te hacían tacto, el guante lo volteaban y lo dejaban abajo de la camilla. ¿Para qué? Para que la siguiente persona que te fuera a hacer tacto usara el mismo guante. ¿Cuántas veces? La verdad es que yo no sé. Yo sólo llegué a ver que muchos así agarraban, se quitaban el guante, y lo dejaban allí abajo ¿Por qué? Porque no había recursos (Comunicación personal, 20 de agosto, 2015).

Mientras algunos hospitales de primer nivel de atención no cuentan siquiera con el material básico y el personal necesario para operar, el Seguro Popular, instancia destinada a ampliar la cobertura del primer nivel de atención, ha dejado de transferir los fondos directamente a cada uno de los hospitales de su red y se los entrega ahora al gobierno de cada estado para que éste los distribuya según su criterio. Este cambio en la asignación de recursos ha llevado a decisiones controversiales como la inauguración de la Clínica de Infertilidad de Toluca o el proyecto de diseñar un hospital especializado en la atención de cataratas. El exdirector del Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero se pregunta al respecto:

> ¿Esa es una prioridad? (…) Eso fue el señor Gobernador, con el Secretario de Salud ¿Qué tipo de política tenemos realmente? ¿Una clínica de infertilidad? Sabemos que sí hay un porcentaje de parejas que no pueden embarazarse pero eso no es prioritario… Y no sé cuántos millones son los que le van a destinar. El ISEM es una entidad muy poderosa en el sistema de salud, es el primer lugar en estructura hospitalaria en todo el país. Aun así tenemos cosas que dices: "No inventes" (…) ¿Cataratas es prioritario? (…) Sí hay, lamentablemente, intereses políticos (Christian B. Mera Hernández, comunicación personal, 15 de enero, 2015).

Esta clase de decisiones en la distribución de los recursos pareciera dar cuenta de la forma en que los intereses particulares logran infiltrar y moldear las políticas de gobierno. El propio hospital Vicente Guerrero, parte de la red de instituciones del Seguro Popular, fue inaugurado en Chimalhuacán, una zona marginal del Estado de México en 2012, como parte de los "compromisos cumplidos" de la campaña de nuestro actual presidente Enrique Peña Nieto. Se le adjudicaron al hospital en ese entonces los recursos destinados al arranque de operaciones con la promesa de ajustar la cuota más adelante para que llegara a su capacidad máxima de funcionamiento.

El incremento a la cuota mensual nunca llegó y la institución no cuenta hoy en día con los fondos necesarios para contratar al personal que se requiere, comprar los insumos que le permitirían hacer uso del equipo que se encuentra almacenado en los salones y absorber entonces la enorme demanda de atención de una zona que carece de servicios de este tipo. El presupuesto

destinado al Seguro Popular es una importante suma de dinero que diversos actores al interior de la estructura de gobierno disputan con intereses económicos y políticos particulares.

> A la inauguración del hospital vino Enrique Peña Nieto y antes de irse le dije al presidente municipal: “El Hospital no está listo, se abre porque se tiene el compromiso de fecha, pero no está listo”. Y me respondió: “Esa es su responsabilidad, usted es el director ¿puede o no puede?” El coordinador dijo: “Sí, yo sé que no estamos listos, y entiendo la calidad, y entiendo los procesos, pero esa es una cuestión política. Lo abre porque lo abre”. Al otro día ya estábamos abiertos con una plantilla a la mitad, sin equipamiento al cien, sin insumos (…) La plantilla sigue abierta como de “arranque”, hasta que pase algo más grave yo creo que me darán otro estatus, hasta que la población reclame que hay muertes. (Christian B. Mera Hernández, comunicación personal, 15 de enero, 2015).

Las decisiones gubernamentales se toman considerando los intereses y necesidades de un conjunto de actores que tiene poder en la sociedad. Para el Estado resultaría más conveniente en términos económicos que en los hospitales públicos las mujeres tuvieran a sus hijos por parto ya que ello representaría no sólo un gasto menor en insumos sino un ahorro en cuanto a las horas de atención. Sin embargo, la realidad de la operatividad diaria de los sistemas de salud pública lleva al personal a adoptar estrategias que poco tienen que ver con estos criterios o con el principio de cuidado de la salud y terminan favoreciendo los intereses del mercado. ¿Responde este hecho a una suerte de acto de rebeldía de las instituciones de salud? Probablemente no. Mientras que la Secretaría de Salud discursivamente promueve la reducción en el índice de cesáreas, en la práctica lleva, sistemáticamente, al aumento de los nacimientos quirúrgicos encomendando, por ejemplo, la atención de los partos normales a especialistas en ginecología en lugar de promover el trabajo de las enfermeras perinatales que podrían funcionar como alternativa para optimizar el uso de los recursos, ampliar la plantilla de personal y reforzar el primer nivel de atención.

La tendencia a inscribir la salud en la lógica de mercado propia de una política neoliberal impone a los cuerpos de las mujeres diferentes criterios en función de los acuerdos que establece a nivel nacional e internacional. Mientras a

algunas mujeres se les imponen prácticas como la esterilización, a otras se les impone el consumo de los productos desarrollados por la industria farmacéutica promoviendo como aspiracional un nacimiento rodeado de tecnología e insumos que representa un beneficio, en última instancia, para la industria farmacéutica y los especialistas que economizan el tiempo destinado a cada nacimiento.

2. ¿Paciente, consumidora, beneficiaria o ciudadana?

La medicina históricamente ha tratado con "pacientes"; el propio término da cuenta del lugar de receptividad pasiva en que esta disciplina ha colocado por siglos al sujeto. En la relación médico-paciente, el sujeto a tratar queda colocado en la posición de un ente biológico sobre el que el saber médico opera (Menéndez, 1994). La tendencia a inscribir la salud en la lógica de mercado, propia de las sociedades neoliberales, coloca a los cuerpos de los sujetos a tratar en una posición diferente puesto que la intervención médica deja de limitarse a la atención de la enfermedad para encargarse también de la oferta de tratamientos y servicios desarrollados por mercado de la salud para optimizar el funcionamiento de los cuerpos.

La industria farmacéutica no sólo desarrolla cada vez más productos tecnológicos y farmacológicos para ofertar al mercado, sino que ha conseguido también una posición de autoridad en lo que a actualización profesional se refiere, financiando investigaciones y conferencias que resaltan las bondades de sus productos y tratamientos. En este contexto, los pacientes a los que la medicina atiende han devenido también en consumidores potenciales, directos o indirectos, de los insumos producidos por el mercado de la salud.

Las sociedades capitalistas parece regirse de forma cada vez más descarada por la política de consumo de manera que las relaciones sociales y económicas resultan teñidas por la lógica del mercado. La compra-venta de servicios, de mercancías y saberes, parece permear a tal grado las relaciones humanas que Dubet y Mrtuccelli afirman que: "Todos los intercambios sociales pueden ser analizados en los términos del mercado" (Dubet y Martuccelli, 1998: 83).

Esta filtración de la lógica de mercado hacia las relaciones sociales ha logrado moldear los intercambios, particularmente en economías neoliberales, en función de los intereses de los grandes capitales. La salud, la educación, el bienestar social… se han convertido en mercancías. Por eso, De la Torre y Gutiérrez afirman que: "Uno de los rasgos que mejor caracterizan al mundo contemporáneo es la relevancia que ha cobrado el mercado –global, neoliberal y de consumo masivo- como un sistema social autónomo que impregna de su lógica a otros campos o sistemas sociales" (De la Torre y Gutiérrez, 2005: 54).

La sobreproducción propia de las sociedades industrializadas ha llevado a construir una oferta de servicios de salud que responde a los intereses de los capitales y coloca a los cuerpos de los pacientes en la posición de receptáculos de la producción desbordada de la industria. Ivan Illich hace una interesante reflexión al respecto en su libro *Némesis médica* en el que afirma que los sujetos se han convertido en consumidores de medicina de toda clase, no sólo curativa, sino incluso preventiva. "Junto con la asistencia a los enfermos, la asistencia a la salud se ha convertido en una mercancía, en algo por lo que uno paga en vez de algo que uno hace" (Illich, 2011: 605). La vida pasa entonces a ser entendida como una serie de periodos para los que se requiere supervisión médica: Prenatal, neonatal, pediátrica, ginecológica, geriátrica…

Los destinatarios finales de los insumos que produce el mercado de la salud son los pacientes. Ya sea porque, colocados en la postura de consumidores, desembolsan recursos propios para acceder a los beneficios que la industria ofrece o porque los reciben a modo de prestación por medio de la intermediación del Estado. Se producen entonces dos modelos de vinculación con el mercado de la salud: el de consumidor y el de beneficiario.

El consumidor

El sujeto en la sociedad de consumo es atrapado en las redes de la oferta del mercado. Su deseo se extravía entre los celofanes iridiscentes de los empaques. ¿En verdad sabe lo que elige una mujer que pide una cesárea sin que exista indicación médica para practicarla? ¿Sabe cuál es el producto que está comprando o al abrir la caja se encuentra con que no responde en

absoluto a sus expectativas pero ha quedado atrapada en las redes tendidas por un deseo que ha sido moldeado por los discursos dominantes? ¿La mujer que elige una cesárea porque su médico le dice que así está evitando el sufrimiento fetal de su bebé, elige en verdad el modelo de parto que prefiere o se siente decepcionada más tarde cuando averigua que los argumentos del especialista no se basaron en evidencia científica?

El deseo es un ente etéreo y volátil que puede adoptar formas diversas respondiendo a aquello que el sujeto intuye que se espera de él; por eso la legendaria frase de Lacan afirma que "el deseo es el deseo del otro". El deseo del sujeto es producto de las construcciones de su época y sus elecciones estarán por tanto ineludiblemente marcadas por un conjunto de creencias sociales. No necesariamente deseamos aquello que nos conviene y no necesariamente elegimos aquello que deseamos. Justamente la mercadotecnia consiste en identificar los deseos del consumidor y revestir con ellos un producto determinado para volverle atractivo. Las mujeres les compran a sus médicos la promesa de un nacimiento sin dolor o sin riesgo cuando eligen una cesárea en el sector privado ¿Pero qué ocurre ante este giro de paciente a consumidor en el terreno de la medicina pública en el que no hay una elección ni un pago por los servicios recibidos?

El beneficiario

Cecilia Canevari analiza el impacto de la mercantilización de los servicios de salud en esquemas que, como el nuestro, plantean la terciarización de servicios. Los servicios arancelados que han resultado del proceso de la reforma en salud que tuvo lugar en varios países latinoamericanos en la década de los noventa han distorsionado, de algún modo, la imagen que se tiene de la salud pública gratuita:

> Convivimos entonces con la idea tramposa de que al ser gratuitos, las personas que asisten tienen que aceptar resignadamente lo que se les ofrece gratuitamente y eso de alguna manera *justifica* la mala atención. En este intercambio (…) el contradón de las mujeres es su propio cuerpo que entregan a los/las estudiantes que necesitan practicar para sus aprendizajes (Canevari, 2011: 133).

Esta interpretación de la gratuidad del servicio que la usuaria paga con su cuerpo es un equívoco, afirma Canevari, porque los servicios públicos son del Estado y “el costo es asumido por toda la ciudadanía”. Sin embargo, para que esto sea percibido así, es necesario concebir a las usuarias de los servicios como sujetos de derecho y no como consumidoras.

El ciudadano

Aparece en esta instancia una tercera figura relevante para lo que a este estudio concierne, la de “ciudadanía”. Mientras el paciente ofrece pasivamente su cuerpo a la investigación médica a cambio de la salud, el consumidor paga por ella y el beneficiario accede a la misma como si se tratase de una limosna, el ciudadano ejerce su derecho a recibirla. En la figura de ciudadanía, el Estado aparece como responsable de garantizar la salud por lo que la discusión queda colocada en el ámbito de los derechos.

Castro y Erviti ponen sobre la mesa también la perspectiva de los derechos en salud apelando al reconocimiento del carácter de “ciudadanía” de las mujeres atendidas en los servicios de salud. Castro y Erviti retoman el concepto de ciudadanía descrito por Hindes como la “condición de los individuos que, en razón de su pertenencia a una comunidad política determinada, poseen ciertos derechos que deben y/o pueden ejercer, y ciertas obligaciones que deben cumplir” (Castro y Erviti, 2015: 39).

Centrar la discusión en el ámbito de la defensa de derechos permite despejar algunos equívocos. Bajo la figura de paciente el sujeto queda condenado a aceptar las modalidades de tratamiento que el proveedor de salud considere convenientes puesto que la voluntad propia es cedida a figura del profesional de la salud, en la lógica de la oferta y la demanda el consumidor moldea su deseo en función de lo que el mercado le ofrece y vuelve seductor ante su mirada, en el ámbito de la beneficencia aquel que carece de recursos para contratar servicios se ve obligado a recibir lo que la voluntad del sistema decida ofrecerle; en el marco de la ciudadanía, en cambio, el sujeto tiene una serie de derechos cuyo ejercicio debe ser garantizado por el Estado.

El concepto de ciudadanía tiene una larga historia que inicia en la época de la Grecia clásica. A lo largo de la historia se le han atribuido significados diversos pasando de dar cuenta de los privilegios de los que gozaba una pequeña élite hasta extenderse a la noción de "ciudadanía universal" que comprendería a todo sujeto sin importar su nacionalidad, religión o cultura, tendría iguales derechos y obligaciones. La noción de ciudadanía está íntimamente relacionada con la de democracia. La ciudadanía es la condición de los individuos de un colectivo que tienen iguales derechos y obligaciones, lo que permite que unos puedan vincularse en igualdad de condiciones con los otros (Horrach, 2009).

Ahora bien, la ciudadanía pareciera ser un hecho dado en cualquier democracia, sin embargo, no necesariamente los sujetos actúan desde la posición de ciudadanos porque no necesariamente dicha condición les es reconocida de facto. La jefa de la Unidad de Asistencia Neonatal Integrada de la Maternidad Sardá, reflexionando en torno al tema afirma que: "Si nosotros no podemos fortalecer a las personas para que se sientan ciudadanos con derechos es muy difícil que ellos vengan a exigir lo que les corresponde. Nosotros sentimos que les tenemos que dar lo que ellos ni siquiera se habían imaginado que debían recibir. Entonces la posibilidad de no hacerlo es alta" (Alicia Benítez, comunicación personal, 10 de agosto, 2016).

Desplazar la discusión de la atención del parto desde la figura del paciente, el consumidor o el beneficiario hacia la del ciudadano es un primer e importante paso. Sin embargo, resulta necesario problematizar también este tema. La discusión centrada en derecho tiene sus propias limitantes; cada legislación reconoce derechos diferentes a los ciudadanos pues la legislación es producto también de las asimetrías en las relaciones de poder. Las mujeres tienen derecho en Argentina "al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer" (Ley 25929 – Art. 2) gracias a la ley de parto humanizado que se dictó en 2004 y fue reglamentada recientemente en el contexto de una gestión que tomó a la defensa de derechos como estandarte político. En México no se han

formalizado ese tipo de derechos para las mujeres, ¿resta eso legitimidad a las demandas por la atención humanizada en el país? Con el derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) pasa lo contrario. Mientras en México las mujeres tienen derecho a optar por esta alternativa, en Argentina la interrupción del embarazo sigue siendo penalizada.

Lo que se legisla en uno y otro contexto tiene que ver con determinados órdenes en las relaciones de poder al interior de la sociedad. Mientras algunas demandas logran llegar a ser legisladas otras no consiguen ese estatus de reconocimiento jurídico, lo cual da cuenta de las prioridades que se establecen en función de las negociaciones entre los grupos que disputan en el poder. La ILE en México podría interpretarse como una victoria de los colectivos que trabajan por la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres, pero podría interpretarse también como señal de la intención del Estado por disminuir los índices de natalidad de determinados sectores de la población, por reducir la creciente tasa de embarazos durante la adolescencia, por disminuir el número de madres solteras...

Las fuerzas que llevan a una demanda a convertirse en ley son múltiples y su desentramado es complejo, por lo que se impone la pregunta: ¿Está la legitimidad de una demanda necesariamente ligada al hecho de que se la encuadre en el marco de la defensa de los derechos? ¿Se vuelve menos legítima la decisión de una mujer de interrumpir un embarazo cuando atraviesa la frontera que separa a un estado que lo permite de otro que lo sanciona?

La formalización de derechos es producto de negociaciones de fuerzas al interior de los colectivos y por ello no puede plantearse como la medida universal para determinar la legitimidad de una demanda. Ciertamente la figura de “ciudadana” coloca a la mujer en una posición más resguardada que la de “paciente”, “cliente” o “beneficiaria”, sin embargo la reflexión académica no puede limitarse a poner sobre la mesa la defensa de los derechos conquistados. Limitar la legitimidad a la defensa de derechos comprende un reconocimiento tácito del orden establecido, lo cual resulta complejo en una realidad que exhibe tantas asimetrías como la actual.

Queda pues la reflexión planteada y el llamado a la academia a empujar determinados temas al centro de la escena de la discusión social de manera que cobren mayor visibilidad. Esos temas, si resultan relevantes para el colectivo, impulsarán movimientos sociales que busquen la transformación de las realidades y logren instaurar leyes que apunten a reducir las asimetrías.

CONCLUYENDO

La participación de la biomedicina en la atención de los nacimientos está soportada sobre cuatro ejes que diferencian su práctica de cualquier otra en torno al evento del nacimiento: instrumentalización, institucionalización, analgesia y atención de nacimientos quirúrgicos. Ciertamente a partir de la existencia de estos recursos que llegaron a la escena de los nacimientos de la mano de los médicos, el parto se convirtió en un evento más seguro para las mujeres.

Sin embargo, en los países con una realidad social polarizada como el nuestro, la atención en salud se polariza también llevando a que impere el esquema TLTL en la atención brindada a poblaciones marginales, mientras se aplica el prototipo TMTS en zonas urbanas de ingreso medio-elevado. Ambos esquemas atentan contra la salud de las mujeres y sus hijos, ya sea por privarles del acceso a los recursos que necesitan o por hacer un uso desmedido de los mismos. Un Estado polarizado sobre-atiende a una parte de la población y desatiende a otra. En nuestro país esto es una realidad fácilmente observable y debe analizarse con cautela la forma en que cada uno de estos esquemas opera imponiendo a los cuerpos modalidades particulares de sometimiento en función de sus rasgos étnicos, su lengua, el grupo etario al que pertenecen, los emblemas que portan de pobreza o de riqueza.

El elevado índice de cesáreas a nivel nacional, sin embargo, conduce a pensar que la balanza se inclina, tratándose de una economía emergente, hacia el paradigma TMTS en el que se exalta la productividad y se imponen al cuerpo, y en particular al evento del nacimiento, criterios de estandarización y

aceleración propios de la política neoliberal. Un gobierno que gestiona políticas públicas negociando con intereses privados lleva que el nacimiento sea colocando en manos de un reducido grupo de profesionales especializados que resultan insuficientes para dar servicio al grueso de la población y tienden a la híper-medicalización del parto favoreciendo los intereses de la iniciativa privada.

La política de gobierno que tiende a la privatización, alcanza el sector salud inclinando la balanza a favor del mercado y en detrimento de la salud de los niños y las mujeres a quienes se les niega el acceso a lo imprescindible o se les impone el consumo de los insumos que la industria farmacéutica produce aunque en su caso resulten innecesarios o incluso perjudiciales. En una ecuación de esta naturaleza la mujer resulta colocada ya sea en el papel de beneficiaria de una suerte de caridad que recibe del Estado sin merecerla o en el de consumidora de un servicio por el cual debe pagar; ambas posturas comprenden una renuncia tácita al estatus de ciudadanía, bajo el cual la salud no es un producto a consumir o un don a mendigar sino un derecho a ejercer.

V. Violentar el nacimiento

Una vez explorado el carácter del vínculo del MMH con la atención de los nacimientos, así como las transformaciones que dicha relación ha sufrido a lo largo de la historia, haciendo énfasis en las condiciones específicas de este vínculo en una economía de mercado como la nuestra, podemos dar el siguiente paso y pasar a analizar el tema principal que estructura esta tesis: el ejercicio de la violencia que opera a través del dispositivo biomédico.

Partiendo de la premisa de que la violencia es toda acción que, intencionadamente, apunta a provocar daño fijando la dominación de un sujeto o grupo sobre otro, podemos estar de acuerdo en que las prácticas que al interior del MMH no se orientan al cuidado de la salud y provocan daño, son formas de violencia. Existen diferentes maneras de ejercer la violencia en la atención obstétrica. A partir del trabajo de campo realizado en este estudio se construyeron tres categorías tratando de entender el eje que articula las distintas clases de actos violentos de los que son objeto las mujeres durante sus partos: violencia desnuda, abandono y violencia velada. Se dedicará este apartado a explorar las particularidades de cada de estas categorías.

A. LA VIOLENCIA DESNUDA: EL MALTRATO

> Cuando yo tuve a mi primer niño tenía 17 años y como no sabía nada y no me dejaba hacer el tacto, me dijeron: “ah sí… pues vas a ver”. Me durmieron toda y me hicieron una cesárea.
>
> (Comunicación personal, 2 de febrero, 2016)

Numerosos relatos en contextos diversos dan cuenta del severo maltrato del que son objeto las mujeres en el ámbito de la salud reproductiva y muchos de ellos han sido documentados por investigadores en el terreno de los estudios sociales. Tanto verbalmente por medio de amenazas, gritos y burlas, como físicamente, a través de la práctica injustificada de procedimientos dolorosos,

se violenta a las mujeres cotidianamente en los servicios de salud. Castro y Erviti, estudiosos del tema, recuperan el siguiente diálogo entre una enfermera y un obstetra:

- “¿Le va a hacer episio?”
- “¡Claro, a todas, de castigo!” (Castro y Erviti, 2015: 107).

El intercambio pretende adoptar un tono humorístico que se diluye ante el hecho de que el corte en los genitales de las mujeres es practicado sistemáticamente, la mayoría de las veces sin hacer uso de anestesia y aún cuando su uso rutinario está desaconsejado en las guías de práctica clínica; de lo cual se puede deducir que efectivamente se lo realiza como castigo pues carece de otra clase de sentido. “Es terrible cuando te rasgan y te cosen así a la viva México, o sea sin anestesia, y te enjuagan con agua fría” (Comunicación personal, 11 de julio, 2014).

En una conversación con un grupo de enfermeras que trabaja en un servicio de salud pública en San Luis Potosí se relata la siguiente historia: “Nos tocó ver un parto en el que a la mujer su ginecólogo le cortó después de que había nacido el bebé y sin anestesia ni nada y luego la suturó y como no le gustó cómo había quedado, la cortó otra vez” (Comunicación personal, 16 de febrero, 2016). En este relato, lo que puede observarse es el despliegue de sadismo de un sujeto que queda encubierto por la institución.

Guadalupe García (2013), miembro del programa de Antropología y Salud de la Universidad de Buenos Aires (UBA), a partir de un extenso trabajo etnográfico en un hospital público ubicado en el área metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires, también da cuenta del maltrato del que las mujeres son objeto en la atención obstétrica que brinda un sistema de salud que “reproduce las desigualdades sociales”. La etnografía de esta autora revela escenas de descarnado ejercicio de la violencia: una mujer atada de pies y manos durante el parto porque el personal considera que se mueve “demasiado”, otra a la que se le “finaliza un aborto en curso con la mano y sin anestesia”. Cecilia Canevari (2011) también da cuenta de legrados practicados sin anestesia “por comodidad” de los profesionales que evitan así el trámite de llamar al

anestesiólogo en *Cuerpos enajenados,* texto en el que refiere la experiencia de mujeres atendidas en una maternidad pública de la provincia de Santiago del Estero.

Si la violencia contra las mujeres que dan a luz es evidente, la que experimentan aquellas que deciden interrumpir un embarazo es aún más abierta. Como respuesta a este fenómeno, algunas Asociaciones Civiles (AC) han optado por diseñar la figura de "acompañantes" en un intento por proteger a las mujeres que acuden a exigir este derecho. Marie Stopes y la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (DDESER) son ejemplo de ello.

Las mujeres que acuden a interrumpir un embarazo son, con frecuencia, colocadas en la misma sala que las que acaban de parir a sus hijos y las que los han perdido. Una de las acompañantes de DDESER relata cómo una enfermera le dice a una mujer que acaba de interrumpir su embarazo: "Ve, ellas sí los tuvieron", mientras le señala a las madres que acunan a sus hijos en las camas frene a ella. A otra que, según el relato de la acompañante, presenta un sangrado espontáneo a los cuatro meses de gestación y acude al hospital a que le practiquen un legrado, le ponen al feto sin vida sobre el pecho y le dicen: "toma a tu bebé" (Comunicación personal, 3 de febrero, 2015). Muchos de los médicos, obligados por normatividad a practicar la interrupción legal del embarazo (ILE), están en profundo desacuerdo con el procedimiento y en consecuencia violentan a las mujeres que deciden solicitarlo.

Es importante detenerse en el hecho de que la mayor parte de las historias de maltrato, de violencia desnuda o como la catalogó a finales de los 80' Johan Glatung "violencia directa", ocurren en el ámbito público y están especialmente dirigidas a mujeres de bajos recursos, de rasgos indígenas, de menor edad; es decir, aquellas que se encuentran condición de mayor vulnerabilidad. Aída relata de la siguiente manera su experiencia en el nacimiento de su primer hijo a los 23 años en el Hospital Materno Infantil de Milpalta:

> Los hospitales públicos tienen muy mala fama y así te tratan (…) Es horrible, te tratan pésimo, te hablan muy grotesco, muy pedante (…) Te gritan de una manera no muy

> desagradable y te maltratan. Me gritaban porque me quejaba y me decían que no me quejara, que guardara silencio, porque había muchas mamás que ya habían tenido a sus bebés y que no podían escuchar los gritos. Ahí entramos solas. Nada más entra un familiar y te ayuda a desvestirte y se sale. En esos lugares no entras con nadie (…) De la silla, me dijeron que me pasara solita a la plancha, no me ayudó nadie y eran como tres doctores, entre ellos una enfermera, y sólo te dicen qué es lo que hagas (…) Ese parto fue fatal, cuando salí no podía ni hablar; sin ganas, ni nada, fatal, fatal. Creo que no me dieron el medicamento tampoco. No me daban medicamento para el dolor. Se me infectó la herida porque en ese momento no había doctor sino puros pasantes y creo que no me cosieron bien porque se me infectó la herida. Y cuando llegó el doctor al otro día me revisó, vio que estaba mal cosido y dijo: "Bueno, vamos a dejarlo así porque ya pasó tiempo, no puedo descoserte y luego coser". Después me tuve que ir a un particular a que me arreglaran (Aída, comunicación personal, 7 de agosto, 2015).

Si bien la discriminación por rasgos étnico-raciales y de clase forman parte del tejido social, resulta necesario preguntarse qué es lo que posibilita que en el ámbito obstétrico se ejerza un grado tan brutal de violencia sin filtro aparente. La legitimidad de la que goza el saber médico mantiene su práctica alejada del escrutinio público aún cuando la posición hegemónica de la biomedicina, que fija una asimetría en las relaciones entre personal de salud y pacientes, se traduce frecuentemente en prácticas de sometimiento. El abuso de poder al interior de las instituciones encargadas de la atención de los partos opera en el marco de una estructura jerárquica y vertical que articula las relaciones al interior del aparato biomédico.

La institución encubre la violencia ejercida por sujetos particulares que dan voz a prejuicios sociales que circulan en el imaginario colectivo. Los médicos con "mano pesada" y las enfermeras "gritonas" son personajes que la institución hospitalaria cobija y encubre, volviéndose cómplice de sus prácticas violentas que imponen a los cuerpos un determinado orden moral que establece jerarquías, sancionando modelos deseables o reprochables de maternidad. Si una mujer tiene "demasiados" hijos a juicio del personal de salud o si los tiene "demasiado" pronto, será verbalmente sancionada por ello.

Múltiples testimonios parecieran dar cuenta de que comúnmente se interpreta al dolor del parto como lo dicta la concepción cristiana: la pena que la mujer ha

de pagar por el placer de su sexualidad. Bajo esta premisa, tanto el dolor naturalmente ligado al proceso fisiológico, como el que es provocado por medio de las intervenciones violentas que acompañan frecuentemente la atención del evento, queda plenamente justificado. La mujer es llamada a adoptar una postura de resignación y aceptación de este dolor que le correspondería sufrir. Cuando Cinthia acudió al Hospital General de la Ciudad de México para que le atendieran el parto de su segundo hijo, relata que ante sus quejas frente al dolor las enfermeras le decían: "¿Por qué gritas ahora si cuando lo estabas teniendo no gritabas (…) Ya sabes a lo que vienes ¿no? ¿Como qué te extraña o qué me dices de nuevo? Si tú ya sabes a lo que vienes y aún así vienes otra vez" (Comunicación personal, 11 de julio, 2014).

El problema del ejercicio de la violencia hacia las mujeres durante el parto no se resuelve dictando lineamientos de atención que resultan archivados o imponiendo sanciones penales a aquellos que los incumplen. "Las teorías modernas del derecho penal (…) sostienen que la criminalización de una conducta debe ser la última medida a utilizar para lograr el respeto y garantía de los derechos humanos y el orden social" (GIRE, 2013: 128). Es necesario comprender, para desarticular, las nociones de mujer, parto, paciente, médico, cuerpo… que subyacen al modelo médico.

Para ejercer sin filtro esta violencia "desnuda" se requiere un paso previo, el extrañamiento respecto de ese otro sobre el que se ha de intervenir, su construcción como "no-persona" que niega su condición de ciudadanía y lo desdibuja como sujeto de derecho, tal como lo señalan Castro y Erviti (2015). García encontró en su trabajo de campo a médicos que llamaban a las mujeres a las que atendían con sobrenombres que ponían en duda su condición humana y que hacían afirmaciones tales como: "esa clase de mujeres tienen umbrales distintos de tolerancia al dolor" o vínculos diferentes con sus hijos que hacen que la muerte de uno de ellos les resulte menos dolorosa que al resto. Desdibujar la humanidad del otro posibilita el ejercicio desnudo de la violencia.

Múltiples relatos dan cuenta de una suerte de negación de la condición de sujeto de aquel al que se atiende, especialmente en instancias públicas en las

que la brecha económica y cultural entre personal de salud y “pacientes” se profundiza. En *Sociología de la práctica médica autoritaria*, Castro y Erviti reportan la escena que les llevó a dar por terminado el trabajo de observación en hospitales públicos que tuvo lugar en el marco de su investigación: Una anestesista interroga a una investigadora acerca del objeto de su estudio; cuando ella dice que la investigación está centrada en las necesidades de las mujeres, la anestesista responde: “Pero si con ellas no hay nada que investigar (…) Estas mujeres no tienen cultura (esto lo dice mientras aprieta fuertemente la mandíbula de una mujer que yace a su lado, dormida, contra la máscara de anestesia y mueve su cara hacia un lado y hacia el otro). No tienen cultura porque no buscan trascender” (Castro y Erviti, 2015: 118).

Del mismo fenómeno da cuenta el relato de una de las parteras del Hospital Municipal de Morón, cuando refiere las inquietudes del personal al interior de la institución al plantearse la iniciativa de dejar pasar a un familiar de la parturienta a la sala de parto en el marco de la implementación de la ley de parto humanizado que se reglamentó un par de años atrás en Argentina: “Una de las compañeras pedía custodia policial (…) tenía miedo de que le pegaran” (Miriam Liliana Olaizola, comunicación personal, 10 de agosto de 2016). Cecilia Canevari refiere también testimonios que dan cuenta del mismo hecho: “Los profesionales piensan: quizá estoy atendiendo a la hermana de quien entró anoche a robar a mi casa, o a la hija de quien mató a mi vecino” (Canvari, 2011: 70). Imaginar al otro como radicalmente diferente y potencialmente amenazante es algo frecuente en el ámbito de la atención pública y atenta contra la condición de sujeto de derecho de aquel al que se atiende: “Algunos médicos subestiman a las personas que no son como ellos, que no piensan como ellos, que no tienen el mismo nivel cultural, el mismo color de piel” (Alicia Benítez, comunicación personal, 11 de agosto, 2016).

Las diferencias socio-culturales entre el personal sanitario y el colectivo al que el sistema de salud pública asiste trazan fronteras que llegan a reforzar las barreras que el propio dispositivo autoritario de la medicina impone, estableciendo una distancia que pareciera insalvable entre profesionales y

pacientes. Este desconocimiento del otro en tanto sujeto está íntimamente relacionado con la legitimación del ejercicio de la violencia.

B. EL ABANDONO COMO FORMA DE VIOLENCIA

> Yo me atendí en el Seguro y quería que alguien me tomara la mano, era lo único que necesitaba. Agarraron una bata, la enrollaron y me la dieron para que la agarrara.
>
> (Comunicación personal, 3 de junio, 2015)

Los requisitos de la burocracia institucional, las largas jornadas de trabajo y el enorme volumen de pacientes que se atienden en las instituciones de salud pública, aparecen comúnmente como justificación para la desatención de las necesidades de las pacientes que asisten a los hospitales públicos. El abandono es una de las manifestaciones de violencia más difíciles de atender porque no se puede levantar una demanda por esta causa, no se puede localizar su marca en ninguna parte del cuerpo, pero la cicatriz que produce es profunda pues está ligada con un sentimiento de humillación que se experimenta cuando es desconocida la condición humana del sujeto.

El abandono es una manifestación común de violencia que se ejerce cotidianamente en las instituciones públicas; el requisito para que dicha violencia pueda aplicarse es el borramiento de la investidura de sujeto de aquel al que se atiende. Cuando ello ocurre todas sus necesidades propiamente humanas son ignoradas porque la institución se da a la tarea de manipular un cuerpo para obtener determinados resultados. La privacidad, la dignidad, el respeto, el consuelo, el afecto, la solidaridad, tienen existencia exclusivamente en el mundo de los sujetos pero pierden relevancia cuando se desdibuja dicha condición en aquel al que se atiende.

García, tras un largo trabajo etnográfico en una institución de salud pública ubicada en el área conurbada de la Ciudad de Buenos Aires, concluye que el “desafecto” es lo que caracteriza a la atención que brindan los profesionales de

la salud a las mujeres en el sector público. Las mujeres son dejadas “solas, en una camilla sin sábanas, con una chata (bacinica) y sin explicarles lo que se está haciendo o esperando” (Guadalupe García, comunicación personal, agosto, 2016). Esta desatención que comúnmente se justifica a partir del excesivo volumen de pacientes que el sector público asiste, está presente en infinidad de relatos, como éste que refiere una de las enfermeras del Hospital General de Iztapalapa:

> Revisamos a un bebé porque la señora me decía que el bebé estaba mojado. Y no es que estuviera mojado, es que estaba lleno de sangre todo atrás. Nosotros nos asustamos porque pensamos que era del bebé, pero no, cuando le dijimos a la señora: “Levántese, déjenos revisarla”. No, la que tenía toda la cama llena de sangre era ella. Y le dijimos: “¿Qué no te has bañado?” Ya llevaba un día de que había nacido su bebé y no se había ido a bañar, para nada. Y no le habían cambiado camas, y no le habían hecho todas esas cosas. Hay veces que hasta van y te dicen: “Aquí están tus sabanas, cámbiate tu cama” (Comunicación personal, 20 de agosto, 2015).

El aseo, al no ser considerado una necesidad primaria, puede parecer irrelevante para el personal, siempre que no esté asociado a la evitación de contagios; pero para la mujer una atención limitada a cubrir sus necesidades orgánicas, poniendo entre paréntesis su condición humana, puede ser experimentado como una forma de abandono. En las salas de partos del sector público las mujeres están rodeadas de personas pero con frecuencia se sienten abandonadas.

La biologización de los pacientes propia del MMH sumada a la institucionalización de la atención característica del sector público puede llevar a desestimar el pudor, el miedo, la tristeza, la soledad; como si se tratara aspectos ajenos a la competencia del proveedor de salud. Son abundantes los relatos de llantos que no son escuchados, llamados que se lanzan al vacío produciendo una profunda sensación de abandono: Al llegar a una de sus consultas prenatales de seguimiento en una hospital público de la Ciudad de México, el médico de turno informa a Mariana que no escucha la frecuencia cardiaca de su bebé por lo que se ha decidido interrumpir el embarazo: “Me dijeron ‘ya te vamos a preparar para hacerte un legrado’. Yo estaba llorando

así, de verdad que no hay nadie que te consuele (…) Necesitas como un apoyo, alguien que esté ahí contigo" (Comunicación personal, 11 de julio, 2014).

El personal de salud en este caso se encargó de intervenir para evitar una posible infección a causa del feto muerto pero no pudo atender las necesidades afectivas de esta mujer que lloraba el duelo de un hijo perdido. A las mujeres que llevan un bebé muerto en el vientre prácticamente no se les brinda ningún servicio. El personal de salud no suele estar preparado para acompañar las pérdidas, por lo que abandona a esta clase de pacientes. Al no haber un bebé que cuidar, el trabajo de parto transcurre de manera solitaria y silenciosa, lo cual puede resultar devastador: "Me dejaron arrinconada y sola cuando mi bebé murió a las 23 semanas. Estuve sola en trabajo de parto 12 horas. Me vomité, me hice de la popó, de la pipí. Nadie me vio. Decían: 'No la chequen porque es óbito'. No puede ser que estemos violentando tanto a las mujeres" (Comunicación personal, 15 de julio, 2014).

En uno de los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), la jefa de enfermeras describe la siguiente escena: Haciendo ronda por el hospital, encuentra a una mujer sola en un salón. Cuando se acerca a ella para preguntarle cómo está, ella le contesta confundida que no lo sabe, que le han dicho que no se va a poder volver a embarazar porque tendrá un "lobito" y no entiende cómo es eso posible. Al parecer nadie se había tomado el tiempo para explicarle lo que significaba que tendría un "óbito", un bebé muerto (Comunicación personal, 20 de marzo, 2015). Aún cuando se atienda la dimensión biológica del evento, un modelo de atención que limita al sujeto a su condición orgánica, es en sí mismo violento.

Las historias de las mujeres también dan cuenta, con frecuencia, de otro tipo de abandono; una desatención deliberada que responde a una intención decidida de responder a la demanda con indiferencia. Paulina relata cómo, siendo una mujer joven de 21 años, llegó a dar a luz a su primer hijo a uno de los hospitales del IMSS y se sintió "sola, sin un apoyo ni nada". Cuando, años después y tras haber tenido dos hijos más recuerda esa primer experiencia, la

relata de la siguiente manera: “Salí con las piernas rasguñadas. Yo les gritaba que ya, que ya me hicieran caso y que ya me llevaran al quirófano para tener a mi bebé porque yo ya no aguantaba, y todavía hasta escuché que dijeron: ‘Vámonos a desayunar’” (Paulina, comunicación personal, 20 de junio, 2015).

Con los actos de desatención deliberada la mujer es llamada a la obediencia. Se ejerce por medio de esta estrategia una suerte de domesticación de quienes se desmarcan de la posición de sometimiento a la que llama la estructura que, como Menéndez señala, plantea una asimetría de partida en la relación médico-paciente. Castro y Erviti trabajan en su investigación en torno a la idea arraigada al modelo biomédico de atención del nacimiento de que la mujer debe “cooperar”, premisa que comprende implícitamente que quienes realizan la tarea del parto son los profesionales.

Por cooperación se entiende una entrega solícita a las indicaciones del personal de salud en la que se priorice el bienestar del bebé frente al propio. Está fuertemente arraigado en el colectivo el imaginario de que la mujer debe cooperar y cuando no lo hace es juzgada como una madre inadecuada. Es interesante señalar que el modelo de maternidad sacrificial no es privativo del mundo médico; unas madres juzgan a otras en la propia sala de partos exaltando la labor de las cooperadoras y criticando a las “gritonas”. La docilidad femenina y la actitud sacrificial son valores ancestrales de nuestra cultura que resulta extremadamente difícil cuestionar; ejemplo de ello es el relato de una de las doulas del programa de intervención para la humanización del parto en el contexto de un grupo de reflexión:

> A mí me tocó una paciente que no cooperaba absolutamente nada (…) Estaba bloqueada, cerrada. Nunca quiso hacer nada. Pidió bloqueo dos veces, ya quería una tercera. El marido mismo se desesperó, todos nos desesperamos. En la sala de expulsión estábamos todos así como que: “Por Dios, reacciona”. No sabíamos qué hacer. (…) Prácticamente ella ya le decía al doctor: “Doctor ya sáquemelo, por favor sáquemelo ¿No me puede hacer ahorita? ¿No me puede hacer cesárea?” O sea ya el bebé completamente coronado (…) Yo le decía, el marido le decía, todos nos calmábamos, nos callábamos, nos estresábamos, nos veíamos, casi llorábamos, nos jalábamos los pelos. Súper tardada la expulsión y de verdad no hubo de otra, tuvieron

> que hacerle Kristeller. Y fueron varias maniobras (…) En ella yo no vi ni la mirada, ni la emoción… o sea estaba absoluta y completamente desconectada, desconectada totalmente, totalmente, total (Comunicación personal, 15 de julio, 2015).

Este relato da cuenta de cómo la atención y el abandono están íntimamente ligados a la figura de la cooperación. Cuando la mujer coopera ciñéndose al modelo de maternidad que colectivamente se juzga adecuado, resulta "premiada" por medio de la atención disponible del personal de salud; se le ofrece un poco de tiempo. Cuando, por el contrario, la mujer se resiste a ser dócil y su actitud se califica como "descontrolada" porque expresa abiertamente su resistencia a someterse a los lineamientos institucionales, se la domestica mediante la desatención deliberada. Una de las entrevistadas que atendió su parto en el Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa, narra el siguiente relato:

> Una señora se alivió enfrente de mí y ya ella pedía a gritos que la atendieran y los doctores se burlaban de ella, los doctores y los enfermeros (…) Le decían que se esperara. Es que la señora se subía a la cama, se bajaba… O sea de la desesperación, del dolor. Supongo que no toleraba el dolor tanto. Pedía a gritos y me pedía por favor que le hablara a los doctores para que la atendieran (…) Y los doctores nada más se le quedaban viendo, igual los enfermeros, se le quedaban viendo y se reían de ella; el cómo ella desesperada del dolor se subía, se ponía de espaldas (…) Hasta que llegó un doctor, lo vi más humano, y la atendió. Dijo que ya tenía la cabecita casi afuera. Y la señora así como que: "Por favor" (…) Yo me dolía mucho pero calladita (…) porque no quería que a mí me trataran mal (…) Me dijo mi hermana: "Mira, no te quejes tanto porque si no, no te van a atender. Quéjate cuando de verdad lo necesites" (…) Yo llegué así como que decidida: "No me voy a quejar, no me voy a quejar, voy a aguantar, voy a aguantar". Y pues sí aguanté gracias a Dios. Yo no recibí malos tratos, no sé si fue porque era mi primer hija y estaba más grande que las demás o porque no me quejé tanto. Esperé, hice lo que ellos me dijeron (…) No quería que trataran mal a mi bebé (Comunicación personal, 11 de julio de 2014).

Tanto el abandono como la desatención deliberada son formas de violencia que pasan mayormente inadvertidas en las instituciones públicas pues se ha establecido colectivamente la premisa de que el personal "no cuenta con el tiempo necesario" para llevar a cabo adecuadamente su tarea. Interesantemente esta premisa ha sido puesta en duda por algunas investigadoras que se han dado a la tarea de etnografiar los servicios de salud

del Estado. Guadalupe García, tras su observación de la dinámica al interior de una institución de gran volumen en la Provincia de Buenos Aires, asegura que la sobrecarga de trabajo no existe. Afirma que a los obstetras se los encuentra más frecuentemente charlando en el “estar médico” que en las salas de parto: “Al parto ni los residentes lo querían atender”. Canevari, por su parte. asegura en la misma dirección que “el hecho de que la demanda no pueda ser satisfecha, no es por escasez de personal, sino porque los/las médicos/as de planta dedican al hospital un tiempo escaso y marcan un límite de turnos para atender, porque deben salir a trabajar en el sector privado. Usan lo público y cuidan lo privado” (Canevari, 2011: 96).

Este giro en el abordaje del problema permite acercarse al tema del abandono desde una óptica nueva. Si pensamos que el sistema de salud se encuentra desbordado y atribuimos a dicho desbordamiento el problema de la desatención, el conflicto queda planteado en términos de violencia estructural; un sistema que fija las desigualdades destinando recursos insuficientes a los servicios de los que hacen uso los grupos vulnerables. En este escenario la responsabilidad del abandono queda diseminada entre actores diversos: políticos, funcionarios, legisladores… Esta es indiscutiblemente una de las aristas del problema pero pareciera que el abandono no puede reducirse a este aspecto. Si tomamos con seriedad la afirmación de las etnógrafas de que el problema central no es la falta de tiempo sino la distribución del mismo en función de lo que se establece como prioritario, necesitaríamos hacer una lectura diferente del fenómeno.

El tiempo es organizado a partir de un criterio de jerarquización que clasifica a algunas tareas como indispensables mientras otras devienen accesorias. En las instituciones de salud al personal se le asignan una serie de labores administrativas que ocupan gran parte de su quehacer cotidiano y a la par de ello se le conmina a operar bajo la premisa de la agilización del tránsito de las mujeres por el dispositivo con el fin de evitar el congestionamiento del mismo. Se espera del equipo una actitud resolutiva y se evalúa su desempeño en esos términos. El director de una maternidad pública de la red del ISEM, comenta:

> ¿Cómo quieres calidad si tienes un volumen tremendo de pacientes? (…) Y esto es diario, diario (…) Y aparte el director encima de ellos de que: "Calidad en la atención", los tiempos de espera, llena el expediente, elabora una 004, cumple con los procesos, llena tu hoja médica, ta, ta, ta…" Son como 13 documentos que se tienen que llenar para un expediente clínico. Y si no están llenos es una falta y una sanción administrativa, y tienen que cumplir (Christian B. Mera Hernández, comunicación personal, 15 de enero, 2015).

La estructura misma conduce a la serialización que deshumaniza y lleva con ello a obviar la particularidad del hecho de que el sistema médico trabaja con sujetos. Puesto que el MMH aborda el parto como un fenómeno exclusivamente orgánico y no como un evento significativo en la vida de la mujer, la atención disponible es colocada en la evolución fisiológica del proceso mientras que la condición humana aparece como un obstáculo que demora el proceso productivo. Se pueden atender la dilatación cervical, los signos vitales, el descenso de la cabeza en la pelvis, pero es común que se desatiendan el dolor, el miedo, la ilusión; y con ello que se abandone a los sujetos. En un contexto de estas características, la medicalización puede ser percibida como la única clase de atención que la mujer tendría que aspirar a recibir de sus proveedores de salud.

C. LA VIOLENCIA VELADA: LA HÍPER-MEDICALIZACIÓN

> Nosotros apurando un proceso completamente natural y fisiológico lo que hacemos en realidad es buscar la complicación. Terminas en la distocia en el 80% de los casos por una práctica innecesaria.
>
> (Carina Sives, partera, comunicación personal, 16 de agosto, 2016)

La biomedicina es hoy en día la principal encargada de la atención de los nacimientos en nuestra sociedad debido, en gran medida, a que su intervención en el terreno de la asistencia del parto se ha relacionado históricamente con una reducción significativa en el índice de muertes maternas y neonatales. En el análisis de las prácticas médicas puede

observarse, sin embargo, un sinnúmero de intervenciones que son llevadas a cabo de forma cotidiana aún cuando está demostrado por las mismas instancias de regulación del ejercicio de la profesión que lejos de procurar salud, generan daño. Ejemplo de ello son el uso generalizado de oxitocina sintética durante el trabajo de parto, el corte en los genitales en el momento del nacimiento (episiotomía), el uso de posiciones contraindicadas por la Organización Mundial de la Salud para el pujo, la separación de la madre y el bebé.

Dentro del ámbito de la biomedicina coexisten prácticas diversas, algunas de ellas responden a los lineamientos fijados a partir de MBE e impactan en una reducción de los riesgos que madres e hijos experimentan durante el parto mientras que otras terminan generando más perjuicio que beneficio; este segundo conjunto de intervenciones es el que identificaremos como híper-medicalización. Una partera que trabaja en un servicio privado en la ciudad de Buenos Aires, comenta: “Es una bola de nieve. Empezás haciendo algo chiquitito y terminás haciendo desastres. He visto todo tipo de complicaciones producto de la intervención” (Miriam Liliana Olaizola, comunicación personal, 22 de julio, 2016).

La híper-medicalización del parto es hoy en día emblemática del quehacer biomédico. Se usan sistemáticamente los recursos de la biomedicina para alterar los procesos fisiológicos sin tomar en cuenta las guías de práctica clínica. Una de las enfermeras de CIMIGen narra la siguiente historia que permite entender cómo al acelerarse artificialmente el proceso del parto, se puede afectar la salud de madre e hijo.

> Yo cuando me fui la dejé con oxi, pero cuando llegó la gíneco de la tarde le inició Misoprostol[14] (…) Y lógicamente que horas después le empezó a dar polisistolia.[15] Empezó a hacer seis contracciones en diez, intensas (…) Es como si te eharas ahorita tequila y al rato te echaras cerveza y en un rato te echaras, no sé, algo más… te bloqueas ¿no? Tu mismo cuerpo se bloquea, se ataranta. Y entonces ella estuvo así

[14] Dos hormonas sintéticas para estimular la actividad uterina que está contraindicado usar de forma simultánea.
[15] Exceso de actividad uterina: Más de cinco contracciones en un periodo de 10 minutos.

> mucho tiempo, toda la noche (…) Yo creo que los nacimientos no deben de ser así. Yo creo que tu experiencia, tu trabajo de parto, no debe ser la cosa más horrible del mundo (…) Tú lo piensas como profesional, tú piensas: Si yo estaría en su lugar, yo le habría dicho "Hazme una cesárea, una cesárea porque mi hijo no va a pagar los platos rotos del desmadre" (…) Todos quieren a fuerza utilizar Misoprostol, ¿no? (…) y los mismos estudios lo dicen: son bebés que tienen riesgo de polisistolia (…) y la mamá en el puerperio te va a sangrar (Comunicación personal, 18 de agosto, 2015).

A pesar de que la híper-medicalización tiene un probado efecto negativo en la salud de los pacientes, sigue siendo el paradigma que rige la formación de médicos, enfermeras e incluso parteras. Olaizola, quien actualmente atiende nacimientos con el menor índice de intervención posible, relata cómo fue su propio proceso de adiestramiento:

> La formación cuando yo estudié hace 20 años, y hoy sigue siendo más o menos igual, era la intervención. Vos eras una muy buena partera si sabías conducir con oxitocina, si eras rápida para hacer el trabajo de parto, el expulsivo dirigido, para hacer una buena episiotomía, una buena sutura. No había otra forma. Yo en toda mi carrera no vi un solo parto natural. Y yo hacía lo mismo, reproducía lo que me habían enseñado (Miriam Liliana Olaizola, comunicación personal, 22 de julio, 2016).

Analizaremos el impacto de esta híper-medicalización deteniéndonos a observar las implicaciones asociadas con algunas de las intervenciones más comunes en la obstetricia que se practica hoy en día en la mayoría de los hospitales:

Episiotomía

La episiotomía es una práctica cuyo uso rutinario en partos vaginales sin complicaciones está desaconsejado por la OMS debido al traumatismo perineal que representa.[16] Consiste en realizar un corte en el perineo en el momento de la salida del bebé que acorta el periodo expulsivo por un lapso de tres a cinco minutos, tiempo que resulta insignificante en comparación con las horas destinadas al trabajo de parto pero que puede ser vital ante una emergencia. La insistencia por practicar rutinariamente episiotomías en un sistema de salud

[16] Se asocia a la episiotomía un mayor índice de desgarros de tercer y cuarto grado. Al practicarla se incrementa también el riesgo de afectación de esfínteres. Existe la posibilidad de que la mujer presente dolor crónico en el ejercicio de la sexualidad una vez practicado este procedimiento.

pública que aparentemente no se da abasto para atender las necesidades más elementales de las pacientes, es digno de atención. La episiotomía requiere de material de sutura, analgesia y de un tiempo de personal especializado, recursos escasos en el sector público.

Los médicos que practican episiotomías de forma rutinaria argumentan que lo hacen así para evitar desgarros en las mujeres pero está ampliamente probado que los desgarros severos, de tercer y cuarto grado, sólo se presentan, de hecho, cuando una episiotomía se ha llevado a cabo. Las episiotomías, sin embargo, son realizadas a destajo en las instituciones de salud; se las usa para agilizar los nacimientos o incluso para desarrollar la destreza de los estudiantes cuando no existe justificación médica para emplearla. Ello no quiere decir que toda episiotomía sea un acto violento, pero lo es siempre que se la practique sin que exista justificación médica para hacerlo.

Cesárea

La operación cesárea, que crece de forma desmedida en nuestra sociedad, no está libre de cuestionamientos. La propia OMS asegura que: "ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos. Este incremento va de la mano con una mayor morbilidad y mortalidad materna ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna" (Informe GIRE, 2013: 136). Graciela Freyermuth (2009), en su análisis sobre la mortalidad materna en México afirma que la cesárea es actualmente una de las principales causas de muerte materna señalando que la tasa de muerte materna de la cesárea es desde dos y hasta siete veces mayor que la del parto.

Monitoreo fetal continuo

El uso de cardiotocógrafos[17] para monitorear la frecuencia cardiaca del bebé durante el parto ha llevado a que los índices de cesáreas subieran significativamente a partir de su incorporación al esquema de atención del

[17] Método de evaluación de la salud del feto que registra simultáneamente la frecuencia cardiaca, los movimientos fetales y las contracciones uterinas.

nacimiento de bajo riesgo sin que la inversión realizada para adquirir esta clase de equipo costoso representara reducción alguna de la morbi-mortalidad infantil.

Al respecto, Huter sostiene que: “Los estudios sugieren que, cuando se empezaron a usar los monitores fetales, las cesáreas se dispararon (…) Un estudio aleatorio a gran escala, realizado a un grupo de control en el que participaron cerca de 53,000 mujeres, comprobó que la monitorización fetal continua no era más eficaz que el uso de un estetoscopio para escuchar el latido cardiaco del bebé” (Huter, 2010: 158-159).

A pesar de la evidencia en contra de esta clase de monitoreo, en octubre de 2013 se planteó la iniciativa en México de colocar monitores fetales a las indígenas huicholas que transmitirían resultados vía WiFi como medida para reducir los índices de mortalidad materno-infantil (El Universal, 22 de octubre de 2013).

Oxitocina sintética

Michel Odent (2011), obstetra francés dedicado a analizar el modo en que las intervenciones médicas impactan en la fisiología del nacimiento, señala que el uso de oxitocina sintética durante el trabajo de parto, práctica habitual en la atención de los nacimientos, podría tener efectos nocivos para el bebé a largo plazo. La oxitocina se ha encontrado presente en cantidades abundantes en el torrente sanguíneo de recién nacidos cuyas madres han sido sometidas a procedimientos de inducción o conducción. Odent afirma que existen importantes probabilidades de que dicha hormona llegue al cerebro del bebé durante un “periodo crítico” en el que el este órgano no ha terminado aún de desarrollarse. La oxitocina es la hormona que se responsabiliza de la socialización y la capacidad de amar, según lo demuestran diversos estudios en neurobiología por lo que Odent sugiere que puede existir una relación entre el suministro generalizado de oxitocina como parte de la atención rutinaria de los nacimientos y el incremento en el índice de autismo, anorexia nerviosa y disfunciones en la vida sexual adulta. Vale recuperar esta cita de una de sus obras más recientes, *El nacimiento en la era del plástico*:

El parto no es la única situación que implica el sistema de la oxitocina. La oxitocina es el principal compuesto de los *cockteles* hormonales liberados durante todos los episodios de la vida sexual y reproductiva. Empezamos a preguntarnos sobre la frecuencia acrecentada de las disfunciones sexuales y nos preguntamos por qué las estadísticas de lactancia materna no mejoran a pesar de las intensas campañas de salud pública. Conocemos el rol que juega la oxitocina en la capacidad de establecer un cruce de miradas, de interpretar los mensajes faciales y de estar en situación de confianza. En otras palabras, comprendemos el rol esencial del sistema de oxitocina en los procesos de socialización. Podemos presentar a la oxitocina como la principal hormona del amor (Odent, 2011: 39).

Por su parte, la doctora Kerstin Uvnäs Moberg (2009), investigadora del Instituto Karolinska de Estocolmo, ha demostrado que los organismos de las madres que han sido estimuladas con oxitocina sintética durante su trabajo de parto tardan hasta un mes en recuperar niveles normales de secreción de esta hormona. La oxitocina juega un papel esencial en la creación del vínculo con el bebé por lo que la investigadora asocia el desequilibrio en la producción de esta hormona en los días posteriores al nacimiento con cuadros de depresión posparto.

El fenómeno de la híper-medicalización

Las instancias de regulación de la práctica médica como la OMS y en nuestro país la Secretaría de Salud elaboran normas y lineamientos que apuntan a regular el abuso en las intervenciones pues está demostrado que la mayoría de las intervenciones médicas rutinarias, lejos de favorecer procesos reproductivos más seguros, incrementan los riesgos a los que son expuestos madres e hijos, a la vez que representan un elevado costo para el sistema de salud:

> El modelo médico de atención del parto ha sido objeto de creciente escrutinio debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de procedimientos médicos que, además de ser incómodos para la mujer, pueden llegar a alterar su salud

> o la del recién nacido (…) En las últimas décadas se ha producido una expansión en el desarrollo y uso de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso del parto con el propósito de mejorar los resultados para la madre y su recién nacido con prácticas habituales, sin disponer de la suficiente evidencia en relación con su seguridad y eficacia. Por ello, en los últimos años se han realizado investigaciones de las mismas, tales como el efecto que el tipo de atención tiene en la madre y en sus hijos a corto y largo plazo (SSA, 2014: 12-14).

Toda intervención -desde el uso de plásticos para las canalizaciones de las mujeres en trabajo de parto, y como consecuencia la exposición a ftalatos intravenosos, hasta la separación de bebé y mamá en el momento del nacimiento-, tiene un impacto en la salud de ambos. El efecto iatrogénico de la híper-medicalización del nacimiento está ampliamente documentado por lo que la medicalización indiscriminada no responde al principio de procurar la salud del paciente.

En el ejercicio de la medicina se ponen en juego, de forma velada, fuerzas de campos diversos que dialogan con el principio científico-terapéutico de la disciplina; la medicina no se trata sólo de curar. Tal como lo señala Menéndez (1994) la institución médica, además de atender el cuidado de la salud, está impregnada de concepciones sociales que se traducen en prácticas, cuyo análisis da cuenta de las profundas desigualdades en la distribución del poder de la sociedad de la que es producto. Se puede entrever, a partir del análisis de sus prácticas, que existe toda una batería de intervenciones que se ejecutan al margen de la MBE y que dan cuenta de relaciones de sometimiento atravesadas por el género, la racialización, la cultura, y la economía. La medicina a la vez que cura, domestica, sanciona, integra o excluye a los sujetos de los colectivos en los que se inscriben.

Desarrollos desde la antropología y otras disciplinas han estudiado los motores sociales que conducen a la medicalización del nacimiento. Se han propuesto numerosas e interesantes explicaciones al respecto que involucran desde la materialización de prácticas de sometimiento de género que toman forma en la manipulación del cuerpo de la mujer y su capacidad reproductiva, hasta la aplicación del modelo capitalista a la medicina que convierte a médicos y

pacientes en consumidores. La constitución social del saber médico como científico y hegemónico que ha sido ampliamente trabajada por Eduardo Menéndez a lo largo de su toda su obra, ha sido clave para pensar estos procesos de entrecruzamiento entre los saberes del campo científico y los de la vida social.

La intervención desmedida en la atención se transmite en la formación; pasa de una generación a la siguiente por lo que los profesionales de la salud generalmente no la identifican como expresión de violencia. Una partera que hoy atiende en un hospital inscrito en el modelo humanizado hace un análisis reflexivo de su trayectoria profesional: “Ahora me siento bastante mal de cómo trabajaba pero antes no conocía otra manera, entonces no tenía punto de comparación. Para mí estaba perfecto lo que estaba haciendo (…) Yo dentro de la intervención siempre traté de que fuera de una manera respetada, pero el hecho de hacer intervenciones innecesarias es una manera de no respetar al otro también. Yo no era consciente de eso. Me metí en el sistema, me enseñaron así” (Carina Sives, comunicación personal, 16 de agosto de 2016).

El modelo médico de atención del parto de una sociedad es reflejo de un sistema y el sistema actual prioriza la productividad sobre otra serie de valores. Esta concepción moldea la atención ofrecida tanto en el sector público como en el privado, de manera tal que las guías de práctica clínica son secundarizadas predominando el principio de eficacia productiva. Una ginecóloga que labora en la práctica privada, justifica la intervención desmedida en el sector público a partir de la historia relatada por uno de sus colegas: “Él me dijo que era el único adscrito en su turno, que tenía dos R1 y un R4 para atender a todas las pacientes que le tocaran. Así que llegaba y veía cuáles tenían menos probabilidades de prosperar y a esas las operaba: ‘Si tengo a 15 en trabajo de parto, algo se me va a pasar, algún foco no voy a checar… Yo sé que no está bien pero que me digan qué tengo que hacer’” (Comunicación personal, 8 de octubre, 2014).

Los recursos de la biomedicina son empleados para responder a las demandas de productividad que la institución impone a su personal. El personal de

hospitales que dan curso a una demanda abundante de pacientes establece, por ejemplo, criterios de “cortesía” como el de entregar las salas “despejadas” al siguiente turno acelerando artificialmente los nacimientos, práctica que nada tiene que ver con el cuidado de la salud de las mujeres pero que opera como una suerte de norma implícita: “Cuando hice el voluntariado en el hospital civil de Guadalajara, a las 7:00 se entregaba guardia, entonces a las 6:00 le abrían a la oxitocina de las mujeres en trabajo de parto, a las 6:45 estaban los expulsivos llenos y entregabas la guardia vacía, porque si le entregabas la guardia llena al siguiente turno, ellos se quejaban” (Comunicación personal, 25 de mayo, 2015). El director de otro hospital público del Estado de México también entiende que la resolución de los nacimientos por medio de la aceleración artificial del proceso responde a un gesto de solidaridad con los compañeros de trabajo: “Es mala onda con el siguiente turno dejar la sala llena y no tranquila” (Comunicación personal, 4 de mayo, 2016).

En los hospitales privados la aceleración del trabajo de parto puede estar asociada directamente con una reducción en el tiempo destinado a la tarea por parte del profesional de salud, sin embargo, en los hospitales públicos en los que el personal simplemente se retira al concluir su turno, es también recurrente la referencia a la intervención como recurso para la “agilización”. El interés por entregar despejada la guardia que lleva a la medicalización innecesaria del proceso da cuenta de un principio de productividad que se imprime en la dinámica médica; ser “una guardia resolutiva” es bien valorado y los profesionales están interesados en “cumplir con la tarea asignada” para que su desempeño sea bien evaluado por parte de sus superiores. El principio de productividad se prioriza respecto del cuidado de la salud en el momento en que la cualidad de sujetos de aquellos a los que se atiende queda desdibujada y se los percibe entonces como una tarea colectiva a cumplir. A partir de ese punto la solidaridad se establece con aquellos a los que sí se les reconoce condición de sujetos: los pares, los compañeros.

El parto, en el campo biomédico, es entendido como un trabajo que los profesionales de la salud deben realizar más que una tarea de la que cada mujer pude encargarse. A las mujeres “hay que hacerles el parto” y cumplir de

este modo con la encomienda del sistema de salud y de la sociedad. El profesional de la salud interviene en el proceso para “acelerarlo” respondiendo así a una demanda institucional de agilización y no a la premisa de cuidado de la salud que apuntaría a que su labor se orientara a vigilar la sana evolución del proceso limitando su intervención a los escenarios de complicación, según lo indican las guías de práctica clínica.

La híper-medicalización no puede entenderse solamente como la respuesta institucional ante la sobrecarga de trabajo, de hecho, los más altos índices de intervención no se presentan en los hospitales públicos que atienden gran volumen de pacientes, sino en las clínicas privadas que dan atención a un porcentaje mínimo de la población. Los más altos índices de cesárea no se presentan en los hospitales del Sector Salud sino en las clínicas privadas que dan atención al 2% de la población y que están exentas de la problemática asociada con los servicios de gran volumen. ¿Qué es entonces lo que lleva al uso sistemático de oxitocina, a la práctica indiscriminada de nacimientos quirúrgicos y episiotomías? El tema es que la lógica de la productividad se prioriza frente al interés por cuidar la salud de la paciente.

El tiempo adquiere relevancia cuando la productividad cobra centralidad en las instituciones de salud y la agilización de la producción aparece como valor. El tiempo de las pacientes no tiene el mismo valor que el de los profesionales, como lo refiere Canevari (2011) en su trabajo etnográfico. Las “pacientes” son llamadas, como su categoría lo indica, a la paciencia; a supeditar su tiempo al de la institución. Deben estar dispuestas a esperar lo necesario para recibir una consulta, hacer fila desde horas tempranas para conseguir turno en los hospitales, esperar a que haya camas disponibles para ser ingresadas a los servicios; pero deben estar dispuestas también a apurarse cuando es necesario, aceptar que se aceleren sus procesos de nacimiento y pujo, que se las separe de sus hijos para agilizar las tareas de la institución. Es decir, al tiempo de las pacientes no se le confiere ninguna clase de valor mientras que el tiempo de los profesionales es valioso y escaso por lo que no debe desperdiciarse. El tiempo destinado a la atención debe ser optimizado, por lo

que se justifica la intervención que agiliza la labor de los profesionales aunque impacte negativamente en la salud de las mujeres.

La híper-medicalización del nacimiento es un reflejo de las asimetrías sociales que se traducen en el valor que se atribuye al tiempo de los diferentes actores. El tiempo menos valioso en este orden jerárquico es el de los grupos marginales, de los que se espera que se desplacen desde sus localidades hacia los hospitales, que se sometan a listas de espera, trámites burocráticos, filas… destinando enormes cantidades de su tiempo a cambio de recibir un mínimo del tiempo valioso de un profesional de la salud.

Entre las pacientes existen diferencias; aquellas que pertenecen a un determinado estrato social que les permite acceder a la atención privada, cotizan mejor su propia temporalidad. Tienen derecho a exigir esperas menos prolongadas y a recibir una mayor cantidad de horas de atención por parte de los profesionales pues están pagando por ella. Aún así, el tiempo del médico sigue siendo siempre más valioso que el de la paciente, por lo que las intervenciones destinadas a reducir la inversión de tiempo profesional en la tares de la atención del nacimiento, sigue estando justificada.

Entre los profesionales de la salud hay también jerarquías que se traducen en el valor asignado a los tiempos. Un especialista privado puede poner el cuidado de su paciente a cargo de un asistente o encomendar la vigilancia al personal de enfermería mientras destina su tiempo a otras labores. Los profesionales con mayor prestigio y rango, los directores de departamentos por ejemplo, son los que cuentan con tiempos mejor cotizados y a cambio de cuya atención hace falta invertir muchas horas de tiempo devaluado. Así, las enfermeras y parteras son las que destinan más horas al cuidado de las pacientes, mientras que los especialistas son poseedores de tiempos valiosos que escatiman.

La atención de los nacimientos es encomendada en nuestro país a los obstetras, que son personal altamente calificado y costoso, poniéndose en sus manos la vida de un gran número de mujeres. En el hospital Materno Infantil Vicente Guerrero, parte de la red del ISEM labora con una plantilla que consta

en promedio de dos o tres ginecoobstetras por turno, cuando se requiere al menos cuatro de ellos para cubrir con la demanda de un hospital que atiende un promedio de 500 nacimientos al mes. Así, mientras uno de los ginecólogos se encarga de las 40 consultas en promedio que corresponden al turno, el otro o los dos restantes son responsables de atender todos los partos, cesáreas y legrados que se presenten en las ocho horas de su servicio (Christian B. Mera Hernández, comunicación personal, 28 de mayo, 2016). En un escenario como éste el tiempo de los especialistas se convierte en un recurso de lujo; resulta prioritario que las mujeres den a luz rápidamente para despejar las cinco camillas disponibles en el área de labor y para que los obstetras estén disponibles en caso de que se presentara una emergencia.

La “aceleración” de los nacimientos tiene como resultado un aumento directo del índice de cesáreas. Una mujer que tiene un nacimiento por esta vía requiere, además de una mayor cantidad de insumos, un mayor tiempo de observación y cuidados por parte del personal. Mientras puede darse de alta a una paciente ocho o doce horas después de un parto vaginal, la cesárea requiere de 36 a 48 horas de observación y cuidados. Pero mientras las camillas de labor son sólo cinco, un hospital como el Vicente Guerrero cuenta con 36 camas en piso para la recuperación de las pacientes y el cuidado del puerperio se encomienda, principalmente, al personal de enfermería que tiene un tiempo “menos valioso” que el de los especialistas.

La biomedicina es, además de un recurso terapéutico, un agente de control social que imprime normas, consignas y patrones de conducta a los sujetos a través de técnicas de procesamiento de sus cuerpos. Impone a través de sus recursos, modalidades específicas de sometimiento. El sistema de salud imprime en los cuerpos las asimetrías de las relaciones de poder, revelando su faceta más brutal en la atención de los grupos marginales. El maltrato es una forma de ejercer violencia, pero no es la única, la práctica injustificada de procedimientos que impactan negativamente en la salud de las pacientes para “agilizar” el proceso imprime en el cuerpo el valor diferencial de los tiempos por lo que es también un acto violento, aunque se lleve a cabo con total amabilidad.

Con frecuencia, sin embargo, las intervenciones médicas son interpretadas por las mujeres no como un acto violento sino como sinónimo de cuidado. El mercado impone políticas públicas y prácticas institucionales, pero al hacerlo moldea también modalidades de deseo en los sujetos. El condicionamiento cultural hace que las mujeres no sólo acepten las intervenciones sino que las valoran positivamente e incluso las demandan. Las quejas en cuanto a la atención de los nacimientos rara vez se orientan a la práctica desmedida de intervenciones. La presidenta de una voluntariado de doulas que trabaja en un hospital público de la provincia de Buenos Aires comenta: “En el hospital que lo que vemos es que las mujeres sienten el que les hagan cosas como un signo de que las están valorando porque han tenido un abandono en los recursos impresionante” (Mariana Areso, comunicación personal, 5 de agosto, 2016).

Uno de los más claros indicadores de violencia en el ámbito reproductivo, que ha sido poco estudiado, es la esterilización forzada. Aunque se hace alguna referencia a esta práctica en algunos trabajos entre los que se encuentra el de Castro y Bronfman (1987), no es hasta que Ramón Figueroa (1996) denuncia la esterilización masiva como una estrategia de limpieza étnica implementada por el gobierno de Perú, que el tema finalmente sale a la luz con toda su fuerza. Entre 1995 y 2000 se esterilizó a 331,600 mujeres y 25,590 hombres, mayormente indígenas, orillándolos a tomar la decisión de someterse a la esterilización por medio de presiones, extorsiones, amenazas y sobornos. La política de control de la natalidad implementada por Fujimori parece ser una respuesta a la oferta del FMI y el BM de renegociar la deuda de Perú a cambio de que el gobierno facilitara las privatizaciones del sector salud, la apertura al capital extranjero y se comprometiera a implementar una política de control del crecimiento demográfico, especialmente entre sectores pobres que eran percibidos como “potencialmente peligrosos” (Barthélemy, 2004). Más tarde el problema de la esterilización forzada, inclusive en población indígena como política de Estado implementada a mediados de los 70’, fue abordado en el contexto nacional por Eduardo Menéndez (2009a), La esterilización fue practicada sistemáticamente sin consentimiento de las pacientes pobres primero en E.U. y luego en casi todos los países de Latinoamérica y del Caribe

entre los que se cuenta a México, como una estrategia orientada a reducir la tasa de natalidad de ese grupo de población. El Fondo para la Población de las Naciones Unidas, también negoció con México parte de su deuda externa a cambio de la implementación de un programa de Planificación Familiar, con lo que se muestra la íntima relación entre políticas públicas e intereses económicos.

En un lapso de 50 años la esterilización fue pasando gradualmente de ser una imposición a volverse una práctica "elegida" por muchas mujeres de grupos marginales hasta convertirse hoy en día en el método de control de la natalidad más frecuente de nuestro país. Un 48.6% de las mujeres que practican la anticoncepción en México elige la esterilización o es presionada a elegirla como la mejor alternativa, según reporta el INEGI (ENADID, 2014). Los discursos de los grupos dominantes se filtran a los subalternos y son finalmente encarnados por ellos. Las mujeres indígenas, tras años de políticas públicas orientadas a esterilizarlas, terminaron por convencerse de que lo mejor para ellas era interrumpir la fertilidad de forma definitiva cuando lo que estaban haciendo era responder a intereses que lejos de limitarse al orden personal, tocan la esfera de lo político-económico.

Una nueva modalidad de anticoncepción forzada que denuncian actualmente organismos como GIRE y la CNDH es la presión para la aplicación de Dispositivos Intrauterinos (DIU) como práctica frecuente tras el parto en instituciones de salud pública. Si bien no puede afirmarse que se trate de una práctica generalizada, los organismos que estudian el tema afirman que es frecuente y difícil de cuantificar debido a la cifra negra de casos no denunciados.

Tras la aparente preocupación por la salud de las pacientes, pueden practicarse diversas modalidades de abuso. Se puede infringir un dolor innecesario en el cuerpo, como ocurre con los tactos recurrentes a lo largo del trabajo de parto: "'Déjeme hacerle tacto'. 'Pero es que me acaban de hacer tacto'. 'De una vez se lo tengo que hacer, tengo que ver qué tanto has avanzado'. ¿Qué tanto puedes avanzar en 10 minutos?" (Comunicación

personal, 20 de agosto, 2015). Y se puede violentar también el cuerpo de una mujer de maneras más sutiles: “En mi caso el médico me revisa de todo, me revisa que mis pezones estén bien, me hace tacto para que no haya infección, porque dice que luego la infección en las vías urinarias contrae infecciones vaginales y no se detectan tan rápido. Entonces él me hace tacto para revisar eso” (Comunicación personal, 11 de julio, 2014).

Ni el tacto ni la revisión de los pezones tendrían por qué formar parte de los procedimientos que se llevan a cabo en una consulta prenatal rutinaria ya que no ofrecen información médica relevante. No se puede detectar una infección vaginal o urinaria por medio de un tacto ni evitar una posible complicación de lactancia por medio de la revisión de pezones. La mujer que hace la narrativa, sin embargo, interpreta la revisión exhaustiva de su médico como señal de cuidado que agradece pues asume que él, dueño del conocimiento, le está brinda su valioso tiempo para garantizar el sano progreso de su embarazo. El saber médico legitima la reificación del cuerpo de las mujeres; un cuerpo que está permitido tocar de forma irrestricta.

El concepto “continuum de violencia” desarrollado por Scheper-Hughes y Burgois (2003) sirve para dar cuenta de las expresiones sociales de exclusión, deshumanización, despersonalización, cosificación… que normalizan el ejercicio de la violencia; los procesos de reificación que niegan la condición de sujeto de un grupo o una persona. Se trata de un concepto que da cuenta de la circulación de la violencia en los colectivos, no sólo la que se ejerce por parte de los grupos en posiciones hegemónicas, sino también entre los subalternos. El caso de la violencia intrafamiliar es un ejemplo del contimuum de violencia ejercida contra mujeres y niños tanto en sectores dominantes como entre subalternos, debido a que en la ecuación de la distribución del poder son siempre éstos los colectivos más desfavorecidos. Castro y Erviti (2015) retomaron más tarde el concepto de continuum de violencia para abordar las formas naturalizadas de violencia que tienen lugar en las salas de partos que no son otra cosa que una modalidad más de expresión de violencia contra las mujeres.

La híper-medicalización es una manifestación de violencia que pasa mayormente inadvertida pues se la legitima por medio del saber médico pero ha quedado explicitado a lo largo de este texto el hecho de que la práctica médica no siempre apunta al cuidado de la salud. La híper-medicalización, resultado de un sistema socioeconómico que prioriza la productividad, desestima no sólo las guías de práctica clínica sino también el carácter de sujeto de aquel al que se atiende por lo que puede ser entendida como una manifestación del continuum de violencia en tiempos de paz del que Burgois y Scheper-Hughes dieron cuenta (2003).

CONCLUYENDO

La atención del parto que se lleva a cabo en el marco del MMH es producto de un determinado orden de relaciones de poder y tiende a fijar las asimetrías vigentes en el sistema, materializando la dominación de unos grupos sobre otros en una serie de prácticas de atención. En esas prácticas pueden observarse diferentes modos de ejercicio de la violencia, algunos de ellos explícitos y otras más velados; los caracteriza el hecho de que apuntan a un objetivo diferente al del cuidado de la salud. En el MMH se entretejen acciones propias de la MBE que se orientan a disminuir los riesgos asociados al parto con otra serie de acciones que responden a intereses diferentes a éste y se convierten, por tanto, en prácticas de sometimiento.

Las categorías desarrolladas en el marco de este trabajo –violencia desnuda, abandono como modalidad de violencia y violencia velada- permiten analizar los motores que impulsan las expresiones violentas que parasitan la atención en las instituciones de salud. Cada una de estas violencias opera de forma distinta y todas están interrelacionadas entre sí: La violencia velada ejecuta un desdibujamiento de la condición de sujeto de las parturientas por medio de una serie de prácticas estandarizadas que apuntan a la serialización. La puesta en suspenso de la condición de sujeto de aquel al que se atiende posibilita que el abandono ocurra, ya que por medio de ella se limita a la paciente a su condición orgánica. El abandono, a su vez, habilita el ejercicio desnudo de la violencia pues traza una zanja profunda entre el equipo de salud y el colectivo

de pacientes. Dicha zanja que se ve profundizada por diferencias las étnicas y socioeconómicas que se ponen en juego en el intercambio entre personal de salud y pacientes, convirtiendo a la atención del nacimiento en un recurso para fijar las asimetrías en las relaciones de poder imperantes en la sociedad.

La violencia en la atención de los nacimientos no es otra cosa que una manifestación más de la violencia que sistemáticamente se ejerce contra las mujeres en tanto fuera como al interior de los grupos domésticos. Esta clase de violencia se encuentra normalizada a tal grado que puede pasar inadvertida para quienes son víctima de ella y han terminado por aceptar que su cuerpo es un objeto que debe ponerse a la disposición de otros.

¿Puede pensarse en un ejercicio de la medicina que no esté ligado a la violencia? ¿Pueden rescatarse las prácticas de la MBE descartando aquellas que han demostrado ser más perjudiciales que benéficas? Esa es la pregunta que da origen a la corriente que propone una atención humanizada del nacimiento; una atención que considera el protagonismo del sujeto en el evento y su capacidad de tomar decisiones sobre su cuerpo. Se trata de una corriente que, surgiendo del propio modelo médico, propone regular las intervenciones limitándolas al ámbito de la MBE. El siguiente capítulo se dedicará al análisis de caso de una institución que, en el contexto nacional, se planteó esta empresa desde finales de los 70’.

VI. Una apuesta por humanizar la atención: CIMIGen

Este capítulo se dividirá en tres grandes apartados. En el primero de ellos se explorará la historia de CIMIGen (Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento), un pequeño hospital creado bajo la premisa de la atención humanizada del parto que opera en la zona de Iztapalapa. Se rastrearán los giros que el proyecto ha dado a lo largo de sus casi 30 años de historia, las tensiones de poder al interior del dispositivo, los cambios y renegociaciones que hicieron posible su existencia.

En el segundo apartado se describirán las características de la institución en la que se llevó a cabo el ejercicio de intervención que tuvo lugar como parte de esta investigación con el objeto de poner a prueba un proyecto piloto orientado a humanizar la atención combatiendo la híper-medicalización. Las características del programa piloto se detallan en el apartado III.A de este documento pero, en síntesis, consistió en:

- Sensibilizar al equipo de profesionales de la salud en lo referente a la atención humanizada del parto para promover la aplicación de los lineamientos de atención de la MBE por medio de un curso que comprendió dos sesiones y fue impartido al personal de los distintos turnos. El curso tuvo por objeto la transmisión de recursos técnicos para la implementación del modelo humanizado de atención del nacimiento así como la sensibilización acerca de la relevancia que para la mujer tenía el evento del parto.
- Preparar a las mujeres que dieron a luz y sus acompañantes a través de una serie de seis sesiones gratuitas que fueron impartidas por un equipo de educadoras perinatalas en el formato de talleres grupales. En el taller se abordaron temas referentes a la fisiología del nacimiento y se pusieron en práctica estrategias alternativas para el manejo del dolor y para el involucramiento activo de cada mujer con el nacimiento de su hijo.

- Crear un voluntariado de doulas compuesto por 22 mujeres que acompañaron a las parturientas durante el nacimiento.

En el tercer apartado se intentará dar cuenta de la experiencia de intervención que se llevó a cabo en dicha institución. Para ello se recurrirá a la información obtenida por medio de diferentes recursos investigativos en un intento por dar cuenta del ejercicio con la mayor cabalidad posible:

- Etnografía: Observación participante de la atención del nacimiento en el marco del voluntariado de doulas.
- Entrevistas abiertas a mujeres y sus familiares al día siguiente del parto para recoger sus impresiones sobre la experiencia.
- Entrevistas abiertas a enfermeras perinatales que participaron del proyecto: Puesto que el diseño de la investigación implicó un recorte en el que se decidió recaudar exclusivamente la información del personal de salud que auto-adscribía a la categoría de la atención humanizada, no se incluyeron entrevistas con médicos de la institución ya que no se identificaban a sí mismos como promotores de esta modalidad de atención al iniciar el estudio (noviembre de 2014).
- Grupo de discusión con las doulas que formaron parte de la experiencia.
- Formato de recolección de datos diseñado por la investigadora y llenado por las doulas después de cada acompañamiento con el fin de tener los detalles acerca de las prácticas de atención que se habían llevado a cabo en cada nacimiento.
- Consulta de los registros de partos y cesáreas de la propia institución.

Por la orientación del hospital, y como ocurre frecuentemente en el ámbito de la atención privada, la violencia desnuda y el abandono no formaban parte de la práctica cotidiana. La híper-medicalización, sin embargo, había logrado penetrar el dispositivo filtrando la cuota de violencia asociada a ella y apareciendo como el principal reto a vencer para una institución referida como modelo a seguir en los manuales de la SSA.

CIMIGen tenía, al iniciar el piloto de intervención en noviembre de 2014, un índice de cesáreas que rondaba el 65%, porcentaje muy cercano a la media de las instituciones privadas de nuestro país. Se dará cuenta en este apartado del cambio registrado en éste y otros indicadores de híper-medicalización registrados a partir del ejercicio de intervención que se llevó a cabo en el marco de este proyecto de investigación.

A. BREVE RESEÑA DE 30 AÑOS DE HISTORIA

Puesto que CIMIGen es una institución con una larga trayectoria en el camino de la atención humanizada, merece la pena analizar el recorrido que el proyecto ha tenido a lo largo de su historia para entender los desfiladeros por los que cursa una propuesta que, al interior del modelo hegemónico, plantea una alternativa de atención diferente. Para dar inicio a la reconstrucción de estos 30 años de historia presentaré una gráfica en la que se plasman las diferentes etapas por las que atravesó la institución (ver figuras 5, 6 y 7). El ejercicio de reconstrucción se llevó a cabo con la ayuda del personal más antiguo de la institución porque muchos de los registros que podían dar cuenta de su recorrido fueron desechados tras un cambio de secretaria que ocurrió a partir de la llegada de la nueva dirección en 2015.

1987	1988	1990	1993	1995-1996	1997	2002-2009	2010	2013	2014	2015	2016-2017
Se realiza una encuesta diagnóstica cinco km a la redonda del hospital para determinar el giro que se daría a la institución.	El hospital abre sus puertas y empieza a dar servicio a la población.	Inauguración del diplomado en Educación Perinatal.	Se obtiene un financiamiento para remodelar el hospital en el marco de un concurso de Sedesol durante la gestión de Salinas de Gortari.	Se designa a la ENEO como centro colaborador de la OPS. Internacional-mente se exalta el modelo de CIMIGen que comprende presencia del padre en el parto, alojamiento conjunto, libertad para elegir la posición en el parto, apoyo a la lactancia e integración de la familia.	Se establece un esquema de pago que comprende la compensación por cesárea a los obstetras. CIMIGen es designado como sede del Posgrado en Enfermería Perinatal de la ENEO. Las políticas de salud pública apuestan por una mayor regulación que lleva a que los médicos especialistas tengan un rol más protagónico en la atención de los nacimientos.	Se inauguran otros hospitales en la zona, entre ellos el Belisario Domínguez Se realizan las excavaciones del metro que dificultan el acceso a la institución.	Se inaugura la maternidad de Atlacomulco.	Muere el Dr. Carlos Vargas. Se buscan alianzas con organismos que impulsen la profesionaliza-ción de la partería. Se llevan a cabo supervisiones de Conamed y Cofepris.	Se obtiene un financiamiento de Nacional Monte de Piedad y fundación Mac Arthur para crear una unidad académica de la ENEO en CIMIGen. La SSA gestiona la atención del parto por enferme-ras perinatales en Tlaxcala y hace un convenio con CIMIGen para que la institución se encargue de capacitarlas.	Se inicia el programa piloto de humanización del nacimiento Antonio López Silanes, miembro fundador, designa a Rodrigo Ayala como nuevo director de la institución con la consigna de reducir el índice de cesáreas. Se crea un comité para discutir las indicaciones de las mismas y se impulsa el trabajo de las enfermeras perinatales.	Muere Antonio López Silanes y los esfuerzos por reducir las cesáreas se diluyen.
Dirección Carlos Vargas García								Dirección por áreas		Dirección Rodrigo Ayala	

Figura 5. Etapas por las que atraviesa CIMIGen desde su fundación.
Fuente. Elaboración propia con información obtenida de personal de la institución.

1987	1988	1990	1993	1995-1996	1997	2002-2009	2010	2013	2014	2015	2016-2017
INSTALACIONES											
Se usan las instalacio-nes de un antiguo hospital destinado la atención de las secuelas de poliomielitis	Se adecuan provisional-mente las instalaciones del antiguo hospital utilizando dos de las habitaciones para atender partos y otras dos para dar consulta a las pacientes.	Se instala un quirófano para la atención de emergencias	Se habilitan cuatro consultorios. Se adecua un área como alojamiento conjunto con la capacidad de albergar a diez mujeres durante la internación posterior al parto. Se crea una sala de partos con una cama especialmente diseñada en la institución para atender el parto sin acostar a la mujer. Se instala un área de labor con dos camas. Se crean dos habitaciones privadas que permiten a los profesionales atender en el hospital a las pacientes de su práctica privada.				Se cierra la sala de parto humanizado tras la supervisión de COFEPRIS por no contar con las circulaciones necesarias	Se anexa al hospital un centro de capacitación para enfermeras perinatales con cuatro salones, algunas oficinas y un área de alojamiento para enfermeras que residen fuera de la Ciudad de México.		
PERSONAL											
Para levantar la encuesta se recurrió a un grupo de enfermeras en formación.	10-14 enfermeras laboraban en la institución y se contaba con un obstetra y un pediatra que acudían por llamado.	Se siguió contando con un ginecólogo y un pediatra por llamado mientras las enfermeras se encargaron de la atención de los nacimientos. Se sumó al equipo un anestesiólogo por llamado. Algunas de las enfermeras empezaron a ofrecer atención domiciliaria de los partos pero el proyecto no prosperó porque la cantidad de personal resultaba insuficiente para cubrir las necesidades del hospital y ofrecer este servicio.			14-15 enfermeras encargadas de atender los nacimientos Por indicación de COFEPRIS se incorpora un pediatra y un ginecólogo por turno. Los médicos no sólo se encargaron de atender emergencias, también empezaron a dar indicaciones a las enfermeras. Anestesiólogo por llamado.	Muchas de las enfermeras perinatales con más experiencia dejaron CIMIGen para trabajar en la maternidad de Atlacomulco en la que se les ofreció una mejor remuneración económica por su trabajo.	Por indicación de la SSA se integraron más médicos a la plantilla. Empezó a haber hasta dos ginecólogos por turno. Los ginecólogos comenzaron a encargarse de la valoración de las pacientes y de dar indicaciones de atención a las enfermeras. Se contaba con un pediatra y alrededor de cinco enfermeras por turno. El anestesiólogo seguía trabajando por llamado.				El director trae a la institución personal del equipo del Instituto Nacional de Perinatología con el que trabajaba. Se asigna como jefa de enfermeras a una profesional de dicha institución habituada a la jerarquía propia del modelo hegemónico.

Figura 6. Instalaciones y personal en los diferentes momentos de la vida institucional.
Fuente. Elaboración propia con información obtenida de personal de la institución.

<table>
<tr><th>1987</th><th>1988</th><th>1990</th><th>1993</th><th>1995-1996</th><th>1997</th><th>2002-2009</th><th>2010</th><th>2013</th><th>2014</th><th>2015</th><th>2016-2017</th></tr>
<tr><td colspan="12">VOLUMEN DE NACIMIENTOS</td></tr>
<tr><td>0</td><td>30 - 50</td><td>300</td><td>500</td><td>700</td><td>1,000</td><td colspan="2">400</td><td>500 - 600</td><td colspan="3">600</td></tr>
<tr><td colspan="12">ÍNDICE DE CESÁREAS</td></tr>
<tr><td colspan="2">No se practicaban cesáreas en ese momento pues se carecía de quirófano. Los casos complicados eran derivados a otros hospitales de la zona.</td><td colspan="3">5% - 15%</td><td>30%</td><td colspan="2">30% - 50%</td><td>40% - 50%</td><td>60%</td><td>35%</td><td>40%</td></tr>
<tr><td colspan="12">POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD</td></tr>
<tr><td colspan="2">Miguel de la Madrid

Impulsó la medicina Preventiva

Organización de la atención en tres niveles.</td><td colspan="3">Salinas de Gortari

Salud como medio para lograr el desarrollo económico.

Programas de fomento de la salud, prevención y rehabilitación.</td><td colspan="2">Ernesto Zedillo

Salud como derecho fundamental del ser humano.

Paquete Básico de Servicios para la Salud.

Programa de refuerzo alimentario, educación básica de prevención y atención primaria en salud.</td><td>Vicente Fox

Salud como derecho social universal.

Creación del Seguro Popular.

Felipe Calderón

Énfasis en capacitación de personal de salud.</td><td colspan="5">Peña Nieto

Reforma en salud que apunta a la privatización velada de los servicios públicos.</td></tr>
</table>

Figura 7. Volumen de nacimientos e índice de cesáreas.
Fuente. Elaboración propia con información obtenida de personal de la institución.

El Hospital Materno Infantil CIMIGen es una Institución de Asistencia Privada, no gubernamental y sin fines de lucro, que se desprendió de la Asociación Civil GEN (Grupo de Estudios al Nacimiento), fundada en 1978 con el objetivo de "contribuir en la lucha contra los defectos del nacimiento". El modelo de atención de CIMIGen se basa, desde su origen, en la aplicación de un "Sistema de Detección y Valoración del Riesgo Perinatal". [18] Este sistema ha permitido que el hospital se limite a trabajar con embarazos de bajo riesgo, identificando y derivando el resto a instituciones de segundo nivel. Dicha particularidad ha posibilitado la implementación de una serie de protocolos inscritos en los lineamientos de atención de embarazo de bajo riesgo que resultan afines con el modelo humanizado.

Los fundadores de la institución: Antonio López de Silanes, María Eugenia Espinosa López Silanes, Eduardo Jurado García y Carlos Vargas García, estuvieron vinculados con el movimiento del parto humanizado que tuvo origen en la escuela de Caldeyro-Barcias en Uruguay en los años en que CIMIGen fue fundado y rescataron diversos elementos de su propuesta de atención, permitiendo la deambulación de las mujeres en trabajo de parto, el uso de posiciones alternativas para el nacimiento, el consumo de bebidas y alimentos ligeros y el acompañamiento de un familiar a lo largo de todo el proceso. La atención prenatal, perinatal y posnatal fue puesta en manos de personal del primer nivel de atención, de manera que son en esta institución las licenciadas en enfermería obstétrica y perinatal quienes se encargan de llevar a cabo dichas tareas en los casos de bajo riesgo.

Se trata de una institución destinada a prestar servicios de salud a población de escasos recursos por medio de un Servicio Asistencial que consiste en fijar los costos de la atención en función del perfil socioeconómico de cada usuaria.[19] La Asociación está habilitada para recibir donaciones de la iniciativa privada. Los principales donatarios de la institución actualmente son: Silanes, Fundación Merced, Centro Médico ABC, Junta de Asistencia Privada y Nacional Monte de Piedad.

[18] *CIMIgen* (http://cimigen.org.mx/cimigen/) (última visita consultada: 12 de octubre, 2017).
[19] En 2016 el costo por la atención del parto oscilaba entre los $8,000 y los $12,000.

Dentro de la Institución se encuentra la unidad académica UNAM-ENEO-CIMIGen, entidad educativa de la Universidad Nacional Autónoma de México inaugurada en 2014 que tiene por objeto formar enfermeras obstétricas y perinatales a través de la vinculación con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Esta unidad académica desarrolla actividades de educación continua, actualización docente, investigación y difusión en temas de salud materna y perinatal. Desde 1996 la ENEO-UNAM y Gen, a través del Hospital Materno Infantil CIMIGen crearon la especialidad de enfermería perinatal de la que han egresado más de 400 enfermeras capacitadas para atender nacimientos de bajo riesgo. CIMIGen no es sólo una institución de atención, es también un centro de formación de profesionales de la salud que se ofrece como espació habilitado para residencias por parte de enfermeras perinatales y para el servicio social de licenciados en enfermería y obstetricia. Su objetivo es posicionar a la enfermera perinatal como el personal ideal para la atención del embarazo de bajo riesgo en el sistema de salud.[20]

En 2013 el modelo de CIMIGen fue reconocido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como un modelo exitoso de atención primaria en salud. Ha hecho de este hospital la institución que presenta los más bajos índices de muerte materna del país al registrar 0.5 decesos por cada 10,000 embarazos. En tres décadas CIMIGen atendió 20,000 embarazadas presentando un solo caso de muerte materna (En México el promedio es de 4.3 muertes maternas por 10,000). Ello llevó a que por medio de una alianza entre el Fundación MacArthur, el Gobierno de Tlaxcala, la UNAM, el Instituto Nacional de Salud Pública y la SSA se buscara, a partir de 2016, replicar el modelo de esta institución en clínicas rurales y urbanas del estado de Tlaxcala. El objetivo último de replicar el modelo es buscar una reducción de la mortalidad materna, incorporando enfermeras perinatales a los equipos de atención del parto en los hospitales (Portal Político, 2016).

[20] *CIMIGen* (http://cimigen.org.mx/cimigen/) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

CIMIGen está mencionado como ejemplo a seguir en la Guía de Atención del Parto publicada por la Secretaría de Salud en 2014 y a pesar de ello, el paso de los años y la integración de personal nuevo fueron tornando a la institución gradualmente hacia un modelo de atención cada vez más distante de los principios de la MBE y más cercano a la práctica híper-medicalizada que caracteriza al servicio de la mayoría de los hospitales.

Guadalupe Hernández, coordinadora de la Unidad de Investigación de CIMIGen y Lucía Illescas, Directora de Enseñanza, son dos profesionales que laboran en la institución desde sus orígenes y relatan el proceso de transformación de la institución a lo largo de los años:

> Las primeras consultas que yo di eran en una banca con una paleta. Yo me sentaba y me ponía a platicar con las personas; y fue cuando los acercamientos, de empezar a ver de otra manera a los pacientes, a las mujeres embarazadas (…) A mí me tocó como estudiante hacer la encuesta de aquí de la situación de la de salud en la colonia. (…) Nos llevaban en una combi (…) Ahí nos subían a todos los estudiantes y nos llevaban al cerro. Entonces ya te imaginarás, parecíamos reces ahí; chavos a fin de cuentas. Nos dejaban ahí en una zona y ya nos teníamos que poner a hacer las encuestas para ver la situación de salud y socioeconómica de la zona. Muy difícil, nos corretearon perros, nos corretearon viciosos (…) Pero muy interesante esa encuesta de salud reproductiva, pues dio muchos datos para todo esto y también a nosotros nos abrió el panorama en cierta forma (Guadalupe Hernández, comunicación personal, 19 de agosto, 2015).

CIMIGen se diseñó considerando las necesidades específicas de la comunidad en la que se inscribía y fue, desde el inicio, un proyecto de corte social que puso a los proveedores de salud en contacto directo con la comunidad a la que le ofrecerían sus servicios. Se trató de una propuesta que respondió al llamado de la OMS de fortalecer el primer nivel de atención como medida para reducir las desigualdades en el acceso a la salud que, desde 1978, quedó plasmado en la declaración de Alma- Ata.

> La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar (…) Representa

> el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud (OMS, 1978: 3-4).
>
> (…) La mayoría de los sistemas tradicionales de atención de la salud resultan cada vez más complejos y costosos y de dudosa eficacia social, deformados por las imposiciones de la tecnología médica y por los esfuerzos mal orientados de una industria que facilita a la sociedad bienes de consumo de carácter médico (…) Ha llegado el momento de que todos los niveles del sistema de salud revisen con espíritu crítico sus métodos, técnicas, equipos y medicamentos, con el propósito de utilizar únicamente las tecnologías de valor probado y de costo proporcionado a los recursos disponibles. (OMS, 1978: 43-45).

La apuesta de la época consistía en promover la atención primaria en salud como una estrategia para optimizar la inversión en salud y garantizar un mayor acceso de la población a los servicios. CIMIGen surgió del interés de un grupo de profesionales de la salud que, alineados con estos criterios y el movimiento internacional de parto humanizado que se había originado ya en Uruguay, impulsaron un modelo que desde los orígenes promovió una política de "desmedicalización" del evento del nacimiento. La jefa de enseñanza de la institución apunta:

> La escuela que esta institución tenía es la de Caldeyro-Barcia, porque el doctor Vargas (director en ese momento de la institución) fue alumno del doctor Roberto Caldeyro en Uruguay. Él hizo la especialidad en medicina perinatal en el hospital de clínicas de Montevideo y entonces el doctor Vargas siempre trajo esa escuela (…) También el doctor Vargas fue una persona que dirigió una parte del Instituto Nacional de Perinatología, en donde se inició la psicoprofilaxis que venía de Francia. Entonces él favoreció mucho el que se llevara a cabo esto (Lucila Illescas, comunicación personal, 6 de febrero, 2015).

Ciñéndose al criterio de colocar al parto en el ámbito de la atención primaria, CIMIGen fue puesto en manos de un grupo de enfermeras perinatales que recibían el apoyo de unos pocos médicos que eran llamados fundamentalmente para la atención de complicaciones. La institución contaba con alrededor de una docena de enfermeras de planta y un ginecólogo que acudía por llamado a atender alguna emergencia. Si bien el director del hospital era ginecólogo, la atención de los nacimientos estaba en manos de las

enfermeras. No se contaba siquiera con quirófano por lo que las emergencias y los embarazos de alto riesgo eran referidos a los hospitales cercanos, la mayoría de ellos se enviaban al Hospital General de Iztapalapa. En ese momento las enfermeras estaban a cargo de más del 90% de los nacimientos. Los recursos que se invirtieron en infraestructura al crearse el hospital fueron escasos de modo que el proyecto era muy modesto al principio y fue creciendo poco a poco, gracias a la aceptación que obtuvo en la comunidad. Los relatos de las enfermeras perinatales que participaron del proyecto desde su origen lo describen, en su inicio, como un hospital con recursos mínimos, un bajo número de pacientes y por tanto, un reducido número de profesionales.

> Había veces que yo estaba sola de guardia. Éramos tan pocas que yo muchas veces me tuve que traer a mis hermanas a que me acompañaran porque eras tú solamente en el hospital, en todo el hospital, por si llegaba alguna mujer (…) Entonces alguien te tenía que ayudar. Pero así empezamos a avanzar en esta área, y las mujeres empezaron a confiar en nosotros (…) Al principio atendíamos pocos, como un nacimiento al mes. Poco a poco fue esto creciendo (…) Una noche fueron ocho partos los que tuvimos en una guardia. Ocho partos y éramos dos personas. Entonces era de que tocaban la puerta y decíamos: "Viene otra". Apenas acababas. Entonces yo ya arrastraba los pies; yo me acuerdo perfecto que arrastraba los pies. Pero era una satisfacción muy grande (Lucila Illescas, comunicación personal, 19 de agosto, 2015).

Claramente la propuesta se mantuvo alejada de los intereses económicos propios de la lógica de mercado, inscribiéndose en el ámbito de las apuestas de transformación social características de su momento histórico. Se trató de un proyecto que pretendió dar respuesta al desbordamiento propio la lógica de mercado cuestionando la inversión en tecnología y personal especializado. Los honorarios de los proveedores de salud fueron siempre modestos y la vinculación de éstos con el proyecto estuvo basada más en el ámbito de las convicciones ideológicas que en el de la rentabilidad.

El proyecto planteó, desde el inicio, un perfil de profesional de la salud poco convencional. Más inclinado a la labor social que al ejercicio de la medicina y la enfermería como signo de estatus. Se fomentó el establecimiento de lazos estrechos y entre enfermeras, obstetras y las mujeres de la comunidad, apuntando a combatir las nociones jerárquicas de rango fuertemente

arraigadas al imaginario de los profesionales de salud. Guadalupe Hernández, quien formó parte del proyecto desde sus orígenes cuenta:

> Nosotros éramos todo, o sea aquí no había camilleros, no había quién hiciera la limpieza, no nada. Entonces era muy chistoso… Lucy y yo estuvimos en una guardia, incluso en la que atendías el parto, después te cambiabas, te ponías unas botas y empezabas a hacer la limpieza, después de ahí te ibas a hacer la cena para poderles dar de cenar. Y no nada más le dabas de cenar a la mamá, también le dábamos al papá de cenar; y nosotros. Entonces era como algo muy casero, definitivamente, porque incluso había veces que los papás se iban por las pizzas o por los tacos y ya nos sentábamos a comer toda la familia, se puede decir. Había un súper comedor y ahí todos nos involucrábamos; entonces era como una atención de verdad, como un parto en casa, con la familia (Guadalupe Hernández, comunicación personal, 19 de agosto, 2015).

El cuestionamiento a la estructura jerárquica y la des-compartimentación de la atención del parto, permitieron que el personal estableciera vínculos más estrechos con las mujeres a las que brindaba el servicio, desmontando así la impersonalidad propia del MMH y acercándose a un modelo más parecido a la partería. Una atención que comprende la limpieza o la preparación de alimentos como parte de las tareas encomendada al proveedor de salud, implica un cambio en la mirada de la asistencia del nacimiento. En primera instancia, cuestiona la asimetría en la relación entre proveedor de salud y paciente, planteando un esquema que apunta a una mayor horizontalidad en el vínculo. El personal es llamado a encargarse de cuidar a la mujer mientras ella se encarga de parir. En segundo término, un esquema como éste parte del reconocimiento de la paciente como un sujeto integral con necesidades diversas que abarcan desde la nutrición hasta el acompañamiento.

Por último, el modelo comprende implícitamente el reconocimiento de la humanidad en la figura del proveedor de salud. Los relatos de las enfermeras que se acompañaban de familiares durante sus guardias nocturnas por temor a la soledad o que se sentaban a cenar con la nueva familia una vez que el bebé había nacido, comprenden un reconocimiento tácito del personal como un conjunto de sujetos con necesidades. Es ese reconocimiento el que posibilitó

que el equipo se vinculara con el proyecto a partir de un eje de compromiso social y no desde el mero intercambio económico.

Sin embargo, con el paso de los años y a medida que la institución fue creciendo, se distanció gradualmente de su espíritu original. Las propias dinámicas de certificación de la SSA impusieron una serie de requisitos que llevaron a la estandarización de la atención. En 1997, a partir de un cambio en las regulaciones de la SSA, La Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) le exige a la institución la presencia física de un ginecólogo y un pediatra por turno. Los médicos que se incorporan a la vida cotidiana en la institución empiezan a indicar a las enfermeras un mayor uso de los recursos de la medicina con lo que aumentan las inducciones, conducciones, cesáreas… Aunque las enfermeras siguen atendiendo los partos y los ginecólogos las cirugías, los nacimientos gradualmente se medicalizan. La jerarquía biomédica que otorga un rango inferior a la enfermera que el que le atribuye al médico terminó por permear el proyecto y se impusieron los estándares más "convencionales" de atención del nacimiento que las nuevas generaciones de obstetras aprendían en las facultades de medicina.

> Por desgracia, al empezar a crecer y empezar a regular ciertas cosas, la misma Secretaria de Salud comenzó a decir: "No, no les podemos dar esta certificación si no tienen un ginecobstetra por guardia. No podemos darle esto si no tienen un anestesiólogo. No si no hay esto, no si no lo otro…" Entonces comenzaron a llegar ginecobstetras y eso. (…) El doctor Vargas se tuvo que ir por situaciones personales (…) Comenzaron a entrar otros y pues bueno, pues traen otras escuelas. Para nosotros era muy difícil. Comenzaron los roces porque era como una lucha de poderes, o sea: "Tú enfermera no me vas a venir a decir a mí gíneco, lo que yo tengo que hacer" (Guadalupe Hernández, comunicación personal, 19 de agosto, 2015).

La institucionalización de la atención puso fin al esquema "casero" hermanado con la partería para dar paso a un modelo inscrito en el ámbito de la sistematización de la atención más propio de la biomedicina. Cuando CIMIGen empezó a funcionar en 1988 se atendían 30-50 nacimientos anuales; para el 2000 se atendían alrededor de 1,000 nacimientos por año. El volumen de pacientes atrajo las supervisiones de la SSA y la hegemonía médica empezó a

jugar un papel en la vida institucional. De la propuesta original se conservaron algunos rasgos, como el derecho al acompañamiento de los familiares durante el evento del nacimiento, la libertad de movimiento y la ingesta de líquidos, así como el respeto a la privacidad y el trato digno de las paciente. Ni el maltrato explícito, ni el abandono de las mujeres forman parte de la atención de CIMIGen pero la tendencia a la híper-medicalización logró permear con el paso de los años la práctica de los profesionales de la salud filtrando al dispositivo el ejercicio de una violencia velada.

La integración al equipo de cada vez más personal especializado que se incorporó sin haber formado parte del proyecto original, impuso los rangos propios de la jerarquía médica y el criterio de atención que rige la formación de los especialistas en nuestro país terminó primando. Entre 1997 y 2017 médicos y enfermeras fueron ganando o perdiendo poder en la estructura institucional en función de diferentes factores. Mientras las enfermeras perinatales defendían la libre evolución del parto, los ginecólogos se inclinaban por intervenir de forma que cuando las primeras ganaban terreno se reducían los índices de cesáreas y subían cuando los segundos resultaban empoderados. A lo largo de esos 30 años los porcentajes de nacimientos quirúrgicos oscilaron entre el 30% y el 50%, elevándose cuando había mayor intervención de la COFEPRIS a causa de alguna demanda ante la CONAMED o cuando en un "periodicazo" se acusaba a las enfermeras de usurpar el papel de los obstetras y reduciendo cuando la atención humanizada, distintivo de la institución, era reconocida por organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la OMS o la SSA gracias a las alianzas que impulsaban las enfermeras. Las enfermeras consiguieron en este periodo de tiempo diversos financiamientos para impulsar su proyecto de profesionalización de la partería, con lo que la institución recibió donativos de instituciones como el Nacional Monte de Piedad y la Fundación Mac Arthur que permitieron ganar terreno a la enfermería. La hegemonía médica, sin embargo, terminaba ganando terreno. Una de las enfermeras de la institución da cuenta de este proceso:

> En ese tiempo (2007) todos los gínecos decían, igual que algunos gínecos hoy: "Todas con soluciones, todas con oxitocina (…) A la semana 40 se les programaba ya para

> una inducción (…) Se les ponía las soluciones, todas la señoras pasaban a sala. Tener un bebé en una cama era algo así como que la muerte, igual que en todos los demás hospitales. Lo único que sí (…) es que no son agresivos. La gente no va por ahí diciéndote: “Es que tú bien que abriste las piernas” (…) Sí las dejaban parar, meterse a bañar, los alimentos sí se los permitían, y la pareja (…) Pero en todo el servicio social jamás vi un parto en vertical (…) Nos decían que a todas había que hacer episios” (Comunicación personal, 18 de agosto de 2015).

Es interesante observar lo íntimamente ligado que está el éxito de los proyectos alternativos, por una parte con el liderazgo que los impulsa, pero fundamentalmente por el colectivo que los sostiene. Los directores de los hospitales, que tienen un peso determinante en los lineamientos que rigen a la institución, son voceros de intereses de determinados colectivos. Su cargo coloca ciertos intereses en el centro de atención y los miembros de la institución que adscriben a su óptica cobran mayor protagonismo y jerarquía dentro del colectivo durante su gestión. En el caso de CIMIGen, sin embargo, el primer director de la institución lo siguió siendo hasta su muerte en 2013. Durante el periodo que duró su gestión, a pesar de su defensa de la atención humanizada, los movimientos al interior y fuera de la institución hicieron que en diferentes momentos la implementación del modelo avanzara o retrocediera. En el momento en que dicho director falleció, de hecho, las cesáreas en CIMIGen rondaban el 40% - 50%.

Las instituciones no son entes que funcionen exclusivamente regidos por principios abstractos, dependen en gran medida de los sujetos que las conforman. Las relaciones de poder se ponen en juego al interior de su estructura formando un entretejido en el que se enlazan las individualidades con intereses de grupos que disputan una determinada porción de poder. Este tejido, a su vez, está íntimamente conectado con los movimientos sociales de la época. Vale la pena entonces observar la relación entre las políticas públicas de salud y el navegar de los proyectos puntuales en ellas.

En sus orígenes la medicina se practicaba de forma exclusivamente privada y su objetivo era principalmente curativo. La medicina institucional no cobra fuerza en nuestro país sino hasta la década de los 40’, cuando se consigue la

estabilidad económica, política y social necesaria para la creación de instituciones encargadas de la atención de la salud. En 1943 son instauradas la SSA y el IMSS como las instancias gubernamentales encargadas de la atención de la salud (Fernández Pérez, 2002).

El proceso de industrialización propio de la época llevó a la construcción de hospitales que respondían al modelo fabril y a la implementación de una educación masiva alineada con los principios de la producción industrial en la que el conocimiento médico empezó a organizarse en disciplinas especializadas. Si bien el inicio formal de la carrera de cirujano en México data de 1833 no es sino hasta principios del S. XX que la medicina empezó a concebirse como ciencia y se afianzó la medicina especializada a la par de la creación de institutos especializados para la atención de la salud. (Fernández Pérez, 2002).

Como lo explica Freidson en su estudio del tema, sólo algunas ocupaciones han obtenido el reconocimiento oficial de profesiones y la medicina fue una de las primeras en adquirir dicho estatus. Las primeras profesiones que tuvieron origen en las universidades medievales fueron la medicina, el derecho y el sacerdocio. Freidson explica que el estatus de profesión conferido a una ocupación está relacionado con la influencia política que ésta es capaz ejercer debido a su relación con las élites políticas y económicas; con el Estado, el mercado y el sistema de clases. La historia de las profesiones, advierte el autor, está íntimamente ligada con la nación industrial. (Freidson, 2001).

El proceso de profesionalización de cualquier ocupación está íntimamente relacionado con la regulación de la transmisión de sus saberes a través de las instituciones de educación superior y las instituciones formadoras están a cargo del Estado. La formación médica se ha ido adecuando a las concepciones sociales de salud y enfermedad vigentes en cada época de forma que ha ido transformándose con el paso del tiempo pero no sólo eso, se ha ajustado también para responder a los intereses sociales de los grupos en posición hegemónica en cada momento histórico, tal como lo advierte Fernández Pérez

en su estudio sobre la profesión médica en nuestro país (Fernández Pérez, 2002).

Fernández Pérez analiza cómo las políticas de salud de cada gestión han incidido de forma directa en la formación profesional de los médicos, adecuándola a las políticas del Sistema Nacional de Salud y de la Secretaría de Educación Pública. Retomando la línea de tiempo que traza el autor, puede observarse el cambio de orientación otorgado a la formación de los proveedores de salud en función de los intereses de cada sexenio: Miguel Alemán 1946-1952 otorga importancia a la medicina preventiva y orienta los esfuerzos a la construcción de centros de salud y hospitales rurales. Ruiz Cortines 1952-1958, centra su atención en el rubro hospitalario, creando la Comisión Nacional de Hospitales, el Centro Médico Nacional, 39 Hospitales Generales, 366 centros de salud, ocho hospitales infantiles y dos granjas de recuperación durante su gestión. López Mateos 1958-1964 coloca el énfasis en la construcción de hospitales regionales, rurales, infantiles y centros de salud periféricos. Durante su gobierno se crea el ISSSTE. Díaz Ordaz 1964-1970 orienta los esfuerzos a la enseñanza y la práctica buscando la coordinación de SSA con otras dependencias del Estado. Construye una de red de hospitales y granjas psiquiátricas para enfermos mentales. Luis Echeverría 1970-1976 crea el del Plan Nacional de Salud con el fin de crear una política de salud que comprenda la incorporación de la población a los programas de salud. Construye 1846 unidades de salud, 242 unidades médicas bajo el Programa de Médicos Comunitarios. López Portillo 1976-1982 crea el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), integra el Programa de Atención Primaria a la Salud establecido por la OMS en la declaración de Alma-Ata (1978). Durante su gestión se crearon 1178 nuevos establecimientos en la red nacional de centros de salud y unidades hospitalarias. Miguel de la Madrid 1982-1988 su gestión comprende cambios profundos en la interpretación y práctica de la salud pública. La Ley General de Salud (1984) por primera vez coloca el énfasis en la medicina preventiva. Crea el Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta que organiza la atención médica curativa en tres niveles. Durante su mandato la orientación de la medicina institucional se ve influenciada por las políticas del Banco Mundial y la OMS. Salinas de Gortari

1988-1994 plantea como parte de la estrategia operativa del Sistema Nacional de Salud que la salud no debe ser sólo un fin por sí misma sino un medio para lograr el desarrollo económico. Desarrolla programas orientados a fomentar la salud, prevención y rehabilitación. Zedillo 1994-2000 lanza el Programa de Reforma del Sector Salud. Plantea a la salud como derecho fundamental del ser humano. Durante su gobierno se centra la atención en modernizar y eficientar el sistema. Se impulsan programas de reforzamiento alimentario-nutricional, educación básica de prevención y atención primaria a la salud. Se busca brindar atención integral a población de localidades apartadas creando el Paquete Básico de Servicios para la Salud. Fox 2000-2006 concentra la atención en ampliar la cobertura. La salud es planteada como derecho social universal. El Programa Nacional de Salud se plantea como objetivos democratizar el servicio, ofrecer calidad y llevar la salud a quienes no tienen acceso a ella. Durante su mandato tiene lugar la Reforma a la Ley del Seguro Social que comprende un aumento a las pensiones. Se aumentó la capacidad de asistencia de los servicios de salud para dar atención a personas que no cuentan seguridad social por medio de la creación del Seguro Popular. Felipe Calderón 2006-2012, coloca el énfasis en talleres, foros y cursos de capacitación para la atención de las necesidades que aquejan a los mexicanos. Durante su gestión ocurre la crisis de influenza AH1N1 y se emprenden campañas de vacunación contra papiloma. Se lanzó el programa Pisos firmes, el programa de Apoyo Alimentario y los Centros de Atención Primaria de Adicciones y Salud Mental como parte del programa Limpiemos México. Peña Nieto 2012-1018 por iniciativa del BM impulsa una reforma en salud que permite a subrogar servicios dando paso así a la industria privada por medio de un esquema mixto, lo cual apunta al desmantelamiento de las instituciones públicas (Fernández Pérez, 2002).

Las políticas de salud no se encuentran regidas exclusivamente por los intereses de los grupos hegemónicos nacionales; partir de 1980 la economía mundial entró en un periodo recesivo como resultado de la crisis de algunos países industrializados que llevó a la adopción de un nuevo modelo económico mundial, el neoliberalismo, que propició una política de producción y distribución de mercancías a la que se denominó globalización. Los tratados

comerciales firmados por México en la década de los 90’ llevaron a establecer normas y exigencias fijadas internacionalmente para el reconocimiento de los profesionistas. En México el Estado avala los programas educativos de las universidades y partir del Tratado de Libre Comercio con América del Norte (TLCAN) la SEP propició, por ejemplo, la creación de instancias colegiadas de acreditación para los programas de educación superior, permitiendo que los intereses de organismos internacionales incidan en la formación de los profesionales de la salud (Fernández Pérez, 2002).

En CIMIGen, un grupo de directivos involucrados íntimamente con el movimiento latinoamericano de la atención humanizada se ligó a un colectivo de enfermeras que reclamaron su derecho a la atención de los nacimientos, el cual les había sido negado por un sistema que decidió poner los partos de bajo riesgo en manos de los especialistas. El surgimiento del proyecto resultó posible en un contexto mundial en el que la OMS impulsaba la Atención Primaria en Salud y en un entorno nacional en el que la iniciativa había sido recogida por el gobierno de López Portillo. Cuando CIMIGen empezó a funcionar se estaba consolidando en nuestro país la organización de la salud en tres niveles de atención y se impulsaba, por recomendación del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, encomendar la atención de los partos al primer nivel. Un hospital puesto en manos de un equipo de enfermeras perinatales respondía a los paradigmas de atención vigentes en su época tanto dentro como fuera del país.

Finalmente, la iniciativa fue acogida por la comunidad en la que se inscribió. Las mujeres que al inicio acudían sólo a la atención de los partos, empezaron a acercarse a la institución para llevar un control prenatal durante sus embarazos y hubo un veloz incremento de pacientes en los primeros años que permite dar cuenta de la aceptación de la propuesta entre la población. El proyecto fue diseñado a partir de las necesidades de la comunidad y la comunidad lo acogió. Cuando la atención se volvió más convencional, entre 2002 y 2010, la cantidad de nacimientos atendidos en la institución se redujo a la mitad. Aunque no puede atribuirse el descenso en el volumen exclusivamente a ello, puesto que en ese periodo de tiempo se abrieron otros hospitales en la zona, sí

puede intuirse que existe alguna clase de relación entre el esquema de atención y la aceptación del proyecto por parte del colectivo.

Cuando el entorno social se modifica, la relación de poder al interior de la institución también se transforma dando por resultado un restablecimiento del orden dominante. Aunque las prácticas institucionales no estén uniformemente alineadas con las políticas sociales, pueden observarse continuidades que dan cuenta del dominio de determinados intereses sobre otros y en el caso mexicano, resulta claro que los intereses económicos han tenido una fuerte influencia en el sistema de salud.

Finalmente, la política salarial terminó impactando, como en muchos otros espacios, en el proyecto de CIMIGen, desviándole de su curso. Históricamente el hospital ha pagado sueldos a su personal significativamente más bajos que los que ofrecen otros hospitales privados debido a la orientación social de la propuesta. Con el tiempo, este hecho llevó a que gran parte de los profesionales migraran hacia hospitales que ofrecían mejor remuneración a sus servicios. Las plazas vacantes fueron ocupadas por empleados nuevos que no participaron de la fundación del proyecto y que no tenían, por ello, particular compromiso la orientación social del mismo.

La baja paga, al salir de escena el componente ideológico, es fácilmente asociada con un pobre reconocimiento por la labor realizada, lo que conduce a "economizar" el esfuerzo invertido en la tarea que se ejecuta. El aspecto salarial terminó así incidiendo en el tipo de atención que la institución podía ofrecer a las mujeres:

> Este hospital es autofinanciable, con lo cual nuestro sueldo siempre fue algo, digamos, como simbólico ¿no? (…) En el Estado de México a una especialista que sí es reconocida como nosotros, está ganando aproximadamente $15,000 a la quincena (…) Aquí una enfermera perinatal, ya con especialidad, está ganando como $4,000 a la quincena (…) Aunque habían muy buenos elementos, se tenían que ir por razones obvias de dinero y entonces esto hacia que la rotación de personal de CIMIGen fuera muy grande (…) Entran nuevas personas y empiezan a haber como situaciones de confort, áreas de confort (…) ¿Para qué yo estoy vigilando un trabajo de parto que me

> va a llevar muchas horas, me va a tener cansada? Mejor le digo al gíneco. El gíneco, como por cada cirugía le pagaban… (Guadalupe Hernández, comunicación personal, 19 de agosto, 2015).

Los proyectos alternativos dependen de la alineación de una serie de factores para poder subsistir; puesto que se trata de iniciativas que avanzan en contra de la corriente, son particularmente vulnerables a los cambios tanto al interior de la estructura institucional como del entorno en el se inscriben. CIMIGen es un claro ejemplo del impacto que esta clase de variaciones pueden provocar en el curso de la vida institucional, pero es ejemplo también de la posibilidad de subsistencia y continuo replanteamiento de los proyectos que logran arraigo en la comunidad pues ha podido subsistir y re-trazar su rumbo a lo largo del tiempo:

> En 2010 se abre la maternidad de Atlacomulco y nos piden personal. Y nosotros necesitábamos que ellas demostraran que efectivamente podría funcionar esa maternidad con enfermeras. Entonces lo promovimos nosotras mismas, convencimos a la mitad del personal de CIMIGen, y se fueron. Entonces nos quedamos, no con el personal idóneo, sino lo que podíamos cubrir. Ahí fue esa decadencia, podemos decir, esa parte en la que las enfermeras no tenían con quién… porque las mejores enfermeras se fueron a la maternidad. No podemos competir con los sueldos que allá les dan, contra los sueldos que aquí les damos, entonces se fueron. Pero empezamos a formar nuevamente generaciones que podrían quedarse aquí y reforzar, y eso hemos hecho aquí durante los últimos tres años; formar recursos humanos que de primera instancia inviertan su tiempo aquí (Lucila Illescas, comunicación personal, 6 de febrero, 2015).

La subsistencia de los proyectos alternativos representa un auténtico desafío. Los profesionales se vinculan a ellos en un origen respondiendo a un principio de compromiso social pero pasado un tiempo empieza a convertirse en un obstáculo la pobre remuneración que comprenden. Las iniciativas poco a poco van quedando desiertas porque son pocos aquellos que logran permanecer vinculados a ellas en una sociedad que establece como signo de estatus la remuneración obtenida por la labor realizada.

CIMIGen ha conseguido sobrevivir, con altibajos, al paso de los años, entre otras cosas, porque se ofrece como un espacio de formación en el que las

enfermeras perinatales pueden desarrollar a plenitud las competencias de su profesión. Son pocas las instituciones del país que reconocen la capacidad de la enfermera perinatal para atender partos de bajo riesgo; responsabilidad que habitualmente es colocada en manos de los residentes de obstetricia, a pesar de las recomendaciones de la OMS de colocar la atención del parto entre las competencias de los profesionales del primer nivel de atención.

La subsistencia de CIMIGen está íntimamente ligada a la existencia de la Especialidad Perinatal que se imparte en la ENEO como pieza clave del proyecto. CIMIGen apuesta a posicionar a la enfermería perinatal como la "partería profesional" del sistema de salud, formando especialistas habilitados para la atención de partos de bajo riesgo. La ausencia de esta figura en el campo de la obstetricia en México está asociada con el elevado índice de nacimientos quirúrgicos. Los nacimientos en manos de especialistas quirúrgicos, como lo son los ginecólogos, terminan resolviéndose en una plancha de quirófano; hacen falta parteros para tener más partos.

CIMIGen disputa la partería profesional para los especialistas que forma en su programa. Esta particularidad de la institución hace que enfermeras y enfermeros estén dispuestos a laborar percibiendo honorarios modestos, por un periodo de tiempo acotado, con el objeto de completar su formación. Se trata de profesionales que establecen un estrecho compromiso con el proyecto pues comprende un reconocimiento a sus capacidades y competencia.

Los obstetras, por su parte, no parecen tener un lazo particular con el modelo. Operan como un grupo casi externo a la vida de CIMIGen que llegó a insertarse a la dinámica institucional por imposición de la SSA pero entran en escena sólo ante las complicaciones. Su habitar la institución es diferente al del resto de los profesionales; puesto que la mayoría de los partos, así como las consultas prenatales, corren a cargo de las enfermeras perinatales, su vínculo con las pacientes es circunstancial y se limita a la atención de eventos de complicación o emergencia obstétrica.

La diferencia de posicionamiento de enfermeros perinatales y obstetras se refleja también en la modalidad de pago de honorarios que cada uno de estos grupos percibe; mientras que los obstetras recibían en el momento en que se hizo el estudio una compensación por cada evento quirúrgico atendido, los licenciados en enfermería y obstetricia recibían un salario fijo mensual, lo cual da cuenta de una relación diferenciada con el empleador. A estos últimos se les pagaba el tiempo dedicado a la institución y su bajo salario se veía "compensado" con la posibilidad de ejercitarse en la atención del parto. La compensación a los médicos por cada evento quirúrgico realizado implementada a partir de 1997 llevó a que las cesáreas redituaran en un beneficio económico para ellos, lo cual estuvo asociado con el incremento en el volumen de las mismas.

Los esquemas de compensación que cada institución establece para sus empleados están estrechamente ligados con los objetivos que fija para su labor. Mientras que CIMIGen esperaba que las enfermeras ofrecieran tiempo a cambio de adquirir un conocimiento que les permitiera disputar la atención del parto a los obstetras, demandaba pericia y capacidad resolutiva por parte de su personal médico para que se encargara de la atención de las eventualidades. Es natural que la vinculación con el proyecto fuera diferente para cada uno de estos grupos de profesionales pues para las enfermeras la institución funcionaba como plataforma de empoderamiento, cosa que no ocurría con los médicos.

La presencia cada vez más protagónica de los médicos en la institución como una amenaza al territorio ganado fue experimentada como una amenaza por el personal de enfermería. CIMIGen se caracterizó, desde su fundación, por cuestionar el orden jerárquico clásico en el que las enfermeras son percibidas como profesionales de menor rango que los doctores. La imposición de los lineamientos de atención propios de la obstetricia en la práctica cotidiana de la institución da cuenta de la re-inscripción de una jerarquización del saber en la que la medicina termina subordinando a la enfermería:

> Hubo una intervención médica muy importante de varios ginecobstetras que no respetaron esto y nosotros no lo defendimos con la firmeza que hubiéramos debido (2008-2010) Yo creo que sí se vulneró la competencia profesional de la enfermera. Hubo quien nos dijo: "No, ustedes son enfermeras y no tienen injerencia" (…) Como que fuimos dejando que tomara nuevamente posesión el grupo médico de la atención del parto e hiciera una serie de intervenciones, y nos convertimos en un hospital tan igual como cualquier otro (Lucila Illescas, comunicación personal, 6 de febrero, 2015).

El modelo de atención vigente en los distintos momentos de la vida institucional ha estado vinculado con el grupo que consigue conquistar una posición de liderazgo. Mientras las enfermeras perinatales tomaron la bandera de la defensa del parto humanizado, los obstetras se inclinaron por la implementación del modelo híper-medicalizado de atención característico del esquema hegemónico. Los movimientos al interior de la institución han llevado a uno y otro grupo a cobrar protagonismo imponiendo su criterio al resto.

El programa piloto para la humanización del nacimiento que se llevó a cabo en el marco de este proyecto fue impulsado por el personal de enfermería perinatal de mayor rango y antigüedad de la institución aprovechando una coyuntura en la que no había un director designado. Poco tiempo después de iniciado el piloto ocupó el cargo Rodrigo Ayala, un médico que, si bien no había sido formado en la escuela de la atención humanizada, se mostró interesado en el modelo. Ayala asumió la dirección con la consigna explícita de reducir el índice de intervenciones, ya que Silanes, el principal patrocinador del proyecto, estaba interesado en recuperar el espíritu original de la institución puesto que éste la dotaba de identidad en el mundo de la obstetricia. El posicionamiento que el nuevo director tomó fue decisivo para que el índice de intervenciones se terminara reduciendo, la misma Illescas comenta:

> Tiempo atrás no teníamos una autoridad pero éramos un grupo colectivo, y ahora tenemos una autoridad que está en este mismo canal (…) El director quiere que todas las cirugías se justifiquen, y tiene toda la razón, se tienen que justificar. Esto se ha hecho diariamente: "A ver, ¿por qué, por qué, por qué? Es una indicación directiva que se tiene que estudiar muy bien cada nacimiento y que cuando se propone una cesárea tiene que estar bien justificada (Lucila Illescas, comunicación personal, 6 de febrero, 2015).

Con el objetivo de disminuir el índice de cesáreas se implementó una batería de estrategias; además de respaldar la implementación del programa piloto de humanización del nacimiento, se exigió una justificación argumentada para la práctica de nacimientos quirúrgicos y se implementaron cambios en los mecanismos de remuneración apuntando a favorecer la atención de nacimientos por vía vaginal, de modo que se eliminó el pago por evento quirúrgico integrando al personal médico a la nómina. Se planteó la posibilidad incluso de brindar estímulos económicos a la asistencia de partos en lugar de la hacerlo ante a la práctica de procedimientos quirúrgicos, como había ocurrido en otras épocas.

> Un plan del doctor es pagarles un incentivo a cada enfermera que atienda el parto (…) En vez de pagar las cesáreas al médico, pagar los partos a las enfermeras, ¿no? (…) Se tiene que estudiar un proceso en el que todos los que intervienen en el caso de esa mujer que se quedará satisfecha de su atención, todos tendrían que tener una coparticipación. Entonces estamos estudiando eso. Es que de repente hay enfermeras que todavía no se entusiasman porque no ven ahorita efectos económicos en su participación. Ven efectos emocionales de que bueno, no se complicó, salió bien, me dieron las gracias, hasta un regalito. O sea, es esta parte está padre, está bien, y eso creo que alimenta mucho el ego de muchas. Dicen: “Ay, qué bueno, todo salió bien”. Pero hace falta algo más de parte nuestra (Lucila Illescas, comunicación personal, 6 de febrero, 2015).

Los cambios en los esquemas de remuneración son reflejo de cambios de prioridades en el modelo de atención y tienen un impacto directo en el tipo de atención que la usuaria recibirá. Un mecanismo que estimula la intervención tendrá resultados diferentes que uno que premia el curso natural del proceso. Ambos responden a intereses de grupos determinados que acceden a posiciones de poder y al hacerlo promueven los esquemas de atención que les permiten afianzar su posición de dominación.

CIMIGen ha recorrido a lo largo de su historia etapas diferentes en las que se han modificado los equilibrios entre las fuerzas al interior de la institución. En el momento en el que se propuso la implementación de un programa piloto para la humanización de la atención, convergieron fuerzas diversas que hicieron

posible que esta corriente que había sido subalternizada recuperara centralidad y encontrara arraigo.

En el siguiente apartado se describirán las características de la institución en el momento en el que dio inicio esta investigación, con el objeto de entender el tipo de hospital en el que se implemento el programa piloto del cual se obtuvo información sustancial para el análisis de la circulación del poder en el esquema humanizado de atención de los nacimientos. De ello se dará cuenta más adelante.

B. LA INSTITUCIÓN

Se trata de un hospital pequeño en el que se atienden alrededor de 50 nacimientos al mes. En la institución laboran dos o tres ginecólogos, un pediatra y cinco enfermeras por turno, lo cual comprende una planta de 23 enfermeras, cinco ginecólogos y cuatro o cinco pediatras. El anestesiólogo no forma parte del personal de la institución y acude a ella exclusivamente por llamado; se cuenta con un listado de algunos de estos especialistas a los que se recurre en caso de necesitarles.

La espacialidad de la institución está organizada de la siguiente manera: Las mujeres en trabajo de parto son atendidas en un área de labor que cuenta con tres camas separadas entre sí por cortinas y que comparten un baño con regadera al que las mujeres de esa sección tienen libre acceso. Un banco de parto improvisado y una pelota se colocan en la parte superior de un mueble de almacenamiento de equipo médico y son ofrecidos a las parturientas por algunas de las enfermeras cuando lo consideran pertinente. Al lado del área de labor hay un largo pasillo con ventanas al jardín por el que circulan las mujeres esperando a que llegue el momento de pujar.

Cerca, pero independiente de este espacio, se encuentra una sala de expulsión clásica con dos mesas de parto al centro de las que decide prescindirse o no dependiendo del modelo de atención por el que se incline el proveedor de

CIMIGen, Ciudad de México

salud en turno y el grado de complejidad que represente cada caso. CIMIGen no cuenta con un espacio específicamente diseñado para la atención del parto humanizado, ya que con motivo de una certificación el hospital fue obligado a retirarla (2013) y con ello el área explícitamente destinada a la atención humanizada desapareció. Los partos de este tipo son asistidos ya sea en el área de labor o en alguna de las dos habitaciones individuales disponibles que ofrecen un escenario menos restrictivo que la sala de expulsión.

Tras el nacimiento y el alumbramiento de la placenta, las mujeres son llevadas, junto con sus bebés, a un área en la que permanecerás hasta ser dadas de alta. Conviven en esta institución dos modelos diferentes: un par de habitaciones privadas con baño individual que comprenden un costo más elevado y son utilizadas regularmente para que los médicos o enfermeras puedan atender en el hospital a sus pacientes privadas y un dormitorio compartido con 10 camas y un baño común. En este salón se separa a las camas entre sí y del pasillo por medio de cortinas, de manera que se forman pequeñas espacialidades visualmente aisladas entre sí, aunque auditivamente conectadas. Junto a la cama de la paciente se coloca la cuna del bebé y una silla para su acompañante. Al frente de la sala común hay una estación de enfermeras que se encargan de atender al conjunto de mujeres y niños internados en esta sección y una pequeña área de revisión pediátrica en la que se mide, pesa, baña a los bebés.

El hospital cuenta también con dos quirófanos, nueve consultorios, un área de oficinas y una vieja capilla que data de los 50', época en que las instalaciones pertenecían al Hospital del Perpetuo Socorro, ha sido adaptada como salón de clases en el que se imparten cursos a las parejas y se dan talleres de estimulación temprana.

CIMIGen, Ciudad de México

Por último, integrada al hospital, se encuentra una moderna unidad académica de la ENEO que fue inaugurada en 2014. Esta área cuenta con cuatro amplios salones de clases, un área de oficinas con pequeñas salas de reunión para administrativos y una residencia que permite albergar a seis alumnas del interior de la república.

La organización del espacio en CIMIGen da cuenta de la historia de la institución, de los diferentes enfoques que ha tenido a lo largo de los años y de las prioridades que han establecido los distintos directivos que la han tenido a su cargo. La desaparición del espacio expresamente diseñado para la atención humanizada habla de su historia reciente que le llevó tener tan elevados índices de cesáreas, pero la circulación de las mujeres por los pasillos, las cortinas que permanecen cerradas, el uso de las camas para atender el nacimiento, la disposición para permitir que las parteras que atienden nacimientos en agua lleven su tina inflable y la coloquen en una de las habitaciones privadas, dan cuenta de la subsistencia de una corriente subterránea que insiste en preservar los lineamientos de la atención humanizada.

También ha quedado plasmado en el espacio el peso que para la institución tiene la enseñanza. CIMIGen, en su alianza con la ENEO, no sólo es un centro de atención de salud, es un espacio de formación de enfermeras y educadoras perinatales. El vínculo de la institución de salud con la academia es uno de los pilares de su identidad por lo que el espacio para la enseñanza tiene gran protagonismo en las instalaciones al grado de que la modernidad del área de enseñanza contrasta con la austeridad de los espacios destinados a la atención de los pacientes. La reivindicación de la enfermería perinatal como profesión encargada de la asistencia de los nacimientos de bajo riesgo ha sido

pieza clave del proyecto y esto ha hecho que la relación entre la clínica y la formación de cuadros resulte indispensable. Mientras en la unidad de enseñanza se forma a los profesionales especializados en la atención de nacimientos, el hospital aparece como campo para probar sus capacidades y pericia para la atención de nacimientos de bajo riesgo.

El siguiente apartado se destinará a exponer los resultados documentados a partir de la intervención que se llevó a cabo en la institución entre noviembre de 2014 y julio de 2015, intentando dar cuenta de sus luces y sombras para entender qué elementos posibilitan y obstaculizan los cambios al interior de una estructura rígida y jerárquica como la que caracteriza al modelo médico.

C. UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN

La “opción monástica” que describe Morris Berman en *El crepúsculo de la cultura americana* fue el principio en el que se inspiró la experiencia de intervención que tuvo lugar como parte de este proceso investigativo. Berman en su texto da cuenta de una serie de proyectos que, a su entender, actuando a modo de guerrillas silenciosas y nómadas en el contexto de una sociedad neoliberal e individualista como la norteamericana, logran desarticular la lógica dominante. El autor cita una serie de iniciativas que desde su perspectiva han sido capaces de infiltrar el discurso hegemónico partiendo de diferentes plataformas. Debido a mi tema de estudio recuperaré una de ellas, la de Bill Thomas, un médico neoyorkino que instituyó una serie de cambios cuando recibió a su cargo la dirección de un asilo de ancianos a mediados de los 90’ y se encontró con el hecho de que los viejos tenían una sobrevida realmente breve una vez que ingresaban a la institución.

Los cambios que Thomas realizó para atender el problema de la muerte de los ancianos fueron meramente ambientales pero, sorprendentemente, tuvieron un impacto extraordinario en términos de salud: redujeron las infecciones y el uso de medicamentos en un 50% y la tasa de mortalidad en un 25 por ciento. Thomas no intervino en el cuerpo de sus pacientes, no se propuso esterilizar

las estancias para evitar contagios ni estrechar la vigilancia médica de los internos; su estrategia fue del todo “subversiva”:

> Violando la ley del estado de Nueva York, trajo 137 perros, gatos, pájaros y conejos, convirtiendo al lugar en un zoológico. También llenó el cuarto con plantas y, donde había pasto, puso hortalizas. Finalmente, Thomas instaló una guardería y organizó que los niños mayores pasaran sus tardes con los viejos. Creó, en resumen, un mundo floreciente para sus pacientes, y ellos florecieron como resultado (Berman, 2007: 196).

Berman reporta que más de 200 asilos adoptaron más tarde el modelo de Thomas debido a sus impresionantes resultados y así el médico consolidó con los años lo que hoy se conoce como *The Green House Project,* propuesta que se plantea como eje la construcción de “vidas con sentido” para los residentes que habitan sus hogares de ancianos.

¿En qué radicó el éxito del proyecto de Bill Thomas? Desde mi lectura tuvo que ver con la “humanización” del paciente. La restitución de su carácter de sujeto operada, en este caso, por medio de un cambio ambiental que colocó en el centro a la vinculación con el placer y la vida. El médico logró, a pesar de los condicionamientos impuestos por su formación, trascender la concepción meramente orgánica de sus pacientes, entendiendo a los viejos como sujetos que necesitaban conectarse con el entorno que les rodeaba para querer seguir viviendo.

Un elemento fundamental para analizar la experiencia de Thomas es el actor que se introduce en la ecuación como acompañante, vehiculizando el restablecimiento del vínculo. Los niños de la guardería que pasaban las tardes con los ancianos fueron colocados en la posición de compañeros, ocupando el rol de ese otro que, en tanto espejo, permite la construcción de la identidad propia y con ello posibilita el anclaje a la vida. Los viejos estaban solos y Thomas les consiguió compañía.

La vejez no es ciertamente una enfermedad de la que debiera encargarse la medicina, como no lo es tampoco el parto. La medicalización de la vida y no sólo de la enfermedad, opera como una de las estrategias del saber biomédico

para garantizar su hegemonía, tal como lo describe Menéndez (1983). Es, sin embargo, un médico el que logra en esta historia desmarcarse de los límites que impone su disciplina proponiendo un modelo de intervención diferente, así como son médicos los que abanderan la humanización del parto hoy en día como respuesta a una atención en serie que ha caracterizado al ejercicio de la medicina al interior de las instituciones. Ningún saber, por más que sea hegemónico, puede considerarse total por lo que confluyen en el campo de la biomedicina voces diversas.

Así pues, en la experiencia de CIMIGen participaron profesionales de la salud adscritos al modelo de atención humanizada. Se buscó desarticular el orden despersonalizado que caracteriza a la asistencia del parto en la institución a partir de la "infiltración" del dispositivo mediante la implementación de una batería de estrategias. Para ello se recuperaron los ejes centrales de la propuesta de Thomas, buscando inscribir la intervención en la línea de las guerrillas descritas por el autor:

- Evaluación del problema desde una perspectiva desmarcada del saber biologicista propio del MMH, entendiendo que se interviene el nacimiento porque no se percibe al parto como una instancia de despliegue del poder de la mujer sino como un evento de riesgo del que la medicina se debe encargar.
- Propuesta de abordaje orientada a atacar la raíz del problema: Trabajo con grupos de profesionales de salud y pacientes reafirmando la capacidad de la mujer para parir y el bajo riesgo asociado al evento al no haber intervención.
- Reconocimiento de la importancia de la vinculación como pieza desarticuladora de la institucionalización que lleva a tratar con lo sujetos como si fuesen cuerpos: Incorporación de la figura de la doula como pieza vinculante.

1. Lo que se transforma

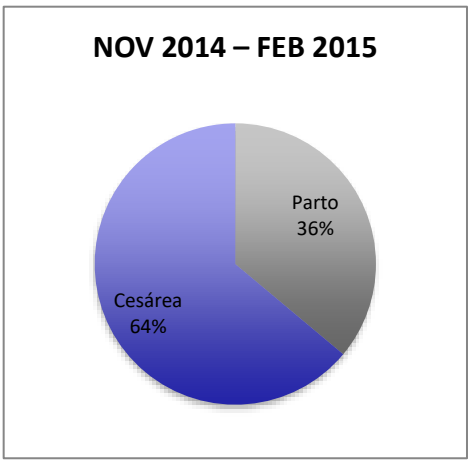
Puesto que en CIMIGen la violencia desnuda y el abandono no formaban parte del trato cotidiano, el desafío planteado para el programa piloto de

humanización fue la reducción de los desbordados índices de intervención, entendidos como una manifestación velada de violencia. En esta institución las mujeres contaban con una serie de libertades de las que no goza la mayoría de las parturientas en el Sistema de Salud: Se les permitía caminar y moverse, tomar bebidas y alimentos, se les invitaba a acompañarse de un familiar. Muchas de ellas, de hecho, se acercaban a la institución buscando un parto natural, inspiradas por la imagen de respeto a la fisiología históricamente asociada con la institución. Los médicos y enfermeras estaban hacía tiempo familiarizados con el modelo de atención humanizada y se promovía la asistencia de los nacimientos por parte del personal de enfermería. Sin embargo, contra todo pronóstico, el índice de cesáreas rondaba el 65% en el momento en que se decidió implementar el programa piloto. ¿Qué fallaba entonces? A esa pregunta trataremos de responder en este apartado.

Tras la implementación del programa se recabaron los resultados de la experiencia mediante entrevistas realizadas por la investigadora, formatos de recolección de datos llenados por el voluntariado de doulas después de cada nacimiento y una revisión de los registros institucionales. Dicha revisión tuvo por objeto comparar los índices de intervención antes y durante la implementación del programa con el objetivo de valorar la eficacia del modelo propuesto para poner freno a la híper-medicalización. Las cifras que se reportan a continuación fueron extraídas de las libretas de parto y cesárea de la propia institución y presentan un comparativo entre los índices de cesárea y episiotomía un cuatrimestre previo a la intervención y el cuatrimestre durante el cual se llevó a cabo la misma (ver figura 8):

ANTES DEL PILOTO

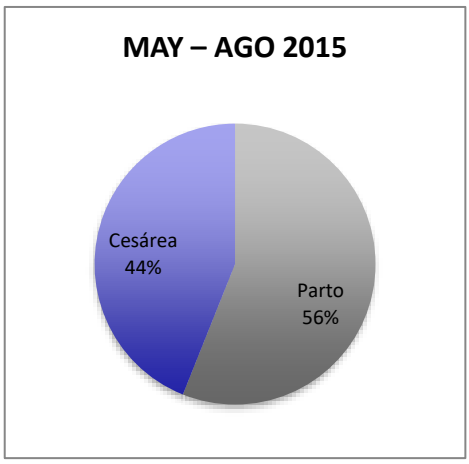
TOTAL DE NACIMIENTOS: **194**



EPISIOTOMÍA: 32%

DURANTE DEL PILOTO

TOTAL DE NACIMIENTOS: **222**



EPISIOTOMÍA: 20%

Figura 8. Porcentaje de partos, cesáreas y episiotomías.
Fuente. Elaboración propia con información de la institución.

Como puede observarse a partir de la comparación entre cuatrimestres, el número global de nacimientos vaginales en la institución se incrementó significativamente después de implementarse el programa piloto y fue reducido el índice de eposiotomías, cabe señalar que ello ocurrió sin que esto representara aumento alguno en la morbi-mortalidad de madres e hijos.

¿En qué radicó el éxito del programa? Ciertamente su eficacia no estuvo asociada con la información transmitida al equipo de profesionales sobre las bondades de una atención alejada de la intervención innecesaria; contaban ya con la evidencia que respaldaba el modelo pero ello no los había llevado a implementarlo a cabalidad. Hizo falta que se conjugaran una serie de factores para hacer posible la transformación en las prácticas de atención.

Una intervención plantea una irrupción en el orden establecido, da un golpe sobre el tablero y mueve de lugar las piezas, pero sólo es posible ejecutarla cuando es acogida e impulsada por el colectivo. La intervención en CIMIGen fue viable porque respondió a los intereses de un grupo de enfermeras perinatales que la utilizó estratégicamente para recuperar una la autoridad

perdida del colectivo al que representaban y los de un director nuevo interesado en cuestionar el orden establecido y recuperar el espíritu original del proyecto; actores de la estructura institucional colocados en posiciones de poder.

¿Pero tuvo algo que ver el diseño particular del programa piloto con la transformación registrada en el modelo de atención? La respuesta a esta interrogante resulta compleja pues no puede aislarse la intervención misma de la transformación en el equilibrio de fuerzas que operó a la par de su implementación. El advenimiento de un elemento externo a la estructura en una coyuntura particular, resultó útil para vehiculizar un cambio en la distribución del poder que estaba gestándose.

La particularidad del modelo de intervención implementado en este caso, que podría estar asociada con su eficacia, fue la apuesta por la creación de espacios de vinculación entre los actores. Los talleres funcionaron como facilitadores del encuentro y el diálogo entre pares –personal de salud por una parte y pacientes por la otra- con el fin de favorecer el intercambio en torno a una idea central: “las mujeres pueden parir a sus hijos”. Este primer paso de creación de espacios de encuentro permitió subrayar la centralidad de cada uno de los diferentes actores en la escena del parto y establecer un compromiso con cada uno de ellos para que se involucraran activamente con el proyecto de poner freno a la híper-medicalización.

Los índices de episiotomía y cesárea en CIMIGen continuaron descendiendo en los años que siguieron al ejercicio de intervención. En marzo de 2017 las cesáreas rondaban el 35% y las episiotomías dejaron directamente de practicarse por rutina. Lo más difícil de modificar, sin embargo, fueron las otras prácticas asociadas con mandatos velados de productividad que se filtran a ésta como al resto de las instituciones de salud.

2. Lo que persiste

La cesárea y la episiotomía son las modalidades de intervención que exponen de forma más evidente el ejercicio de una medicina invasiva; la primera de ellas

practicada por el obstetra y la segunda, en el caso de CIMIGen, por la enfermera responsable del parto. Es interesante que justamente éstas hayan sido las prácticas de intervención más fáciles de regular. La episiotomía y la cesárea responden a un mismo imaginario: “El cuerpo no se abre por sí mismo, yo lo abro”.

Mientras se registró una reducción significativa del índice de estas intervenciones que comprenden corte y sutura, que dejan huella imprimiendo una marca visible en el cuerpo que opera como anclaje en la memoria del procedimiento invasivo, no ocurrió lo mismo con otra serie de intervenciones que se siguieron practicando a pesar de resultar tan innecesarias e invasivas como las primeras. Diego, uno de los padres que acompañó a su pareja en el nacimiento de su primer hijo, narra cómo el ejercicio de esta clase de prácticas pusieron en tela de juicio el carácter “humanizado” de la experiencia, llevándole a considerar que para un segundo nacimiento, lo mejor sería elegir un parto en casa. Las expectativas que se había formado esta pareja del evento, a partir del relato que había hecho una de sus hermanas de la atención humanizada que recibió en otra institución de salud, no correspondieron en absoluto con la realidad de la atención recibida: “Cuando ya estaba expulsando al bebé, una enfermera con la mano ayudó a que se dilatara ahí abajo y se desgarró. Luego de que nació el bebé le metieron la mano y le limpiaron. A mi hermana no le hicieron nada de eso” (Diego, comunicación personal, 10 de junio, 2015).

Existen intervenciones que no necesariamente tienen la visibilidad de la cesárea y la episiotomía; si bien incrementan del dolor durante el proceso, no se encuentran tan directamente asociadas con consecuencias a largo plazo y en ocasiones ni siquiera son registradas en los documentos oficiales. A partir de la comparación de los reportes de las doulas con las libretas de parto de la institución, pudo observarse un sub-registro del uso de hormonas para acelerar el nacimiento, por ejemplo. La canalización y la revisión de cavidad uterina no resultan siquiera registradas en esta clase de documento.

Los resultados que se presentan a continuación para dar cuenta de la frecuencia con que se practica esta clase de intervención silenciosas que

atentan contra la salud sin dejar una clara huella, fueron extraídos de los reportes de las doulas y permiten observar lo que persiste, insiste, se arraiga en el ejercicio de la medicina hegemónica:

Canalización

La hidratación intravenosa fue utilizada en 46 de los casos reportados por las doulas, lo cual representa un 95% de los nacimientos vaginales que contaron con acompañamiento. Las mujeres dieron a luz canalizadas aún cuando se les invitó a beber líquidos libremente, lo cual habría sido suficiente para mantenerlas hidratadas.

Es interesante analizar el uso rutinario de esta intervención que coloca simbólicamente al sujeto en la posición de paciente. Al aplicar un suero se permea el cuerpo y se accede a su interior a través de la ruta de las venas. Una mujer canalizada es un cuerpo sobre el que la medicina toma posesión, coloca su marca. La canalización no se practica con la intención de violentar o provocar sufrimiento. Se la percibe como parte del protocolo de atención, de los cuidados que se brindan al paciente: “Una vía no se le niega a nadie. No lo hacemos de jodidos” (Cecilia Zerbo, comunicación personal, 16 de agosto, 2016).

Tener a la paciente con una “vena permeable” durante el proceso de parto permite administrarle medicamentos vía intravenosa en caso de emergencia, lo cual da cuenta de una concepción del nacimiento que parte de la premisa de que se trata de un evento de riesgo en el cual pueden presentarse complicaciones en cualquier momento.

Revisión de cavidad uterina

Se trata de un procedimiento que se lleva a cabo colocando una gasa en la punta de unas pinzas de metal que se introducen al útero de la mujer después del parto con el fin de extraer los coágulos que más tarde podrían producir una hemorragia. Las doulas reportan que se realizó revisión de cavidad uterina a 35 mujeres, un 72% de las que tuvieron partos vaginales. Según la *Guía para la atención del parto en embarazo*

de bajo riesgo de la SSA (2014), este procedimiento no debería llevarse a cabo a menos que se detecte que la placenta está incompleta pues resulta invasivo y sumamente doloroso.

Para comprender la razón de la práctica sistemática de revisiones uterinas fue fundamental una entrevista sostenida con una de las jefas de guardia del hospital en la que se reveló que el hospital había recibido, poco tiempo atrás, la queja de una paciente que tras presentar una infección a causa de “restos placentarios”, interpuso una demanda en la que acusó a la institución de mala praxis. En ese caso en particular la revisión de cavidad uterina había sido practicada por lo que la queja no procedió. Sin embargo, tras el hecho y ante la conmoción de las autoridades, se advirtió al personal que cualquier nueva demanda recaería sobre aquel que decidiera no llevar a cabo la revisión de cavidad. Las historias de los sujetos y de los colectivos condicionan su apertura o resistencia para incorporar nuevos conocimientos a los lineamientos institucionales para la atención.

Inducción / Conducción

Se usó goteo de Oxitocina para acelerar o inducir las contracciones en 31 ocasiones, es decir, en el 53% de los nacimientos. La OMS considera que sólo en el 10% está justificada esta clase de intervenciones puesto que la inducción artificial del trabajo de parto incrementa hasta en un 70% las complicaciones perinatales y hace más probable que el nacimiento termine resolviéndose por vía abdominal (Ruíz Sánchez, 2013).

Interesantemente, las inducciones practicadas durante el piloteo con frecuencia fueron interrumpidas durante la noche para “dejar descansar a las pacientes”. Ello tuvo como resultado trabajos de parto excesivamente largos y mujeres exhaustas tras varios días de contracciones. La oxitocina y las prostaglandinas son utilizadas regularmente para acelerar el proceso de parto pero durante la noche se suspende la estimulación de la actividad uterina “para permitir que la

paciente descanse” aún cuando ello comprenda un mayor desgaste según lo reportan las entrevistadas.

Se trata de recursos que agilizan el proceso, pero incrementan significativamente la dificultad de la experiencia para la mujer y el niño. Lorena, quien recibió estimulación para acelerar el trabajo de parto, relata de la siguiente manera su percepción de experiencia: “Cuando me pusieron oxitocina a los cinco minutos se hicieron muy fuertes los dolores y ya estaba gritando” (Lorena, comunicación personal, 20 de mayo, 2015). En algunos testimonios se dio cuenta incluso de la combinación del uso de oxitocina y prostaglandina, lo cual suele tener por resultado una actividad uterina muy intensa que agota a las madres y genera alteraciones en la frecuencia cardiaca de los bebés.

Las hormonas no son usadas exclusivamente con el fin de acelerar el proceso; se las emplea también frecuentemente para dar inicio al mismo cuando se considera conveniente que se desencadene. Se vio entre el personal de la institución una marcada resistencia a esperar que el parto iniciara por sí mismo pasadas las 40 semanas debido al riesgo potencial asociado con embarazos de 41-42 semanas de gestación. Un parto inducido de forma artificial, tiene menos probabilidades de prosperar por lo que cuando se reduce el tiempo de espera, se incrementan las posibilidades de terminar en un nacimiento quirúrgico.

Las intervenciones silenciosas que siguieron practicándose cotidianamente en el campo de la atención del nacimiento durante el programa piloto de humanización del parto implementado en CIMIGen, y que si bien fueron disminuyendo con el tiempo, resultaron más difíciles de modificar, podrían clasificarse en dos grupos distintos que responden a criterios diferentes. Aunque ambos se inscriben en la lógica de la productividad que, como se ha demostrado, ha logrado permear el sistema de salud, tienen particularidades que merece la pena distinguir para tratar de entender su arraigo a la vida institucional:

Estandarización de procedimientos

La canalización rutinaria, la revisión de cavidad uterina, así como otras intervenciones que no se practican en CIMIGen pero sí en la mayoría de las instituciones públicas como lo es la restricción del movimiento de las pacientes para evitar el riesgo de caídas, responden a una concepción particular de la intervención médica, la cual se orienta, no a atender problemas que se presentan -como lo haría una medicina correctiva- ni a evitar que el problema surja -como corresponde al ámbito de la medicina preventiva- sino a eliminar el rango de responsabilidad del profesional sobre el desenlace del evento; a este tipo de prácticas se las ha llamado “medicina defensiva”.

Institucional o personalmente se decide practicar, de forma rutinaria, una serie de intervenciones que apuntan a estandarizar los procesos de atención, intentando reducir con ello el margen de error. Para hacer un uso discriminado de las intervenciones, resulta necesario confiar en el criterio y la pericia personal del profesional de salud a cargo del evento, lo cual coloca la responsabilidad en el ámbito individual. La estandarización de los procedimientos libra al profesional del peso de la responsabilidad personal. En tanto haga uso de todos los recursos disponibles quedará amparado ante cualquier cuestionamiento a su práctica clínica. Si se presentara una complicación, ésta quedaría inscrita en el limbo de lo inevitable; no se puede culpar a nadie por ello.

Interesantemente este conjunto de intervenciones estuvo asociado con la práctica de las enfermeras perinatales, quienes buscando minimizar la posibilidad de que se presentaran complicaciones atribuibles a su desempeño, continuaron realizando prácticas aún cuando incrementaran el sufrimiento de las mujeres. La enfermera perinatal, en tanto responsable de cuidar la sana evolución del proceso, puede intervenir para asegurarse de que cumple satisfactoriamente con su labor brindando una atención estandarizada y al hacerlo está respondiendo con el mandato institucional.

No se puede abordar el tema de la estandarización de la atención sin enmarcarla en el ámbito de la estructura institucional. Se demanda infalibilidad

de los profesionales en el campo de la salud y la estandarización de la atención es una modalidad de respuesta ante dicha exigencia. Aún cuando no se impusiera al personal la revisión rutinaria de cavidad uterina, es probable que continuara realizándola para responder al mandato velado de infalibilidad que pesa sobre sus hombros.

Los lineamientos que proponen limitar tal o cual intervención a los casos en los que el profesional responsable lo considere necesario, terminan siendo poco exitosos para combatir la híper-medicalización pues confrontan con el fantasma de la falibilidad. Desarrollar protocolos que incorporen recursos como la necesidad de pedir una segunda opinión para realizar determinado procedimiento o la obligación de justificar su implementación ante un ateneo, resultan ser herramientas más eficaces pues parten de la premisa de una responsabilidad que se asume colectivamente.

Agilización del proceso

El segundo grupo de intervenciones que analizaremos responde a una lógica por entero diferente: el principio de aceleración. El uso de hormonas para intensificar o desencadenar la actividad uterina y la maniobra de Kristeller en el momento del nacimiento pertenecen a este tipo de recursos y regularmente su práctica está a cargo de personal médico especializado.

El principio de aceleración es propio de la lógica resolutiva del modelo médico. La oxitocina, empleada en más de la mitad de los casos, no puede haberse utilizado exclusivamente como un recurso para resolver complicaciones, sino también como estrategia para agilizar el proceso del parto. El personal médico opera, tomando como plataforma, una formación orientada a la intervención; cuando no se presenta un problema a resolver, el parto aparece como un proceso susceptible de ser optimizado por medio de la intervención que agiliza.

El posicionamiento del obstetra ante el evento del nacimiento es por entero distinto al de la enfermera perinatal. Mientras las enfermeras se encargan de custodiar la sana evolución del proceso, los obstetras intervienen cuando el parto se ha desviado de su curso. Ante una emergencia, el desenlace del

evento dependerá en gran medida de la pericia y capacidad resolutiva del profesional responsable; en un escenario de esta naturaleza, el médico deviene protagonista del evento. Pero se trate de una emergencia o no, una vez que interviene, el obstetra convencional reclamará protagonismo en la escena del nacimiento y la posibilidad de acelerar el proceso le permite comandar la experiencia.

Más allá de los lineamientos de atención dictados por la institución, las prácticas de aceleración estuvieron asociadas con la indicación específica del ginecólogo a cargo de la guardia. El perfil del profesional médico, formado en un *habitus* autoritario, como lo apunta Roberto Castro, hace que los liderazgos individuales tengan un enorme peso. Los jefes de cada una de las guardias cuentan con gran autonomía, lo cual dificulta la implementación de políticas institucionales, por lo que un hospital puede tener una guardia en la que se ejecuten prácticas de atención que resulten inadmisibles para los profesionales a cargo de otras guardias. La institución biomédica no es un ente uniforme: “En un hospital conviven 5 hospitales diferentes, el de la mañana, el de la tarde, el de la noche y el de los fines de semana en el que son todos remplazos” (Comunicación personal, Mariana Areso, 5 de agosto, 2016).

La aceleración del nacimiento ejecutada por actores particulares, sin embargo, responde también a condicionantes estructurales. En el caso de CIMIGen no puede explicarse esta práctica bajo la premisa de la saturación de los servicios pues se trata de un hospital pequeño que da atención a un volumen reducido de pacientes y labora por debajo de su capacidad. La aceleración del parto, sin embargo, era una práctica frecuente en la institución cuando la intervención se llevó a cabo. El obstetra, en tanto profesional cuyo saber se considera especializado y valioso -tal es así que se le paga de forma diferenciada al resto- es llamado a intervenir haciendo uso de su ciencia. Se espera de su conocimiento un carácter resolutivo; cuando no existe conflicto a resolver, la agilización aparece como una alternativa para demostrar capacidad y pericia. Al acelerar el parto el médico no hace otra cosa que cumplir con la tarea que implícitamente se le encomienda cuando se lo pone a cargo de un evento obstétrico.

Para disminuir el índice de esta clase de intervenciones, entonces, hay que cuestionar la necesidad de poner obstetras, especialistas entrenados para la atención de emergencias, a cargo de los nacimientos sin complicaciones. Un obstetra que labora en la práctica privada y promueve la participación de las parteras en la atención de los nacimientos afirmaba en un foro público: “Poner a un ginecólogo a cargo de los partos es como contratar a un pediatra para cuidar a tus hijos cuando sales a cenar” (Gilberto Ramírez Bergerón, comunicación personal, 7 de febrero, 2013). El carácter resolutivo del saber biomédico, sin embargo, no es privativo de la ginecobstetricia; las parteras profesionales que laboran en los sistemas de salud de algunos países, muestran también una tendencia cada vez mayor a medicalizar el evento del nacimiento y lo mismo ocurre en el caso de las parteras empíricas de nuestro país.

La lógica de la aceleración permea el conjunto de la sociedad de mercado. La hemos visto manifestarse en toda clase de ámbitos, desde la producción de alimentos hasta el tránsito de la información. Más rápido pareciera ser necesariamente mejor en un esquema de producción capitalista. La adrenalina asociada con la velocidad produce una exaltación altamente apreciada en nuestra sociedad.

Para incidir en esta lógica tan íntimamente arraigada al imaginario actual, es necesario trabajar simultáneamente en direcciones complementarias:

- Es importante que las mujeres conozcan el proceso del parto, se apropien de él y decidan darle el tiempo necesario a su cuerpo, sabiendo que con la aceleración se asocian complicaciones diversas. Cuando a una mujer se le realiza una inducción o cuando llega al hospital en una fase temprana del trabajo de parto, un número mayor de intervenciones innecesarias le serán practicadas puesto que el hospital no es un espacio diseñado para esperar sino para intervenir. Si la mujer consigue esperar lo necesario para llegar con un trabajo de parto bien establecido, se reducen las probabilidades de que sea sujeta a una

aceleración innecesaria. Para ello necesita asumir un papel activo y una cuota de responsabilidad en el evento.

- Resulta necesario también que los profesionales, además de ser alertados sobre los riesgos asociados con esta clase de prácticas, sean familiarizados con la posibilidad de atender sin acelerar. Resulta difícil de creer, para un profesional habituado a esta clase de procedimientos, que el parto pueda efectivamente ocurrir sin hacer uso de oxitócicos. En la maternidad argentina Estela de Carlotto se implementó el modelo de atención con mínima intervención. Como las parteras seguían haciendo un uso indiscriminado de la oxitocina, se limitó el suministro a una dosis por parto, destinada al manejo activo del alumbramiento de la placenta (lo cual está indicado como parte de los procedimientos recomendados por la OMS para reducir el índice de hemorragias en el posparto). Muchos de los ejercicios de regulación de la intervención en el mundo médico parten de la imposición desde instancias de autoridad. Este paso no es por sí mismo suficiente, pero resulta funcional para abrir una primera brecha en un esquema rígido y jerárquico como el biomédico.

3. La anestesia y el parto humanizado

Puesto que parte de la premisa del cuestionamiento a la híper-medicalización, es común que se conciba al parto humanizado como sinónimo de un nacimiento sin anestesia. La Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-2016) señala que habría que ofrecer a toda mujer medidas alternativas para el manejo del dolor antes de hacer uso de la anestesia, no en lugar de ello. Siete de las entrevistadas, un 20% del total, dijeron que a pesar de haber recibido atención amable, el acompañamiento de una doula y el acceso a medidas alternativas para el manejo del dolor, en una siguiente ocasión optarían por una cesárea programada. El dato da cuenta, muy probablemente, de que requirieron de una anestesia a la que no tuvieron acceso. Lía, una de estas mujeres, originalmente tenía la intención de tener a su bebé por medio de una cesárea ya que la consideraba la opción más segura para ella puesto que algunos médicos le habían dicho que “estaba muy chiquita y estrecha” para tener un parto. Al llegar a CIMIGen decidió, sin embargo, intentar un nacimiento humanizado con la expectativa de poder hacer uso de la anestesia cuando así

lo decidiera. La anestesia no le fue suministrada ni en el momento ni en la cantidad que ella hubiera esperado y el relato que hace de su parto es el siguiente:

> Sentía a mi cuerpo en contra mía. Mi mente ya no aguantaba el dolor pero mi cuerpo seguía y seguía (…) Mi hermana, que era la experiencia más cercana mía de parto natural, me decía: "No te preocupes, vas a sufrirle hasta que tengas seis de dilatación, pero ya después de eso te van a poner el bloqueo. Aunque se va a hacer un poco más tardado pero ya no sientes nada, es bien llevadero. Yo hasta me dormí". Eso es lo que estaba esperando ayer. Llego hasta aquí y se acabó. Pero, en primera, no me pusieron el bloqueo cuando llegué a seis, me lo pusieron cuando llegué a ocho. Les dije que no me quitó el dolor y me dijeron: "Es que no te lo va a quitar, sólo te va a disminuir". Y me decían que no me lo podían poner porque iba a tardar mucho (…) Fue una experiencia muy complicada que no se la voy a contar a ninguna mujer porque no la quiero asustar (Lía, comunicación personal, 2 de julio, 2015).

Cabe señalar que cinco de las siete mujeres que narran esta clase de experiencias estuvieron expuestas al suministro de oxitocina y/o prostaglandina sintética que incrementa sustancialmente la intensidad y frecuencia de las contracciones. Las otras dos no recibieron oxitocina pero tuvieron nacimientos altamente intervenidos que comprendieron maniobra de Kristeller y expulsión manual de placenta, procedimientos que incrementan significativamente la intensidad del dolor del parto. Ese precisamente es el caso de Lía:

> Estuve mucho tiempo en trabajo de parto y una parte de mi útero no cedió, no se ablandó. Estuve en nueve de dilatación como cinco horas o más, y era porque no podía ella descender por esa parte que no cedió de mi útero. Me metieron la mano como miles de veces para que como que la doctora le ayudara a librar esa parte del útero; súper doloroso. Entiendo que era una cejita. Y ya cuando la había librado, pues a pujar y pujar. Estuve pujando como dos horas y no, porque resulta que mi pelvis es plana y no curva. Ella descendía pero no podía salir. Al final me llevaron a la sala de expulsión a sacarla como se pudiera (…) La doctora se subió en mí… me empujaron la panza. (Lía, comunicación personal, 2 de julio, 2015).

Ella cuenta que durante el evento pedía a los gritos que le practicaran una cesárea, lo cual no ocurrió. Un relato similar a éste es el de Diana, a quien se le administraron hormonas para inducir el trabajo de parto cuando se detectó en una revisión rutinaria que tenía tres centímetros de dilatación:

> A la mañana me dieron unas pastillas no sabemos qué medicamento era, un cuarto. Me dieron un cuartito posteriormente y vieron que no incrementaban las contracciones, pero yo seguía dilatando, entonces me dieron otro cuarto a ver qué pasaba… lo mismo. Y me volvieron a meter oxiticina, entonces fue la mitad de esa pastilla, más oxitocina. Ya como a la 1:00 que se fue el doctor fue cuando rompí fuente (…) El dolor me sobrepasaba y yo decía: "Quiero la epidural, quiero la epidural" y no llegaba el anestesiólogo (Diana, comunicación personal, 10 de junio, 2015).

Ciertamente, en términos fisiológicos, al prescindir de la anestesia epidural o al regular su dosis al mínimo, se reduce la posibilidad de llegar a un nacimiento instrumentado [21] o quirúrgico. Pero es importante entender que negar la anestesia a una mujer que la requiere en un escenario en el que se cuenta con ese recurso puede ser interpretado, en sí mismo, como un acto de violencia. Existen reflexiones entre los especialistas en dolor que plantean al alivio del éste como derecho humano por lo que forzar a un sujeto que sufre a experimentar dolor contra su voluntad cuando existe la posibilidad de ofrecerle alivio, es una forma de violar sus derechos (Brennan y Cousins, 2005).

Comúnmente se interpreta que la atención humanizada es aquella en la que se prescinde del uso de anestesia, cuando el criterio de la MBE dicta que se ofrezcan medidas alternativas para el manejo del dolor antes de ofrecer una epidural, lo cual no quiere decir de modo alguno, que se deba negar el uso de anestesia a las mujeres que lo demandan. Uno de los tres ejes de la MBE son los valores y preferencias del paciente; éstos deben ponerse a dialogar con la evidencia científica disponible y la experiencia clínica del proveedor de salud. Cuando se desconocen las preferencias de las mujeres no se puede afirmar que se esté practicando una MBE.

Si bien la medicina cuenta con el poderoso recurso de la anestesia para manejar el dolor, las mujeres siguen temiéndole al dolor del parto y ello ocurre, en gran medida, porque la aplicación de anestesia no responde al pedido de la mujer sino a la decisión del personal. La mujer en la institución enfrenta el dolor del parto, intensificado significativamente por la intervención, sin estar segura

[21] Uso de vacuum o fórceps.

de si tendrá o no acceso a la anestesia puesto que la decisión de su aplicación es reservada al criterio del personal de salud y a las políticas de cada hospital.

La crítica a la híper-medicalización que plantea el parto humanizado está alineada con la defensa de derechos. Cuestiona la expropiación del evento del nacimiento que ocurre cuando el equipo de salud toma el control del parto en sus manos y lo manipula desconociendo el protagonismo de la mujer, pero no plantea en momento alguno que deba prescindirse del uso de anestesia. Si bien la epidural es una intervención, ésta se encuentra justificada desde el momento en que la mujer, conociendo sus beneficios y desventajas, la demanda.

Según los registros del propio CIMIGen, durante el periodo estudiado sólo se administró anestesia epidural a 12 de las 117 mujeres que tuvieron a sus bebés por parto, es decir, alrededor del 10% de ellas. La cifra en el uso de esta medida de alivio para el dolor eran prácticamente las mismas antes de que la intervención ocurriera, lo cual da cuenta de que lejos de ser un signo de des-medicalización, el bajo índice de anestesia responde criterios diferentes. Resulta interesante el hecho de que a pesar de la clara tendencia a intervenir el parto que caracterizó a la atención en la institución durante el periodo previo a la implementación del programa piloto, esta medida en particular estuviera limitada. José, el esposo de una de las mujeres que participó en el estudio, relata cómo le fue negada a su esposa la posibilidad de recibir anestesia bajo el criterio de que todo marchaba bien: la dilatación, la frecuencia cardiaca del bebé… y que el uso de un medicamento para aliviar el dolor retrasaría la evolución del proceso: “Ella tenía muchos dolores, se retorcía y lloraba (…) Quería que ya la inyectaran a fuerzas; ella quería que le durmieran el cuerpo. La chava le dijo: ‘Sí, ahorita, ahorita’. Nomás le estaba dando largas así, hasta decirle que ya era más rápido que saliera a que le pusieran”. (José, comunicación personal, 10 de junio, 2015).

Para entender la resistencia al uso de la anestesia epidural en la maternidad en la que se llevó a cabo el proyecto resulta necesario revisar el funcionamiento específico de la institución. Debido al bajo volumen de atención de nacimientos

y a los limitados recursos con que cuenta CIMIGen, el hospital carece de un anestesiólogo de planta. Cuenta, en cambio, con un listado de estos especialistas que responden a llamado por lo que la aplicación de un bloqueo representa una complicación logística que lleva a que su uso se reserve a casos extremadamente aislados. Interesantemente el modelo de contratación de este profesional ha tenido un impacto directo en los índices de cesáreas. Una de las enfermeras más antiguas en la institución relata cómo en ocasiones se decidía practicar cirugías en los momentos en que el anestesiólogo estaba disponible para evitar la posibilidad de que no pudiera localizársele cuando hiciera falta. Lo mismo ocurrió en etapas en las que la institución no contaba con ginecólogo de planta en el turno de la tarde; se realizaban entonces cesáreas preventivamente en el turno matutino a las mujeres que se intuía que podrían llegar a necesitarlas más tarde cuando no hubiera quién se las practicara.

Las dinámicas institucionales y los recursos disponibles moldean la práctica médica que en éste, como en otros casos, responde a criterios diferentes al del cuidado de la salud. El anestesiólogo es un profesional de elevado costo que la institución no podía costear, aunque su presencia no sólo fuera importante para atender la demanda de analgesia de las mujeres, sino también para responder asertivamente en caso de emergencia. Una de las enfermeras de CIMIGen comenta:

> El anestesiólogo generalmente no demora (…) No lo tenemos en presencia física y ese sí es un problema (…) Y es un problema porque tan sólo, por ejemplo, tan sólo para iniciar Misoprostol,[22] los reglamentos dicen que debes de tener aquí un gíneco y un anestesiólogo en presencia física (…) Porque no es la primera vez que nos pasa que nosotros vemos descensos en la frecuencia cardiaca de los bebés y nosotros estamos así como: “Santo por Dios, o que nazca ya o que ya llegue alguien” (Comunicación personal, 18 de agosto, 2015).

Cuando no se cuenta con un recurso, o el acceso a él resulta complejo, se desarrolla un discurso que apunta a cubrir esta falencia. Ciertamente el parto natural no parece ser la preocupación central de una institución que ronda el

[22] Hormona empleada para iniciar o acelerar artificialmente el trabajo de parto.

65% de cesáreas, pero aun así el uso de anestesia siempre fue considerablemente bajo en la CIMIGen. El argumento empleado para justificar este hecho es que el uso de analgesia dificulta el progreso natural del parto, lo cual es cierto, pero dicha justificación pierde sustento en un entorno plagado de prácticas híper-medicalizadas. Diferentes discursos pueden ser utilizados estratégicamente por grupos diversos, en función de sus intereses.

Cuando los criterios para la atención del parto desconocen las preferencias de la mujer y su derecho a decidir sobre su cuerpo, independientemente del discurso que se elija para justificarlos, terminan operando como prácticas de sometimiento. Una de las enfermeras de CIMIGen, haciendo un análisis reflexivo de una experiencia de este tipo comenta cómo una de sus pacientes, en trabajo de parto decía: “Es que ustedes quieren que yo tenga un parto, voy a tener un parto porque ustedes me están obligando, porque mi esposo dice que yo voy a tener un parto, porque ustedes dicen que yo debo de tener un parto. Y yo no quiero un parto, ya me duele mucho. Yo quiero una cesárea”. (Comunicación personal, 20 de agosto de 2015).

Cuando el eje de la atención deja de ser la mujer en tanto sujeto de derecho, pueden practicarse abusos sobre su cuerpo desde modelos de atención diversos. El modelo humanizado, si se lo desprovee de su relación con el marco de los derechos, no es más que un listado más de procedimientos a seguir. Limitar el ejercicio rutinario de intervenciones invasivas resulta relevante, pero lo es en tanto responde al reconocimiento del derecho de la mujer a ser atendida con procedimientos basados en evidencia que apunten al cuidado de su salud y la de su hijo. La MBE que comprende el diálogo entre la evidencia científica, la experiencia clínica y las preferencias de la paciente, resulta violado este principio cuando se desconoce el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo. Invariablemente, y por encima de cualquier criterio, debe regir el derecho de los sujetos a decidir sobre sí mismos.

4. La doula como pieza clave

Diferentes autores han realizado investigaciones en culturas diversas para tratar de entender el fenómeno del efecto del apoyo continuo a las mujeres

durante el parto (Klaus y Kennell [1980, 1991, 1997], Hofmeyr [1991], Zhang [1996], Langer [1998], Scott [1999], Hodnett [2000], Rosen [2004], Simkin [2004, 2008], Campell [2006], Stager [2009], Lundgren [2010], Gilliland [2011]). El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), recogiendo algunos de estos estudios, en febrero de 2017 emitió la recomendación de incorporar a la atención del parto el apoyo continuo de una persona externa al equipo de salud "como una doula" porque la evidencia demuestra su eficacia para limitar las intervenciones innecesarias durante el parto, lo cual representa beneficios de salud para la mujer y el niño, así como un ahorro económico significativo para el sistema de salud (ACOG-SMFM, 2017). Algunos autores afirman que "existen pocas intervenciones en obstetricia avaladas por la evidencia, que tengan tantos beneficios como la presencia continua de una doula" (Valdés, 2005: 112).

Según un Meta-análisis publicado por el Grupo Cochrane (2014), en el que se retoman los resultados de 57 estudios controlados aleatorios realizados entre enero de 2009 y diciembre de 2012, se concluye que se reduce de forma significativa el índice de cesáreas, partos instrumentales y uso de oxitocina sintética, por ejemplo, cuando en lugar de aplicar una anestesia epidural se buscan métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, tales como baños de inmersión, masajes, deambulación, cambio de posiciones, acupuntura, acupresión, focalización de la atención, educación prenatal, acompañamiento continuo durante el parto. Interesantemente de entre todos los recursos para el manejo alternativo del dolor, el más eficiente para reducir el índice de cesáreas y la instrumentalización del parto fue el apoyo continuo durante el nacimiento. (Chaillet, Nils y otros, 2014).

En nuestro país las doulas son un "artículo de lujo" al que sólo tienen acceso las mujeres que pueden contratar sus servicios y se atienden en instituciones de salud privadas en las que se permite su acceso a las salas de parto. Salvo un par de voluntariados que se sostienen con gran esfuerzo en el sector público, las doulas resultan inaccesibles y desconocidas para la mayor parte de la población. Es interesante, de hecho, que la doula sea tan marginal en el sistema de salud cuando su presencia ha demostrado tener un impacto

contundente en cuanto a la reducción de intervenciones durante el nacimiento, lo cual está reconocido discursivamente como objetivo a alcanzar por la Secretaría de Salud de nuestro país. Múltiples estudios realizados alrededor del mundo arrojan resultados reveladores que llevan a cuestionar paradigmas en una sociedad que le ha atribuido tan escaso valor al acompañamiento y que dota de tan alto prestigio a la tecnología.

Para la implementación del programa piloto en CIMIGEN se integró un voluntariado de 22 doulas que acompañaron a las mujeres durante el parto a lo largo de los cuatro meses que duró la experiencia. Su papel fue clave y su presencia fue valorada por prácticamente todas las mujeres en las entrevistas que la investigadora llevó a cabo al día siguiente del nacimiento. Prácticamente todas las entrevistadas dijeron que la asistencia de las doulas durante el parto fue fundamental y que desearían contar con una doula para un futuro nacimiento. Rosario, por ejemplo, a pesar de criticar otras prácticas del nacimiento humanizado por percibirlas como falta de cuidado, tal es el hecho de que se haya atendido el nacimiento en una cama en lugar de haberla trasladado al área de expulsivo, relata la importancia que tuvo para ella la presencia de la doula durante la recta final de su trabajo de parto.

> Si no hubiera estado (la doula) yo creo que sí hubiera estado en el borde de la locura. Me sirvió mucho que: “A ver, mira, vamos a hacer esta posición para ver si puedes soportar más el dolor”. “Dele masajito aquí”… y pues así nos la pasamos como seis horas. Sí estuvo bien creo que llegara porque yo ya estaba desesperada, ya quería que acabara eso (…) Ella me decía: “Tú puedes”. Me animaba cuando estaba ahí con los dolores. Fue así como que la agarraba y ella me agarraba (…) me animó mucho (Rosario, comunicación personal, 10 de junio, 2015).

A Rosario se le practicó una de las inducciones que se suspendieron durante la noche, por lo que su trabajo de parto duró cerca de 30 horas y relata haber estado agotada en el momento en que llegó la doula a acompañarla. Tras el nacimiento de su bebé, Rosario se pregunta qué habría ocurrido de haber decidido tener a su hijo en un hospital público, como lo había considerado al inicio del embarazo: “Pobrecitas las que tienen que estar solas”. Rosario estuvo acompañada de su pareja en todo momento, pero no contó con una doula todo

el tiempo sino sólo las últimas seis horas y aun así su presencia fue valorada como relevante.

Las doulas en CIMIGen trabajaron por turnos que se eligieron de manera voluntaria, de forma que no necesariamente una mujer contaba con una doula durante todo su trabajo de parto, puesto que no todos los turnos estaban cubiertos. También podía suceder que ocurriera un cambio de doula en el momento del cambio de turno. La doula no era elegida por la pareja, como ocurre en el sector privado, ni se entablaba una relación previa con ella. Las doulas ingresaban al área de labor del hospital uniformadas como uno más de los profesionales de salud de la institución y se presentaban con la mujer ofreciéndole acompañarla, lo cual podía producir al principio un cierto grado de extrañamiento pues no se espera encontrar un actor de este tipo al interior del dispositivo hospitalario:

> Yo primero me sentí rara porque me ponía mucha atención. Me peinó, me dijo: "¿Te hago una trenza?" "¿Quieres que te dé un masaje?" Y me empezó a dar un masaje y después ya me relajé y ya hubo mucha confianza. Estuvimos platicando del bebé, algunas cuestiones más personales, de su familia, de la mía, de él, de cómo nos conocimos y ya como que fue así un ambiente de confianza, bonito. Y ya me preguntaba "¿qué quieres hacer?" "Mira, este ejercicio de la pelota te ayuda a esto a aquello". "¿Quieres probar con el otro banquito?" "Métete a la regadera a que te dé al agüita caliente…" O sea todo, todo, todo nos fue explicando y nos iba acompañando, tanto a él como a mí, le explicaba a él cómo darme el masaje en la cadera, o en la espalda o iba haciendo algunos ejercicios conmigo. Muy, muy bien. La verdad me gustó mucho (Teresa, comunicación personal, 16 de junio, 2015).

Teresa tiene 34 años y llegó a CIMIGen motivada por la atención cálida y "familiar" que se ofrecía en este hospital. Tenía que hacer un viaje de dos horas desde su casa, pero aun así decidió elegir este sitio para el seguimiento de su embarazo, la preparación para el parto y el nacimiento de su primer hijo. Siempre tuvo la idea de un parto porque todas las mujeres de su familia habían parido a sus hijos; su abuela parió en diez ocasiones por lo que ella nunca se cuestionó la capacidad de tener a este hijo por sus propios medios. Llegó al hospital con una ruptura de membranas y tras esperar varias horas a que el parto iniciara por sí mismo, se decidió que necesitaba oxitocina. Desde el

momento de la inducción hasta el nacimiento de su bebé pasaron 20 horas durante la mayoría de las cuales contó con el apoyo de una doula. A pesar de que inicialmente la doula apareció como un personaje desconocido y desconcertante, con el paso del tiempo fue consolidando un vínculo con ella.

En el medio hospitalario el personal circula de una habitación a otra cumpliendo con una serie de tareas; la doula en cambio permanece al lado de una mujer. La premisa fundamental de su labor es estar para ella; no está cumpliendo tarea alguna aparte de acompañarla. Ello le permite, por una parte, observar la evolución del proceso identificando señales de progreso o incluso de complicación que a otros actores podrían pasar desapercibidas. La doula escucha los sonidos que la mujer emite, observa las posiciones que elige, incluso percibe señales sutiles a través del olfato y el tacto. Es común que una doula pueda advertir tempranamente indicadores de riesgo y comunicarlos al personal de salud o que detecte señales de evolución que quizá el resto del equipo no había identificado. Por otra parte, su presencia ininterrumpida favorece el establecimiento de un lazo afectivo, cosa que no ocurre con el resto de los actores de la escena.

La doula interviene no como pieza de un mecanismo sino como sujeto, poniendo en juego su condición humana, acto desconcertante en un dispositivo desvinculante como el biomédico. La doula que peina el cabello de la mujer o le cuenta historias familiares, cumple con la función que podría haber desempeñado una amiga. La puesta en escena de la condición de humanidad que opera su presencia produce un efecto vinculante, aunque ciertamente, no toda doula es capaz de establecer un vínculo con toda mujer justamente porque ello no puede ocurrir de manera mecánica.

Otra de las entrevistadas, Sandra, una pianista que junto a su novio saxofonista le tocaba piezas a su bebé estando embarazada, llegó a CIMIGen porque fue la opción más alineada con los criterios de atención de la OMS que encontró a su alcance. Estuvo dispuesta a destinar 2:30 horas al trayecto hasta el hospital cada día de consulta con la expectativa de obtener una atención humanizada. Su embarazo no fue planeado pero desde que llegó ella decidió

que su niño nacería por parto, como había leído que era más recomendable, como había escuchado que era posible por los relatos de las mujeres del pueblo de su marido que tenían a sus hijos en las casas, y como su madre la había parido a ella.

Sandra quería tener un parto sin anestesia, entre otras cosas, porque le aterraban las agujas, así que cuando la primera vez que llegó al hospital la regresaron a su casa porque faltaba aún un camino largo por recorrer, aceptó sin objetar y volvió 15 horas más tarde con contracciones intensas y ocho centímetros de dilatación para "salvarse" de que la pincharan. En ese momento recibió el apoyo de una primera doula que la puso a hacer una serie de ejercicios que, si bien considera que fueron útiles para acelerar el proceso, le resultaron muy incómodos y terminó abandonándolos. Cuando su bebé estaba por nacer, ocurrió un cambio de turno y una doula distinta apareció en escena:

> Recuerdo que los momentos de contracciones lo que más me estresaba era que me hablaran, entonces desde que estaba en mi casa yo les dije: "Es que cuando tenga una contracción no me hablen, no me miren, no respiren" Yo solita como que sentía que lo manejaba mejor (...) Llegó un momento en que me dio el estrés, porque me pedían que no pujara, pero yo no podía no pujar. Entonces ahí llegó otra chica (la segunda doula). Y en ese momento fue cuando me ayudó a respirar, como a controlar más la respiración. Yo creo que ella tiene más experiencia, porque luego luego, me sentí como los perritos de Cesar 911. Era como muy segura, sabía cómo hacerse entender, cómo hacer para que tú le hagas caso, para que te concentres en lo que te está diciendo (Sandra, comunicación personal, 11 de julio, 2015).

Independientemente de si la segunda doula era o no más experimentada que la primera, su palabra tuvo un peso diferente a la del resto de los presentes porque mientras todos le daban indicaciones e instrucciones, ella apeló a un criterio distinto, el uso de la palabra como puente, como estrategia "vinculante". Sandra afirma que su presencia le ayudó a "mantenerse consciente y en control" y esto debió estar asociado con el hecho de que logró establecer una relación con ella.

En un entorno en el que el intercambio está regido por un principio de funcionalidad, la irrupción de la humanidad genera una sacudida que moviliza

toda la estructura. La doula no solo establece un lazo con la mujer a la que acompaña, su presencia tiende puentes con el equipo se salud, entre el personal de salud y la paciente, entre la parturienta y el familiar que la acompaña. La presencia de la doula teje una red de lazos que sostiene a la mujer durante el trabajo de parto y que antepone, a cualquier otra consideración, su condición de sujeto.

Raúl, un padre que pudo estar presente en el parto de su segundo hijo después de no haber participado del nacimiento del primero que había sido resuelto por medio de una cesárea programada once años atrás, relata su experiencia a partir de la presencia de la doula: “Ya no estábamos sólo los dos sino también estaba ella (la doula). Nos repartimos toda la preocupación, el dolor. Y el que te esté apoyando y diciendo cómo hacerle todo el tiempo fue muy importante (…) Ella tiene mucha vocación, tiene mucho ángel (…) Yo creo que fue la persona justa para nuestro momento” (Raúl, comunicación personal, 2 de junio, 2015). Interesantemente, aunque Raúl y su mujer se encontraban rodeados de personal médico, sintieron “solos” hasta que llegó la doula, quien entró en escena en carácter de acompañante, sin poner en juego otra cosa que su condición humana.

La exhibición de esta condición humana desprovista de cualquier clase revestimiento, convoca a la humanidad del resto de los actores. Cuando la doula pone música en la habitación y le hace un masaje en la espalda a la mujer, cuando la alienta o la consuela, este acto no tiene efecto exclusivamente sobre la parturienta, regularmente impacta al entorno pues coloca al centro de la escena el hecho, en ocasiones desestimado, de que todo intercambio humano es un intercambio entre sujetos. Se deja de atender entonces un parto, para empezar a atender a una mujer pariendo.

La puesta en escena de la condición humana se desmarca por completo de las aspiraciones del MMH. La intervención de la doula no responde a la concepción biologicista propia del saber biomédico, no resulta estandarizable ni se inscribe en la lógica productiva que rige al modelo; no es higiénica ni pragmática. La doula, al exponer su humanidad, pone en escena sus prejuicios

y concepciones que distancian su saber del terreno aséptico y objetivo al que aspira la ciencia. Ella decodificará las señales que reciba de la mujer a partir de sus propios códigos, los cuales tendrán que ver con su propia historia, con el grupo social al que pertenezca, con la fe que practique. Una de las doulas del voluntariado describe la siguiente escena en el contexto de un grupo de reflexión sobre la experiencia:

> Un hombre de casi setenta y tantos años estaba como una especie de poste, realmente él no tenía ni la menor idea. Muy linda su actitud, en realidad su actitud no era mala, pero no estaba haciendo absolutamente nada. Entonces fue maravilloso porque la chica, bueno la chica se estaba deshaciendo porque ella tenía un gran temor. Había tenido una cesárea previa y ella creyó que iba a ser cesárea. Entonces cuando se le cambió el esquema y además se le rompieron las membranas y tuvo trabajo de parto, se le cambió el mundo (…) Yo vi la gran necesidad de que él se involucrara, entonces vine acá al pasillo y hablé con él, le dije: "Don Rufino, para su mujer va a ser importantísimo que usted le eche porras. Ella necesita de usted ahorita. Órale. Y que nazca bien su bebita" (…) Fue maravilloso, el señor poco a poco fue acercándose a ella y a tocarla. Ni siquiera nunca la había tocado, él estaba allá aparte en una silla (Comunicación personal, 15 julio, 2015).

En este relato la doula da por sentado que, estando la pareja presente, resulta prioritario favorecer su acercamiento como recurso para la producción de oxitocina; es posible que acierte, y es posible también que no lo haga. Su interpretación, fuertemente ligada a un imaginario romántico de los vínculos amorosos, desconoce el hecho de que no necesariamente lo que la mujer prefiere es que le acerquen al marido; podrían existir historias de violencia familiar que la doula ni siquiera contempla, por ejemplo, porque no forman parte de su realidad cotidiana. Utiliza su concepción personal de las relaciones de pareja para interpretar la escena que observa e interviene corrigiendo lo que percibe como una falla.

Su trabajo pone necesariamente la subjetividad en escena porque el material del que se vale para trabajar es su condición humana. Se vale de su historia, de la experiencia de sus propios partos, de sus miedos y valentías para tejer ese lazo invisible que la ata a la mujer a la que acompaña. La naturaleza de su labor vuelve prácticamente imposible que su ejercicio profesional sea

estandarizado. De hecho, si se estandarizara perdería valor precisamente porque lo que opera es el vínculo particular que se produce entre cada doula y cada mujer.

La doula, entonces, resulta perturbadora e inquietante para la institución pues transita de un sitio a otro realizando actividades imposibles de decodificar en términos de protocolo, movida por coordenadas a las que la ciencia médica no reconoce legitimidad alguna: “la doula es revolucionaria y desestructurante” (Comunicación personal, Mariana Areso, 5 de agosto, 2016). Pero su intervención, más guiada por la intuición que por cualquier otro principio, tiene interesantemente un efecto incuestionable que ha sido extensamente documentado y que por tanto resulta desequilibrante para el saber hegemónico y estructurado de la biomedicina.

Las doulas no cuentan con una educación formal, su práctica no está regida por ninguna clase de autoridad médica o académica, no poseen un saber técnico particular, no cuentan con escalafón alguno en la jerarquía institucional… Son un ente libre y caótico que opera de forma distinta en cada ocasión, sin ceñirse a lineamientos preestablecidos, por lo que despiertan, al menos, la curiosidad del personal. Es común que cuando la doula trabaja las enfermeras se acerquen a preguntarle qué hace, intentando decodificar el objetivo de la intervención que se está llevando a cabo y aprender la técnica para poder replicarla luego. La realidad es que, con frecuencia, la doula es incapaz de contestar estas preguntas puesto que su actuar responde con frecuencia al orden intuitivo más que al técnico.

Su saber es de otro orden que el conocimiento médico; la doula aprende desde su propia experiencia de parto, desde los relatos de las experiencias de otras mujeres, desde el acompañamiento de los nacimientos atendiendo a las señales que percibe a través de sus sentidos por medio de una atención que no se centra en indicadores específicos sino que tiene un carácter flotante. Conoce algunos lineamientos sobre la fisiología del nacimiento, pero su presencia fundamentalmente apunta a la atención de las necesidades afectivas de la mujer.

Su mirada, por otra parte, opera como testigo, lo cual tiene por efecto una moderación en la práctica de intervenciones. La doula ha estudiado los lineamientos de atención de la OMS y la SSA y si bien no tiene el conocimiento médico para valorar un cuadro clínico, cuenta con información básica que le permite saber que existen algunos procedimientos que resultan más perjudiciales que benéficos y otros que sólo deberían practicarse ante complicaciones y no de forma estandarizada. Si bien no opina ni interviene de ninguna manera en las decisiones del personal de salud, es una observadora informada del su desempeño que puede resultar inquietante en un entorno en el que se busca borrar todo trazo de responsabilidad personal.

Puesto que conoce y maneja la jerga médica, la doula es capaz de decodificar el lenguaje del personal de salud, entender las implicaciones de cada una de las intervenciones que se decide practicar y traducir a la mujer lo que se dice con palabras que para ella pueden resultar incomprensibles y angustiantes. Una de las doulas del voluntariado, quien además es enfermera perinatal en una institución pública, obtuvo autorización para acompañar a una sobrina de 16 años que atendería el parto de su primer hijo en el hospital en el que ella labora. Su relato permite observar cómo la presencia de la doula limita la práctica de intervenciones de eficacia dudosa y elevado riesgo como la maniobra de Kristeller:

> Le iban a hacer Kristeller y me dice el médico, como a mí me conoce: "¿Sabes qué? Me vas a ayudar y le vamos a hacer Kristeller". Yo dije: "Ay no, no, no". Casi me infarto ahí pero tampoco podía decirle al médico: "No lo haga". Me saca. Entonces yo lo único que le dije a la chica, porque ella se me quedó viendo bien asustada y me agarra bien fuerte: "¿Qué me van a hacer? ¿Qué me van a hacer? Dime qué me van a hacer". Dije: "Híjole ¿qué le digo?" Le digo: "Mira, te van a hacer un procedimiento. No es bueno, no es malo, todo va a depender del punto en que se vea. Pero yo necesito que tú hagas el esfuerzo hasta lo último. Yo no sé de dónde vas a sacar fuerzas porque tú tienes que sacar al bebé. Yo no puedo trabajar por ti. Es algo que te van a hacer, pero en lo personal no me gusta". Y me dice: "¿Y qué hago?" "Pues hija de mi vida -le digo- Cuando tú sientas la molestia, puja lo más fuerte que puedas y sácalo. O sea púJalo y sácalo". Y el médico se me queda viendo… Pues es que estaba entre la espada y la pared (…) Se me queda viendo a mí, se le queda viendo a la adscrita y lo único que hizo fue como que abrazarle el estómago (…) le hizo despacito. Ya fue cuando ella lo

> sacó. O sea, de dónde sacan las fuerzas ellas a mí se me hace increíble ¿De dónde sacan eso? (Comunicación personal, 15 de julio, 2015).

En esta estampa etnográfica, cuando el médico decide intervenir, busca la complicidad de la doula, que en este caso es también enfermera, para evitar así posibles cuestionamientos. La doula pone en juego estratégicamente su porción de poder explicándole a la mujer lo que quiere que el médico escuche, pero no puede decirle directamente porque correría el riesgo de ser expulsada de la escena: “Te van a hacer un procedimiento, en lo personal no me gusta”. Y apela al papel activo de la mujer en el nacimiento, lo cual resulta determinante: “Yo necesito que tú hagas el esfuerzo (…) Tienes que sacar al bebé (…) Pújalo y sácalo”. Su postura es claramente contrapuesta a la del médico aún cuando no se plantee la discordancia en términos de confrontación frontal; puede entenderse a través de este relato, por qué los profesionales de la salud que ejercen una práctica cotidiana autoritaria y distante del marco de la MBE prefieren mantener a las doulas alejadas de las salas de parto y de qué manera su presencia opera poniendo freno al ejercicio de las intervenciones innecesarias.

Aunque la doula no confronte al profesional, su presencia inscribe en la escena la potencialidad de cuestionamiento. Las prácticas de intervención injustificadas pero “invisibles”, aquellas que no dejan marca en el cuerpo ni en los expedientes y que pasan por tanto mayormente desapercibidas, resultan visibilizadas a partir de la presencia de la doula en la escena. La doula aparece como testigo del ejercicio de una medicina que, cuando no se ciñe al criterio del cuidado de la salud provocando dolor e incrementando el riesgo, no es otra cosa que una forma de violencia.

Ciertamente las críticas a la labor de las doulas fueron aisladas, pero vale la pena mencionarlas porque dan cuenta de las dificultades que comprende la integración de esta clase de agente a la dinámica institucional. Lo que a una mujer le sirve, a otra no le funciona y lo que una doula puede ofrecer nunca será lo mismo que ofrece otra. Puesto la materia prima de su trabajo es la

condición humana, la tarea de la doula es irremediablemente artesanal y difícilmente puede responder a la lógica serializada de las instituciones.

Lía, por ejemplo, percibió el dolor del parto como una suerte de condena porque no recibió la anestesia a la que debió tener acceso, la presencia de la doula en este escenario, lejos de representar una ayuda, simbolizó la materialización del mandato sacrificial de parir con dolor:

> Las cosas que me decían no me ayudaban en nada. Me decían cosas como: "Conéctate con tu interior, busca la paz dentro de ti…" Si tienes tanto dolor lo que quieres es cachetear a la persona que está enfrente de ti, lo menos que quieres es eso de: "Concéntrate en tu bebé, de que ya va a nacer y qué vas a hacer". Como es mi persona no me sirve (…) Lo que a mí me funcionaba era: "Ok, tengo que sobrevivir en los próximos 60 segundos de la contracción, entonces tengo que concentrarme en la respiración". Eso de que me hablaban de lo lindo… En algún momento le dije a mi esposo: "No sé si soy la madre más malvada del mundo, pero en lo menos que pienso ahorita es en el: "Qué bonito que está dentro de mi" ¡No! Lo único que pienso en este momento es "¡Ya por favor! Ya paren este dolor, quiten el dolor" (Lía, comunicación personal, 2 de julio, 2015).

El trabajo de la doula no es el de evitar que la mujer decida aplicarse un bloqueo, su presencia hace que muchas mujeres no lo requieran pues acceden, a través de su acompañamiento, a medidas alternativas para el manejo del dolor que pueden resultarles suficientes para lidiar con las sensaciones de su cuerpo. Su tarea es acompañar y como consecuencia de este acompañamiento puede observarse una reducción en el índice de intervenciones innecesarias. Cuando esto no es comprendido a cabalidad, la doula puede convertirse en una intervención más, en una práctica institucional que se impone a la parturienta desconociendo sus deseos y preferencias.

Las doulas fueron menos asertivas cuanto más se ajustaron a los criterios de la atención estandarizada propia de la dinámica institucional, es decir, cuanto más se inclinaron a tratar de ceñir el acompañamiento a las "técnicas" convencionalmente asociadas con su papel. Cuando se empeñaron en forzar la movilidad, la relajación o el contacto con el cuerpo, menos sensibles fueron ante las necesidades puntuales de la mujer a la que estaban acompañando en

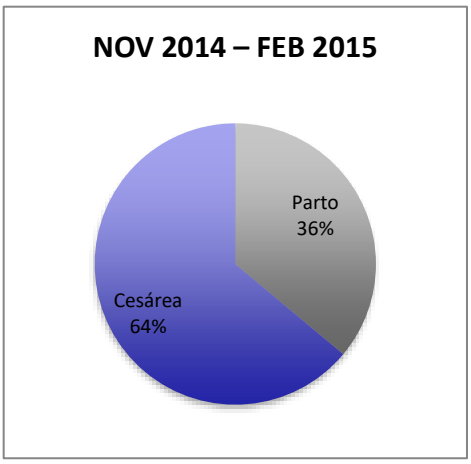
ese momento. Cuanto más se preocuparon por “doulear”, menos disponibles estuvieron para acompañar. Este es un tema interesante a considerar cuando se pretende integrar la figura de la doula a la vida institucional y probablemente esté ligado a ello el hecho de su menor eficacia asociada con esta clase de escenarios.

Si bien existieron algunos señalamientos puntuales como estos que ponen sobre la mesa la dificulta de institucionalizar a la figura de la doula, merece la pena mencionar que el balance global de la experiencia fue positivo y que ello se vio reflejado no sólo en las evaluaciones que las mujeres hicieron de su acompañamiento sino también en una reducción significativa del índice de intervenciones practicadas en la institución a partir de su labor.

Debido a factores que escaparon al diseño del programa, el piloto no llegó a implementarse plenamente sino hasta pasados dos meses de haber concluido las rondas de sensibilización al personal de salud; fue recién entonces que las doulas empezaron a realizar acompañamientos. Este factor casual fue aprovechado para recoger los datos del periodo de tiempo que transcurrió entre la sensibilización del personal y la llegada de las doulas a los nacimientos para medir los resultados en el índice de intervención aislando el elemento del acompañamiento durante el parto. En el periodo previo a que las doulas comenzaran a trabajar los porcentajes de parto, cesárea y episiotomía en la institución fueron los siguientes (ver figura 9):

ANTES DEL PILOTO

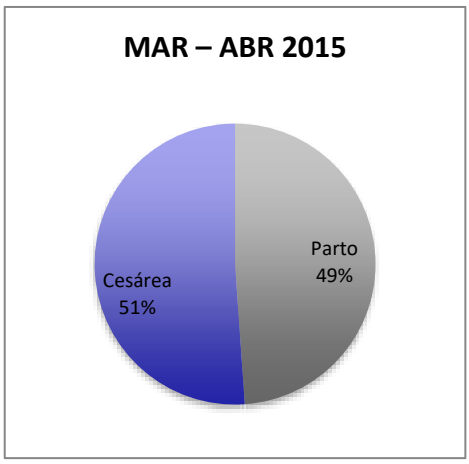
TOTAL DE NACIMIENTOS: **194**



EPISIOTOMÍA: 32%

PILOTO SIN DOULAS

TOTAL DE NACIMIENTOS: **90**



EPISIOTOMÍA: 7%

Figura 9. Porcentaje de partos, cesáreas y episiotomías.
Fuente. Elaboración propia con información de la institución.

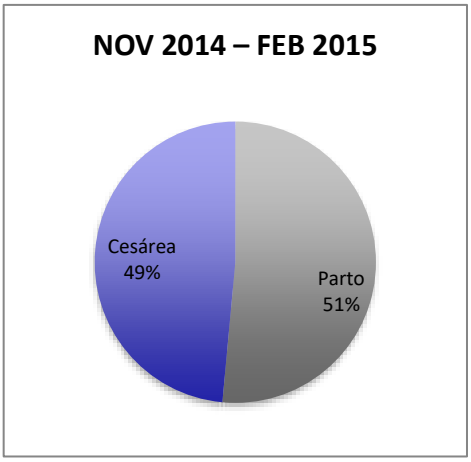
La sensibilización al personal y los cursos de preparación para las parejas dieron resultados positivos, pero fue notable la mejoría de los mismos que ocurrió al integrarse las doulas a la experiencia. Ahora bien, nuevamente a causa de las limitaciones que impone el campo, una vez que empezó a actuar el voluntariado de doulas, no pudo acompañarse el total de los nacimientos ocurridos durante el de cuatrimestre mayo a agosto 2015. De las 180 mujeres que iniciaron trabajo de parto en ese periodo, -descontamos los casos de cesárea programada ya que en ellos la doula no participó de forma alguna en el proceso-, sólo 58 contaron con el acompañamiento de una doula, es decir, alrededor del 30% del total.

Cada doula, al terminar la labor de acompañamiento, registraba en un formato la información sobre ese nacimiento.[23] Las cifras que se presentan a continuación provienen de dichos documentos y dan cuenta del significativo descenso en el índice de intervenciones quirúrgicas que ocurre a partir de la presencia de la doula durante el evento (ver figura 10):

[23] El formato utilizado para recoger los datos de los partos acompañados por las doulas se incluye como anexo a este documento.

ANTES DEL PILOTO

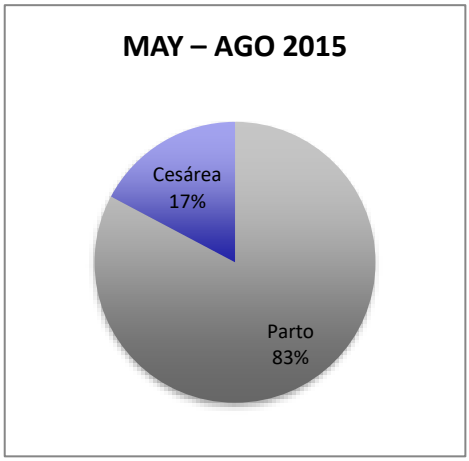
TOTAL DE NACIMIENTOS: **136**



EPISIOTOMÍA: 32%

PILOTO SIN DOULAS

TOTAL DE NACIMIENTOS: **58**



EPISIOTOMÍA: 14%

Figura 10. Porcentaje de partos, cesáreas y episiotomías.
Fuente. Elaboración propia con información de la institución.

Los resultados en los casos en que el programa funcionó íntegramente, es decir, cuando se conjugaron los talleres con el personal, el curso de preparación para el parto y el acompañamiento, fueron significativamente mejores que los obtenidos en el periodo en que su operación fue parcial. Ello da cuenta del importante papel que la doula juega en tanto recurso para frenar la híper-medicalización del nacimiento.

Surgió tras la experiencia la demanda de buscar estrategias que permitieran dar continuidad a la labor de las doulas. CIMIGen, que históricamente se había resistido a la presencia de doulas en los partos, tras ver el impacto de su intervención empezó a plantearse la necesidad de crear esquemas que permitieran seguir contando con el apoyo de este personaje que resultó ser fundamental para la transformación de la atención y poner freno al ejercicio de la violencia que se encubría tras algunas de las prácticas institucionales de híper-medicalización.

¿A qué se debe el sorprendente impacto del acompañamiento de las doulas al parto en la reducción del índice de intervenciones? La doula es una pieza vinculante en la estructura que revierte el dispositivo reificador reescribiendo los ejes de la relación entre médicos y pacientes y colocando a los diferentes actores en la posición de sujetos. Con ello desmonta el principio que hace posible que se ejerza la violencia velada de la híper-medicalización que para operar libremente requiere de una estructura en la que las piezas accionen entre sí desconociendo cualquier clase de vínculo entre ellas. La doula lleva cabo su tarea de tejido de lazos entre los actores a través de una serie de estrategias:

- Promueve la apropiación del espacio.
- Favorece la movilidad: Invita a la mujer a cuestionar el confinamiento a la cama durante el trabajo de parto y el pujo.
- Establece canales de comunicación entre la mujer y el personal de salud, entre la mujer y sus acompañantes.
- Cuestiona la despersonalización y serialización que propone el dispositivo médico: Alienta a la mujer a usar su ropa, a llevar consigo sus pertenencias, a expresar sus sensaciones. La llama por su nombre, la mira a los ojos y comparte con ella una historia.

CONCLUYENDO

Las transformaciones en la práctica de atención a partir de la experiencia de intervención en CIMIGen permiten observar algunas cosas interesantes. Resultó más fácil revertir el uso de intervenciones quirúrgicas que transformar prácticas cotidianas que ponían de manifiesto el posicionamiento de los profesionales de salud ante el evento: La respuesta a un principio de estandarización que apunta a minimizar el riesgo de imputabilidad en el caso del personal de enfermería y la búsqueda de agilización del proceso para “optimizarlo” por parte del equipo de obstetricia.

Se pudo observar que las prácticas que resultaron sustantivamente modificadas fueron aquellas que se podría clasificar como más invasivas;

prácticas quirúrgicas: la cesárea y la episiotomía. El resto de las intervenciones, aunque fueran dolorosas y/o riesgosas, se siguieron llevando a cabo cotidianamente durante el periodo estudiado y comprendió un mayor grado de dificultad ponerles un freno.

En todos los casos, el riesgo de complicaciones asociado con el ejercicio de la intervención representó una razón de mayor peso para limitar el uso de la misma que el dolor asociado con su implementación. Ello resulta posible sólo porque a través del modelo institucionalizado de atención se opera un borramiento de la condición de sujeto del paciente-consumidor, rompiendo el vínculo humano y relegando a un segundo plano consideraciones como el sufrimiento, la incomodidad, las preferencias, los miedos… y priorizando el principio de productividad propio de la lógica de mercado frente a los deseos e incluso la salud de las mujeres.

Los pasos hacia la atención humanizada son graduales y un ejercicio de intervención de cuatro meses sólo representa un primer avance. Los talleres que se impartieron al personal de salud en el marco de este proyecto comprendieron solamente dos sesiones destinadas fundamentalmente a transmitir los lineamientos básicos de atención del modelo humanizado. Tras concluir las dos clases surgió del personal la demanda de crear un espacio de educación continua que permitiera no sólo el intercambio de información sino también de experiencias y recursos no académicos. Lo que fue propuesto originalmente como un taller funcionó también y fundamentalmente como un espacio de encuentro en el que lo más valorado fueron las experiencias compartidas entre profesionales de disciplinas diversas y los breves tiempos que se destinaron a ejercicios que implicaban alguna clase de contacto corporal entre compañeros porque como afirmó una de las participantes: “A las enfermeras nadie nos toca” (Lucila Illescas, comunicación personal, 6 de febrero, 2015).

La relevancia del contacto físico en el ámbito de los profesionales de salud es un tema que no fue considerado al diseñar el proyecto pero que resulta interesante para detenerse a analizar. A pesar de que el personal toca

constantemente el cuerpo de la paciente, se trata de un contacto orientado exclusivamente a la monitorización y manipulación del organismo. Es un contacto unidireccional que no comprende ninguna clase de intercambio; el personal toca pero no es tocado. Cuando se pone en escena una clase diferente de contacto, uno que no se encuentra mediado por la intervención ni la vigilancia, adquiere un sentido por entero diferente y se convierte en una pieza vinculante.

En esta experiencia de intervención los ámbitos de vinculación resultaron ser la pieza fundamental para la transformación: En los talleres dirigidos al equipo de profesionales lo más valorado fue precisamente aquello que fomentó el establecimiento de vínculos (contacto físico, relato de experiencias personales). En las sesiones de preparación para el parto se estimuló la vinculación de las parturientas con su propio cuerpo durante el proceso y con sus acompañantes mediante estrategias de apoyo para el manejo del dolor en el parto. Finalmente, la doula funcionó como el engranaje capaz de vincular al equipo de profesionales de la salud con las mujeres que dieron a luz durante el periodo que duró el programa.

La transformación es siempre gradual y provisional; la información teórica se integra a la práctica en un proceso complejo de negociación que se libra en cada caso entre lo aprendido, la propia experiencia, las necesidades de cada paciente y las condiciones estructurales en las que se lleva a cabo el ejercicio de la profesión. Los lineamientos institucionales y las condiciones laborales dialogan con los principios de la MBE y negociaciones se libran al interior de los sujetos en las que cada una de las voces exige ser escuchada.

A partir de la intervención algunos de los profesionales transformaron su práctica y otros no lo hicieron. Guadalupe Hernández, una de las directivas que impulsó el proyecto al interior de la institución comenta: “Ya hay más apertura de las personas que eran necias o reacias (…) Hay personas que no van a cambiar les hagas lo que les hagas; jamás. Y bueno, esas personas yo creo que tienes que pensar qué hacer con ellas, porque una manzana podrida pudre

las demás” (Guadalupe Hernández, comunicación personal, 19 de agosto, 2015).

Las transformaciones en el equilibrio de poder entre los diferentes grupos al interior de la institución hacen que adquieran protagonismo y reciban estímulos quienes practican uno u otro modelo de atención. Aquellos que se inclinan por una medicina invasiva deben moderar su práctica cuando la autoridad dicta lineamientos de atención humanizada para poder subsistir dentro del aparato institucional, mientras que despliegan su habilidad resolutiva y pericia cuando operan en el marco de una institución con un liderazgo que estimula y premia la intervención.

Puede ocurrir también que los profesionales formados en un dispositivo convencional, cuando se ven obligados a operar bajo los lineamientos de un modelo diferente, se sorprendan descubriendo que les satisface más trabajar bajo los nuevos principios y terminen apropiándose del paradigma de atención vigente. Así pues, las transformaciones institucionales son producto de un entrecruzamiento de condiciones estructurales con voluntades personales y es por ello que no se trata de procesos lineales sino de un hervidero de individualidades que se desplazan colectivamente siguiendo una tendencia diferente.

La propuesta logró tener impacto porque fue acogida por un colectivo que resonaba con sus planteamientos centrales y porque CIMIGen es una institución históricamente vinculada con los principios de la atención humanizada que se creó a partir de las necesidades de la población, por lo que cuenta con reconocimiento al interior de la comunidad. Las mujeres que acuden a este hospital llegan, regularmente, en busca de lo que allí se ofrece, un trato amable, un parto en el que los recursos médicos se reserven a los escenarios en los que su uso esté justificado y la posibilidad de en el que el familiar que ellas elijan las acompañe a lo largo del proceso.

La intervención llevada a cabo en CIMIGen no llegó a innovar sino más bien a restaurar una serie de principios que estaban asociados con un origen de

compromiso social y de intensa vinculación entre los actores; llegó a cuestionar el orden jerárquico que la biomedicina había logrado imponer en la estructura con el paso de los años, para traer al centro de la escena un equilibrio diferente de fuerzas que había sido la cuna de su origen. A dos años de la intervención (septiembre de 2017), los índices de cesárea en la institución se mantienen alrededor del 40%, lo cual está por encima de lo que se esperaría para una institución que atiende exclusivamente embarazos de bajo riesgo, pero considerablemente por debajo del 64% previo a la intervención. Ello no es efecto de la intervención exclusivamente, ésta fue sólo un golpe en el tablero que, al estar acompañado por un movimiento de fuerzas al interior de la institución que re-posicionó al parto humanizado como estandarte, logró mover las piezas.

Las disputas por el poder al interior de la biomedicina dan cuenta de que ésta no puede ser entendida como una edificación sólida, sino más bien como una estructura viviente conectada con su entorno y con su tiempo. Una estructura que, lejos de ser monolítica, alberga dentro de sí corrientes diversas. Eduardo Menéndez plantea tres modelos fundamentales para el estudio de los Procesos de Salud-Enfermedad-Atención (PSEA): El Modelo Médico Hegemónico (MMH), el Modelo Alternativo Subordinado (MAS) y el Modelo de Autoatención (MA). El autor advierte que los modelos no deben ser entendidos como estructuras a las que la realidad deba ceñirse sino como herramientas que ayuden a pensar. En ese orden de ideas, podemos pensar que corrientes hegemónicas, subalternas y contrahegemónicas pueden parasitar los diferentes esquemas de atención. Eso es lo que se desprende del trabajo de campo llevado a cabo en el marco de este proyecto de intervención.

La dominación o la subalternidad de un determinado saber al interior de la estructura biomédica estarán relacionadas con la forma en que dicho saber dialogue con los discursos dominantes de su tiempo. Es ello lo que hace que el modelo biomédico de atención de los nacimientos tienda a inclinarse a la lógica productiva del modelo económico dominante. Este hecho, sin embargo, no niega la existencia de corrientes subalternas al interior de la biomedicina que

pugnan por una distribución diferente del poder que parte de una concepción distinta de la relación médico-paciente.

El siguiente apartado se dedicará a observar la coexistencia de fuerzas que luchan por imponer diferentes modalidades de distribución del poder al interior del modelo biomédico. Para analizar este tema se tomarán cuatro ejes de observación, intentando rastrear las diferencias entre la corriente hegemónica y las subalternas. Como representante de la subalternidad se decidió elegir al modelo humanizado, por ser el que probablemente representa el más importante cuestionamiento al interior del propio sistema en lo que se refiere al ámbito de la atención de los nacimientos.

VII. Dominación y resistencia al interior del MMH

Este capítulo se dedicará a analizar las disputas por el poder que ocurren en el ámbito de la atención del nacimiento, centrando la atención en cuatro diferentes ejes: el cuerpo, el espacio, la palabra y el saber. Se explorará el tejido que se construye a partir del entramado de relaciones en cada uno de estos territorios en los que cotidianamente la dominación, la resistencia, la fuga y el sometimiento, son puestos en juego. Puesto que este escrito se propone explorar las diferentes corrientes que habitan al interior de la biomedicina, en cada uno de los territorios se compararán las particularidades que caracterizan al modelo hegemónico y al subalterno-humanizado, explorando los equilibrios en las relaciones de poder que operan en cada uno de estos esquemas de atención.

A. EL CUERPO: LA MUJER COMO TERRITORIO A CONQUISTAR

El cuerpo es, tal como lo plantea Mari Luz Esteban (2013), un punto de encuentro y articulación entre lo individual y lo social. La autora invita a observar a los cuerpos en tanto entes que tienen relación con la historia particular de los sujetos a la vez que con una historia de los colectivos por lo que al observar lo que ocurre en el cuerpo, se pueden encontrar cruces interesantes entre la biografía individual y las narrativas sociales. Los cuerpos de las mujeres encuentran mayor o menor dificultad para parir en función de las historias de nacimiento que habiten los relatos familiares, las particularidades de la experiencia puntual de cada embarazo y el conjunto de saberes en torno al cuerpo y al parto que circulen en el contexto en el que habrán de tener a sus hijos. Las coordenadas que marcan al cuerpo tienen ciertas particularidades en la sociedad contemporánea y los cuerpos de este tiempo exhiben marcas de un modelo socio-económico que pone a la productividad en el centro de la escena.

Le Breton, en su reflexión en torno al cuerpo, analiza cómo partir del Renacimiento se produjo una resignificación de los cuerpos pautada, fundamentalmente, desde las coordenadas del saber anatómico-fisiológico de la medicina. La modernidad propuso un cuerpo separado del hombre, autónomo del sujeto que le encarnaba y a partir de ese momento la medicina se dedicó a desarrollar su saber sobre los cuerpos y las enfermedades. La medicina moderna, producto del individualismo, se articuló en torno a prácticas como el aislamiento, la división de tareas y el reemplazo del intercambio simbólico de la escucha del sufrimiento que operaba en la relación médico-paciente por la prescripción de fármacos y la realización de exámenes diagnósticos (Le Breton, 2002).

Desde entonces y hasta hoy, Le Breton plantea que el cuerpo ha estado cada vez más relacionado con nociones técnicas y científicas, distanciándose del hombre y acercándose a concepciones marcadamente mecanicista y fragmentarias. Se lo interpreta como un mecanismo cuyos rendimientos hay que controlar y mejorar. Los saberes sobre el cuerpo están íntimamente relacionados con los saberes sociales y las concepciones del mundo que rigen cada momento histórico. En las sociedades occidentales el cuerpo humano, entendido como una suerte de “alter ego” del hombre, adquiere un valor técnico y comercial; “fraccionado en sus componentes cae bajo la ley de la convertibilidad y el intercambio” (Le Breton, 2002: 221).

El cuerpo es cartografiado en función de los saberes que dominan el discurso de los colectivos. Es disputado, marcado, delimitado, conquistado… Diversas instancias operan el moldeamiento de los cuerpos para socializarlos, ajustándolos a los estándares de normalidad propios de su época y entre todas las instituciones encargadas de regular la corporalidad, la biomedicina ocupa un lugar protagónico. Traza sobre el cuerpo su cartografía y opera estratégicamente ajustando el flujo de sustancias y la administrando recursos técnicos para corregir las desviaciones de los patrones que en cada contexto social se establecen como normales. El carácter biologicista que pareciera regir al saber médico en torno al cuerpo ha sido señalado por diversos autores que han apuntado el hecho de que la conceptualización del paciente como un ente

meramente orgánico, invisibiliza variables psíquicas y sociales que resultan determinantes en los procesos de salud y enfermedad.

Sin embargo, en lo que concierne a la atención del parto, la práctica biomédica, teóricamente alineada con una noción “biologicista”, a través de su intervención tiende a obstaculizar, más que favorecer, el funcionamiento del organismo. Restringir la movilidad, interferir con la producción de oxitocina endógena, mermar la fuerza por medio del ayuno forzado, estimular la producción de adrenalina a través del aislamiento, la uniformación y la práctica de intervenciones rutinarias dolorosas, son prácticas que lejos de apuntar a optimizar el funcionamiento del cuerpo, parecieran destinadas a obstaculizar su capacidad, para subrayar la eficacia de la ciencia.

En el esquema dominante de atención de los nacimientos, las funciones fisiológicas resultan reemplazadas con recursos técnicos diseñados por el dispositivo institucional: Goteo intravenoso de oxitocina sintética, uso de prostaglandinas, hidratación intravenosa, maniobra de Kristeller, fórceps, vacuum, anestésicos, cortes quirúrgicos en el perineo, cirugías. Estas prácticas, al ejecutarse cotidianamente de forma estandarizada, parecieran dar cuenta de un intento por reemplazar la dimensión orgánica del nacimiento con una suerte de prótesis científicas que “optimizan” al cuerpo para que logre ceñirse a los criterios de estandarización y agilización apreciados por un saber dominante organizado en torno a la productividad.

El modelo de atención humanizada se desmarca de la lógica productiva que organiza la práctica médica dominante; en él la corporalidad es entendida de un modo por entero diferente. Su concepción del nacimiento como evento fisiológico es, si se quiere, más biologicista que la del saber que rige al MMH hoy en día, pues parte de la premisa de que el cuerpo de la mujer, en la inmensa mayoría de los casos, es un cuerpo reproductivo por naturaleza, equipado con los recursos fisiológicos necesarios para encargarse por sí mismo del parto. En el marco de este saber se convoca a la mujer a entregarse sin ofrecer obstáculos a las exigencias de su cuerpo, evitando que los condicionamientos culturales interfieran con la danza sutil de las hormonas y

las contracciones que empujarán a su bebé fuera del útero. En el paradigma humanizado, las interferencias con la fisiología, ya sea que provengan de la lógica de aceleración y estandarización propia del dispositivo médico o de la resistencia de la mujer a confrontar la intensidad del evento, pueden ser percibidas como una disrupción perturbadora; es por ello que Michel Odent (2009), creador del Primal Health Research Databank, propone la "mamerización" del parto como el ideal a alcanzar, aludiendo a la conexión instintiva de la parturienta con su condición de mamífera. Odent explica que los condicionamientos culturales pueden velar el instinto, llevando a las mujeres a distanciarse de su faceta mamífera arcaica. Un ejemplo claro de ello es lo que ocurre en muchas de las sociedades europeas y en algunos grupos privilegiados en nuestro propio país en los que las mujeres se sienten cada vez más alejadas de su condición mamífera y deciden prescindir del parto o incluso de la propia maternidad o la lactancia. Desde su postura de ginecoobstetra y por tanto interesado en el saludable curso de los nacimientos, propone una serie de estrategias para desactivar el estímulo de la neocorteza cerebral y favorecer la mamerización durante el evento del nacimiento.

Así como el modelo hegemónico de atención del parto no es un ente monolítico, la atención humanizada tampoco lo es; mientras algunas corrientes se concentran en la exaltación de la fisiología, que puede conducir al cuestionamiento del uso de anestesia o de las cesáreas electivas, otros profesionales eligen articular su práctica a partir del reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos. La primera de estas rutas pone al cuerpo al centro de la escena, dejando a la mujer a merced de este sistema perfecto ante el cual se espera que rinda su voluntad; el parto es un evento fisiológico involuntario que ocurre en su cuerpo. La segunda vía coloca a la mujer al centro, siendo su cuerpo entendido como un recurso privilegiado del que puede valerse para encargarse del nacimiento si así lo desea; el parto le pertenece y tiene derecho de emplear los medios que considere más apropiados para enfrentar el desafío que éste comprende. Si bien existe una clara diferencia en el vínculo con el cuerpo que plantean estas dos tendencias, ambas suponen una participación activa de la mujer. Se reconoce su capacidad para identificar señales de progreso, así como para elegir las

estrategias adecuadas para manejar el dolor y facilitar el nacimiento. El personal de salud y los recursos biomédicos adoptan un rol secundario cediendo los reflectores a esta mujer+cuerpo.

La siguiente estampa etnográfica permite observar la diferencia entre los modelos dominante y subalterno de atención del parto y el vínculo con la corporalidad que cada uno de ellos propone: Julia, de 22 años, llegó a CIMIGen embarazada de su primer hijo. Ella sospechaba que el médico con el que se había atendido de manera privada antes de embarazarse estaba experimentando con alguna clase de fármaco que le había aplicado argumentando que, debido a sus niveles de prolactina, resultaría prácticamente imposible que lograra quedar embarazada; cabe decir que Julia no estaba buscando un embarazo cuando recibió ese diagnóstico y el tratamiento para combatir su supuesto mal. Su médico le proponía someterse al tratamiento experimental durante un año haciendo valoraciones periódicas de su progreso, pero Julia, dudando del diagnóstico, decidió acudir con otro especialista y se encontró con que sus sospechas parecían fundadas ya que el nuevo ginecólogo no halló nada mal en ella y a los pocos meses de visitarle quedó espontáneamente embarazada.

Una vez embarazada, Julia decidió dar seguimiento a su embarazo y atender el nacimiento de su bebé en CIMIGen, donde su caso fue puesto en manos de una enfermera perinatal y partera. El tipo de vínculo que esta proveedora de salud a cargo de su seguimiento estableció desde el primer momento con ella fue percibido por la entrevistada como radicalmente distinto al que había recibido anteriormente: “Para ella eres Julia como mamá, Marco como bebé (…) los médicos te hacen tacto sin decir agua va” (Julia, comunicación personal, 4 de junio, 2015).

Dentro del propio CIMIGen, Julia fue atendida por un médico de guardia que la revisó cuando llegó a pedir orientación sorprendida por haber mojado su pantaleta hacia el final del embarazo. El médico indicó internación inmediata para aplicar antibiótico y oxitocina, dando por hecho que su fuente se había roto. Julia, desconfiando de la figura médica a partir de su experiencia previa,

se puso en contacto con su enfermera para pedirle orientación. Ella la mandó de vuelta a casa diciéndole: “No te preocupes, si es la fuente va a seguir saliendo líquido y tú solita vas a desencadenar, solitas van a empezar las contracciones” (Julia, comunicación personal, 4 de junio, 2015).

En la narrativa de Julia puede verse con claridad el contraste entre un esquema de atención en el que el cuerpo de la mujer es entendido como el territorio pasivo de acción de la ciencia médica y otro en el que dicho cuerpo es concebido como el ente rector de la experiencia del nacimiento. Cuando el parto se tornaba desafiante Julia se repetía a sí misma: “Mi cuerpo sabe parir, lo sabe hacer y él sabe también nacer” (Julia, comunicación personal, 4 de junio, 2015). Julia apartó a su cuerpo del ámbito de la manipulación médica que pretendía tomar el control sobre él apropiándose de la experiencia de su embarazo y nacimiento: “Cuando ya estaba naciendo Marco, Lupita (la enfermera) me decía: ‘Siéntelo, siente cómo está bajando, siente lo que está pasando’. Yo me tocaba y decía: ‘Es que ahí está’. Y ya tocaba su cabecita (…) Porque yo lo medía con mi dedo”. El bebé de Julia nació en una tina en la que su madre pujó guiada por las sensaciones de su cuerpo hasta dar a luz.

Es interesante este ejemplo pues permite observar diferencias sutiles entre el esquema de atención dominante y el humanizado que dan cuenta de las concepciones profundas que articulan las prácticas aparentemente superficiales. Mientras en el modelo dominante se evita el contacto de las mujeres con su cuerpo y particularmente con su genitalidad durante el parto por considerarlo “contaminante”, en el modelo humanizado se estimula a la mujer a tocarse como una estrategia para evaluar su progreso.[24] En el esquema de atención imperante al profesional de la salud se le otorga libre acceso al cuerpo, mismo que habrá de manipular sin mayores restricciones para optimizar su desempeño, mientras que a la mujer se le restringe el contacto con su propia corporalidad. Pierde la posibilidad de elegir sus

[24] Si bien la posibilidad de tocarse o verse para evaluar el progreso en el descenso del bebé por el canal de parto es una práctica que apunta a la apropiación del cuerpo, puede resultar violenta en el caso de mujeres para las que el contacto con la genitalidad se encuentre estigmatizado. Introducir los dedos a la vagina frente a un conjunto de desconocidos no necesariamente aparece como deseable para quien probablemente no lo hizo nunca antes.

posturas, de satisfacer sus necesidades básicas, de tocarse, de cubrirse. Mientras que en el esquema humanizado se reconoce la soberanía del sujeto sobre su corporalidad, el modelo dominante materializa la premisa de que el cuerpo de la mujer es un cuerpo para otro.

En la atención humanizada el cuerpo no es esterilizado, ni inmovilizado, ni manipulado; se entiende que la mujer es la encargada de interpretar sus señales y guiar a través de ellas el proceso del nacimiento por lo que el profesional limita el contacto a un grado mínimo que se orienta a la vigilancia de la evolución del proceso y a la intervención ante situaciones de complicación. El personal mantiene un rol secundario y mayormente pasivo en la escena, mientras el protagonismo en el vínculo con el cuerpo es colocado en manos de la mujer; no se acostumbra canalizar, acelerar artificialmente las contracciones, empujar al bebé desde fuera del vientre, ampliar la abertura de la vagina, extraer la placenta.

En el esquema de atención imperante parte de la premisa de que el papel que le corresponde a la mujer asumir durante el nacimiento es el de la sumisión y la obediencia. El rol activo en la escena es atribuido a los profesionales de la salud por lo que la mujer llega al hospital, las más de las veces, esperando poner su cuerpo en manos de los especialistas para que sean ellos quienes se encarguen de llevar a buen puerto el nacimiento. Es común que los médicos les digan a las mujeres que las van a “ayudar” cuando dilatan manualmente el cérvix, cuando practican una maniobra de Kristeller, cuando realizan episiotomías, cuando suministran oxitocina o anestesia… Se “ayuda” al cuerpo cuando se usan los recursos técnicos disponibles en la biomedicina para agilizar el proceso y puede ocurrir, por tanto, que se perciba como un signo de descuido el no hacerlo.

Cuerpo y poder

No existen modalidades correctas o incorrectas en la relación con el cuerpo de la mujer, pero cada una de ellas da cuenta de una determinada forma de distribución del poder. Puestas a elegir, no todas las embarazadas preferirían un parto en el que el uso de la intervención se redujera al mínimo posible como

lo recomiendan los estudios. La híper-medicalización del nacimiento sólo puede ser una práctica hegemónica porque las mujeres acceden a ello. Depositar el padecer y la decisión sobre el porvenir en otro que ocupa un lugar de supuesto saber y acepta tomar en sus manos la responsabilidad por la vida y la muerte puede resultar deseable. De un grupo de discusión con mujeres que atendieron sus nacimientos en instituciones públicas que se llevó a cabo en el marco del presente estudio se extrae el siguiente testimonio:

> Yo, por ejemplo, tuve una cesárea y un parto. Y yo la verdad, si ahorita tuviera las posibilidades de irme a un particular, inmediatamente les pediría una cesárea. Los dolores son espantosos cuando te cortan para que salga la bebé. No, es horrible todo el sufrimiento. En cambio de mi hija la pequeña, pues yo le dije al doctor: 'No quiero sufrir, ya hágame una cesárea'. Me pasó al quirófano, me puso la anestesia, me abrió, me sacaron a la niña en 20 minutos yo ya estaba. Me medicaron para que no sintiera que te dan dolores (…) En una semana mi herida ya estaba cicatrizada e igual pasaron 20 días y yo ya podía estar normal, no fue tanto el sufrimiento (…) Ya no quiero dolor" (Comunicación personal, 11 de julio, 2014).

Matilde, otra mujer que acababa de tener a su tercer hijo en el momento de la entrevista, cuenta cómo llegó al nacimiento del primero pidiendo explícitamente una cesárea programada: "En mi primer embarazo yo siempre, todo el embarazo, dije que yo quería cesárea, que yo no quería sentir los dolores de parto, yo no quería hacer el esfuerzo. Entonces yo decía que desde el primero iba a ser cesárea" (Matilde, comunicación personal, 10 de junio, 2015). En este relato la mujer manifiesta su deseo explícito de un nacimiento intervenido en el que no tenga que encargarse de su corporalidad; prácticamente todas las mujeres de la familia de Matilde habían tenido a sus hijos por cesárea, incluidas sus tías y su madre, los únicos partos de la familia habían sido los de su abuela.

Ante dicha demanda y respondiendo al carácter de la institución, la enfermera que la recibió en CIMIGen en ese momento le recomendó postergar la decisión y acudir a tomar un curso de preparación para el parto. Matilde narra cómo la información recibida en este espacio modificó su percepción del evento: "Nos dijeron que la recuperación era mucho más rápida y que, por ejemplo, por ejercicios se puede facilitar más un trabajo de parto, cosa que yo no sabía, por

eso quería cesárea" (Matilde, comunicación personal, 10 de junio, 2015). La posibilidad de trabajar con el cuerpo mediante el ejercicio para intervenir activamente en el proceso del nacimiento, modificó la idea que Matilde tenía y cambió su posicionamiento al grado de que los tres nacimientos de sus hijos fueron partos y en el último de ellos pujó al niño de pie porque no conseguía acomodarse en la cama.

La MBE está compuesta, como se señaló anteriormente, por tres elementos, la investigación, la experiencia clínica y la preferencia de los pacientes. Ninguno de estos elementos puede pasarse por alto pero tampoco ninguno de ellos es un valor puro e incuestionable. La investigación se articula en función de los intereses de los grupos dominantes pues son ellos quienes la financian, la experiencia clínica puede estar condicionada por el modo en el que se aprendió el ejercicio de la profesión, de modo que existen médicos y enfermeras que no saben prácticamente nada de la fisiología del parto y quedarían desvalidos si se les privara de la posibilidad de intervenir y finalmente el deseo de las mujeres no es estático sino volátil; responde a una serie de condicionamientos ambientales.

Reconociendo que estos elementos no son valores absolutos, conviene preguntarse entonces cómo abordarlos y si resultan o no de utilidad para regular el ejercicio de la medicina. La investigación, con sus falencias, impone algunos límites al acceso irrestricto al cuerpo que se concedía a la ciencia, condicionando su intervención a aquellos casos en los que ha demostrado ser capaz de producir mayor beneficio que perjuicio, lo cual no resulta despreciable. El reconocimiento de la experiencia del profesional como pieza clave instaura la instancia del vínculo en el ámbito terapéutico. Inscribe lo que podríamos llamar un entre-cuerpos en un escenario en el que la voz clínica ha quedado mayormente silenciada por el saber técnico que se confiere a la ciencia y su equipamiento diagnóstico. Y la preferencia de la paciente, si bien es moldeado por los condicionamientos de su tiempo y su contexto, pone en escena el ámbito del deseo restituyendo a la paciente su condición de sujeto.

El punto central para desarticular el sometimiento que opera en el ámbito del cuerpo consiste en reconocer que el cuerpo no es de la medicina, pero tampoco es de la naturaleza. El cuerpo es de la mujer y es por ello que los equívocos se despejan cuando las discusiones se ciñen al terreno del derecho. La directora de un proyecto de maternidad con enfoque humanizado comenta al respecto: “Hay que plantarse en una perspectiva de derecho. Sos garante de los derechos reproductivos de la mujer. No podemos ser garantes de lo biológico, la naturaleza es una institución en sí misma,” (Cecilia Zerbo, comunicación personal, 16 de agosto, 2016).

La mujer tiene derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre su vida reproductiva, sabiendo de antemano que las decisiones que tome no serán nunca del todo libres pues estarán marcadas por los saberes de su tiempo. Y reconociendo también que los saberes hegemónicos apuntan a fijar esquemas de sometimiento, por lo que conviene poner a dialogar con ellos a los saberes alternativos de cada época. La información acerca de los avances en investigación, así como el conocimiento de la fisiología posibilitan a la mujer el establecimiento de un diálogo más horizontal con su proveedor de salud, en el que la experiencia clínica dialogue con el deseo reconociendo, ante todo, el derecho de la paciente a la soberanía sobre su cuerpo.

En la relación con la corporalidad que el esquemas institucionalizado de atención promueve, puede observarse en acción el principio desvinculante que caracteriza al modelo dominante, en el que se conceptualiza a la paciente como un ente fundamentalmente orgánico y pasivo sobre el que el profesional opera. El cuerpo es la vía de la que el sujeto se vale para vincularse con el otro; es un puente. Cuando el dispositivo apunta a limitar a la paciente a su condición orgánica, la vinculación resulta expulsada de la escena puesto que hacen falta sujetos para que el vínculo se produzca.

Los sujetos a través de su cuerpo conocen el entorno, lo transforman y a su vez son transformados por él. El cuerpo es la vía para la vinculación cuando se le reconoce como propiedad inalienable de un sujeto. El sujeto regula los intercambios con su entorno a partir de este cuerpo y es la posibilidad de

decidir sobre él la que define su libertad o la carencia de ella. Las asimetrías en las relaciones de poder se traducen en esquemas de sometimiento de los cuerpos, de conquista de la territorialidad corporal.

La posibilidad de decidir sobre el cuerpo propio da cuenta de esquemas de distribución del poder que cuestionan su centralización en una figura dominante. El modelo humanizado concibe al cuerpo no como objeto de la intervención médica sino como parte y propiedad de un sujeto capaz de decidir sobre su devenir. Al hacerlo, consolida al cuerpo de la mujer no como territorio a conquistar sino como ámbito de vinculación. La posibilidad de regular los intercambios que se establecen con el entorno a través del cuerpo propio podría llamarse soberanía y constituye un requisito indispensable para hacer del cuerpo un espacio de vinculación.

B. EL ESPACIO: LA PUESTA EN ESCENA DE LA BIOMEDICINA

El cuerpo es, en cierto sentido, un territorio. Es construido socialmente como un espacio para el placer, el dolor, la productividad, la disciplina, la reproducción. Es un territorio que se puede recorrer, habitar, profanar, conquistar. La territorialidad del cuerpo se inscribe, en el momento del parto, en otro territorio que me detendré a analizar: las salas de labor, expulsión y recuperación de hospitales y maternidades, que son el espacio diseñado en nuestra sociedad para la atención de los nacimientos. El diseño del espacio da cuenta de concepciones acerca de los procesos que se supone que ocurran en él. Un museo está pensado para la contemplación, una estación de autobuses para la espera, una escuela para la recepción pasiva de conocimiento y un gimnasio para el entrenamiento de las potencialidades del cuerpo. El espacio condiciona el actuar de los sujetos en él y es por ello que el análisis del mismo resulta relevante.

Pasemos entonces a analizar la espacialidad destinada al evento del nacimiento en el dispositivo biomédico dominante para tratar de desentramar las concepciones que dicha distribución espacial revela. Los hospitales son

espacios impersonales, cuyas paredes y pisos están hechos de materiales impermeables y resistentes. En las salas de labor se observan regularmente una serie de camas, una junto a otra, con números en sus cabeceras que permiten identificar el expediente de cada paciente. Este tipo de espacialidad da cuenta de lo que se espera de las mujeres una vez que son ingresadas a la institución; que cada una permanezca obedientemente ordenada en la cama que le corresponde mientras el personal se encarga de agilizar el trámite administrativo de la dilatación del cuello uterino introduciendo líquidos en sus venas monitorizando periódicamente los de signos vitales del bebé y la madre.

Hospital General de Zona 1, IMSS Tepic

En las salas de labor de las instituciones públicas no existen divisiones que permitan un cierto grado de intimidad a las mujeres que están pariendo. “El parto es algo muy privado que hacemos en un lugar muy público”, afirma Guadalupe Trueba, doula y educadora perinatal (Guadalupe Trueba, comunicación personal, 13 de febrero, 2015). Las mujeres dan a luz con su intimidad completamente expuesta. Una mujer que se atendió en un establecimiento del IMSS de la Ciudad de México reporta:

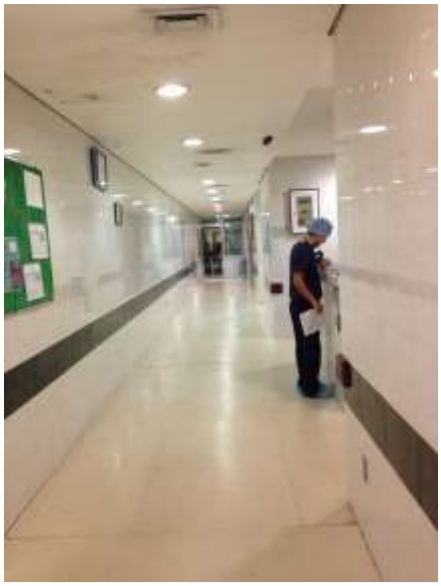
> Entras tú sola, nada como en las películas que entra tu marido… o sea no hay de eso en el Seguro (…) Están las camas de frente (…) hay cuartitos de expulsión, sin puertas… Ahora sí que: “Cama 15”. Y se la llevan… y tú ves cómo es que la están preparando, cómo le pusieron la inyección enorme (…) Sí me asusté porque de verdad sí dije: “Aquí ni siquiera puertitas (…) Lo que me espera” (Comunicación personal, 11 de julio, 2014).

La intimidad no está contemplada en el diseño de las áreas de labor a las que acuden las mujeres para tener sus partos. Este aspecto que pudiera parecer irrelevante es uno de los más insistentemente referidos como traumáticos. Las mujeres dicen que se sintieron como “reses”, que el lugar parece un “rastro”. El

respeto a la intimidad pareciera estar directamente ligado con el reconocimiento de la condición humana y es por ello que un espacio que desconoce este aspecto pareciera “animalizar” a los sujetos. En las instituciones de salud las pacientes pueden o no estar separadas visualmente entre sí por cortinas que las aíslan de sus compañeras, pero están constantemente expuestas a la mirada del personal que supervisa el curso del evento.

Una doula que trabaja en un servicio público en Aguascalientes relata la siguiente escena: Uno de los residentes de la institución circulaba entre las camas del hospital observando las mujeres con sus piernas abiertas y ante el gesto de pudor de una de ellas la doula intenta ayudarle a cubrir sus genitales. El residente comenta sarcásticamente: “Estamos acostumbrados a ver vaginas”. La doula le responde: “Pero nosotras no estamos acostumbradas a que nos las vean” (Comunicación personal, 23 de agosto, 2015).

La circulación por los pasillos del hospital está permitida exclusivamente para el personal de salud por lo que se trata de áreas despejadas diseñadas para poder realizar desplazamientos ágiles en caso de emergencia. Las internas deben ser llevadas de un sitio a otro en camillas o sillas de ruedas y sólo por orden del personal de la institución. Las camas, habitualmente, permiten regular la altura del respaldo de manera que las mujeres yacen en ellas completa o parcialmente acostadas durante todo el trabajo de parto pues no se supone que se levanten de la cama ni siquiera para ir al baño.



Hospital General de Zona 1, IMSS Tepic

Las salas de labor son áreas diseñadas para la vigilancia en las que la espacialidad se diseña apuntando a simplificar dicha tarea. La deambulación de las pacientes no está contemplada ya que podría entorpecer la labor del personal de salud, la cual busca simplificarse todo lo posible para responder a

la demanda de atención. En ocasiones los colchones de las camas no cuentan con sábanas para evitar así el lavado de las mismas por lo que puede encontrarse a las mujeres reposando sobre superficies plásticas que serán limpiadas más tarde con un trapo para dar paso a la siguiente paciente.

Las luces se mantienen encendidas 24 horas al día para facilitar la labor de vigilancia del personal de salud, de forma que para las internas la obscuridad, con la intimidad y el reposo que representa, queda restringida. Una mujer con un largo trabajo de parto puede pasar día y noche expuesta a la luz cuando se sabe que la producción de melatonina y la intensificación de la actividad uterina se favorecen en la obscuridad.

CIMIGen, Ciudad de México

Cerca de la sala de labor se encuentra un quirófano provisto del equipo necesario para la práctica de procedimientos quirúrgicos y al cual se accede exclusivamente con la vestimenta indicada por la institución, de modo que en esta área resulta difícil reconocer a los profesionales tras pijamas quirúrgicas, botas, gorros y cubrebocas. El cuerpo de la paciente es el único que conserva su rostro descubierto en este espacio estéril y anónimo.

También cerca del área de labor se encuentra la sala de expulsión. A este espacio se traslada a las mujeres cuando se considera que ha llegado el momento del pujo. En esta área hay regularmente media camilla angosta al centro con dos pierneras destinadas a la colocación de la paciente. Sobre la cama se enciende una luz intensa que facilita la visibilidad del profesional que se sentará en una pequeña banca frente a los genitales expuestos de la parturienta para dirigir la maniobra. Alrededor de la camilla de expulsión circula un importante número de profesionales que dará indicaciones a la parturienta acerca del modo en que debe empujar y asistirá al médico con las maniobras que éste considere necesarias. Se trata de un espacio diseñado para colocar el cuerpo en una

posición que facilite la manipulación. Este cuerpo que será intervenido se pone en el centro de la escena, posibilitando así el acceso desde todas sus partes.

Hospital General de Tepic, Secretaría de Salud

Por último, un área de recuperación que suele estar conformada nuevamente por una serie de camas numeradas en las que se coloca a la mujer con su "producto" para observar la "evolución saludable" de ambos, en los casos en los que se permite el alojamiento conjunto. De lo contrario los bebés son trasladados a un cunero en el que personal especializado se encarga de su cuidado mientras las madres "se recuperan". Luces innecesarias en intensidad y renuncia a la privacidad caracterizan a esta zona. Cuando las camas resultan insuficientes se lleva a cabo la recuperación en sillas que se colocan en los pasillos. Carolina relata este hecho que llamó su atención cuando atendió el segundo de sus tres partos en el ISSSTE 21 años atrás: "Para el segundo parto fui al Seguro y pues estaban las señoras, muchas estaban en sillas de ruedas, en el pasillo, con una bata súper delgadita, no les agarraba nada para atrás" (Carolina, comunicación personal, 11 de julio, 2015).

El hecho de que se fragmente el espacio da cuenta de la fragmentación del proceso. El parto es dividido, desde la mirada biomédica dominante, en etapas: trabajo de parto, expulsión, alumbramiento de la placenta y recuperación. La compartimentación que se aplica al evento en aras de regular la experiencia se ve reflejada en la distribución de los espacios. Esta fragmentación del evento del nacimiento responde a una concepción mecánica del proceso: dilatación cervical – expulsión – involución uterina; el útero se abre, empuja y finalmente se contrae. Las tareas que el personal de salud ha de realizar están destinadas a agilizar cada uno de estos tres procesos y el espacio se estructura para agilizar la labor del personal de la institución:

- La dilatación del cuello uterino ocurre en un área diseñada para la espera, la vigilancia y la agilización. El personal en esta etapa se encarga de revisar la evolución del proceso, cerciorarse del bienestar fetal y acortar la espera incrementando la intensidad de las contracciones por medio del suministro de hormonas. En el sector público la aceleración se justifica a partir del principio de saturación. Christian Byron Mera Hernández, ex director de una institución de gran volumen adscrita al Seguro Popular comenta cómo la saturación responde a condiciones estructurales: instalaciones mal diseñadas, penalización de conductas médicas, falta de información a las usuarias. Las mujeres que acuden a revisión durante el trabajo de parto interpretan como negativa a brindar el servicio el que se las regrese a casa en fases tempranas y el gobierno sanciona duramente los nacimientos que accidentalmente ocurren fuera de los hospitales, lo que ha llevado a la institución a ingresar a un número de internas que no es capaz de asistir respetando los tiempos naturales de evolución del proceso: “Si alguna de esas mamás llegan a parir aquí, en la banqueta, en la calle, es responsabilidad del gobierno. Entones, como tienes cinco camas (…) en la noche se te van a juntar siempre. ¿Qué haces? Oxitocina para sacarlas a tiempo. ¿Y qué haces si no tienes más instalaciones?” (Christian B. Mera Hernández, comunicación personal, 15 de enero, 2015). La agilización, sin embargo, no opera sólo en el sector público sino también en el privado, lo que conduce a pensar que, como se expuso anteriormente, la saturación del servicio no es una explicación suficiente para dar cuenta de esta práctica, sino que más bien resulta un efecto de la lógica productiva que impera en el modelo dominante.

- Una vez concluida la fase de dilatación, vendrá el momento de pujar. En esa instancia la mujer es trasladada a un área diferente pues la tarea del personal cambia y la espacialidad se configura respondiendo a ello. Aquí se aísla a la paciente del resto; deja de estar entre otras parturientas que esperan como ella para verse rodeada de profesionales que intervendrán su cuerpo. La posición y la disposición de la mesa colocan

el cuerpo yaciente al centro de la escena con las piernas sujetas para dejar la genitalidad expuesta. Este nuevo espacio facilita la manipulación para la expulsión y está provisto de una mayor cantidad de equipo y herramientas para cortar, coser, jalar y empujar en función de lo que se requiera.

Para la tarea de alumbramiento se utiliza el mismo recinto. También en esta fase el personal asume un rol activo traccionando la placenta[25] aún adherida a la pared uterina. Una vez que la retira debe revisar manualmente si quedaron restos de la misma para lo que introduce una pinza con una gasa o directamente la mano al útero en busca de posibles restos.

- Finalmente, una vez concluido el proceso de intervención y previa aplicación de oxitocina para retraer el útero, se traslada a la paciente a un área de recuperación en la que será observada las siguientes horas. En este espacio la labor del personal será de vigilancia, por lo que habitualmente se coloca a varias mujeres juntas para simplificar la tarea.

La fragmentación del evento que da lugar a una espacialidad compartimentada es una de las intervenciones más eficaces para obstaculizar la vinculación entre profesionales e internas. La espacialidad convoca a atender trabajos de parto, expulsivos y recuperaciones más que mujeres. La serialización y la agilización rigen la organización del espacio y condicionan el actuar de los sujetos. Uno de los ginecólogos de un hospital público comenta: “Si alguien pusiera una cámara oculta y nos grabara mientras trabajamos, cuando nos enseñaran la filmación al final del día no seríamos capaces de reconocernos” (Comunicación personal, 15 de julio, 2014).

La institucionalización del nacimiento desdibuja la condición de sujeto en los actores a través de recursos diversos y la configuración del espacio es una eficiente vía para ello. Los gorros, botas, batas y cubrebocas culminan la tarea

[25] Maniobra que consiste en extraer la placenta tirando del cordón umbilical mientras se aplica presión manual al fondo uterino.

de marcar distancia y evitar el establecimiento de vínculos entre personal y pacientes. Uniformar es una manera de desdibujar las identidades, lo que permite operar más libremente sobre los cuerpos y distinguir a los colectivos a los que se les atribuyen papeles claramente diferenciados que se rigen por normativas diferentes: las internas deben obedecer y el personal debe trabajar y producir.

Maternidad Estela de Carlotto, Moreno, Argentina

El espacio ordena al cuerpo, le asigna a cada sujeto un rol a cumplir. En las instalaciones para la atención convencional del nacimiento la paciente es llamada a la pasividad mientras que los profesionales son conminados a intervenir, vigilar, manipular. Al ingresar al dispositivo médico la mujer acepta renunciar al dominio de su cuerpo, mismo que deposita en manos de la institución de salud para que sea procesado por ella. En las salas de los hospitales o maternidades que adscriben al modelo de atención humanizada el escenario que puede observarse es por entero diferente. En los hospitales privados se pueden observar equipos de música, tinas, pelotas, bancos de parto y camas Hill Rom, mientras que en el sector público de nuestro país las habitaciones cuentan con una menor cantidad de recursos pero reconocen los mismos principios. Aunque los recursos disponibles puedan variar enormemente, la espacialidad tiene algunos rasgos característicos que merece la pena analizar.

Maternidad Estela de Carlotto, Moreno, Argentina

Como primer rasgo que atrae la atención, puede observarse que los espacios no se estructuran en áreas separadas de labor,

parto y recuperación; todo el proceso ocurre en un mismo lugar en el que la mujer permanece desde que tiene una dilatación avanzada (alrededor de siete centímetros) hasta que su hijo ha nacido. Se trata de salas individuales y amplias que permiten la movilidad y se encuentra habitualmente cerradas por una puerta. A esta clase de habitaciones suelen integrarse recursos tales como bancos, telas o pelotas que faciliten la adopción de diferentes posturas.

Existe una intención deliberada en esta clase de instituciones por matizar la apariencia hospitalaria del espacio integrando elementos como luces bajas, objetos decorativos, materiales y colores cálidos que apunten a dar una aspecto menos tecnológico y más familiar al sitio. Se entiende que el ambiente hospitalario puede resultar amenazante, lo cual interfiere con la producción hormonal, por lo que el uso de gorros, barbijos y botas se limita a las áreas quirúrgicas.

Maternidad Estela de Carlotto, Moreno, Argentina

Una espacialidad de estas características da cuentea de lo que se espera de los actores involucrados en la escena: Se espera que el trabajo de parto corra principalmente a cargo la mujer, la cual puede valerse para ello de los recursos dispuestos en el espacio y que el personal de salud adopte una posición expectante limitando su participación a la supervisión y la atención de emergencias.

Las emergencias son atendidas en una sala anexa, que habitualmente es un quirófano, en la que se puede observar el mismo tipo de instrumental, distribución y equipamiento que caracteriza a las salas de expulsión de los hospitales convencionales. Esta área comprende una distribución distinta de los roles de manera que el personal adquiere en ella el rol protagónico-activo y la mujer es colocada en la postura clásica de paciente.

Para abordar la relación entre el espacio y la circulación de poder en el modelo de atención humanizada, analizaré la espacialidad de tres maternidades adscritas al modelo de atención humanizada con el objetivo de observar la forma en que los saberes dominantes inciden en la construcción de espacios proponiendo un cierto orden de relación entre los actores. Elegí retomar estos tres casos porque cada uno de ellos expone particularidades de la relación entre espacio y poder que me interesa señala.

Unidad de Maternidad de San Juan Chamula

Otro ejemplo de los espacios diseñados para la atención humanizada del nacimiento en el sector público de nuestro país es la Unidad de Maternidad de San Juan Chamula. Se trata de una pequeña clínica atendida por parteras técnicas y enfermeras obstétricas ubicada frente al templo principal de la comunidad. Esta maternidad forma parte de un proyecto de atención intercultural de la SSA y fue diseñada con el objetivo de reducir la mortalidad materna que es particularmente elevada en la región.

Maternidad San Juan Chamula, Secretaría de Salud

La maternidad de Chamula cuenta con tres consultorios, dos espacios para estancia de embarazadas, comedor, temazcal y sala de espera. En esta maternidad se decidió usar camas convencionales en lugar de camillas o camas de hospital, con el fin de facilitar el acercamiento de las mujeres que se mostraban reacias a atenderse en instituciones de salud y preferían tener a los hijos en sus casas. Se eligieron camas que tuvieran una cabecera de herrería para permitir a las mujeres encuclillarse teniendo un punto de soporte, como se estila en la zona y se acondicionó el espacio con muebles de madera. En una esquina de la habitación se instaló en el techo una escuadra de la que pende un rebozo o una cuerda para que las parturientas puedan sujetarse y balancearse. La maternidad cuenta con

una cocina abierta a la que acceden los familiares para preparar alimentos durante el proceso, ya que a las mujeres les está permitido comer, beber y parir en compañía de la persona que elijan para acompañarlas.

Tiene un salón pequeño con colchonetas en el que se imparten cursos de preparación para el parto y un área para la capacitación de parteras tradicionales. Se trata de una clínica con enfoque de “pertinencia intercultural” en la que la atención de las parteras tradicionales está permitida y se plantea la posibilidad de que ésta conviva con la de las parteras profesionales que han sido puestas a cargo del establecimiento.

Claramente en esta maternidad la interculturalidad ocupa un rol protagónico, lo que está íntimamente ligado con la distribución del espacio. En las paredes de las habitaciones se han pintado mujeres ataviadas según el uso de la zona, arrodilladas haciendo plegarias junto a sus parteras, por ejemplo, y en uno de los pasillos fue colocado un altar con la simbología propia de la región. El espacio revela el interés de las autoridades por atraer a las mujeres Chamulas a parir en sus instalaciones como estrategia para reducir la mortalidad materna en la zona de los Altos Tsotsil-Tseltal. Este objetivo último ha moldeado el espacio, cobrando la forma de una cocina comunitaria, arneses con rebozos que penden de los techos, habitaciones privadas. La espacialidad da cuenta de la intención con la cual fue diseñada.

Sin embargo, es interesante detenerse en el hecho de que el que la maternidad de Chamula se la haya creado con la intención de atraer a las mujeres Chamulas a acercarse a los hospitales, no necesariamente quiere decir que sirva a dicho fin. Sus instalaciones fueron inauguradas oficialmente en febrero de 2015 y siete meses después de su apertura en ella se habían atendido tan solo siete nacimientos, según reporta una enfermera del lugar. En junio de 2016 un diario local reportaba que durante el primer trimestre de dicho año, el establecimiento había atendido diez nacimientos (El sie7e, 2016). Quizá, como Alejandro Cerda (2010) señala al analizar el tema de la salud intercultural en Chiapas, la interculturalidad misma parte de una visión esencialista y errada que apunta a separar el mundo entre indígenas y no indígenas. Proyectos

diseñados por “no indios”, como los llama Cerda, que desconocen la capacidad de agencia de los pueblos.

Este tipo de iniciativas surgen como un intento por dar respuesta a los problemas de los pueblos indígenas, pero lo hacen, opina el autor, desde una perspectiva “folclorista” que evade atender las causas de fondo de la mortalidad que tienen que ver, en última instancia, con la injusticia social. Al no tomar en cuenta a los pueblos para el diseño y la implementación de los programas interculturales, éstos terminan fracasando (Cerda, 2010).

Las mujeres de la comunidad que consideran que sus embarazos son de bajo riesgo siguen teniendo sus partos en casa y las que buscan atención hospitalaria no eligen espacios que emulen lo que pueden obtener en el hogar, sino que aspiran a tener acceso a tecnología y medicalización que les permita sentirse protegidas, por lo que regularmente recurren los hospitales de segundo nivel de la región que presentan problemas significativos de saturación. El MMH es hegemónico justamente porque los sujetos convalidas su saber. Las mujeres chamulas se siente, tal como la inmensa mayoría del resto de las mujeres, más seguras al estar rodeadas de equipo e instrumental médico. El espacio propone un orden de relación entre los actores que está articulado con los discursos que lo originan; sin embargo, los actores tienen capacidad de agencia, son sujetos que intervienen la realidad y no sólo la transitan por lo que usan o desechan, aceptan o intervienen los espacios en función de su propio deseo.

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

Otro caso de distribución del espacio que me interesa analizar, aunque no se encuentra en nuestro país, es el del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá en Buenos Aires. Lo retomaré porque se trata de un ejemplo interesante ya que Sardá, además de ser una maternidad de gran volumen que atiende más de 6,000 nacimientos al año, es cuna del proyecto de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), que se implementa por norma en Argentina desde 2011 en hospitales con más de 1,500 nacimientos anuales. El modelo cuenta con el apoyo y aval de UNICEF y se inscribe en el marco de la defensa

de los derechos reproductivos de las mujeres proclamados en la Ley Nacional de Parto Humanizado vigente desde 2004 en dicho país.

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires, Argentina

Para adecuar las instalaciones a la modalidad de atención de dicho modelo se llevó a cabo una remodelación que apuntó a facilitar la participación de la familia en el evento del nacimiento y promover prácticas como la lactancia exclusiva y el contacto piel con piel de la madre y el recién nacido. La adecuación del espacio al nuevo sistema quedó trunca a causa de un cambio de gobierno, de forma que el hospital expresa, en su espacialidad, una fractura. Mientras en los flamantes salones del área de neonatología se pueden observar espacios destinados al contacto piel con piel entre las madres y los bebés prematuros y una residencia de madres destinada a facilitar el vínculo entre los bebés que requieren atención pediátrica y su familia; las salas de parto “están iguales desde la inauguración en el año 1934” según quien fue jefa de Consultorios Externos de Pediatría de Sardá de 1994 a 2015 (Norma Aspres, comunicación personal, 11 de agosto, 2016).

La espacialidad da cuenta de las tensiones en las relaciones de poder al interior de la institución y más allá de los muros que la contienen. Resulta interesante analizar las implicaciones de la fractura territorial que Sardá encarna porque su remodelación trunca parece contar una historia; la historia del avance a destiempo de los proyectos de transformación que no se instauran de forma homogénea y armoniosa sino a tropezones, reflejando en su turbulento transcurrir el hervidero de voces que habita la vida institucional y social. La jefa de la unidad de internación de bajo riesgo comenta al respecto: “Pretendemos transformarnos un día en una MSCF. Hay sectores más

avanzados en ese sentido y sectores que atrasan mucho y que hacen una medicina como la de la década del cincuenta (…) Hay pugnas históricas en la institución entre los que piensan de una manera y de otra, a veces avanza más un sector y a veces avanza más el otro" (Alicia Benítez, comunicación personal, 11 de agosto, 2016).

Un gobierno que no parece particularmente interesado por la política de la defensa de derechos no se preocupa por impulsar la implementación del modelo de MSCF que resultaba emblemático de la gestión previa. En función del contexto político diferentes intereses son colocados en el centro de atención y los miembros de la institución que adscriben a la óptica dominante adquieren mayor protagonismo y jerarquía dentro del colectivo. Aunque las prácticas institucionales no estén uniformemente alineadas con las políticas gubernamentales, pueden observarse claras continuidades que dan cuenta del dominio de determinados sectores sobre otros.

Por otra parte, los estudios que se han llevado a cabo con el fin de evaluar la asimilación del modelo de MSCF en los más de 100 hospitales en los que se ha implementado, dan cuenta de que la asimilación no ocurre de manera uniforme; diferentes maternidades integran antes o después los distintos lineamientos que el modelo comprende. Incluso dentro de un mismo hospital el modelo es asimilado antes por unas guardias que por otras y mientras que algunas prácticas se cumplen a cabalidad, otras se acatan a medias.

En un estudio llevado a cabo entre 2011 y 2012 para evaluar la implementación del modelo MSCF en un conjunto de 29 hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires en el que se recabaron alrededor de 1,800 encuestas a profesionales de salud de las instituciones adscritas al modelo (Ramos, 2015), se puede observar una primera fractura interesante en la asimilación: Mientras que las prácticas de atención a los recién nacidos se incorporaron con relativa facilidad, existe una marcada resistencia a modificar las rutinas de intervención ejecutadas sobre los cuerpos de las mujeres.

Una maternidad está conformada por equipos de trabajo que comparten el espacio físico pero que no necesariamente están alineados con los mismos criterios. En la atención del parto, el equipo de obstetricia se encarga de la atención de la mujer y el de neonatología toma a su cargo el cuidado del recién nacido. Los equipos de neonatología y obstetricia entablan con sus pacientes relaciones diferentes: “El pediatra es distinto al otro médico; conoce más a la familia, se pone en el lugar de. Cuando sos pediatra no solamente seguís al chico, hacés el seguimiento de la familia (…) En obstetricia el seguimiento es más corto porque ven a la paciente sólo cuando está embarazada. (Norma Aspres, comunicación personal, 11 de agosto, 2016).

Mientras que pediatría es una especialidad clínica que conduce al establecimiento de un fuerte vínculo con el paciente y su familia debido al seguimiento a lo largo del tiempo que la práctica comprende, la obstetricia, especialmente en el sector público, limita la relación con la paciente a la atención de un evento. La obstetricia es una especialidad quirúrgica, lo que agudiza su carácter desvinculante: “Las especialidades quirúrgicas, en general, tienen una historia de mucho autoritarismo y la obstetricia es una especialidad quirúrgica. Ellos tienen una formación desde hace décadas que prioriza lo biológico, y lo social está en un segundo plano o desjerarquizado (…) Nosotros no podemos trabajar si no trabajamos con la familia, en cambio el obstetra puede trabajar con el cuerpo de la madre solamente” (Alicia Benítez, comunicación personal, 11 de agosto, 2016).

La implementación de un modelo no opera como una fórmula que pueda aplicarse en contextos diversos obteniendo resultados homogéneos y Sardá da cuenta de ello. Todo modelo se articula con las disputas de poder tanto dentro como fuera del hospital; de estas disputas da cuenta la fractura del espacio. Mientras el área de pediatría responde a un principio vinculante, afín a la especialidad pediátrica y alineado con la defensa de derechos reproductivos abanderada por la gestión que impulsó la implementación del modelo, el área de obstetricia está vinculada con el esquema clásico de las especialidades quirúrgicas en las que el cuerpo es colocado en la posición de un objeto a manipular, lo que encuentra resonancia en un modelo social más preocupado

por la productividad que por las reivindicaciones de los derechos colectivos. La fractura del espacio da cuenta de fracturas en las relaciones entre los colectivos.

La MSCF, por otra parte, es un modelo desarrollado en alianza con UNICEF. Se entiende entonces que la defensa de las necesidades de los niños tenga un lugar central en la propuesta: el acceso a sus madres durante los periodos de internación, la visita de familiares, la lactancia exclusiva… El derecho de las madres a recibir un trato digno, a ser acompañadas durante el proceso y ser atendidas a partir de los lineamientos de la MBE está igualmente considerado pero, como se explicó anteriormente, existe un avance a destiempo en la asimilación del modelo, siendo las prácticas de cuidado a los niños las más fácilmente incorporadas al esquema de atención. Resulta difícil diferenciar los derechos de los niños y los de sus madres puesto que la mayoría de las prácticas de la atención humanizada benefician a ambos pero son los pediatras quienes asumen el cuidado de los menores y suelen ser ellos los más receptivos frente a la propuesta.

Cabe preguntarse si el modelo, al ser impulsado por UNICEF, destinó más recursos y energía a la implementación de aquellas prácticas que apuntaban a favorecer el desarrollo infantil, alineándose así con la meta del organismo o si es que la propuesta logró instituirse justamente porque se presentó a la sociedad bajo la bandera de la defensa de los derechos de la infancia, reivindicación que podría juzgarse más legítima que la defensa de los derechos de las mujeres en una sociedad patriarcal, de manera que finalmente, en los hechos, los derechos los que terminan efectivamente respetándose fueron fundamentalmente los de los menores. La disyuntiva entre priorizar el cuidado del niño o el de la madre durante el embarazo y el parto es de vieja data y coloca en el centro de atención la discusión acerca del papel de la mujer en la reproducción ¿se trata de un sujeto con pleno derecho a decidir sobre su cuerpo o es más bien el receptáculo de una vida valiosa que socialmente resulta prioritario preservar? En el debate entre ambas posturas se pone en juego concepciones de género y las espacialidades pueden dar cuenta de qué clase de mirada de la mujer predomina en cada momento histórico-político.

Maternidad Estela de Carlotto

Por último, me interesaría analizar la Maternidad Estela de Carlotto, ubicada en Argentina también, en la localidad de Moreno, cerca de la Ciudad de Buenos Aires. Retomaré este proyecto ya que se desarrolló íntegramente a partir del programa MSCF por lo que su espacialidad fue expresamente diseñada para responder a los criterios de la atención humanizada. Carlotto fue construida en 2013 como respuesta a la necesidad de cobertura de la zona que no contaba con infraestructura suficiente para brindar servicio a las 7,000 mujeres que acudían anualmente al sistema público de salud a atender sus nacimientos. A este desbordamiento de los servicios se asociaba una RMM alarmantemente elevada en la región por lo que la propuesta de la creación de una maternidad que diera una atención de calidad y un trato digno a las pacientes surgió como un intento por dar solución a dicha problemática. En sus orígenes la atención "humanizada" no estaba en el centro de la escena, pero la historia del municipio en el que un hospital privado había abierto brecha en relación al tema, sumada a la lanzamiento del modelo de MSCF, puso la discusión sobre la mesa, según afirman Patricia Rosemberg y Cecilia Zerbo, creadoras del proyecto y directoras del mismo durante sus primeros años.

Antes de abrir sus puertas Carlotto dedicó seis meses a un trabajo al interior de la institución en el que se efectuaron simulacros de atención, se desarrolló la gestión por procesos, se diseñó el logotipo del hospital y el resultado de la experiencia fue la consolidación de un sólido equipo de trabajo. El establecimiento de vínculos fue parte central del proyecto y se promovió intencionadamente a través de iniciativas diversas que comprendieron la interacción entre profesionales de diferentes áreas, al grado de que se creó un área especialmente encargada de la "gestión de enlaces".

> Nosotros lo que tratamos de hacer fue que los miembros del equipo consolidaran su vínculo como personas (…) Lo que hicimos es que siempre hubiese alguien que tuviera un rol vincular; en principio éramos nosotras pero después desarrollamos otras estrategias vinculares como festejar: los rituales. Hay cosas que si consigues que se hagan rituales, como saludarse, avanzas tres mil pasos en la teoría del vínculo (…) Hicimos también todo un proceso de acreditación que nos sirvió de excusa gigante de vinculación; ahí hicimos un festín de vínculos (…) también los ateneos por proceso

> sirvieron como instancia de vinculación (…) Estamos aplicando la teoría de Ernesto Gore, de Pichon Riviere acá (Cecilia Zerbo, comunicación personal, 16 de agosto, 2016).

En Carlotto se implementó un modelo que apuntaba a promover la horizontalidad de las relaciones entre el personal de salud, apostando por poner en desequilibrio la jerarquía rígida y vertical característica de la biomedicina; se exploró, entre otras cosas, un liderazgo conjunto de dos directoras. Las directoras de la maternidad, en el momento en que se inauguró el proyecto, pusieron en juego estrategias diversas de vinculación que comprendieron desde la creación de un área específica de gestión de enlace hasta la instauración de celebraciones periódicas como una suerte de ritual al interior de la institución para favorecer el encuentro de los miembros de distintas áreas. En 2016 Carlotto atendía entre 1,600 y 1,800 nacimientos al año y con un 12.5% de cesáreas era la maternidad con más bajo índice de nacimientos quirúrgicos de Argentina. Pese a ello, fue solicitada la renuncia de sus directoras con el cambio de gobierno de la nación argumentando razones políticas. “La maternidad continúa su trabajo. Nosotras estamos censuradas absolutamente a poder continuar vinculadas” (Cecilia Zerbo, comunicación personal, 23 de mayo, 2017).

El intento por facilitar la vinculación del personal y cuestionar las jerarquías se refleja en la espacialidad. La dirección es un espacio amplio que está regularmente abierto y se ubica al lado de un área de descanso y encuentro. En el escritorio de la dirección puede encontrarse algo de comer para ofrecer a quienes se acercan a atender algún asunto y un termo para mate. Un busto del antiguo presidente decora los estantes de la biblioteca y sella la adscripción política del proyecto que el nombre mismo de la institución pone sobre la mesa.[26]

[26] Estela de Carlotto es la presidenta actual de Abuelas de Plaza de Mayo, una asociación de defensa de los derechos humanos que pugna por la recuperación de hijos de desaparecidos apropiados por el gobierno militar en la época de la dictadura. Carlotto ha recibido distintos reconocimientos por su trabajo con Abuelas de Plaza de Mayo, entre ellos el Premio de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y el premio Félix Houphouët-Boigny, otorgado por la Unesco.

Maternidad Estela de Carlotto, Moreno, Argentina

No sólo se integran elementos como luces bajas, gráficos que exhiben diferentes posiciones para el alivio del dolor y música de fondo a las salas de parto en las que se coloca las mujeres, las estaciones de enfermería cuentan con el mismo equipamiento, desdibujando así los límites entre personal e internas. En cada habitación de trabajo de parto hay un banco pintado a mano, un baño privado y telas pendiendo del techo mientras el equipo tecnológico destinado a la atención de emergencias se mantiene accesible pero fuera de la vista de las parturientas. El espacio da cuenta de la apuesta principal del proyecto, el cuestionamiento a la despersonalización y la jerarquía biomédica y la democratización de la atención haciendo accesible instalaciones y atención de primer nivel a quienes no se encuentran en la posibilidad de pagar por ello.

Espacio y poder

La distribución del espacio da cuenta la concepción del nacimiento que le dan origen. El espacio humilla o empodera, libera o atrapa, asusta o tranquiliza. El espacio es una poderosa intervención sobre el cuerpo de los sujetos. Existen espacios que resaltan la subjetividad y favorecen el establecimiento de vínculos, mientras que hay otros que operan una suerte de reificación y obstaculizan la vinculación entre los sujetos. Cualquier modelo de atención debe considerar esta variable. En tanto las mujeres permanezcan confinadas a una cama y conectadas a equipo médico, se reproducirá el MMH en el que su papel se limitará a la obediencia. Cuando se permite a las mujeres apropiarse de los paritorios, llenarlos de sus sonidos y sus olores, cuando se les garantiza cierto grado de privacidad y se les permita la movilidad, se las coloca al centro de la escena de sus nacimientos.

El espacio propone un determinado modelo de articulación entre los sujetos que le habitan, pero esto no quiere decir que los actores sean piezas pasivas

que se someten a la espacialidad sino que interactúan con ella. Así como las mujeres Chamulas pueden decidir no acudir a la maternidad que la Secretaría de Salud les provee, las mujeres que se atienden en hospitales organizados a partir del esquema dominante que apunta a la reificación, logran encontrar resquicios que les permiten inscribir su subjetividad en la escena.

Hay mujeres que llegan a las instituciones que ofrecen una atención humanizada atraídas por la idea de un parto con un bajo índice de intervenciones en el que su protagonismo en la escena sea reconocido, pero hay también quienes se acercan a ellas simplemente motivadas por la accesibilidad del hospital en términos geográficos o económicos. Para estas últimas la ausencia de los íconos asociados con la atención biomédica del parto como monitores fetales, mesas de parto, campos estériles, gorros y cubrebocas, puede ser interpretada como una señal de falta de atención. Para Rosario por ejemplo, quien se acercó a CIMIGen interesada fundamentalmente por la posibilidad de estar acompañada de su esposo durante el parto pero que esperaba dar a luz a su bebé acostada en una mesa de expulsión haciendo uso de la anestesia, parir en una cama resultó decepcionante: “Mi bebé nació en el cuarto, ya nunca nos pasaron a la otra sala (…) Mi esposo estaba como enojado porque pues ahí nos dejaron” (Rosario, comunicación personal, 10 de junio, 2015). Tras probar diferentes posiciones Rosario terminó eligiendo parir acostada sobre su espalda y al evaluar posteriormente su experiencia terminó concluyendo que para un siguiente nacimiento elegiría una cesárea programada.

Los sujetos interpretan e intervienen el espacio en función de sus propias concepciones e historias, pero sería ingenuo pensar que lo hacen de manera autónoma. Los modelos hegemónicos construyen subjetividades que tienden a adecuarse a ellos de manera que las espacialidades menos jerarquizadas y desprovistas de tecnología pueden ser percibidas como menos seguras, menos modernas y por tanto menos deseables. Erving Goffman, comenta en su texto *La presentación de la persona en la vida cotidiana*: “el instrumental del consultorio médico no solo debe ser juzgado por su utilidad diagnóstica sino también por la función que tiene en la *retórica* de la medicina. Sea cual fuere su

finalidad como instrumental científico, también llama la atención por su apariencia; y si un hombre ha sido sometido a una serie exagerada de golpeteos, escrutinios y auscultaciones con la ayuda de diversos aparatos, medidores y dispositivos se sentirá contento de haber participado en calidad de paciente en una actividad histriónica de esa índole aunque no se le haya hecho nada concreto, mientras que podría considerarse defraudado si se le proporciona una cura real, pero sin pompa ni aparatos ostentosos" (Goffman, 1959: 90).

Los modelos alternativos se ven forzados por tanto a dialogar con las concepciones que la hegemonía ha logrado filtrar al colectivo. Las propuestas disruptoras del orden establecido puedan ser evaluadas con cierto recelo pues resultan cuestionadoras: "Este tipo de parto requiere una previa, sino las mujeres lo pueden sentir como abandono" (Patricia Rosemberg, comunicación personal, 16 de agosto, 2016).

C. LA PALABRA: LAS BRUJAS, LOS PARTEROS Y LAS MAMITAS

Las instituciones jerárquicas establecen rangos que determinarán la valía de la palabra de cada uno de los actores. El máximo escalafón en la institución biomédica es conferido a la voz de la ciencia que habla a través de la investigación y la tecnología mientras que en el escalón más bajo de la jerarquía se coloca a la palabra de los pacientes. Una de las entrevistadas comenta: "Ellos toman las decisiones por ti, no les importa lo que digas. Ellos, según como ellos saben, ellos supuestamente saben qué es lo mejor para ti, pero no te toman en cuenta" (Comunicación personal, 11 de julio, 2014).

En el siglo XIX, advierte Eduardo Menéndez (2009), en su texto "De sujetos, saberes y estructuras", la biomedicina estaba regida por lo que el autor llama "la hegemonía del síntoma"; en ese escenario la palabra del paciente tenía un papel central para el establecimiento del diagnóstico. El médico determinaba el padecimiento y la cura basado, mayormente, en lo que su paciente le reportaba y lo que sus propios sentidos le permitían observar. Con el paso de los años y

con la tecnificación del saber médico el síntoma quedó subalternizado ante lo que Menéndez llamó “la hegemonía del signo”.

Los signos, trazados mediante análisis diagnósticos diversos, parecen haber cobrado en nuestro tiempo un valor de verdad objetiva e irrefutable. Médicos y pacientes se muestran dispuestos a acatar sus designios que prometen trascender el saber de los sujetos sobre sí mismos. En una ecuación en la que los análisis clínicos toman el lugar de la verdad la palabra de los pacientes, manifestada a través de la expresión de sus padecimientos, queda condenada a una posición marginal y la de los profesionales de salud resulta reducida a actuar como portavoz de los decretos de la ciencia, supeditando la relación médico-paciente a los dictámenes la tecnología.

Ahora bien, puesto que los actores no son simples marionetas del orden establecido, las jerarquías institucionales son puestas en desequilibrio continuamente en la práctica cotidiana al interior de los hospitales. Aunque colectivamente en el ámbito de la biomedicina se conceda la máxima valía a la palabra de la ciencia, existen tensiones al interior de las instituciones que llevan a que otros actores, colocados en posiciones de poder, disputen su derecho a ser productores de verdad. Es frecuente observar que los jefes de guardia o los directores de departamento impongan prácticas de atención que cuestionan los lineamientos dictados por los portavoces de la ciencia: la OMS, la MBE, la SSA, de manera que se practica con más frecuencia: “medicina basada en la eminencia que en la evidencia” (José Luis Larios, comunicación personal, 12 de noviembre, 2014). El personal de salud en su desconocimiento de los lineamientos dictados por las guías de práctica clínica no hace otra cosa que revelarse a la hegemonía del signo, ya que ésta pone en tela de juicio su coto de poder.

La palabra no se limita a dar cuenta de la realidad, sino que interviene sobre ella, la moldea; se hace uso de ella para producir verdad. Se la emplea, desde los puestos de mando, para convalidar una serie de prácticas y desautorizar otras, aprovechando la posición de poder que el rango jerárquico confiere. Así, por ejemplo, el jefe de ginecoobstetricia de un sanatorio privado de la Ciudad

de México desautorizaba a las médicas que adscribían al modelo de atención humanizada promovido por la OMS y la SSA llamándolas “brujas”. Se trata de un término interesante por la carga histórica que comprende. Con el calificativo de “brujas”, precisamente, expulsaron los médicos a las parteras de la atención del nacimiento a principios del siglo pasado.

Al designar como brujería a ciertos saberes se pretende desprestigiarlos restándoles valía y contraponiéndolos con el conocimiento “científico” que ostenta el poder. Mabel Burín (1987), investigadora de las subjetividades femeninas, asegura que durante la Edad Media las mujeres acusadas de brujería poseían un saber que estaba “fuera de los circuitos oficiales” y eran, en muchos casos, el único agente de salud con el que contaban los grupos marginales. Las brujas ejercían y transmitían “un saber de mujeres” que entraba en contradicción con el saber oficial sobre la salud y la enfermedad.

Es común que entre el personal de salud a las mujeres médicas que ejercen una medicina distanciada de la modalidad hegemónica de atención se las califique de brujas, aún cuando su práctica cuente con mayor respaldo académico y científico que la de quienes las desautorizan. No sólo las médicas que practican la atención humanizada reciben este calificativo, las doulas son llamadas del mismo modo: “Nos llaman chamanas y nos dicen que saquemos nuestros monitos de brujería” relata una doula que ofrece sus servicios de manera voluntaria en un hospital público de Tepic (Comunicación personal, 15 de julio, 2014).

El saber que cuestiona a la medicina dominante resulta amenazador; cuando no se lo puede descalificar con argumentos técnicos o racionales, se apela a desautorización a partir del estigma. Una médica que atiende nacimientos en agua comenta: “En el hospital en el que yo trabajaba me citaron a junta porque decían que yo hacía rituales en los partos, todo porque trabajo a puerta cerrada. Como atiendo partos en agua y uno de los pediatras que no está acostumbrado a ver estos nacimientos mandó el bebé al cunero porque dijo que la cabeza se le iba a hinchar por haber estado bajo el agua, empezaron a

correr la voz de que yo sacaba niños Teletón" (Comunicación personal, 8 de agosto, 2015).

No sólo las mujeres resultan descalificadas por sus colegas a través de significantes que apuntan a la estigmatización; a los médicos varones que trabajan bajo un esquema de atención en el que se cuestiona la híper-medicalización se les aplican el mismo tratamiento. Con frecuencia sus compañeros les llaman "parteros" en un intento por cuestionar el estatus de la labor que realizan (Comunicación personal, 17 de febrero, 2015). El término "partero" adquiere un tinte descalificador en una estructura jerarquizada y vertical como la de la biomedicina en el que existen claros rangos que se aplican a las llamadas ciencias de la salud. Un médico es considerado superior a una enfermera y un especialista supera por mucho la jerarquía conferida al médico general. El término "partera" se usa regularmente para designar a las mujeres, mayormente indígenas, que asisten los nacimientos haciendo uso de la medicina tradicional en las comunidades ya que en nuestro país la partería profesional es realmente escasa. Los médicos suelen tener la imagen de que las parteras están insuficientemente capacitadas para la atención de los nacimientos y les atribuyen, en gran medida, la responsabilidad por algunas de las complicaciones obstétricas que se atienden en los hospitales. En este contexto se entiende que aplicar el título de partero a un ginecobstetra resulte descalificador.

La palabra de la medicina hegemónica

El lenguaje es sin duda un poderoso recurso para el ejercicio del poder, no sólo cuando se lo utiliza estratégicamente para descalificar; las palabras con las que se elige nombrar los procesos dan cuenta de determinado orden de distribución del poder. La biomedicina, desde su posición de saber hegemónico, nombra de determinada manera: le llama producto al bebé, expulsión al nacimiento, canal de parto a la vagina, paciente a la mujer. Los nombres que emplea para describir el proceso dan cuenta del carácter desvinculante que se encuentra en la médula de su saber; la atención del nacimiento es entendida como la expulsión de un producto a través del canal de una paciente.

Los médicos y las enfermeras van a “pancear” cuando pasan un rato observando a las mujeres en trabajo de parto, realizan “control” prenatal para vigilar que el embarazo transcurra saludablemente y “reaniman” a los bebés al nacer. Les llaman “mamitas” a las mujeres en trabajo de parto, fijando su identidad a la condición de madres y aplicando el diminutivo que empequeñece, infantiliza, desempodera. Se espera en las instituciones de salud que la mujer “coopere” con el personal para poderle “atender el parto” correctamente. Cuando la paciente da “camazo”, es decir cuando tiene a su bebé en el área de labor sin hacer uso del aparataje médico previsto para la ocasión en la sala de expulsión, el médico o la enfermera responsable reciben un “castigo” pues el bebé que simplemente “se sale” del cuerpo de su madre aparece como una amenaza a la estructura que pone en tela de juicio la utilidad de la batería de recursos de los que la medicina se vale para la atención de los nacimientos.

Las palabras de la medicina ejercen un poder enorme sobre los “pacientes”; construyen realidades, dictan sentencias, fijan destinos; los profesionales de la salud, al hacer uso de ellas, no necesariamente tienen plena conciencia del efecto que sus palabras causan pues la estructura institucional apunta a borrar la condición de sujeto de aquellos a los que atiende. En su tercer embarazo, por ejemplo, Carolina recibe la siguiente sentencia: “En el primer ultrasonido aparecen dos gotitas y me marcaron: huevo muerto retenido; pues eso a mí me impactó mucho y sí lloré mucho porque era otro bebé y se murió. Sí sientes ese dolor, aunque ya no se desarrolló dices: Híjole, se me murió (Carolina, comunicación personal, 11 de julio, 2015).

Es la palabra de los profesionales la que coloca la muerte en la escena en este relato. Carolina no se habría enterado de la existencia de un embarazo gemelar ni de la pérdida de uno de los fetos de no ser por la palabra médica que construye un duelo que de otro modo no habría existido. Otra de las entrevistadas, Nayelli, relata cómo en su cuarto mes de embarazo al acudir a una revisión de rutina en el IMSS para tramitar su incapacidad, el médico en turno le advierte: “Es que no te ha crecido el abdomen, te voy a mandar a hacer un ultrasonido porque a mí se me hace que tu bebé ya está muerto”.

Nayelli cuenta que salió de esa consulta “hecha un mar de lágrimas” hasta que confirmó en el ultrasonido que se practicó al día siguiente que su bebé no había muerto y que de hecho nada estaba mal con él (Nayelli, comunicación personal, 2 de junio, 2015).

Una de las doulas que formó parte del voluntariado de CIMIGen relata el efecto de la palabra médica en un caso específico en el que los profesionales de salud diagnosticaron como “hermafrodita” a un bebé que acababa de nacer: “La madre entró en shock; o sea al grado de que incluso empezaba como a rechazar a la bebé (…) No quería darle de comer, no quería amamantarla” (Comunicación personal, 26 de febrero, 2016). La condición de “anormalidad” del hijo resultó completamente insoportable para esta mujer, pero cabe preguntarse si el rechazo que la madre experimentó estuvo asociado con algún rasgo físico de la criatura o con el diagnóstico recibido que fijó la identidad de su hijo a una condición “patológica”.

El cuerpo, aún en su dimensión más fisiológica, es inseparable del lenguaje. Sus tendones, músculos y ligamentos están entretejidos con memorias, nombres, historias. Las palabras enunciadas logran tener un impacto en la corporalidad y múltiples relatos dan cuenta del trenzado invisible entre el orden fisiológico y el mundo de los significantes[27] que le activan o le detienen. Mónica tenía 17 años; estuvo en su casa con trabajo de parto toda la noche pues decidió no ir pronto al hospital para evitar que la regresaran a su casa por haber llegado antes de tiempo. Cuando al amanecer finalmente consideró que era momento de que la revisaran y se desplazó hacia la maternidad, recibió la noticia de que tenía ya siete centímetros de dilatación, veredicto que ella recibió con gusto pensando que le faltaba un breve camino por recorrer:

> Llegamos aquí a las 5:00 de la mañana y yo ya tenía siete de dilatación. Ya me dijeron: “No pues ya te vamos a detener porque ya tienes mucha dilatación, ya en cualquier

[27] Se retoma la concepción lacaniana del significante, pieza que cobra sentido al ser inscrita en el orden simbólico, que es aquel que integra al sujeto a la cultura a partir del lenguaje. Un significante puede ser una palabra, un objeto, un síntoma; siempre que apunte a significar algo para un otro. El significante no es algo fijo y rígido, no está ligado de manera irremediable con un significado específico, puede cambiar continuamente de significado, pero lo que le caracteriza es la intención de significar. Da cuenta de la vinculación de los sujetos a partir del lenguaje.

> momento puede nacer". Por esa parte dije: "Bueno, pues ya voy de gane, ya me falta muy poco". Y ya me pusieron a caminar, los ejercicios y todo. Y ya después como a las 8:00 fue que me revisaron para ver cuánta dilatación tenía y seguía en lo mismo. Entonces llegó el doctor, pero ahí fue cuando yo siento que mi mente se bloqueó, porque el doctor llegó ya a decirme así: "Va a ser cesárea". O sea, así literal me dijo: "Va a ser cesárea porque ya no vas a dilatar, pero te voy a dar más tiempo" (…) Ya con eso fue como que me bloqueé. Y a pesar de que las doulas estuvieron conmigo y diciéndome y todo, sí me ayudaron para no descontrolarme más, pero pues ya, como que ya no pude dilatar más por lo mismo. Entonces pues ya como a la 1:00 fue que el doctor llegó otra vez a revisarme y yo seguía igual, porque ya me habían roto fuente, ya los dolores eran más fuertes, pero yo seguía igual. Entonces ya fue cuando me dijo: "No pues sí va a ser cesárea, va a tener que ser cesárea". Entonces pues ya me prepararon y todo y ya como a las 3:30 yo entré al quirófano y a las 4:26 nació (Mónica, comunicación personal, 8 de junio, 2015).

Diagnosticar falta de progreso de trabajo de parto sentenciando una cesárea a una mujer de 17 años que ingresa con siete centímetros de dilatación porque en tres horas el cuello de su útero no presenta modificación, resulta ciertamente cuestionable; pero lo interesante para analizar en este caso es el hecho de que la entrevistada interpretara la sentencia médica como la causa directa de la suspensión efectiva del progreso que operó en su cuerpo: "me bloqueé". Desde su punto de vista, el significante que el médico puso en escena: "va a ser cesárea", operó en su cuerpo deteniendo efectivamente un proceso que había progresado sin obstáculo hasta el momento de la internación.

Las palabras que son dichas durante el parto tienen un efecto directo en el funcionamiento del cuerpo que es un nudo de funciones fisiológicas y significantes. Ciertamente en el parto pueden favorecer u obstaculizar el progreso aspectos fisiológicos como la posición del bebé, la de la mujer, pero no son el único factor que interviene en el accionar del cuerpo. Las palabras, no sólo aquellas que emite el personal de salud, sino las que provienen quienes rodean a la mujer, operan en el cuerpo: el diagnóstico médico, las indicaciones de las enfermeras, las frases pronunciadas por los acompañantes, conforman un caudal de significantes que entran en juego en el momento del

nacimiento. Una de las jefas de enfermeras de CIMIGen relata la siguiente experiencia:

> Nos tocó una niña de 16 años (…) que estábamos todos con ella y le estábamos diciendo: “Ayúdalo, empújalo”. Y su mamá le dijo: “Es que va a ser cesárea”. Y se acabaron las contracciones (…) Entro su mamá y la niña dijo: “Sí, quiero que sea cesárea”. Y entonces ella firmó todo y se acabó el dolor (…) Nos tardamos todavía hora y media en pasarla (…) No le pusimos nada, o sea que las contracciones seguían igual, y ella así sentada, como si nada (Comunicación personal, 20 de agosto, 2015).

El diagnóstico médico sentencia y es por eso que cuando a una mujer durante el trabajo de parto se le dice que hay “sufrimiento fetal” acepta sin ofrecer resistencia cualquier práctica que se le proponga, por invasiva que resulte. Las mujeres a las que un médico les anuncia que su pelvis es estrecha, aunque decidan intentar un parto, tendrán que lidiar con el fantasma de ser inadecuadas y a las que se les anuncia una circular de cordón, la calcificación de la placenta o un bajo volumen de líquido amniótico dudarán acerca del bienestar de sus hijos. Las palabras que provienen de la medicina provocan un fuerte impacto en los sujetos pues a éstas se les atribuye un valor diagnóstico.

La palabra médica no convoca al diálogo, se la pronuncia desde un lugar de autoridad y al ser enunciada adquiere estatus de verdad, como ocurre con la sentencia que dicta un juez o la absolución de un cura. El diagnóstico en la medicina dominante opera como un ente abstracto que se materializa a partir de la palabra del profesional de la salud cobrando la forma de una condición a la que se espera que el paciente se someta. Difícilmente se contempla la posibilidad del intercambio de puntos de vista entre médico y paciente puesto que ambos acuerdan tácitamente que el saber en su vínculo se encuentra en radical desequilibrio. El paciente acude a la medicina buscando que le diga la verdad sobre sí que él mismo desconoce y es por ello que la palabra médica, cuando es enunciada desde la plataforma del ejercicio de la medicina dominante, opera como una pieza desvinculante; porque construye una vía unidireccional en la que el paciente está desvalido y sólo pude pedir y el médico sólo puede dar y lo que da es un saber que adquiere estatus de verdad.

El significante de "riesgo" como articulador de la medicina dominante

El significante "riesgo" resulta clave para comprender la práctica médica. Se trata de un articulador del discurso biomédico en el que merece la pena detenerse pues sobre él descansa la justificación de la intervención sobre el cuerpo de los sujetos. Natella advierte que cuando se convierte a "los riesgos naturales de la vida en *factores de riesgo*" el resultado es una medicalización cada vez más potente de la vida (Natella, 2012: 16).

Para vigilar la saludable progresión del embarazo y el parto la biomedicina convoca a la palabra de la ciencia aplicando una serie de recursos técnicos que le permiten cuantificar indicadores diversos: el nivel de azúcar en sangre, la presión arterial, las semanas de gestación, la edad materna, la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas una vez que ha iniciado el trabajo de parto, la progresión de la dilatación cervical, el descenso de la cabeza del feto en relación a las espinas de la pelvis, la posición del bebé en el útero. Cuando el cuerpo no se ajusta a la norma que se ha establecido como "saludable" se califica al embarazo como uno "de alto riesgo".

Las mujeres eligen una atención biomédica de sus embarazos y partos como una estrategia para reducir riesgos y los médicos usan todos los recursos a su alcance buscando, fundamentalmente, escapar al riesgo de complicaciones. Paradójicamente, como se ha explicado anteriormente, la híper-medicalización a la que conduce esta política termina incrementando los riesgos en lugar de reducirlos. Así, por ejemplo, una de las principales preocupaciones de la obstetricia moderna es la hemorragia obstétrica, la cual está asociada con el exceso en el uso del fármaco que la propia biomedicina usa para prevenirla. Una de las enfermeras de CIMIGen comenta en relación a este tema: "A nosotros lo que nos alarma es en el momento en que ponemos oxitocina, porque son mujeres que tarde que temprano nos sangran en el alumbramiento. ¿Por qué? Porque estimulamos las contracciones con oxitocina" (Comunicación personal, 20 de agosto, 2015). Las guías de práctica clínica indican el uso de oxitocina como recurso para prevenir la hemorragia en el posparto, pero el uso indiscriminado de este fármaco durante el trabajo de

parto para acelerar la dilatación conduce a un incremento en el índice de hemorragias.

El tema que hay que atender es que la categoría de riesgo es flexible, puede ajustarse a los criterios del proveedor de salud, y el modelo de atención del parto con el que se asista cada nacimiento estará supeditado a esta clasificación nebulosa. La SSA define que un embarazo de alto riesgo es "aquel en que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario" (SSA, 2009: 51). Se trata de una clasificación vaga. Partiendo de esta definición, la pobreza misma coloca a la mujer en condición "paciente de alto riesgo", con lo que quedaría justificada cualquier clase de intervención por el simple hecho de pertenecer a un grupo con economía precaria.

La atención con "enfoque de riesgo" que promueve la SSA apunta a detectar tempranamente factores de riesgo para evitar complicaciones brindando una atención diferenciada a los casos de alto riesgo. Pero el hecho es que la medicina clasifica a un número de casos cada vez mayor como "embarazos de alto riesgo", tal como lo reporta Berrio (2013) en su experiencia etnográfica con comunidades indígenas de la Costa Chica de Guerrero.

La noción de riesgo ha sido pieza clave para la híper-medicalización del nacimiento. Aparece como justificación para la intervención pues la prevención del riesgo pareciera ser la tarea central encomendada al personal de salud de manera que cuando por alguna razón el riesgo irrumpe en la escena, aún cuando se hayan seguido las guías de práctica clínica, se considera colectivamente que el personal ha fallado en su labor. La evitación de potenciales riesgos susceptibles de poner en entredicho la pericia del personal, ha conducido a medicalizar en exceso la atención de los nacimientos. Una de las enfermeras entrevistadas comenta que, al practicar cesáreas injustificadas, el personal se defiende argumentando: "Mira, más vale esto, de que tenga ella el problema a que lo tenga yo" (Comunicación personal, 19 de agosto, 2015).

El significante riesgo opera produciendo un doble efecto: conduce a una híper reactividad por parte del personal de salud que lo interpreta como un llamado a la intervención, a la vez que provoca una híper pasividad por parte de la paciente que entrega su cuerpo sin objeción alguna, apelando a la capacidad que la medicina ostenta de enfrentar y vencer a la muerte. Esta particularidad de su efecto sobre los actores hace que en algunos casos se lo emplee incluso estratégicamente para empujar a las mujeres a aceptar intervenciones que no aprobarían de otra manera.

Una de las participantes en los grupos de discusión que se llevaron a cabo en el marco de este proyecto relata una experiencia que da cuenta del uso estratégico del significante riesgo que opera frecuentemente al interior del aparato biomédico. Nadia relata haber llegado a la clínica cuatro del IMSS para una consulta de seguimiento. El médico que la revisó en ese momento, le informó que tenía cuatro centímetros de dilatación y decidió internarla para parto, aunque sus contracciones no hubieran siquiera iniciado. Al ingresarla le realizaron un ultrasonido tras el cual se le informó que tenía mucho líquido amniótico, información que fue acompañada de una acotación médica: “A lo mejor viene mal el bebé y no puede pasar el líquido”. Nadia comenta: “Como que medio me preocupó el comentario”. Tras llegar a los diez centímetros de dilatación pidió que se le practicara una cesárea: “Estaba un poco preocupada de que fueran a lastimarla si fuera parto natural. A la mejor yo me desesperé porque yo ya quería que naciera”. Al entrar al quirófano solicitó a los médicos que le practicaran “una cirugía estética”:

> Yo sí quedé un poquito mal de que me hicieron la cesárea vertical y yo la quería horizontal. Inclusive yo sí les comenté si me la podían hacer y me dijeron que no (…) que por ser una urgencia ya era como necesario hacérmela así (…) Yo quería que fuera como una cesárea estética (…) yo pienso es que uno pues tiene derecho a pedirlo, la cirugía que uno quiera. Y entonces medio se enojaron, me la hicieron así (Comunicación personal, 11 de julio, 2014).

Si bien la palabra riesgo no es enunciada explícitamente en la narrativa, este concepto es la tela de fondo de las palabras efectivamente dichas: “urgencia”,

“a lo mejor viene mal el bebé”… La noción de riesgo aparece en este relato como la justificación para una intervención invasiva, como lo es el corte vertical del abdomen, cuando aparentemente la cirugía se practicó en respuesta a la demanda materna y por tanto no podría clasificarse como una emergencia sino más bien como una cesárea electiva. Ante la noción de riesgo que es introducida en escena a partir de una prueba diagnóstica y que es empleada más tarde para justificar una intervención invasiva, la mujer resulta pasivizada.

Las pruebas de detección y diagnóstico y su papel en la construcción de la noción de riesgo son un importante aspecto a observar. Smith-Morris (2010) plantea que se trata de instrumentos que pueden ser empleados para crear un estado de “pre-enfermedad”. Las pruebas diagnósticas llevan a asumir la identidad de “enfermas potenciales” a mujeres sanas a las que se les detectan, gracias a los avances en diagnóstico mediante ecografía, condiciones tales como: pelvis inadecuadas, circular de cordón, reducción en el volumen de líquido amniótico, placenta calcificada… En muchos de estos casos la línea que se traza entre salud y enfermedad es vaga y varía en función del criterio del profesional que interprete los resultados del estudio.

La identidad de enferma potencial que la mujer adopta ante esta clase de diagnóstico la conduce a desconfiar de las capacidades de su cuerpo y a experimentar el embarazo y el parto como condiciones de riesgo, ante lo cual se coloca en manos de un especialista y acepta las decisiones que éste tome para garantizar su bienestar y el de su bebé.

La idea de que a través de una prueba diagnóstica se pueda detectar una disfunción asintomática de la que el paciente jamás habría podido percatarse, convierte al cuerpo en algo ajeno y conduce a desconfiar del saber de sí. Las pruebas diagnósticas permiten detectar condiciones que se desvían de la media; determinar que dichas condiciones constituyen un riesgo potencial para quien las presenta es dar un paso un poco más delicado. Toda una batería de desviaciones que justifican la intervención han sido tipificadas a partir del uso del ecógrafo como herramienta diagnóstica:

- El volumen de líquido amniótico habitualmente disminuye hacia el final del embarazo. Dependerá del criterio de cada profesional el que se valore seguro o no continuar esperando a que el parto inicie por sí mismo cuando se presentan bajas en esta sustancia.
- Las circulares de cordón son interpretadas por algunos médicos como indicación de cesárea mientras que para otros no son más que un dato que conduce a estar pendiente de la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto.
- El envejecimiento de la placenta, propio de las últimas semanas de gestación, será o no un indicador para interrupción del embarazo dependiendo del "grado de calcificación" que lleve al experto a valorar que es seguro o no continuar adelante con el embarazo.

Los resultados de las pruebas diagnósticas son presentados a la paciente como indicadores de riesgo incuestionables cuando es un hecho que requieren de la interpretación de sujetos falibles. La frontera que se decida trazar entre salud y enfermedad estará marcada por criterios profesionales que no son uniformes en la disciplina y el diagnóstico de una condición de enfermedad o "pre-enfermedad" operará en la paciente generando un elevado nivel de ansiedad que podría efectivamente comprender un impacto negativo en la salud, por lo que los análisis diagnósticos como prueba de riesgo deberían abordarse con cautela.

Por último, además de la construcción de la noción de riesgo que opera a partir de la batería diagnóstica de la biomedicina y además de su uso estratégico para pasivizar a las mujeres durante la atención del parto, resulta necesario introducir la noción de "percepción de riesgo". Aún cuando no se diagnostique condición alguna de riesgo, el paciente puede sentirse en peligro ya sea a causa de la mera inscripción al interior del dispositivo biomédico o como resultado de la intensidad de dolor y esfuerzo que la experiencia misma del parto comprende. Tal es el caso de Diego, pareja de una de las mujeres que dio a luz en CIMIGen durante el programa piloto de intervención, quien relata cómo ante un pujo que duró alrededor de tres horas, se levantó en él el temor de estar ante una situación de riesgo, y cómo La percepción de riesgo hizo que

las expectativas de tener un parto en agua resultaran abandonadas y que apareciera como la mejor opción la intervención de la medicina dominante:

> Cuando tú piensas que se está poniendo en riesgo, que ella está en riesgo, que el bebé está en riesgo. Es ahí donde entra la incertidumbre y te anclas a lo que funciona (…) Dices: "Ay no, pues mejor traigan al gíneco y que la anestesie y que le pongan oxitocina y que le pasen al quirófano; algo más certero". Lo digo entre comillas porque realmente pues tampoco suele ser así, pues sí hay complicaciones también allá (Diego, comunicación personal, 4 de junio, 2015).

En este caso en específico no existió riesgo más que en la percepción paterna. El bebé terminó naciendo en agua como estaba planeado y la mujer cuenta que mientras su marido pensaba que el nacimiento no sería posible, ella se decía a sí misma: "Éste tiene que salir, mi cuerpo sabe parir, lo sabe hacer y él sabe también nacer. Él ya está preparado, ya bajó" (Julia, comunicación personal, 4 de junio, 2015). Así pues, la percepción de riesgo puede ser diferente para los distintos actores involucrados en la escena, pero su irrupción está siempre asociada con la habilitación de la intervención.

En la sociedad actual el concepto de riesgo opera del mismo modo, no sólo en el ámbito biomédico, sino en territorios por entero diversos, habilitando la intervención a partir de una plataforma de miedo: La noción de riesgo justifica el ejercicio desbordado de un poder al que se le faculta para desconocer las necesidades o preferencias de los sujetos en aras de salvarles de los riesgos que les amenazan. Pero puesto que la biomedicina no es un ente monolítico, existen en su interior corrientes que se oponen a la dinámica de dominación a partir del uso del concepto de riesgo. El doctor Alejandro Almaguer, director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la SSA es muestra de ello.

El equipo de Almaguer fue pieza clave para la elaboración de la "Guía de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo" publicada en 2014, en la que se recuperan los lineamientos de atención humanizada, apuntando a reducir el índice de intervenciones innecesarias durante el proceso. Este departamento de la SSA promueve la creación de posadas de nacimiento que se coloquen a un lado de los hospitales, en las que se atienda

los partos de bajo riesgo con un esquema propio del primer nivel de atención en el que parteras y enfermeras estén a cargo de brindar el servicio.

La atención del parto fue encomendada al segundo nivel de atención en nuestro país como una estrategia que apuntó a reducir la Razón de Muerte Materna (RMM). El ex director del Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero comenta:

> En México hace 20 años los partos se atendían en primer nivel, junto con segundo nivel. ¿Qué ocurrió? Que teníamos una tasa de mortalidad muy elevada; había muchas muertes en primer nivel. ¿Por qué? Date una vuelta a primer nivel. Vas a los Centros de Salud, ahorita están más equipados, pero hace 20 años era una porquería. Llegaba el médico pasante al servicio social y era el que atendía los nacimientos, con una curva de aprendizaje realmente baja; venían las complicaciones. Hubo una indicación en 1999 o 2000 en el Estado de México, que los nacimientos pasaran a segundo nivel (…) Se hizo todo un caos porque segundo nivel maneja más patología y mayor complejidad (…) Se hizo más compleja la atención. Obviamente ya empezaron a meter a los ginecólogos. Que iban a atender los nacimientos que porque los médicos generales no estaban preparados, lo que es totalmente falso (Christian B. Mera Hernández, comunicación personal, 15 de enero, 2015).

El desplazamiento de los nacimientos al segundo nivel de atención como medida para reducir el riesgo y la centralidad que con ello cobraron los obstetras en la atención del parto está directamente relacionado con el incremento exponencial de intervenciones entre las que se cuenta una práctica cada vez más frecuente de la cesárea; del 2000 a la fecha las cesáreas pasaron de rondar el 30% a exceder el 46% de los nacimientos. Pero resulta necesario, para completar el cuadro, subrayar el hecho de que en este periodo de tiempo, la RMM fue reducida a la mitad, pasando de 72 a 37.2 muertes por 100,000 nacidos vivos según lo reporta el Boletín del Observatorio de Mortalidad Materna en México publicado en octubre de 2016.

La biomedicina no es una institución coercitiva destinada a ejecutar el sometimiento de la sexualidad de las mujeres, se trata más bien, como lo afirma Menéndez, de un modelo hegemónico al que se le confiere un saber-poder. Al estar inscrita en un colectivo, la institución médica reproduce las

modalidades de sometimiento que la sociedad de la que es parte legitima y es precisamente esto lo que ocurre en relación al uso que se da a la noción de riesgo.

El riesgo no existe exclusivamente en el ámbito del significante como recurso de sometimiento, efectivamente hay condiciones que la medicina es capaz de detectar y atender reduciendo los riesgos para sus pacientes. Resulta necesario entonces desentramar cuidadosamente en la práctica y el discurso médicos los saberes provenientes del orden social que apuntan a la reproducción de dinámicas de sometimiento y el hilo fino de la MBE que se trenza a ellos.

La medicina se pone de pie como un saber capaz de enfrentar la muerte y luchar con ella batallas para arrancar a los vivos de sus garras. Es precisamente eso lo que la vuelve sustancialmente diferente a otros saberes sobre la salud en los que los curadores se definen como “vehículo” de la voluntad divina, tal podría ser el caso de la curandera o la partera tradicional. El saber médico promete enfrentarse a los designios divinos para reducir el riesgo de los hombres de quedar entre los que “no debieron haber nacido”. Es eso lo que lleva a las mujeres a poner el nacimiento en manos de los médicos, lo que las lleva a atender sus partos en los hospitales.

La medicina se lanza a la batalla, armada hasta los dientes, para negociar una segunda oportunidad para sus pacientes, y con frecuencia la consigue. Cuestionar el rol pasivo en que la medicina dominante coloca a la mujer durante el parto no comprende cuestionar la eficacia de algunos de sus procedimientos, implica preguntarse si se puede hacer uso de los recursos que tienen eficacia terapéutica desde una plataforma menos jerarquizada en la que se reconozca la soberanía de las mujeres sobre sus cuerpos.

La palabra de las mujeres

Puesto que la palabra da cuenta de la forma en que los sujetos ordenan el mundo, la forma en que lo interpretan y lo intervienen, resulta interesante analizar las palabras con las que las propias mujeres se refieren a sus partos.

A partir de las entrevistas con ellas, pueden observarse elementos coincidentes en sus narrativas que merece la pena contemplar. A ellas les dan “los dolores”, y si no “desencadenan” trabajo de parto por sí mismas, en el hospital “las inyectan” y “se los provocan” para que no “se les pase” el parto. En algún momento del parto “lanzan el tapón” y se les “revienta la fuente”. Los médicos “las exploran” o “las palpan” y en función de cuánta “dilatación” traen, “las detienen” o “las regresan”. El cérvix tiene que “ceder”, “ablandarse” para que “se puedan dilatar”. Puede suceder que “se rasguen” o que “las corten” al momento de “aliviarse”. A veces “se les recargan” y les “empujan de la panza” para que “expulsen” a su bebé.

Como primer elemento a analizar llama la atención el hecho de que, en el discurso de las mujeres, ellas se colocan a sí mismas en una posición predominantemente pasiva. Asocian con su papel en la escena del nacimiento un par verbos que involucran potencia como: “lanzar el tapón” y “expulsar al bebé” pero fuera de eso, el proceso pareciera consistir mayormente en ceder ante una serie de fenómenos que acontecen en su cuerpo. El parto no es en la narrativa de las mujeres algo que ellas hacen sino algo que les acontece.

Podría asociarse esta clase de construcción narrativa en torno al evento con el hecho de que en el parto las contracciones uterinas que llevan a que el cérvix se dilate son un movimiento involuntario de un músculo que simplemente sucede en el cuerpo sin necesidad de una participación voluntaria de quien las experimenta; bajo esta premisa, la mujer participaría activamente del nacimiento de su hijo recién en el momento del pujo. Pero aún así, llama la atención el hecho de que en contraste con su aparente inactividad, las mujeres le reconozcan un papel tan activo a los profesionales de salud que las atienden. Mientras ella debe esperar a que el proceso avance, los profesionales lo intervienen.

Los médicos, en la narrativa de las mujeres, están encargados de decidir la progresión del proceso para lo que exploran el cuerpo y en función de ello detienen o regresan a las mujeres. Provocan dolores, inyectan, cortan, empujan. Se le reconoce una agencia en la escena que se niega a la propia

parturienta. No resulta secundario el actor al que se confiere agencia pues ello habla del reconocimiento de su potencialidad para modificar el devenir de los acontecimientos. Aquel que “hace” influye en la realidad pudiendo potencialmente modificar su curso; no ocurre lo mismo con aquel al que las cosas le acontecen. El rol activo está vinculado a la potencia y comprende por tanto una posición de poder e interesantemente en el discurso de las propias mujeres pareciera que el poder es depositado casi por entero en las manos del personal de salud.

Los discursos dominantes construyen subjetividades que se acoplan a ellos; las palabras que las mujeres eligen para describir el parto permite ver cómo el discurso construido por el saber hegemónico permea los saberes de los sujetos sobre sí mismos. Pero, aunque los sujetos sean porosos y los discursos dominantes de su época logren teñir sus palabras, conservan la capacidad de agencia. Hablan el lenguaje del poder, pero hacen uso también de la palabra de formas alternas, poniendo en juego estratégicamente su capacidad de resistencia.

Palabra y poder

Las palabras pueden usarse para fijar asimetrías en la distribución del poder cuando se las emplea para dictar sentencias, desvincular a los sujetos y enajenar sus cuerpos… pero pueden ser usadas también para fisurar el dispositivo reificador de la institución médica. El lenguaje es un ente vivo y cambiante; un mismo significante puede ligarse a significados diferentes de manera simultánea para comunicar distintas cosas al mismo tiempo. Así, una mujer que en el momento de su parto le pregunta a la enfermera que la atiende si tiene hijos, está usando estratégicamente la palabra para llamarla a la empatía, para recordarle que estuvo un día en su posición y que probablemente se sintió también vulnerable y asustada; está usando la palabra para tender un puente.

Se filtran a través de las palabras mensajes ocultos, tonos que cambian su sentido, gestualidades que las subrayan. Los matices transforman la palabra porque el lenguaje no es una estructura rígida y prefabricada sino un conjunto

de ladrillos ensamblables con el que los sujetos fabrican toda clase de construcciones. El discurso dominante dicta las normas y traza una serie de posibilidades e imposibles pero los sujetos traen a la escena sus propias producciones poniéndolo en desequilibrio.

La palabra puede ponerse en escena desde la subalternidad como estrategia de resistencia; como recurso para la expresión de la subjetividad y para tender un puente hacia el otro. Frente a la palabra desvinculante de la sentencia médica, los actores articulan palabras vinculantes que les restituyen su condición de sujetos. Cuando la palabra se desmarca del ámbito de la demanda y la sentencia apuntando al establecimiento de diálogo entre el personal de salud y las pacientes, construye vínculo.

La institución no es un ente monolítico y mecánico, es un entramado de sujetos que interactúan en el marco de una estructura que favorece determinadas modalidades de intercambio e inhibe otras pero que no podría regular la totalidad de las interacciones. La condición de sujeto de los actores no puede exiliarse de la institución por más que el dispositivo apunte a marginarla. Los relatos dan cuenta de cómo la palabra de los profesionales de salud no siempre apela al carácter diagnóstico y cómo las pacientes no necesariamente acatan sumisamente las sentencias recibidas. En el relato de Carolina puede verse a la palabra utilizada para confrontar y retar:

> Llegó la enfermera con su jeringota y me dijo que me iba a poner la raquea. Le dije: "No, no quiero que me ponga la raquea"… y no me dejé. Se molestaron mucho, el médico me dijo: "Ay qué señora, pues si no le ponemos la raquea, usted no va a tolerar el dolor y va a estar de gritona", pero como sarcásticamente, como burlona. Y le digo: "Pues lo siento mucho, ¿para qué estudias esto? Si no te gusta cámbiate de carrera, pero yo no quiero que me inyectes, no me voy a dejar". Entonces sí me dijeron que si yo empezaba a gritar que ni caso me iban a hacer. Le dije: "Pues si no me hacen caso, después me voy a quejar" (Carolina, comunicación personal, 11 de julio, 2015).

En un dispositivo jerarquizado en el que se espera docilidad de las pacientes, la confrontación resulta irritante, pero opera desarticulando el mecanismo de dominación pues cuestiona la unidireccionalidad de vía que pretende

establecer el lenguaje diagnóstico. En este ejemplo, aunque resulte extraño, el mecanismo que se emplea es el mismo que cuando el lenguaje es usado para construir empatía; se está apelando a la vinculación en contraposición con el carácter desvinculante del dispositivo biomédico.

El vínculo que se crea a partir de la confrontación tiene un matiz distinto al que se construye por medio de la empatía, pero ambos parten de un mismo principio: el reconocimiento de la capacidad de agencia de los hablantes. En el discurso médico dominante las palabras dictan sentencias y sólo se reconoce la posibilidad de intervenir la realidad a aquellas que proviene del profesional de la salud. Cuando el lenguaje de una paciente resulta capaz de operar como intervención sobre la realidad transformándola, se está reconociendo tácitamente su capacidad de agencia.

La palabra que circula fuera del canal unidireccional que propone la medicina dominante traza rutas alternas de intercambio que se consolidan como el entramado de relaciones que parasitan la estructura institucional cuestionando su solidez. El lenguaje es puesto en escena cotidianamente en las instituciones no sólo como herramienta de sometimiento sino también como estrategia de resistencia en tanto materialización de la condición de sujeto de los actores a partir del reconocimiento de su potencialidad de intervenir la realidad. La palabra capaz de construir diálogo posibilita que los vínculo se establezcan.

Esta clase de palabra vinculante permite a las mujeres hacer uso de su cuota de poder para matizar la verticalidad de los vínculos que el dispositivo institucional propone. Como lo apunta Foucault, el sujeto es un ente activo inmerso en una red de relaciones de poder cambiantes e inestables y en las relaciones de poder los sujetos tienen necesariamente cierto grado de libertad que les permite resistir ante el intento de dominación de su contraparte. Toda palabra que es enunciada con la finalidad de establecer un lazo, es una manifestación de resistencia ante la dominación.

D. EL SABER-PODER: TECNIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Los profesionales de la salud ocupan una posición de autoridad en nuestra sociedad debido al carácter hegemónico del saber que ostentan. Revestidos de emblemas que les invisten, se diferencian a simple vista del resto de los mortales. Desde la formación misma los profesionales de salud acuden a la facultad uniformados y es común que circulen por las calles exhibiendo el atuendo que les identifica. Es interesante también observar el hecho de que se hablan de “usted” entre ellos, haciendo casi siempre referencia a los títulos de “doctor”, “doctora”, “licenciada” (en el caso de las enfermeras); esto ocurre independientemente de que exista una relación de cercanía y confianza. Se trata de un fenómeno que puede observarse también en otras instituciones hegemónicas, herméticas y jerárquicas como la Iglesia y el ejército, en las que se anteponen las adscripciones a la institución frente a otra clase de identidades pues ello reviste de un halo de saber-poder a los sujetos que establece una vinculación tácita con los propios y un distanciamiento respecto del resto.

Goffman (1959) aborda el tema de las interacciones sociales en *La presentación de la persona*, afirmando que en todo “establecimiento social”, como lo serían los hospitales, un equipo de actuantes, separando tácitamente del auditorio, utilizan técnicas dramáticas para transmitir a la audiencia una serie de impresiones. En la interacción social los individuos aspiran a tener acceso a los datos sociales del otro para prever el desenlace de que tendrán sus interacciones, pero como esto no resulta posible emplean “sustitutos” (señales, gestos, insignias) como “medio de predicción”. Estos sustitutos son empleados por los actuantes para fabricar impresiones en su audiencia manipulando las impresiones en función de lo que desean proyectar. La puesta en escena de las insignias médicas transmite un mensaje; dota al actuante de un halo de saber sobre la vida y la muerte que reafirma su poder y le distancia de la audiencia que atestigua su puesta en escena.

Cuando la mujer es internada en la institución para la atención del nacimiento se llevan a cabo toda una serie de procedimientos que tienen por objeto

reducirla a la obediencia, tal como lo apunta Goffman (1992) en *Internados*. Si bien las instituciones a las que el autor hace referencia en su investigación –instituciones totales- tienen diferencias importantes respecto del área de obstetricia de los hospitales, existen interesantes similitudes que vale la pena resaltar. La internación, aunque es temporal en el caso de la atención del parto, hace que el hospital opere, durante el periodo de tiempo que dure el evento obstétrico, como institución total de la que la mujer dependerá plenamente para satisfacer sus necesidades, en la que no podrá decidir el tiempo que durará su estancia y en la que quedará sujeta a una normatividad específica que desconoce, pero de la que se le informará a partir de su ingreso.

Como primer paso en el proceso de admisión, la institución obstaculiza la relación del sujeto con el entorno, apunta Goffman; puede entenderse entonces por qué las mujeres continúan ingresando solas al sistema de salud público de nuestro país para la atención del parto. Cuando la mujer ingresa al hospital se convierte en parte de un conglomerado de pacientes cuyas necesidades se procesan mediante una organización burocrática, señala el autor; el acompañamiento es una necesidad del orden subjetivo que la institución médica no está abierta a contemplar pues no puede procesarla por medio de su burocracia.

Una vez que la internación de la mujer ocurre inicia un proceso de admisión que tiene interesantes similitudes con lo que Goffman describe en su estudio: creación de un expediente, asignación de un número de identificación, despojo de efectos personales, desnudez, uniformación, asignación de una habitación… Todas estas prácticas forman parte, afirma Goffman, del procesamiento reificador del aparato institucional que pretende limitar al sujeto a su condición biológica.

Una vez que el proceso de ingreso concluye, los internos quedarán sujetos a la vigilancia de un equipo de personal, con el cual tendrán mínimos intercambios lo cual aplica tanto para las instituciones totales como para las que nos ocupan. La internación en las instituciones totales, según Goffman, se caracteriza por una serie de elementos que podemos fácilmente identificar en el modelo

dominante de atención de los partos: privación de la libertad de movimiento, establecimiento de posturas deseables, toma de decisiones en cuanto al cuerpo y los tratamientos a los que el interno será sometido, exhibición de su desnudez ante personas de ambos sexos, violación de su privacidad, facultad para colocarle en posturas que le resulten humillantes. Existen sin duda coincidencias interesantes entre el modelo de "procesamiento" del yo que opera en los dispositivos totales y la práctica habitual para la atención del nacimiento en el modelo médico dominante.

De uno de los grupos de discusión que formó parte de este estudio se recuperó el siguiente testimonio que da cuenta del procesamiento del yo del que habla Goffman en el marco de una estructura que pretende expulsar toda posibilidad del sujeto de decidir sobre su cuerpo y su devenir, es decir, negando por completo su capacidad de agencia:

> Te ponen tu, le digo, bata de loca, el suero (…) A mí me tuvieron que provocar los dolores porque no quería nacer (…) Estaba en la 38 porque me dejaron pasar una semana porque no tenía yo ningún síntoma; o sea me dieron una semana más. Pero me dijeron: "Si no nace, hay la posibilidad de que sea cesárea, que no sea normal (…) Si no quiere, ni modo, cuchillito". Y yo no quería que fuera cesárea. Entonces en el suero, no sé qué le habrán metido, que me empezaron a provocar los dolores. Pero yo los sentía muy muy escasos. O sea casi no… o sea realmente no me permitieron llegar ahora sí que al mero punto del dolor. Hasta tuvieron que romper la fuente (…) y me bloquearon antes con raquea (…) Al último tacto que me hicieron, me dijeron: "Ya llegó a seis, hay que romperle porque nomás no baja". Y lo que sí me acuerdo mucho es que me apretaban mucho el estómago, la panza, hacia abajo (…) Me decían: "Puja" (…) y se recargaban y me decían: "Puja"… cuando sentía yo creo que la contracción ¿no? (Comunicación personal, 11 de julio, 2015).

Ni la uniformación, ni la hidratación intravenosa, ni la inducción artificial del parto en la semana 38, ni la ruptura de la fuente, ni el bloqueo rutinario, ni el Kristeller, ni el pujo dirigido son prácticas que respondan a criterios médicos; absolutamente todas las intervenciones que se llevaron a cabo en el cuerpo de esta mujer durante la atención de su parto apuntaron a cumplir con un objetivo diferente, desproveerla de cualquier noción de saber de sí para reafirmar el saber-poder biomédico.

Además del desequilibrio de poder entre pacientes y proveedores de salud, en el que el saber es propiedad exclusiva de los profesionales, al interior de la estructura misma se fijan rangos claramente diferenciados que se establecen en función del supuesto saber de los sujetos. El poder se ejerce en el mundo médico de forma vertical, estableciendo una relación directa entre el grado de formación y la cuota de poder. Los miembros pertenecientes a diferentes escalafones mantienen poca relación entre sí, preservando la verticalidad de la estructura. El interno (médico general en formación) está por debajo del R1 (residente de primer año de la especialidad), quien obedece al R2 (residente de segundo año), que a su vez es subordinado del R3, el cual se somete a las decisiones del R4 quien finalmente tiene relación con el médico adscrito. En este esquema rígido y jerárquico, no se supone que los rangos de la estructura puedan saltearse de manera que el único interlocutor, además de los pares, es el médico perteneciente al rango inmediatamente superior al que se ocupa; en este orden vertical la cabeza de la estructura es el jefe de departamento, a quien se le concede el máximo saber-poder.

Las enfermeras están por debajo del último de los escalafones médicos y a su vez establecen cadenas de mando al interior de su estructura en la que hay jefas de guardia, especialistas, adscritas y practicantes. La tarea de la enfermera se limita, en la estructura clásica, a acciones de cuidado y vigilancia. Su conocimiento, aunque algunas de ellas sean licenciadas formadas en el ámbito académico, se considera técnico y por tanto se le confiere menor valía que al saber socialmente exaltado de la medicina.

En los hospitales los internos y los residentes de menor rango son los encargados de atender los nacimientos. Al parto se lo considera una tarea de poco interés y la mayoría de los médicos aprende a asistirlo cuando recibe a su cargo, por primera vez, a todas las parturientas del turno. Mariana Robles, quien era residente en un sanatorio privado en el momento en que se llevó a cabo este estudio, comenta: “La mayoría de los médicos llegan a sus prácticas sin haber atendido un parto nunca y todos los partos son de ellos en ese momento” (Comunicación personal, 14 de octubre de 2014).

El parto es un evento ante el cual los médicos, las más de las veces, tienen poca oportunidad de demostrar sus habilidades pues el principal desafío que enfrentan es la paciencia y frecuentemente los desenlaces favorables dependen de la capacidad del profesional de contener su deseo de intervenir. Pero la atención del embarazo y el nacimiento representa alrededor de la tercera parte de las tareas hospitalarias en lo que a la población femenina se refiere según lo reporta el Observatorio del desempeño hospitalario en 2011, por lo que significa un jugoso mercado que los obstetras se muestran reacios a ceder a las enfermeras.

Puesto que la obstetricia es una rama quirúrgica de la medicina y respondiendo a los criterios de productividad que se imprimen a la práctica médica a partir de las premisas impuestas por la lógica de mercado, lejos de esperar, los especialistas terminan interviniendo para hacer del parto un evento digno de atención especializada, y como se explicó con anterioridad, eso lejos de facilitar el camino para la paciente, introduce riesgos en la escena que no habrían existido de otra manera. Una obstetra de un servicio de atención privada, refiere la siguiente historia:

> Llegó una paciente con RPM[28] cuando yo estaba de guardia en mi residencia y yo era R1. Como era de noche, dijimos: "Chin". A mí me tocaba cuidarla porque era R1. Entonces el R3 me dice, vamos a "distociarla".[29] ¿O vas a pasarte la noche sin dormir? Yo no sabía qué quería hacer pero le dije: "No, yo la cuido". Él me contestó: "Bueno, tú nomás cállate".
>
> Al rato la mujer tuvo que ir a una cesárea de emergencia, con un corte vertical, porque se le desprendió la placenta. Casi se nos muere (…) Cuando la mujer se puso mal, la enfermera fue a ver a la basura y se encontró un empaque de Misoprostol. El médico se lo metió molido en la solución a la mujer. Yo convencí a la enfermera de que se lo comentara a la doctora porque si yo se lo decía el R3 se me iba a echar encima (Comunicación personal, septiembre de 2014).

[28] Ruptura Prematura de Membranas: Regularmente, cuando el trabajo de parto inicia de este modo, los partos suelen ser extremadamente largos.
[29] Distocia: Desviación del curso normal del parto

Esta estampa permite observar cómo, atendiendo a las necesidades del personal de descansar, el R3 desatiende por completo el cuidado de la mujer que acude al servicio, conduciendo intencionalmente el nacimiento al terreno de la emergencia. La decisión de “distociar” el parto, sólo puede ser puesta sobre la mesa cuando se ha roto por completo el vínculo con la paciente, a la cual se le desconoce la condición de sujeto, gracias a una estructura desvinculante que lo permite. La cesárea, en este caso, representa un doble beneficio: despeja el servicio para que el personal pueda descansar y a la vez brinda la posibilidad al R3 de desarrollar sus habilidades quirúrgicas.

Más que los partos, lo que en realidad resulta aspiracional para el obstetra promedio es la práctica de cirugías ya que éstas son percibidas como una tarea que requiere mayor pericia y capacidad. En el quirófano el profesional se desenvuelve cómodamente como el protagonista de la escena. Conocedor del espacio y rodeado de instrumental que maneja con destreza y de un séquito de subordinados que esperan atentos sus órdenes, finalmente los años de sacrificio y guardias parecen haber valido la pena pues en sus manos es puesta la vida de un paciente. Un obstetra adscrito al modelo humanizado presentó en una conferencia dirigida a un grupo de directores de hospitales del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) la conocida imagen de un médico practicando una cirugía, cuya mano es sostenida por una representación de Cristo (ver figura 11). El ponente comentó con ironía: “La primera vez que vi la pintura pensé que Dios estaba guiando la mano del médico pero luego me di cuenta de que en realidad era el médico quien le estaba enseñando”

Figura 11. El cirujano.
Fuente. Jornada Especial de Parto Humanizado ISEM.

(Sergio Velasco, comunicación personal, 18 de mayo, 2015).

La cesárea es sin duda para el obstetra un ritual más glamuroso que el parto que lo obliga a someterse al ritmo de las contracciones de la mujer a la que atiende y a su habilidad o su carencia de ella en el momento del pujo. De hecho, algunos obstetras se oponen a que la mujer adopte para empujar las posiciones que prefiera, como la OMS lo recomienda, porque ello los obligaría a sentarse en el suelo, por ejemplo, lo cual podría considerarse indigno o humillante. "¿Quién se puede imaginar a su gran maestro tirado en el piso atendiendo un nacimiento? Yo no." Comenta el mismo médico que minutos atrás había puesto al Hijo de Dios en la posición de interno que aprende el arte del bisturí (Sergio Velasco, comunicación personal, 18 de mayo, 2015).

El profesional que posee un saber que lo coloca en una posición de poder, quiere ejercer ese saber-poder que socialmente se le ha conferido. Pedir al obstetra que tras años de formación y guardias bajo el más puro rigor, se limite a esperar que la mujer de a luz, como lo hacen las parteras, no es cosa sencilla:

> Ya están todos los documentos, todos los artículos, todas las evidencias, todos los análisis, todas las normas, todas las guías de aquí y de otros países. Y se las hemos dado en charola de plata, casi, casi, comidito todo y masticado; y es actitud de quererlo hacer. Sí se atreven a hacer otros procedimientos más complejos: "Voy a poner un catéter ahora en la yugular". Y se documentan, leen y lo hacen. "Voy a hacer una técnica superior para tener mejores resultados". Y se documentan y leen y lo hacen. Aquí les damos toda la evidencia, todo lo contundente que es algo mucho más sencillo, y no lo hacen (…) Están abiertos para técnicas complejas. Más intervención sí, menos intervención no (Christian B. Mera Hernández, comunicación personal, 15 de enero, 2015).

La intervención confirma el saber-poder del profesional de la salud mientras que la no-intervención coloca el saber sobre el parto del lado de la paciente, lo cual resulta desarticulador en el contexto de una estructura vertical y jerárquica como la antes descrita.

A la par de los profesionales de salud que adscriben al ejercicio de la medicina dominante existe otro grupo, ciertamente minoritario, pero que pone en juego

de forma diferente su porción de poder al interior del aparato biomédico; profesionales que han decidido nadar en contra de la corriente promoviendo una atención que adscribe al modelo humanizado. En las instituciones médicas los juegos de poder son algo vivo y cambiante, los sujetos se inscriben y se distancian de etiquetas y rubros de manera que, si bien en la práctica cotidiana de la vida institucional pueden identificarse las coordenadas del MMH descrito por Menéndez, a la par de ello hay un desorden de hombres y mujeres que, aún inscritos en sus filas, lo desobedecen y cuestionan, desdibujando sus fronteras.

Médicos y enfermeras del dispositivo hegemónico del que forman parte pero del que a la vez se desmarcan, son castigados por ofrecer una vaso de agua a sus pacientes o por decidir atender un parto sin realizar una episiotomía innecesaria. Son etiquetados de “locos” aquellos que se inclinan por bajar a una mujer en trabajo de parto de la cama, darle la mano durante el nacimiento de su hijo o simplemente llamarla por su nombre. Aunque el dispositivo médico-institucional pretenda regular las acciones de los sujetos, en el día a día del trabajo en los hospitales pareciera manifestarse, a la par de la maquinaria de control y sometimiento, la desobediencia.

La inmensa mayoría de los profesionales de salud que hoy atienden el nacimiento bajo los criterios del parto humanizado, aprendió obstetricia en el esquema convencional que se enseña masivamente en los internados y residencias. “Yo he practicado la violencia obstétrica… la he practicado porque así me enseñaron a atender el nacimiento”, declara Arcelia Regalado, una de las doctoras entrevistadas. Ella afirma que cuando empezó a atender partos y vio que los médicos maltrataban a las mujeres pensó “yo voy a ser la mejor de las maltratadoras”. Así ejerció la medicina hasta el día en que, mientras atendía a una mujer que estaba dando a luz a su hijo, uno de sus compañeros le dijo: “Ya te veré a ti con el cofre levantado”. Esa frase, junto a la experiencia de ser objeto del tipo de atención que brindaba cuando le tocó dar a luz a sus propios hijos, la arrojó a nadar en contra de la corriente y la convirtió en una de las principales impulsoras del nacimiento humanizado en Aguascalientes (Arcelia Regalado, comunicación personal, 15 de julio, 2014).

> Hay una transparencia sobre la práctica de la violencia obstétrica que hace que se deje de ver. Si yo te pregunto qué ves cuando ves una ventana, me vas a describir lo que ves a través de ella pero nadie ve la ventana; cuando alguien te dice 'mirá que hay una ventana', te asustás de vos mismo. Hay una ruptura de la transparencia; cuando realmente pestañeás mejor y ves la misma escena, eso que parecía obvio se transforma en violencia obstétrica. Esa ruptura es muy dolorosa y es muy difícil de acompañar. Si a esa persona que se expuso a sus propias miserias no la ayudás a rearmarse, queda más violenta todavía (Cecilia Zerbo, comunicación personal, 16 de agosto, 2016).

Para quienes han asistido el parto toda una vida aplicando los procedimientos convencionales que se les enseñaron en su formación, no resulta sencillo aceptar que las prácticas que realizan cotidianamente pueden resultar nocivas para sus pacientes. Si bien el saber en torno a la atención humanizada no puede plantearse como subalterno pues es abanderado por las más importantes instituciones de regulación de la práctica médica, el esquema autoritario de transmisión del conocimiento que caracteriza a la institución médica ha conducido a la imposición en la práctica de una medicina invasiva que coloca del lado de los profesionales el saber-poder sobre los cuerpos. La práctica dominante en la medicina no se encuentra alineada entonces con el saber hegemónico de la disciplina sino que resulta interpelada por éste; el saber de la MBE erosiona la estructura del modelo dominante y resulta por tanto amenazante para la concentración del poder por lo que se tiende a desautorizarlo.

En un esquema tan profundamente jerarquizado como el de la institución médica, aún las iniciativas que apuntan a cuestionar la concentración del poder, suelen ser implementadas sólo cuando los directivos las impulsan, o incluso las imponen. El doctor Ramón Celaya, uno de los pioneros en el uso del agua para el parto en nuestro país, cuando tuvo a su cargo la dirección de la Clínica de Especialidades de la Mujer en el Hospital Militar impuso en ella la atención humanizada del nacimiento. Cuenta que después de ejercer de forma completamente convencional por años, encontró a educadoras perinatales que le hicieron cambiar su percepción acerca del nacimiento y pasó de "llevar una

tijera en el bolsillo" para practicar episiotomías a diestra y siniestra a retirar las tijeras de los equipos de atención de los partos como medida para disminuir el índice de episiotomías en la institución a su cargo. Como los médicos seguían practicando esta intervención con frecuencia aún después de haber recibido la información científica acerca de sus desventajas, sencillamente decidió que todo aquel que quisiera cortarle la vagina a una mujer debía justificarlo y requería de su autorización explícita para hacerlo. Construyó áreas de deambulación, tinas de inmersión para parto en agua, encomendó a las educadoras perinatales la tarea de preparar a las parejas para el parto, permitió la entrada de los padres al nacimiento y forzó a todos los médicos a su cargo a tomar un curso de capacitación como doulas bajo la advertencia de que aquel que no se presentara al taller quedaría bajo arresto (Ramón Celaya, comunicación personal, 8 de noviembre, 2014).

Muchos de los médicos que hoy en día atienden partos humanizados en la práctica privada como el doctor José Luis Larios, fueron discípulos de Celaya y su escuela más coercitiva que sensibilizadora en la Clínica de Especialidades de la Mujer. Después de ejercer durante los primeros diez años de su profesión la "atención tecnócrata" que aprendió en la formación, Larios llegó a trabajar a la institución bajo la dirección del Dr. Celaya, de quien recibió la orden directa de reducir el índice de cesáreas e intervenciones no justificadas: "Debo confesar que no me sentía nada cómodo", comenta. Aunque la atención de nacimientos no era su prioridad en ese entonces sino el diagnóstico prenatal mediante ultrasonido, empezó a llamarle la atención el trabajo de Guadalupe Trueba y su equipo de educadoras perinatales que laboraban en el hospital gracias a la iniciativa de su director. Lo que transformó su perspectiva, según comenta, fue haber tomado el curso de doula: "Comencé a interesarme más en esta nueva y desconocida filosofía para mí" (José Luis Larios, comunicación personal, 24 de mayo, 2017). Larios afirma que cuando vio trabajar a estas mujeres que hacían que terminaran teniendo partos aquellas pacientes a las que él había pronosticado una cesárea, empezó a interesarse por investigar y se encontró con la evidencia científica que fundamentaba la atención humanizada.

> Cuando yo pasaba visita en esos cuartos yo decía: “A esta señora la vamos a operar. Como a la una yo creo que la vamos a estar operando”. Y nada. Empezaban a trabajar todas las instructoras y la cambiaban de posición y la metían al agua y la metían a la tina y a las doce horas estaba naciendo el bebé. Entonces dije: “No, pues entonces esto sí funciona”. Ya me puse a leer; la evidencia existe, está documentada. Ahí me di cuenta que existían estos lineamientos de la Organización Mundial de la Salud desde 1986. O sea, yo me había graduando en el 90 y jamás los había leído. Entonces fue ahí donde empecé a documentarme y a trabajar con todo esto y a darme cuenta que en realidad está la forma correcta de hacer una buena práctica médica y de darles el poder a las señoras. Entonces, quitarse uno, ahora sí que la corbata y los títulos nobiliarios de atrás, y regresarles el poder a las señoras, a las parejas, para que ellas tomen su decisión, a través de un proceso de educación (José Luis Larios, comunicación personal, 17 de febrero, 2015).

Saber y poder

Entender el proceso por el cual los profesionales que hoy ofrecen una atención humanizada hicieron el cambio de una práctica convencional a una mucho más incómoda que comprende respetar los ritmos naturales del cuerpo de la mujer que ha de parir y el bebé que nacerá, cediendo posición de saber-poder de la que su profesión les inviste, podría ser la clave para desarticular el mecanismo de la industrialización del nacimiento. ¿Cómo han logrado tornar la mirada de un esquema intervencionista a otro en el cual el saber médico dialoga con el saber de la mujer y su capacidad para parir? Los relatos de quienes han transitado este camino comprenden una primera instancia de contacto con la humanidad de la paciente y la propia que les llevó a cuestionar las prácticas convencionales y aceptar que sin intención de hacerlo, se había causado daño. Ese paso pareciera indispensable para cambiar los esquemas de atención. Christian Mera relata este momento que funcionó como parteaguas en su carrera a partir del contraste que corroboró entre la atención convencional y la humanizada:

> Fue en la residencia donde conocí lo del parto respetado, parto en agua, parto en seco, parto humanizado; con todas sus variantes. Y ahí fue donde conocí a las doulas y a las educadora perinatales, en el Hospital Médica Sur Lomas que antes era Santa Teresa. Al mismo tiempo (…) tuvimos unas muy buenas rotaciones externas en hospitales del ISEM. Ahí fue donde conocimos a la parte cruda del parto rutinario y todos los procesos de rutina para acelerar el parto. Fue un choque un poco violento el ver a las

> mamás ahí comiendo, con su esposo acompañándola, las doulas dándoles masajes, respiraciones, aceites, música y luego volteando a un hospital del gobierno, a un Hospital General, con mujeres semidesnudas, no había insumos. En ese sexenio no había insumos ni equipamientos en los hospitales del Estado de México; era un contraste tremendo. Había gritos, sombrerazos, parecía una película de terror. Enfermeras que no les interesaba, estaban gritando a las mamás; la violencia a todo lo que da: "Cállese, cállese" (…) Fue donde me empezó a interesar más. Primero lo critiqué, lo dudé y me comencé a documentar, a leer (…) Me enfrenté desde estudiante a grandes hospitales y vi la atención obstétrica. (…) Me preguntaba: "¿Quién está bien y quién está mal?" Pero ya leyendo y checando todo lo demás, me percaté que estábamos mal la gran mayoría o la inmensa mayoría de los obstetras (…) Ahí fue donde me enamoré y me apasioné de lo que hago (Christian B. Mera Hernández, comunicación personal, 15 de enero, 2015).

El contacto directo con la experiencia de la atención humanizada permite ver la condición de sujeto que permanece velada en la atención institucionalizada: "Ver una pareja abrazados en pleno trabajo de parto, moviendo la cadera la mamá, luz tenue y música… y al poco tiempo ver la carnicería en un hospital del ISEM en Naucalpan. Ahí inició el cambio" (Christian B. Mera Hernández, comunicación personal, 24 de mayo, 2017). El momento en que se logra reconocer la humanidad de la paciente y establecer un vínculo con ella se convierte en un punto de anclaje para trazar la nueva trayectoria, pero hace falta aún andar un camino largo para poder llevar el vislumbre a un cambio efectivo en la práctica cuando se ejerce en un medio adverso. Pasaron años desde ese punto hasta que Christian tomó a su cargo la dirección del Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero en el que desarrolló su Modelo de Atención Integral Obstétrica (MAIO) en el que, además de la implementación de prácticas alineadas con la MBE, se ensayó la incorporación de un voluntariado de doulas a la atención y se llevó a cabo un proceso de acercamiento a las parteras de la comunidad que apuntaba a integrar su trabajo con el del hospital.

En Vicente Guerrero se instalaron bocinas con música en las salas de trabajo de parto y se compraron algunas esencias para ofrecer aromaterapia a las mujeres, sin embargo, la adopción íntegra de las prácticas sugeridas por la MBE no resultó sencilla. No se permitió el acceso a familiares, no se autorizó la

deambulación de las mujeres si no tenían alguien con ellas que se encargara de evitar el riesgo de caídas (lo cual sólo ocurría ocasionalmente), y se siguieron acelerando artificialmente los nacimientos para descongestionar las salas de parto: “Aquí les tenemos que meter oxitocina porque no tenemos espacio” (Christian B. Mera Hernández, comunicación personal, 15 de enero, 2015). El volumen de mujeres que la institución atiende, el escaso número de profesionales que en ella laboran y el diseño de instalaciones que contemplan exclusivamente la posibilidad de mantener a las pacientes tendidas durante el parto dificulta la integración de las prácticas que la OMS recomiendan. No basta con la intención, se requieren condiciones de posibilidad para implementar una atención menos medicalizada.

Aún con estas limitaciones la iniciativa del proyecto MAIO logró una reducción significativa del índice de cesáreas en la institución que rondaban 25% cuando el Dr. Mera abandonó su cargo a causa de las fuertes presiones sindicales que enfrentó al despedir a personal por considerar que no cumplía cabalmente con sus obligaciones:

> El sindicato defiende a personal mal preparado, que ha estado involucrado en muertes neonatales, en muertes maternas. Y no estoy hablando de crucificarlos, porque yo sí creo que el personal que se debe capacitar. Lo peor que puedes hacer es borrarlos o eliminarlos, se tiene que cambiar esa política de castigo. Te preparo, te documento, te envío a cursos y todo, te capacito y si vuelves a hacer lo mismo, o lo haces intencionalmente y te vas a dormir… ¿eres una enfermera especialista en terapia intensiva neonatal en la noche y te vas a dormir? Eso yo no lo tolero. Igual como un ginecólogo dormido y la puerta cerrada y ocho pacientes esperando a que las revisen. Está cansado, está dormido, porque tiene dos trabajos, porque tiene deseos personales, o porque no sé, pero lo que no tiene son valores y ética (Christian B. Mera Hernández, comunicación personal, 15 de enero, 2015).

Quien cuestiona la práctica autoritaria dominante de la disciplina en la cual se inscribe enfrenta múltiples obstáculos y necesita desarrollar estrategias para franquearlos. Elizabeth Valencia, una de las doctoras que transitó este camino, relata cómo en los servicios públicos en los que estaba a cargo de la residencia, al iniciar su turno preguntaba quiénes estaban sin comer o sin dormir. “Si la paciente no come y nosotros tampoco, todo el mundo empieza a

gritar". Mandaba a descansar y a comer al personal, con lo cual se quedaba prácticamente sola a cargo de la guardia. Cuenta que ponía a las mujeres que ya tenían más experiencia, puesto que estaban recibiendo al tercer hijo, a "doulear" a las primerizas. Para sorpresa de sus compañeros, cuando ella estaba a cargo, los gritos desaparecían: "El parto humanizado no es cuestión de recursos sino de actitud", afirma.

La doctora Valencia cuenta que cambió su actitud en torno al nacimiento a partir del trabajo con las doulas; con una en particular que en este caso se volvió una amiga cercana con el paso de los años: "Ella me douleaba a mí, era lo que hacía. Me decía: 'confía'. Yo sabía que en el fondo lo que hacía (no hacer episio, no intervenir, etc.) era lo correcto pero tantos años de escuela me hacían ruido y para eso estaba mi doula, para callar mi neocortex y ceer-me" (Elizabeth Valencia, comunicación personal, 24 de mayo, 2017). Hoy Elizabeth lleva consigo para la atención de los nacimientos aceites esenciales, homeopatía y un rebozo para hacer las manteadas que aprendió de las parteras. "Hace años algunos de los partos que hoy atiendo habrían sido cesáreas porque yo no contaba con los recursos con los que hoy cuento para resolver complicaciones" (Elizabeth Valencia, comunicación personal, 15 de febrero de 2015). La apertura a los saberes alternativos surgió a partir del cuestionamiento de los resultados obtenidos por medio de los recursos de la medicina dominante y gracias al vínculo que estableció con una doula que fue capaz de abordarla no como médica, sino como ser humano.

Otra de las doctoras que hoy adscribe a la atención humanizada relata cómo los partos representaba para ella un auténtico sufrimiento al inicio de su práctica. "Yo tenía taquicardia todo el parto y era un alivio cuando veía una razón para practicar una cesárea. Si me llegaba a consulta un bebé pélvico yo respiraba porque no iba a tener que enfrentarme al parto. Con el parto humanizado empecé poquito a poco. Lo primero que hice fue apagarles la luz pero les hacía todo lo demás, luego usaba aromas pero les seguía haciendo todo lo demás y de a poco empecé a probar… ¿qué pasa si no la canalizo? ¿Y si no le pongo oxitocina? Me di cuenta de que cuando dejé de intervenirlas, dejé de ver bradicardias que antes eran el pan de cada día. Ahora me relajo,

cuando no tienen oxitocina, sé que no va a pasar nada" (Leonor Villalobos, comunicación personal, agosto, 2015). El cambio en el modelo de atención suele ser gradual, no se produce de un día para el otro; el tránsito es pausado pues no resulta sencillo ceder el poder que comprende la concentración del saber. Los médicos relatan que, para su sorpresa, constataron que al dejar de intervenir las complicaciones disminuyeron. A pesar de que el saber hegemónico en el ámbito de la biomedicina apunta a limitar la intervención, la práctica médica autoritaria, que es la dominante, construye en el profesional de salud la fantasía de control a través de la intervención.

El personal de salud que se inscribe en el esquema de atención humanizada ha decidido cuestionar la concentración de saber-poder que caracteriza la práctica dominante autoritaria y realiza su práctica en el marco de desarrollos alternativos acerca de la fisiología del nacimiento (Odent [2001, 2002, 2005, 2006, 2009, 2011], Uvnäs Möeberg [2009], Vives y Calais Germain [2013], Olza [2005, 2013]). Busca la creación de un entorno íntimo que favorezca la producción hormonal, procura la movilidad como recurso para ampliar los diámetros de la pelvis, emplea la estimulación de quimio, termo y mecano receptores como medida para el manejo del dolor; reconoce la importancia del amor como fuente de oxitocina que puede emplearse para resolver "distocias", parte de la premisa de que el microbioma se construye a partir de la colonización bacteriana que ocurre en el momento del paso del bebé por la vagina de su madre y entiende que ello tendrá un impacto en la salud futura del niño.

La incorporación a la práctica de saberes alternos comprende una desconcentración del saber-poder propio del modelo biomédico. Comprende el reconocimiento de que diferentes saberes participan del evento del nacimiento, y entre ellos ocupa un lugar protagónico el saber de sí de la propia mujer. La participación de diferentes actores se considera relevante –pareja, familia, doula- y ello destierra del centro de la escena al profesional de la salud.

El parto humanizado es incómodo, comprende la necesidad de negociaciones y cuestionamientos, obliga quienes lo atienden a trabajar en posiciones

extrañas, a plegarse al ritmo de la mujer, a renunciar a la posibilidad de control y a la autoridad que el rango médico les confiere, cediendo a la mujer el protagonismo de la escena; ello sólo resulta posible cuando se desmonta el carácter desvinculante que la formación médica forja en los profesionales desde su etapa de formación. Cuando el profesional reconoce a su paciente como un sujeto con el que está dispuesto a vincularse, el dispositivo autoritario se desmonta. Una de las jefas de enfermeras de CIMIGen relata la siguiente escena:

> Yo tengo un parto muy, muy, muy metido en mi cabeza, (…) Fue en la sala de expulsión pero fue un parto muy bonito (…) Las protagonistas en el parto no somos nosotras, a veces pensamos que somos nosotras, pero no. Los protagonistas del parto, la protagonista del parto es la mama y el familiar que está con ella. Pero ese parto en específico me gustó mucho porque ella desencadenó trabajo de parto de forma espontánea, de hecho nosotros no le pusimos jamás soluciones. Fue un trabajo de parto espontaneo, tuvo sus contracciones regulares (…) a mí me dio mucha ternura porque nosotros le dijimos cómo hacerlo una vez y el señor cada vez que le venía una contracción le ponía la mano en el estómago y le decía: "Ahí viene la contracción. Empieza a respirar, mete aire, mete aire…" Y empujaba. Y llegó un momento en que dijo: "No, es que ya no puedo, yo ya me siento muy mal, ya no tengo fuerzas". Y su esposo le empezó a decir: "No, claro que puedes mi amor, eres una guerrera, eres la mujer más fuerte del mundo. Tú puedes hacerlo, tú puedes seguir adelante. Yo sé que tú eres la mejor del mundo" (…) Y entonces como que fue una sensación de decir: pues sí se puede hacer esto sin que tú estés ahí haciéndole tactos, estimulándole. Sin que le estés diciendo o gritando: "Púja le, púja le, púja le, púja le". (Comunicación personal, 20 de agosto, 2015).

Cuando los profesionales de salud entran en contacto vez con el modelo humanizado de atención se pueden producir dos reacciones opuestas: la desautorización de la valía de los métodos que cuestionan la práctica que se ha aprendido o una movilización que logra traer la condición de sujeto de la paciente al centro de la escena. Cuando se desnuda al evento del parto de toda la simbología asociada con la biomedicina, la humanidad de los actores que participan del evento resulta expuesta. En este giro la mujer deja de ocupar el lugar de "paciente" y el profesional resulta, como efecto de ello, des-investido de su posición de dueño del saber, lo cual posibilita el establecimiento de un lazo entre ambos: "La primera vez que vi un parto en agua lloré y fui a

preguntarle a mi mamá cómo había sido mi nacimiento" cuenta una médica residente que hasta entonces sólo había visto atender nacimientos convencionales (Comunicación personal, 15 de julio, 2014). Una enfermera relata: "Algo que de verdad lo tengo así muy, muy, muy grabado fue la primera vez que vi a una chica que le pasaron a su bebé y pude entender esa expresión que todo mundo dice del amor a primera vista. Porque de verdad es un amor, una mirada, o sea, no hallo palabras" (Comunicación personal, 15 de julio, 2015).

La humanización en la atención del nacimiento comprende la humanización de la figura del profesional de la salud. Sólo es posible que los profesionales cuestionen la atención serializada a la que la institucionalización los conduce cuando logran vincularse con sus pacientes en tanto sujetos: "Cuando pierdes tú esa visión de que es una persona, un niño, tienen sentimientos, y no te emociona el verlo, se pierde todo. Porque entonces te estás volviendo en una máquina que simplemente trabajas a destajo: uno, otro, otro y otro. Y no hay esa vinculación con las personas; son personas" (Guadalupe Hernández, comunicación personal, 19 de agosto, 2015).

El punto de quiebre en la trayectoria, el que conduce a cambiar de rumbo está siempre asociado con la puesta en escena de la humanidad propia y con el reconocimiento de la humanidad en aquel al que se atiende. Itzel Mar Montero, ginecóloga formada en un esquema absolutamente convencional, relata cómo tornó su mirada del nacimiento a partir del parto de su primer hijo: "En mi caso lo que me hizo reflexionar fue mi propio embarazo, cuando tenía que decidir en qué hospital parir y no supe contestar… porque sentía que tenía que estar en un lugar amoroso. No conocía nada del parto humanizado ni lo que eran las doulas, pero mi instinto me ayudó y decidí parir en mi casa. Estuve en silencio luchando entre la ginecóloga y la mujer, y al final ganó la mujer que soy" (Itzel Mar Montero, comunicación personal, 24 de mayo, 2017). Esta ginecóloga, a partir de ese momento ofrece a las mujeres a las que asiste la posibilidad de atender el parto en casa.

La puesta en escena de la humanidad no depende exclusivamente de la voluntad de los actores; se requiere para que ello ocurra de condiciones de posibilidad. Comprende un reconocimiento de las necesidades de los diferentes involucrados en la escena del nacimiento. Los profesionales de la salud necesitan dormir, comer, tener horarios razonables de trabajo, un sueldo digno, un trato respetuoso por parte de sus superiores. La movilización de médicos latinoamericanos en las redes bajo el lema #YoTambienMeDormi es uno de los ejemplos de las quejas de los profesionales de la salud en las que denuncian condiciones laborales inaceptables que comprenden guardias de 36 horas, por ejemplo. Está estudiado el hecho de que las guardias de 24 horas o más se asocian con un mayor índice de errores médicos y que conducen al ejercicio de una medicina desvinculada y poco eficiente, y sigue aceptándoselas e incluso promoviéndolas en los hospitales. El médico se duerme porque necesita dormir y el sistema le impide hacerlo. Acepta cubrir turnos en diferentes instituciones porque el sistema habilita la posibilidad de que ello ocurra. Los sujetos no actúan libre y aisladamente sino en el marco de estructuras que construyen determinadas áreas de posibilidad.

Ibone Olza (2013), psiquiatra española dedicada a estudiar el fenómeno de la salud mental perinatal, investiga en torno al fenómeno del “burn out” en los profesionales de la salud y pone sobre la mesa el hecho de que las prácticas institucionales y el ejercicio cotidiano de la violencia insensibilizan a los profesionales, obstaculizando la posibilidad de establecer vínculos con sus pacientes. Uno de los médicos del Hospital General de Tepic comenta: “Si alguien nos filmara cuando estamos trabajando y luego nos mostrara la grabación, no podríamos creer que somos nosotros. Entramos a toco y ya ni miramos. El hospital es como una fábrica…” (Comunicación personal, 8 de agosto, 2015).

CONCLUYENDO

El problema de la violencia sistemáticamente ejercida en la atención de los nacimientos que es posible gracias al desconocimiento de la condición de sujeto de las pacientes no puede reducirse a la insensibilidad de algunos

médicos y enfermeras. Los profesionales no actúan de manera libre y autónoma, forman parte de un sistema complejo que opera obstaculizando el establecimiento de lazos y promoviendo una operatividad que reduce la acción de los profesionales de la salud a la implementación de una serie de técnicas y procedimientos rutinarios. Una de las médicas entrevistadas cuenta una escena que permite ver cómo se priorizan cotidianamente las necesidades institucionales frente a las de las pacientes: “Cuando estaba haciendo mis prácticas una de las mujeres en trabajo de parto se movía y se movía… Le decían ‘ya estate quieta, mira el cochinero que tienes’ porque traía la fuente rota” (Comunicación personal, 16 de julio, 2015).

El dispositivo conduce al desconocimiento del carácter de sujeto de aquel al que se atiende obstaculizando la posibilidad de establecer vínculos a partir de estrategias diversas: saturación de obligaciones, construcción de una espacialidad que coloca a la mujer en la posición de objeto, uniformación, autoritarismo, fragmentación en los procesos de atención que lleva a que se trabaje con “eventos obstétricos” y no con mujeres con las que se construye una historia, consultas de control prenatal de 15 minutos, lenguaje que nombra al otro limitándolo a su condición orgánica, tecnificación cada vez mayor del conocimiento… Todo ello opera como parte de una estructura que tiene por efecto el desdibujamiento del hecho de que “los pacientes” son personas.

Son comunes las referencias en las que el cuerpo parece colocado en la posición de objeto, desconociendo la condición humana de quien lo habita. Una doula que trabaja como voluntaria en el Hospital General de Tepic comenta, por ejemplo: “Las pediatras son unas canijas… agarran a los bebés como jergas” (Comunicación personal, 8 de agosto, 2015). Paula, por su parte, refiere la experiencia de la cosificación de sus genitales tras el parto de la siguiente manera: “A la hora de lavarme parecía que estaban lavando un vaso. Con los dos me rasgué, ellos mismos me rasgaron y me cosieron. Todo eso yo lo sentía, yo les decía, pero pues ellos me decían: ‘Pues aquí viene a lo que viene’” (Comunicación personal, 20 de junio de 2015). Y Canevari recupera en su trabajo etnográfico el testimonio de una mujer que es particularmente claro para describir este fenómeno: “Estaba acostada con las piernas abiertas, y la

médica me revisaba frente a los alumnos, les explicaba, señalaba y tocaban. Me tenían ahí, mis partes íntimas eran su pizarrón. Sentía mucha vergüenza" (Canevari, 2011: 119).

Sólo resulta posible una atención humanizada en esquemas de salud en los que se considere a todos los actores que participan del proceso en su condición de sujetos. La humanización del parto comprende, por tanto, importantes ajustes a la estructura biomédica y es por eso que cuando se la impulsa como filosofía en el Sector Salud, no termina surtiendo efecto: "Te dicen que el médico tiene que ser humano pero no te dicen cómo", "Te dicen que el médico tiene que ser humano pero no te preparan", afirman algunas ginecólogas que laboran en hospitales públicos del interior del país (Comunicación personal, 8 de agosto, 2015).

Lucila Illescas, directora de enseñanza de CIMIGen, explica con claridad la diferencia entre la implementación mecánica de una serie de procedimientos y la atención humanizada que comprende, necesariamente, el reconocimiento de aquel al que se atiende como sujeto e interlocutor:

> En el primer parto que atendí yo estaba tan centrada en el aprendizaje que perdí de vista el darle a ella atención. Estaba tan centrada en ese momento, que no me percaté. Me recuerdo bien que fue un parto técnicamente muy limpio, en el sentido de que seguí todas las reglas: la asepsia, la antisepsia, la colocación de campos, la infiltración, la salida del niño, la limpieza del niño, el enseñárselo… y, técnicamente, fue un parto limpio, perfecto, sin complicaciones, que me felicitaron y me hizo sentir orgullosa de mi capacidad de aprender. Pero nunca reflexioné en ella, ¿ella qué? (Lucila Illescas, comunicación personal, 6 de febrero, 2015).

El proceso que ha llevado a algunos profesionales a tornar la mirada de un esquema despersonalizado a otro en el cual el protagonismo se coloca en la mujer y su capacidad para parir, con frecuencia tiene origen en la medicina privada, en la que el establecimiento de vínculos es posibilitado por la modalidad misma del dispositivo. Ciertamente ello no quiere decir que todos los profesionales que atienden en el ámbito privado se ciñan a los lineamientos del parto humanizado; por el contrario, los más altos índices de cesárea se

presentan en esta clase de hospitales. Pero quiere decir que el dispositivo habilita la posibilidad de que el vínculo ocurra. Valdría la pena preguntarse si el hecho de que haya una menor distancia cultural, socioeconómica y racial respecto del paciente opera también como facilitador del establecimiento de lazos y si la horizontalidad que el modelo promueve resultaría sostenible al ponerse en juego las asimetrías de clase, etnia, racialización.

Los ejercicios más exitosos en el intento de implementar el modelo humanizado a las instituciones públicas son aquellos en los que se cuestiona el autoritarismo de la práctica médica y se apuesta por una horizontalidad en las relaciones al interior del sistema. Se trata de casos aislados y que avanzan con enorme dificultad porque cuestionan la concentración de poder que caracteriza al aparato biomédico, lo que los convierte en una suerte de fuerza subversiva que parasita el modelo. Su existencia incomoda a los profesionales que optan por adoptar el rango de autoridad al que sus títulos les habilitan, porque la atención humanizada apunta a desliga al ejercicio de la medicina del ejercicio de la dominación.

VIII. A modo de cierre: El vínculo roto

Revisando orígenes de la investigación para analizar críticamente cuáles de los objetivos fueron alcanzados y qué aprendizajes surgieron de la experiencia para tratar de dar respuesta a las preguntas planteadas, puede decirse lo siguiente:

Respuesta provisional a las preguntas de investigación

1. ¿De qué maneras se ejerce la violencia en la atención del parto al interior de las instituciones de salud?

La violencia obstétrica es una modalidad de violencia de género que es ejercida de fundamentalmente de tres maneras:

Violencia desnuda: Prácticas de maltrato directo, ya sea físico o verbal, ejercidas sobre la mujer durante el embarazo y el parto.

Violencia velada: Modalidades de intervención médica que al aplicarse producen dolor o daño, sin representar un beneficio en términos de la salud para las mujeres o sus hijos.

Abandono como forma de violencia: Desatención deliberada de las demandas de las mujeres durante la atención obstétrica como medida de disciplinamiento.

2. ¿Qué es lo que posibilita que la violencia circule de forma tan abierta y sin aparente censura dentro de los dispositivos diseñados para la atención del nacimiento en el ámbito biomédico?

El ejercicio de una medicina desvinculante propio del MMH conduce al desconocimiento de la condición de sujeto de la paciente, facilitando la circulación de la violencia al interior del dispositivo institucionalizado de atención del parto.

3. ¿Cómo operan las fuerzas contrapuestas a la corriente hegemónica al interior de la propia biomedicina que apuntan a desarticular la premisa del ejercicio irrestricto de la violencia? ¿Qué les permite subsistir dentro del dispositivo?

Al interior del aparato biomédico coexisten diferentes corrientes; algunas de ellas alineadas con el orden establecido de la práctica hegemónica y otras que pugnan por instaurar nuevos ordenes de relación entre los actores. Las corrientes subalternas consiguen subsistir al interior del dispositivo cuando sus representantes logran acceder a posiciones de poder porque sus premisas encuentran eco en los intereses que impulsan los grupos dominantes.

4. ¿Qué recursos resultan útiles para poner una barrera al ejercicio de la violencia en la atención del nacimiento?

Las estrategias que apuntan a facilitar la vinculación entre los profesionales de salud de rangos y áreas diferentes, así como de éstos con las mujeres a las que atienden, resultan ser iniciativas eficaces para desmontar el ejercicio de la violencia en la atención institucionalizada del nacimiento: talleres de actualización, ateneos clínicos, espacios de discusión y convivencia. Prácticas como el contacto piel a piel del bebé y la madre en el momento del nacimiento, la posibilidad de elegir un acompañante que esté presente brindando apoyo a la mujer a lo largo de todo el proceso, la incorporación de la figura de la doula al esquema de atención, son claros ejemplos de estrategias que apuntan a facilitar la vinculación y disminuir la violencia. Introducir estrategias vinculantes a la vida institucional es una forma de parasitar la estructura, sembrar semillas en sus muros, las cuales crecerán si existen condiciones de posibilidad para ello.

Objetivos de la investigación

El objetivo central que se planteó en el diseño de esta investigación fue observar la circulación del poder al interior de las instituciones de salud para analizar las asimetrías que posibilitaban que la violencia fuera ejercida, así como los movimientos que dentro del propio dispositivo que permitían la existencia de modalidades de atención ajenas a la lógica de sometimiento. La investigación participativa que fue posible gracias al ejercicio de intervención en una institución de salud resultó ser un recurso adecuado para internarse en la vida institucional y observar la circulación del poder al interior del dispositivo.

El análisis de los espacios, las prácticas y las palabras fueron el recurso que permitió rastrear la circulación del poder en los diferentes modelos de atención.

El carácter de la relación entre el MMH y la atención de los nacimientos, puesto que esta investigación se propuso un recorte que comprendió el estudio del modelo humanizado, fue analizada a partir de algunos testimonios de pacientes y recuperando el ejercicio etnográfico e investigativo llevado a cabo por otros autores. De esta forma, se decidió establecer un diálogo entre el material de campo obtenido directamente por medio de la observación y las entrevistas realizadas por esta investigadora con el material recuperado en muchos otros estudios destinados a dar cuenta del problema de la atención médica en el modelo hegemónico.

Algunas de las modalidades de ejercicio de la violencia, más comunes en instituciones públicas y en poblaciones marginales, fueron observadas a través de los ojos de otros autores, mientras que otras modalidades de violencia velada fueron observadas de forma directa. Así pues, la investigación abreva de diferentes fuentes de información con la intención de poner a dialogar una polifonía de voces que y miradas diversas que hagan posible vislumbrar diferentes dimensiones del problema estudiado.

Lo que se observó de forma más directa fueron las experiencias que, al interior del modelo biomédico, proponían modalidades alternas de atención desde un enfoque humanizado. Se decidió dar cuenta no sólo de la experiencia llevada a cabo en CIMIGen, eje de este estudio, sino también rescatar algunos otros ejemplos tanto a nivel nacional como fuera del país, que permitieran una lectura más compleja del fenómeno.

Supuestos de la investigación

Puesto que se decidió no basar la investigación en el método hipotético deductivo aspirando a tener una perspectiva abierta que permitiera explorar diferentes dimensiones del problema estudiado, se trabajó con base a supuestos que se fueron reformulando a lo largo del proceso:

- En una primera instancia se partió del supuesto de que el tipo de atención que recibían las mujeres durante el parto impactaba en su subjetividad moldeando su relación con las nociones de cuerpo, femineidad, sexualidad y maternidad. En ese momento la investigación estaba centrada en el estudio de las pacientes y en el análisis de la dimensión subjetiva y planteaba un comparativo entre la atención hegemónica y la humanizada.
- En un segundo momento apareció el interés por integrar al personal de salud. Se partió entonces de la premisa de que entendiendo el proceso subjetivo que había llevado a la transformación de los profesionales que, siendo formados en el esquema hegemónico, ofrecían actualmente una atención humanizada, se podía encontrar la clave para desarticular el ejercicio de la violencia de la práctica médica y se diseño un piloto de humanización del parto para ensayar la posibilidad de transformar la atención ofrecida a las mujeres. Se easpiraba en esa etapa a desarrollar un modelo que fuese aplicable a las instituciones públicas y que permitiera acercar a las mujeres una atención de calidad.
- Finalmente, al aparecer en escena los condicionantes estructurales y al observarse la íntima relación entre el modelo de atención del parto y las realidades políticas y económicas que se hizo evidente al observar la atención pública y comparar la realidad nacional con la de otros países, se decidió abandonar el enfoque en la subjetividad para colocar el eje de atención en la circulación del poder. Se hizo evidente entones el ejercicio de la violencia de género en la atención obstétrica y surgió la pregunta de qué elementos facilitaban u obstaculizaban que ello ocurriera al interior de las instituciones de salud. En este último giro apareció el concepto ciudadanía que permitió entender a los diferentes actores en tanto sujetos de derecho. Bajo este último cambio de enfoque se plantearon tres supuestos que articularon el presente estudio:
    1. El maltrato físico y verbal durante la atención del parto es sólo uno de los modos de expresión de la violencia que se ejercen en el marco del dispositivo hospitalario. A la par de esta violencia manifiesta, otras formas de violencia velada son ejercidas cotidianamente contra las mujeres.

2. El carácter “desvinculante” propio del dispositivo biomédico es una pieza clave para el desdibujamiento del otro. El borramiento de la condición humana de aquel al que se atiende que opera a través de la ruptura de los vínculos posibilita un ejercicio libre de la violencia.
3. Las propuestas que apuntan a re-conectar los vínculos rotos entre los sujetos en el marco del dispositivo hospitalario, reintroduciendo a la escena del nacimiento el respeto y el reconocimiento de la dignidad, consiguen poner freno al ejercicio libre de la violencia.

¿Qué habían dicho ya otros autores?

La antropología médica había descrito al saber médico como un “sistema de creencias”, relacionando los modelos de atención con variables macro-sociales: políticas, económicas e ideológicas y entendiendo la atención médica como un espacio privilegiado para observar de las desigualdades ocultas tras el discurso cientificista. Cuestionó la concepción biologicista de la salud y la enfermedad, analizando a la ciencia como “sistema simbólico” y entendiendo que los sentidos dados a la salud y la enfermedad estaban permeados por las concepciones colectivas de raza, género, etnia, edad y clase social propios de un determinado contexto histórico.

Se habían delineado con detalle las características del modelo hegemónico de atención de la salud (MMH). Un modelo en expansión constante que llevó a la “medicalización de la vida” y no sólo de la enfermedad, operando una tecnificación del conocimiento sobre la vida que dejó a los sujetos en la posición dócil de pacientes. Se analizó la escisión entre discurso y práctica característica del MMH explicando que el ejercicio de la medicina comprende una mixtura entre los descubrimientos de la ciencia y otros saberes sociales alineados con los intereses de grupos dominantes interesados en reproducir las relaciones de sometimiento. Se explicó que tras una apariencia de “homogeneidad técnica” y profesionalización, el saber médico se distanció del resto de los saberes preservando así su hegemonía.

Se había descrito a la violencia como modalidad de ejercicio de poder que apuntaba a mantener la dominación sobre otro entendiendo que el concepto no podía limitarse exclusivamente al maltrato físico sino que abarcaba diversas facetas de las relaciones de dominación entre los sujetos. Se desarrollaron entonces clasificaciones de para dar cuenta de ello: violencia directa, estructural y simbólica. Se creó el concepto de “continuum de violencia” para dar cuenta de las expresiones sociales de exclusión, deshumanización, despersonalización y cosificación en tiempos de paz.

Se describió a la violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género que vulneraba los derechos de las pacientes, definiendo no sólo los tratos degradantes o el maltrato físico como actos violentos sino también la intervención innecesaria del nacimiento, propia de un modelo industrializado de atención. Se asoció el ejercicio de la violencia en la atención de los partos con el autoritarismo médico, siendo el “*habitus* autoritario”, gestado desde los años de formación de los profesionales, y el “carácter desvinculante” de la profesión los principales recurso para la instauración del autoritarismo en el campo médico.

Se había planteado también a la atención humanizada que retoma la bandera de defensa de la mujer como sujeto de derecho capaz de tomar decisiones sobre su salud, entiende a la paciente como un ente no meramente biológico sino también psicológico y social, cuestiona la serialización en la atención, promueve del ejercicio de la MBE y restituye al parto su carácter fisiológico distanciándolo de la noción de riesgo, como una vía posible para desvincular el ejercicio de la violencia de la atención de los nacimientos. Se había estudiado incluso la dificultad que comprende la implementación del modelo humanizado en instituciones de salud pública.

Aportes de esta investigación

Esta investigación ha permitido observar el modo en que circula el poder en el dispositivo hegemónico de atención del parto en nuestra sociedad y compararlo con lo que propone el modelo de atención humanizada.

Se ha mostrado cómo los discursos propios de una sociedad neoliberal en la que los intereses del mercado tienen un peso tan determinante como en la nuestra han permeado el ejercicio de la medicina haciendo que además de encargarse de la atención de las enfermedades, tome en sus manos la tarea de optimizar el funcionamiento de los cuerpos respondiendo a los criterios de agilización y estandarización propios de la productividad que caracteriza al modelo económico dominante. El elevado índice de intervenciones innecesarias que se practican a las mujeres generando mayor perjuicio que beneficio, es resultado de este fenómeno en el que se priorizan las necesidades institucionales y los intereses de la industria frente a la salud de las mujeres y sus hijos.

Toda práctica médica que no tenga por objeto el cuidado de la salud y produzca mayor perjuicio que beneficio es violenta. En el ámbito médico, a la par del cuidado, se practican cotidianamente diferentes formas de violencia explícita y velada sobre los cuerpos de las mujeres, pero puesto que los discursos dominantes apuntan a fijar las asimetrías de poder frecuentemente el ejercicio de la violencia pasa inadvertido para las mujeres sobre las cuales ésta se practica. En esta investigación se desarrollaron tres categorías para describir las distintas maneras de ejercer la violencia a las mujeres durante el parto: la violencia desnuda, la violencia velada y el abandono como modalidad de violencia.

La violencia obstétrica no es otra cosa que una modalidad más de violencia de género, pues parte de la premisa de que la mujer es un objeto del que resulta legítimo disponer. Podría argumentarse que en el caso de la atención obstétrica resulta difícil hablar de violencia de género porque la especialidad da

servicio exclusivamente a mujeres de forma que no podría concluirse categóricamente que son maltratadas a causa de su género o que serían atendidas de modo diferente de ser varones. Las campañas de esterilización forzada, sin embargo, se dirigen mayormente a la población femenina y aunque en todas las profesiones médicas los pasantes aprendan sobre el cuerpo de sus pacientes, no existe otra especialidad aparte de la obstetricia, en la que se acepte de forma natural la práctica de procedimientos quirúrgicos innecesarios como estrategia de entrenamiento a los alumnos. Los cardiólogos no aprenden las cirugías de corazón abierto sometiendo al procedimiento a quienes no lo requieren; esperan a tener la oportunidad de atender un paciente que necesite la intervención para entonces practicarla. Múltiples testimonios recogidos por éste y otros trabajos dan cuenta, sin embargo, del ejercicio de cesáreas y episiotomías llevadas a cabo con un objetivo meramente pedagógico.

Las asimetrías en la distribución del poder en nuestra sociedad llevan a que, como lo señala Butler (2002), algunos cuerpos tengan más valor que otros. La violencia obstétrica da cuenta de la asimetría entre los géneros propia de una sociedad en la que las mujeres tienen un lugar subordinado respecto de los hombres. Los cuerpos femeninos pueden ser esterilizados a cambio de financiamientos o intervenidos quirúrgicamente para agilizar el funcionamiento de un sistema de salud saturado o beneficiar a la industria farmacéutica. La concepción del cuerpo de las mujeres como un objeto del que se puede disponer adquiere diferentes matices dependiendo del perfil de las mujeres a las que el sistema atienda. Cobra la forma del abandono o la violencia explícita entre las mujeres que suman al género factores de marginación como la pobreza o la etnicidad y la de la híper-medicalización (violencia velada) entre los grupos privilegiados de la población.

La violencia en la atención de los partos ciertamente no es un fenómeno que pueda limitarse a lo que ocurre en la actualidad; ha formado parte de los esquemas de atención de sociedades muy diversas en diferentes épocas. Se trata de una manifestación del ejercicio de sometimiento históricamente ejercido sobre los cuerpos de las mujeres que en cada lugar y temporalidad toma la forma de la sociedad en la que se inscribe. No es de naturaleza distinta

a la que se ejerce en otros ámbitos de la sociedad, responde a los mismos principios: la injusticia social, la marginación y el prejuicio: “Estamos insertos en una sociedad violenta y esa violencia se filtra a distintas situaciones; el parto es sólo una de ellas”, afirma una de las creadoras del primer Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina (OVO) (Julieta Saulo, comunicación personal, 18 de agosto, 2016).

La institución médica es producto de un determinado orden de dominación en la sociedad y reproduce, por tanto, las relaciones de poder del colectivo del que emerge. Su existencia es posible gracias a las asimetrías que llevaron a determinados saberes y colectivos a tener una jerarquía mayor que otros. Parte fundamental su función es cristalizar las asimetrías en la distribución del poder; imprimirlas en la carne de los sujetos, ayudando así a consolidar identidades que reproduzcan las relaciones de dominación-sometimiento; el MMH, a través de sus instituciones, reproduce una serie de patrones de dominación.

En México puede observarse cómo la polarización característica de la distribución de los recursos se manifiesta en un sistema polarizado también de atención de la salud que lleva a híper-medicalizar algunos nacimientos y abandonar otros. Ambas vías son violentas pues parten del desconocimiento de la mujer como sujeto de derecho que merece ser atendida con procedimientos de eficacia probada y reconociendo su protagonismo en la escena. La violencia manifiesta de la que dan cuenta algunos testimonios, no hace otra cosa que descorrer el velo de una realidad de discriminación que subyace a los diferentes paradigmas de atención. Mientras en las poblaciones marginales prima lo que se ha definido como TLTL, en zonas urbanas y sectores privilegiados la atención responde al paradigma TMTS.

La convivencia de estas dos modalidades de atención en nuestro país da cuenta de un sistema que ofrece una salud diferenciada a pobres y ricos. Pero, reconociendo las importantes diferencias entre ambos esquemas, debe señalarse también que parten de una raíz común: el borramiento de la condición de sujeto de las mujeres a las que el sistema de salud atiende y el desconocimiento del derecho que tienen a decidir sobre sus cuerpos. La noción

de la mujer-objeto subyace tanto al abandono o el maltrato que puede observarse principalmente en instituciones públicas como a la manipulación excesiva de la híper-medicalización que prima en el sector privado aunque no se limita a éste.

Las prácticas rutinarias estandarizadas de procesamiento de los cuerpos que se ejecutan al interior de las instituciones de salud permite poner entre paréntesis la humanidad de las pacientes y con ello operar un borramiento de su carácter de sujetos. La responsabilidad fragmentada, la división de tareas por grupos y áreas, la rutinización de los procedimientos, las guardias de más de 24 horas y las consultas de menos de 15 minutos, dan cuenta de un sistema desvinculante, tal como lo señala Roberto Castro. Dicho sistema limita la posibilidad de que se establezcan lazos entre personal y pacientes pretendiendo reducir la interacción entre los actores al ámbito mecánico de la solución de una tarea. Al quedar velada su condición de sujeto, limitándola a su dimensión orgánica, se pauta la interacción a partir de un criterio de productividad lo cual favorece la circulación libre de la violencia.

Los profesionales de salud son formados por medio de un dispositivo “desvinculante” en el que se les entrena para tomar distancia emocional de sus pacientes (Castro, 2014: 179). Desde la formación los estudiantes inician su contacto con la anatomía a través del trabajo con cuerpos mutilados, trozos de personas de los que deben distanciarse para evitar la ominosa experiencia de una posible identificación (Canevari, 2011). ¿Es entonces inseparable el ejercicio de la violencia de la práctica médica?

La respuesta pareciera ser que no puesto que no todas las especialidades de la medicina parecieran ser igualmente propensas a violentar a sus pacientes, con lo cual merece la pena analizar las diferencia; entre todas las especialidades médicas, la obstetricia es la que presenta un mayor número de quejas ante la CONAMED. Interesantemente las especialidades quirúrgicas suelen estar más asociadas con el ejercicio de una medicina violenta que las especialidades clínicas y en el caso concreto de las iniciativas de implementación de un modelo de humanización del nacimiento, los

profesionales de salud más abiertos al cambio suelen ser los pediatras, médicos de especialidad clínica y no los obstetras que provienen de una rama quirúrgica (Ramos y otros, 2015). ¿En qué radica la diferencia fundamental entre clínicos y cirujanos? Probablemente en el hecho de que mientras los últimos trabajan con cuerpos, los primeros lo hacen con sujetos con los que se ven obligados a interactuar. Ello conduce a pensar que resulta más difícil ejercer violencia sobre otro al que se reconoce la condición de sujeto.

El principal hallazgo de este estudio es, probablemente, la relación inversamente proporcional entre violencia y vinculación. A menor vinculación, mayores probabilidades existen de que la violencia sea ejercida sin aparente obstáculo. Ello no quiere decir que la ruptura del vínculo sea la causa de que la violencia se ejerza, la raigambre es mucho más profunda y responde a principios de discriminación por género, clase, rasgos raciales… Pero lo que sí puede observarse al comparar los modelos de atención del parto que fueron analizados en este estudio (hegemónico y humanizado), es que mientras la medicina hegemónica responde a un principio desvinculante que facilita el ejercicio de la violencia, la medicina humanizada comprende una serie de estrategias vinculantes que lo obstaculizan: plantea espacialidades, temporalidades y una modalidad de uso de la palabra que apuestan por producir vinculación. El acompañamiento durante el parto es una estrategia vinculante que ha demostrado ser un eficiente recurso para contener el ejercicio de la violencia.

El reconocimiento de los actores como sujetos y el restablecimiento de los vínculos rotos del modelo humanizado no resuelve el problema de fondo de la violencia de género que cobra la forma de violencia obstétrica ni depura a la biomedicina de los intereses de los grupos dominantes que parasitan su estructura. Las estrategias vinculantes son un intento por tejer la red social que sostiene al sujeto en el colectivo, la que le vincula con los pares y con los diferentes, partiendo de la premisa de que ello por sí mismo permite poner freno al ejercicio descarnado de la violencia colocando los intercambios en el ámbito de la ciudadanía.

Para resolver el problema de la violencia obstétrica no bastan los modelos en los que se describen lineamientos de atención, no basta con concientizar a las mujeres acerca de la importancia de defender su derecho a parir con dignidad, no basta con sensibilizar al personal de salud; tampoco basta tejer redes pero éste es un paso que ha demostrado tener efecto para restituir la condición de sujeto a los actores y contener así el ejercicio de una violencia que de otra forma puede circular sin obstáculo al interior de las instituciones.

La violencia al interior de las instituciones de salud no cursa una sola vía. El personal de salud ejerce violencia sobre las mujeres a las que atiende porque a su vez es objeto de una violencia sistemáticamente ejercida sobre él: “Es tan violento el sistema de enseñanza en el hospital, donde hay tantas alianzas que no se dicen. Es violento el sistema con los médicos y las parteras: no tiene espacio de escucha, la cantidad de horas que están, no tienen recursos, a veces no tienen lugar para descansar. Es una cultura en la que se hace lo que se puede (Mariana Areso, comunicación personal, 5 de agosto 2016). Hay que tener cuidado cuando se aborda la violencia porque, como Žižek advierte: “El horror sobrecogedor de los actos violentos y la empatía con las víctimas funcionan sin excepción como señuelo que nos impide pensar” (Žižek, 2009:12). Tendemos a construir una mirada polarizada que construye víctimas y verdugos invisibilizando la complejidad del fenómeno. En tanto señalemos al personal de salud como perpetrador del acto violento, no como pieza de un mecanismo complejo, la reflexión en torno al tema resultará estéril. “Los médicos se infartan cinco años antes que el resto de la población, se divorcian nueve veces más y tienen una tasa mucho más alta de suicidios” (Bordelois, 2009: 15). Un estudio realizado en el 2013 entre estudiantes de medicina en la Ciudad de México reveló también un incremento en dificultades del sueño en esta población (Tofoya y otros, 2013).

No puede pensarse en la violencia obstétrica como producto de la mala voluntad de un puñado de profesionales; es resultado de prejuicios sociales, intereses político-económicos, condicionamientos institucionales, mandatos profesionales, relaciones jerárquicas y autoritarias. Se trata de un problema complejo y estructural por lo que no puede suponerse que las estrategias

vinculantes solucionarán mágicamente el asunto ni puede confiarse en la buena voluntad de otro puñado de médicos y enfermeras bien dispuestos para salir del problema. Es necesario que haya condiciones de posibilidad para que un modelo humanizado se instaure y la vinculación entre los sujetos opere. “Si el equipo médico no tiene seguridad es muy difícil trabajar. Si no tienes garantías es difícil trabajar con libertad, hace falta desarrollar procesos” (Cecilia Zerbo, comunicación personal, 16 de agosto, 2016).

Ahora bien, mientras el modelo hegemónico de atención resulta cómodo para las estructuras establecidas porque apunta a fijar las asimetrías que permiten reproducir los patrones de sometimiento convenientes a los grupos dominantes, el modelo humanizado que plantea una mayor horizontalidad en las relaciones y el reconocimiento de la capacidad de agencia de todos los involucrados, puede resultar amenazante para la estructura. Los proyectos que cuestionan el ejercicio autoritario de la medicina enfrentan serias dificultades para salir adelante por lo que se requiere que grupos con cierta dosis de autoridad en la vida institucional los avalen, que su implementación represente un beneficio para algún colectivo que pugne por reconocimiento al interior de la estructura y que la comunidad a la que se los ofrece valore y defienda el modelo para que estas propuestas logren sobrevivir con el paso de los años.

Dificultades en la investigación

La investigación que presento comprendió múltiples dificultades. La primera probablemente fue el hecho de intentar encontrar instancias de diálogo entre saberes provenientes de diferentes disciplinas, lo cual fue una apuesta ambiciosa que resultó complicado concretar. En segunda instancia, el esquema de investigación-acción participativa representó un reto pues implicó un posicionamiento de partida que comprendió la renuncia a cualquier aspiración de neutralidad. La implementación de un programa piloto al interior de una institución de salud también comprendió importantes retos pues requirió la coordinación de un equipo interdisciplinario, la gestión de financiamientos, el diálogo con instancias administrativas y autoridades. Por último, la elaboración de un documento que rescatara los hallazgos de los diferentes momentos del proceso investigativo, recuperando las voces de teóricos, informantes y la de la

propia autora intentando realizar un análisis riguroso pero de fácil lectura resultó ser también una tarea compleja.

Expectativas de continuidad o solución de problemas

La implementación del programa piloto de humanización del parto en CIMIGen tuvo un impacto acotado. Resultó eficiente para reducir los índices de algunas de las intervenciones innecesarias porque fue acompañada de lineamientos provenientes de la directiva pero su efecto en la institución no fue más profundo que el de otras coyunturas que llevaron al hospital a regular la cantidad de intervenciones a lo largo de su historia.

La presencia de las doulas, sin embargo, sí demostró ser una pieza clave para introducir la vinculación en la escena del parto y frenar el ejercicio de la violencia velada en la institución por lo que merecería la pena contemplar la posibilidad de introducir estrategias vinculantes de esta clase a la vida institucional para poner freno a la violencia obstétrica que se practica impunemente contra las mujeres.

Apéndice 1

LA EXPERIENCIA INVESTIGATIVA

Como probablemente ocurra en otros casos, la investigación que presento fue transformándose desde el momento de su origen hasta llegar la versión actual, la cual dista mucho de responder a las premisas originales que dieron pie al proyecto. He decidido incorporar al documento un apartado sobre la experiencia investigativa de los años de trabajo que llevaron a la producción de este texto porque considero que permite entender de mejor manera su contenido y porque es, en instancia última, un acto de honestidad que pone sobre la mesa el proceso vivo e inestable de la producción de conocimiento. Así pues, trazaré las coordenadas de este recorrido, cuyo inicio no puede fijarse en el momento de ingreso al programa de doctorado del CIESAS que llevó a producir este escrito, sino que es mucho más antiguo.

El interés por trabajar el ámbito de la reproducción surgió, de hecho, de la experiencia de mis propios partos. El nacimiento de mi primer hijo fue atendido a partir de las premisas de la medicina hegemónica mientras que el segundo fue un parto en agua que podría inscribirse en lo que se ha dado por llamar “nacimientos humanizados”. El tránsito por estos dos senderos me permitió experimentar en carne propia la diferencia entre un modelo de atención en el que la experiencia fue comandada por el miedo y el dolor desprendido de toda una serie de intervenciones completamente innecesarias que se ejecutaron en mi cuerpo y otro en el que primaron la intimidad y el respeto.

A partir de mi propia experiencia de parto surgió el interés por transformar la atención del nacimiento en una sociedad que le negaba a la mayoría de las mujeres la posibilidad de atravesar por parto en tanto instancia de encuentro con la propia fortaleza. Partiendo de la premisa de que si las mujeres accedían al conocimiento de la MBE que proponía hacer uso de la menor cantidad de intervenciones posible y permitir que la mujer ocupara un rol activo en la experiencia, podrían dialogar de forma más horizontal con sus proveedores de

salud y exigir una atención que les permitiera recuperar el control sobre sus cuerpos, me formé como doula (acompañante profesional del parto) y educadora perinatal y empecé a trabajar con grupos de mujeres.

En el acercamiento a las embarazadas descubrí algunas cosas: Vi que la información no necesariamente provocaba un cambio de posicionamiento; que si bien había quienes resultaban movilizadas tras conocer los lineamientos de atención de la MBE, había también quien seguía inclinándose por las alternativas que comprendían un mayor uso de recursos médicos y una posición pasiva de la mujer en el evento. Vi también que por más que las embarazadas exigieran una atención alineada con la MBE, su demanda tenía pocas probabilidades de ser escuchada si era dirigida a equipos de profesionales habituados a un manejo híper-medicalizado del parto.

Mi propio paso a través de la atención obstétrica y mi trabajo por la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres pusieron sobre la mesa el primer tema de interés. Viniendo de una formación psicoanálitica de base, intuí en el momento del parto una pieza clave para la reorganización de la subjetividad y esa premisa me llevó a desarrollar la primer pregunta de investigación: ¿Cómo impactan los modelos de atención del parto en la construcción de la subjetividad femenina? La híper-medicalización del nacimiento que llevaba a las mujeres a perder la confianza en su capacidad para parir, colocándolas en la docilidad a la que conduce la sensación de riesgo, se reveló como el problema central en un primer momento reflexivo.

Sin embargo, al acercarme por primera vez a las teorías sociales en el marco de la formación académica, las mujeres dejaron de ser el único actor de mi interés y empecé a tornar la mirada hacia los equipos de salud que las asistía. Noté entonces que resultaba necesario abordar el problema desde un enfoque relacional que considerara lo que ocurría al interior del ámbito institucional en el que la subjetividad de las mujeres se encontraba con la de los médicos y las enfermeras que les brindaban servicio.

Más adelante, y gracias a el acercamiento a autores de la teoría social, mi interés fue migrando del ámbito de la subjetividad hacia el de la vida institucional. La lectura de Goffman (1992) en su elaboración acerca de las instituciones totales fue determinante en la re-construcción del problema de investigación pues puso en escena la vida institucional con todas sus complejidades. Las instituciones totales que Goffman describió en *Internados* en tanto instancias que apuntaban a negar la condición subjetiva de los internos resultó fundamental para este primer giro de la propuesta. A la par de Goffman, encontré *El crepúsculo de la cultura americana* de Morris Berman (2007), el cual me hizo pensar que transformar la institución era posible. La primera propuesta desarrollada a partir de este momento consistió trabajar al interior de un hospital privado comparando los resultados de la atención que brindaban los equipos "convencionales" con los "humanizados" con el fin de demostrar las ventajas de este segundo modelo. Se propuso para ello la creación de un "paquete de parto humanizado" que sería ofrecido a las usuarias de la institución, que había manifestado interés por ampliar su mercado ofreciendo esta clase de servicio, a la par de los paquetes de parto "convencional" en los que el personal hacía uso de toda clase de recursos para acelerar artificialmente el proceso.

El primer intento fracasó. El equipo al que en mi protocolo denominé "convencional" o "híper-medicalizado" no se sintió en absoluto descrito por la categoría que yo le había impuesto y no tenía ningún interés en que sus resultados se compararan con los de los médicos "humanizados", por lo que se opuso frontalmente a la propuesta hasta que logró desterrarla. Merece la pena señalar que, si bien el trabajo de campo no logró llevarse a cabo en este sanatorio, los encuentros y negociaciones con los directivos que tuvieron lugar a lo largo de cerca de un año, terminaron produciendo un impacto que llevó al hospital a cambiar sus jefes de ginecología, obstetricia y neonatología por profesionales alineados con la humanización del nacimiento, así como a remodelar las instalaciones para adecuarlas a esta clase de servicio.

Después de que la primera propuesta de trabajo de campo naufragó, llevar a cabo una intervención al interior de una institución de salud se reveló como una

pieza clave para probar que un cambio en la atención biomédica del nacimiento era posible. Evidenciar la diferencia entre los resultados de los distintos modelos de atención al interior del aparato biomédico dejó de tener importancia porque ello no parecía ser la vía para transformar la práctica de híper-medicalización tan fuertemente arraigada al ejercicio de la medicina. Interesada en desarrollar un modelo que pudiera aplicarse a las instituciones de Salud Pública, de manera que cada vez más mujeres recibieran una atención alineada con la evidencia y un trato respetuoso, desarrollé un programa piloto de humanización del parto que pudiera ponerse a prueba para, en caso de funcionar, replicarse en otros servicios.

Ajusté la propuesta original eliminando el factor comparativo y planteando la evaluación de resultados a partir de un “antes” y un “después” de la intervención dentro de la propia institución. El dispositivo a aplicar constó de tres elementos: Un curso orientado a la sensibilización del personal de salud en el que se habló de los beneficios de la atención humanizada, un taller de preparación para el parto al que pudieron acudir gratuitamente las parejas y el acompañamiento continuo de una doula durante el nacimiento. El programa piloto pudo finalmente implementarse en una pequeña maternidad atendida por enfermeras obstétricas, con una larga trayectoria en la atención humanizada, pero que con el paso de los años había ido gradualmente alineándose con la tendencia híper-medicalizada que caracteriza a la atención en los hospitales privados de nuestro país. Para cubrir los honorarios del equipo de médicos, enfermeras y doulas que fungieron como capacitadores en el marco del proyecto se consiguió un financiamiento de Johnson a través de una asociación civil.

La idea original de evaluar el curso de la subjetividad a través de los diferentes modelos de atención perdió peso cuando se eliminó la posibilidad de comparar los resultados de equipos diferentes y el interés se desplazó a la documentación de una experiencia que demostrara que el cambio en la atención al interior del modelo biomédico era posible y benéfico. La pregunta entonces se modificó: ¿Cambiar la atención que el Sistema de Salud ofrece a las mujeres es posible? ¿Cómo se consigue transformar al personal de salud

que ha sido formado en un esquema “convencional” de atención para que atienda de forma “humanizada”? ¿Resulta relevante hacer esta clase de cambio? La investigación apareció entonces como un recurso para la transformación de una realidad social que parecía injusta, en la que el parto humanizado aparecía como un artículo de lujo al que sólo tenía acceso un grupo reducido de mujeres.

El programa piloto se implementó en CIMIGen; las usuarias del servicio se manifestaron satisfechas con la atención recibida y los resultados de des-medicalización fueron evidentes. Hubo una reducción significativa en el índice de cesáreas y puesto que en nuestro país la tendencia hacia los nacimientos quirúrgicos representa un problema que la Secretaría de Salud se interesa por atender, creí ver mi investigación terminada, de la cual el producto final era un modelo de intervención aplicable al sector público.

En ese momento entraron en escena nuevas lecturas, nuevos lectores y la comparación con realidades distintas a la propia que abren las estancias; los determinantes estructurales que hasta ese momento yo no había observado detenidamente pasaron a ser el principal tema de interés. La estancia que llevé a cabo en Buenos Aires me confrontó con una realidad que ya había dado varios pasos hacia el camino que yo proponía y no había logrado, sin embargo, resolver el problema de la violencia practicada sistemáticamente sobre los cuerpos de las mujeres en el marco de la atención del parto. En Argentina existe una ley reglamentada de parto humanizado que impone a las instituciones de salud pública el ejercicio de una medicina basada en evidencia, existe, de hecho, un modelo mucho más desarrollado que el que yo había intentado esbozar para la implementación de este tipo de atención en instituciones de gran volumen y hay toda una movilización social a través de asociaciones civiles orientadas a la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres. ¿Qué podía aportar entonces mi pequeño ensayo de transformación de las realidades?

Mi desarrollo, mi elaboración, mi pensamiento, habían transitado hasta entonces el ámbito de la atención privada y de pronto surgió como centro de

interés lo que ocurría en las instituciones públicas en las que se atiende la inmensa mayoría de las mujeres. La problemática de la institución pública, atravesada por factores diversos, rebasaba con mucho el tema de la híper-medicalización que yo había visualizado hasta entonces como eje del conflicto. El encuentro con la realidad pública puso sobre la mesa la relevancia de las políticas de Estado, las legislaciones, la defensa de derechos, las luchas de poder… La institución apareció como reflejo y recurso para la reproducción de los desequilibrios en las relaciones sociales, atravesada por condiciones de clase, etnia, género. El encuentro con esta realidad hizo que la pregunta articuladora del trabajo cambiara nuevamente trayendo la violencia al centro de la escena, violencia de la cual la híper-medicalización no era más que una modalidad institucionalizada. ¿Qué es lo que posibilita que la violencia hacia las mujeres se ejerza tan descarada e impunemente al interior de las instituciones de salud?

La nueva pregunta implicó una revisión radical de todo lo elaborado hasta entonces, un cambio en la estructura, en el uso de conceptos, en la jerarquización de la información. Muchos elementos nuevos se integraron, muchos otros salieron y el resultado de ese ejercicio es este manuscrito, perfectible, transformable y sujeto siempre a revisión. La apuesta por buscar una salida persiste, aunque la puerta que se puede vislumbrar ahora no es la misma que yo intuía al inicio de este largo y serpenteante camino.

Apéndice 2

Programa del taller: “Capacitación y sensibilización del personal de salud en el modelo de atención humanizada del nacimiento”

PRIMERA SESIÓN

9:00 a 9:15

Bienvenida e introducción al curso

9:15 a 10:00

Control prenatal (Dra. Elizabeth Valencia Medina)

- Enfoque de las consultas prenatales en el modelo humanizado de atención del nacimiento.
- Aspectos relevantes a considerar durante el control prenatal.
- Importancia del vínculo médico-paciente para reforzar la confianza de la mujer en su capacidad para parir de forma natural.
- Las consultas prenatales a partir de la semana 40.
- ¿Hasta cuándo es seguro esperar?
- Manejo de Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC).
- Diagnóstico pre-gestacional

10:00 a 11:00

Labor de parto (Dra. Elizabeth Valencia Medina)

- Manejo de la fase inicial del trabajo de parto.
- Momento oportuno para desplazarse hacia el hospital.
- Manejo de la fase activa del trabajo de parto.
- Importancia de la libertad de movimiento para la evolución satisfactoria del parto.
- Política en cuanto al consumo de alimentos y bebidas.
- Hidratación oral vs intravenosa (IV).

- Uso de oxitocina, prostaglandina y amniocentesis. Ventajas y desventajas.
- Monitoreo de la frecuencia cardiaca del bebé.
- El tacto del cuello uterino. ¿Cuándo es necesario hacerlo?
- Procedimiento ante un trabajo de parto que no evoluciona.

11:00 a 11:30

RECESO

11:30 a 12:00

Nacimiento humanizado (Mtra. Mercedes Campiglia)

- Postura de la OMS para la atención de un nacimiento fisiológico y respetado.
  - Consenso ACOG y SMFM sobre medidas para evitar la primera cesárea.
  - Prácticas de atención para un nacimiento saludable:
    - Permitir que el trabajo de parto inicie por si mismo. (A término 39 0/7 a 40 6/7 ACOG).
    - Permitir que la mujer este acompañada por quien ella elija.
    - Libertad de movimiento y cambios de posición.
    - Evitar intervenciones médicas que no estén justificadas.
    - Libertad de posición para el pujo (no litotomía y no maniobra valsalva).
    - Contacto piel a piel y lactancia en la primera hora de vida.

- Características del modelo humanizado de atención del nacimiento.
  - Libertad y responsabilidad en la toma de decisiones informadas que lleva a la mujer a sentirse satisfecha con el resultado y con el proveedor de salud.
  - Respeto y trato digno a la mujer.
  - Trabajo colaborativo del equipo interdisciplinario en la atención humanizada.

- Elección libre de acompañantes durante el nacimiento.
- Reconocimiento del poder de la mujer y su derecho a decidir sobre su cuerpo.
- Respeto del vínculo afectivo entre mamá y bebé.

12:00 a 12:30

La doula y la educación perinatal (Mtra. Mercedes Campiglia)

- La importancia de la doula en el nacimiento.
  - Evidencia científica de los beneficios del apoyo psico-emocional asociados con la presencia de la doula.
  - ¿Quién es? ¿Qué aporta? ¿Qué logra?
  - Contribución de la doula en la experiencia del nacimiento para la mujer.
  - Importancia de crear un entorno cálido, íntimo, confiable y seguro que permita a la mujer confiar en su cuerpo y tener una adecuada secreción de hormonas.

- La diferencia en el nacimiento cuando se cuenta con educación perinatal.
  - Modelo de educación para la sumisión y obediencia vs para el crecimiento y la auto-conciencia.
  - Desarrollo de la confianza de la mujer. Darle conocimientos y herramientas para que ella pueda elegir el tipo de nacimiento que desea tener.
  - Plan de parto.
  - El embarazo como momento saludable y gozoso.
  - Involucramiento activo de la pareja.

12:30 a 13:00

Parto fisiológico (Licenciada en Enfermería y Obstetricia [LEO] Patricia Ochoa)

- Consideraciones del parto como evento fisiológico.
  - Elementos del parto (pasajero, pasadizo, poderes, psique, posiciones, prácticas, procedimientos, presiones, permisos).

- Importancia de que la mujer confíe en que su cuerpo está hecho para parir y que cuenta con las herramientas necesarias.
- El entorno en que la mujer da a luz y el personal de salud que le asiste aumentan o disminuyen la confianza de la mujer en su habilidad para parir.

- La importancia del entorno.
  - Fisiología del parto desde la perspectiva de producción hormonal: El papel de las hormonas y su relación con el estado anímico de la mujer.
  - Aspecto psico-emocional de la madre y su pareja.
  - Retos que representa el ambiente hospitalario.

- El dolor como guía en el parto.
  - Neurobiología del parto y mecanismos para reducir la percepción del dolor.
  - Estrategias no farmacológicas para el manejo del estrés y del dolor en el parto (teoría de las compuertas, mecano, quimio y termo receptores).
  - Apoyo para el manejo del dolor durante las contracciones y en las pausas.

1:00 a 13:30

Pelvis y movimiento (LEO Patricia Ochoa)

- Anatomía en movimiento: pelvis y periné.
  - La pelvis en el parto. Posturas y movimientos que la transforman y facilitan el parto fisiológico.
  - Conciencia corporal.
  - Posiciones estrella de la movilidad pélvica (pelvis libre).
  - Anatomía del periné.
  - Posiciones para ayudar al progreso del parto.
  - Importancia de permitir libertad de movimiento: la pelota, el rebozo y las telas.

SEGUNDA SESIÓN

9:00 a 10:00

Periodo expulsivo (Dr. José Luis Larios)

- Manejo del periodo expulsivo.
- Libertad de posición para el expulsivo.
- Pujo libre vs pujo dirigido.
- Riesgos de ejercer presión en el fondo uterino durante el pujo.
- Un parto sin episiotomía rutinaria: ¿Cómo evitar desgarros en el periné?
- Alumbramiento de la placenta. Importancia de esperar a que se desprenda por sí misma.
- Nacimientos en agua: ¿Cómo se los atiende?

10:00 a 11:00

Posparto y puerperio (Dr. José Luis Larios)

- Pinzado tardío del cordón: Sus implicaciones y beneficios.
- Revisión de cavidad uterina: ¿Resulta necesaria? ¿Cuándo?
- Revisión de genitales después del nacimiento.
- Criterios para reparación de desgarros en caso de haberlos.
- La importancia de evitar la separación entre bebé y mamá.
- Consultas de posparto: Enfoque.

11:00 a 11:30

RECESO

11:30 a 12:00

Labor de parto (Lamaze Childbirth Certificated Educator [LCCE] Guadalupe Trueba)

- Los sonidos del parto: Valor del silencio para identificar los sonidos significativos en el parto.
- Entorno de respeto y apoyo donde la mujer pueda libremente gemir, vocalizar, llorar, cantar, tomar la postura que elija.

- Estado alterado de conciencia.
- La enfermera como apoyo.

12:00 a 12:15

Medidas no farmacológicas para el manejo del dolor (LCCE Guadalupe Trueba)

- Relajación activa.
- Enfoque de atención y visualización.
- Masajes, acupresión y contacto suave.
- Contrapresión.
- Aplicación de frío/calor.
- Hidroterapia (regadera, tina).
- La pelota para parto.
- Rebozo, hamacas y telas.
- Audioterapia.
- Aromaterapia.
- Necesidades primarias cubiertas (hambre, sed, frío, calor, libertad de movimiento).

12:15 a 12:30

El agua en el parto (LCCE Guadalupe Trueba)

- Uso del agua como una alternativa:
  - Beneficios del uso del agua.
  - Relajación y progreso del trabajo de parto.
  - Diferencia entre uso del agua en labor y nacimiento en agua.
  - El agua como recurso, no como fin.
  - Libertad de movimiento.
  - Ingravidez.
  - Participación del padre.

12:30 a 13:00

Expulsivo (LCCE Guadalupe Trueba)

- Estrategias de apoyo durante el periodo expulsivo:
  - Libre pujo.

- Posiciones: cuclillas, silla maya, uso del rebozo, acostada de lado, cuatro puntos, WC.
- Diferencia entre "ceder" y "resistir" ante la urgencia del pujo.
- La ley de los esfínteres.
- La fortaleza de la mujer en el período expulsivo.

13:00 a 13:30

Posparto, puerperio y lactancia (Dra. Katia Contreras)

- Acompañamiento durante el posparto
  - Actitudes de la madre en la tercera etapa del parto.
  - La importancia de mantener a mamá y bebé calientes y sin distraerlos de su tarea en el período sensible.
  - Contacto piel con piel mamá-bebé.
  - Apoyo de la doula en el arrastre al pecho y la primera succión.
  - Estrategias para facilitar la integración familiar.
  - Entorno confiable, cálido, seguro e íntimo.
  - Contacto piel con piel papá-bebé.
- Pinzado tardío del cordón umbilical: Beneficios.
- Atención humanizada del Recién Nacido:
  - Valorar la necesidad de aplicar todas las rutinas a todos los bebés.
  - Elegir el momento indicado para realizar estas rutinas.
  - APGAR como indicador de bienestar.
- Importancia de respetar el apego temprano:
  - Ambiente de respeto: no separar y no distraer.
  - Beneficios de iniciar con la lactancia inmediatamente después del nacimiento.
    - Ventajas para la madre (físicos, emocionales, psicológicos).
    - Ventajas para el bebé a corto, mediano y largo plazo.
- Lactancia
  - Problemas comunes en los primeros días de lactancia y estrategias para solucionarlos.
  - Importancia de la consultoría en lactancia.

Apéndice 3

Programa del curso de formación de doulas: “Apoyo y acompañamiento para el parto y nacimiento”

PRIMERA SESIÓN

9:00 a 9:30

Bienvenida e introducción al curso

9:30 a 11:00

Apoyo en el parto

- ¿Qué significa acompañar? - Papel del acompañante de parto como fuente de apoyo.
- Historia de la parturienta acompañada por otra mujer.
- Evidencia científica de los beneficios de la doula.
- Contribución de la doula en la salud materno-infantil: ¿Quién es? ¿Qué hace? ¿Qué logra?
- Postura de DONA International, OMS, ACOG y demás instituciones que regulan el cuidado obstétrico seguro y saludable y fomentan el apoyo de la doula en el parto.

Contribución de la Doula en la experiencia del parto

- Significado e importancia de que la mujer tenga una “experiencia satisfactoria" en el parto.
- Impacto a corto, mediano y largo plazo de la experiencia del parto para la mujer.
- Impacto a corto, mediano y largo plazo de la experiencia del nacimiento para el bebé.

Humanización del parto en el mundo y en México

- Comunicación entre el equipo de salud para mejorar la atención basada en evidencia.

11:00 a 11:30

La Doula y las "Prácticas para un Nacimiento Saludable"

- Filosofía Lamaze para el parto.
- "El parto saludable a su manera" de Lamaze International.

11:30 a 12:00

RECESO

12:00 a 13:15

El Parto

- Fisiología del parto desde la perspectiva de la producción hormonal.
- Entorno que facilita la producción de hormonas para un parto normal, seguro, saludable y gratificante.
- Del Sistema de Lucha-Huida al Sistema de Calma-Contacto.
- La pelvis en el parto: Posturas y movimientos que la transforman y favorecen el parto fisiológico.

Modelos de atención del parto

- Modelo centrado en la obstetricia.
- Modelo centrado en la partería.
- Modelo centrado en la fisiología.

13:15 a 14:00

El parto ideal

14:00 a 15:30

RECESO

15:30 a 16:30

Contacto prenatal entre la doula y la embarazada

- Finalidad de la entrevista prenatal:
  - Detectar miedos y temores en la mujer y quien la acompañe.

- Conocer deseos y metas de la mujer para el nacimiento de su hij@.
- Identificar las expectativas que la mujer tiene de la doula.
- Conocer el sitio en que ocurrirá el parto y proveedores de salud implicados en el nacimiento.
- Explorar lo que no se ha contemplado y cobrará importancia en el nacimiento.

- La doula y el compañero de la mujer: ¿Cómo trabajar juntos?
- Elaboración de un plan de parto.

16:30 a 17:15

Proyección de imágenes y videos

17:15 a 17:45

Protección de la doula y la parturienta en el ámbito hospitalario y/o en casa

- Medidas universales de precaución.
- La maleta de la doula.

17:45 a 18:00

¿Que llevo en mi mochila del día de hoy?

SEGUNDA SESIÓN

9:00 a 10:00

El dolor en el parto

- Interpretación de la fisiología y del dolor en el parto.
- El dolor como guía en el parto: Una nueva perspectiva.
- ¿A quién además de la mamá le duele el parto?
- Estrategias no farmacológicas para el manejo del estrés y del dolor en el parto.
- Estrategias farmacológicas para cuando se requiere o se desea un bloqueo.

10:00 a 10:30

Vocalización y respiración

- Sonidos del parto.
- Valor del silencio para identificar los sonidos significativos en el parto.

10:30 a 11:30

Conductas comunes en etapas y fases del parto

- La mujer de parto en:
  - Trabajo de parto de inicio lento: Fatiga emocional.
  - Fase activa del parto: Fatiga física.
  - Trabajo de parto con dolor en la región lumbar: Desesperanza e impaciencia.
  - Fase de transición: Irritabilidad e intolerancia.
  - Etapa expulsiva: En la recta final; máximo esfuerzo.
  - Posparto: El éxtasis del encuentro con el recién nacido.
  - ¿Cómo favorecer un entorno cálido, íntimo, confiable y seguro?
  - ¿Cómo identificar ritmo y ritual de un estado alterado de conciencia?

11:30 a 12:00

RECESO

12:00 a 14:00

Demostración y práctica de estrategias para el acompañamiento en el trabajo de parto

- Relajación activa.
- Enfoque de atención y visualización.
- Respiración, gemidos, canto-vocalización.
- Masajes, acupresión y contacto suave.
- Aplicación de frío-calor.
- Hidroterapia (regadera, tina, mar).

- Posiciones y movimientos.
- La pelota para parto.
- Rebozo, hamacas y telas.
- Audioterapia.
- Aromaterapia.

La doula ante diversos escenarios

- Hospital que tolera la presencia de la doula.
- Hospital que favorece la presencia de la doula.
- La doula en un parto en casa.
- En parto en agua.

El apoyo durante las contracciones y el apoyo durante las pausas

14:00 a 15:30

RECESO

15:30 a 17:00

Demostración y práctica de estrategias de apoyo para el expulsivo

- Músculos del piso pélvico y su función durante el expulsivo.
- La ley de los esfínteres.
- Estrategias para relajar los músculos del periné.
- Diferencia entre "ceder" y "resistir" ante la urgencia del pujo.
- Posiciones para el período expulsivo.
- Pujo dirigido y pujo espontáneo.
- Uso del WC, banco de parto o silla especial.
- Uso del rebozo, hamaca y telas para el pujo.

17:00 a 17:45

Dinámica grupal

17:45 a 18:00

¿Qué me llevo en mi mochila del día de hoy?

TERCERA SESIÓN

9:00 a 9:45

Parto en movimiento: pelvis, piso pélvico y respiración.

9:45 a 10:30

Uso de hidroterapia en el parto

- Consideraciones de seguridad.
- Regadera.
- Tina de parto.
- Rebozo y pelota en la hidroterapia.

10:30 a 12:00

El trabajo de la doula ante las rutinas e intervenciones médicas

- Indicaciones, ventajas, desventajas y alternativas de procedimientos de rutina.
- Lineamientos de OMS, CIMS e IMCBI para la atención del parto normal.
- Negociación y comunicación de la doula con el personal de salud.

Acompañamiento en diferentes escenarios:

- Inducción.
- Conducción.
- Amniotomía.
- Confinamiento en cama.
- Monitoreo fetal continuo.
- Bloqueo Epidural.
- Episiotomía.

Estrategias de apoyo a la madre confinada en cama durante la labor de parto

- Contacto visual.
- Masajes.
- Vocalización.
- Posiciones: pelvis libre.

Cesárea y Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC)

- Trabajo de la doula durante y después de la cesárea.
- Estrategias de apoyo para el contacto temprano y el inicio de la lactancia.

Separación mamá-bebé

- La doula como protectora del “período sensible” mamá-bebé.
- Contacto piel con piel papá-bebé.

12:00 a 12:30

RECESO

12:30 a 13:00

Demostración y práctica de estrategias de apoyo para el posparto inmediato

- La madre en la tercera etapa del parto.
- Apoyo de la doula en el arrastre al pecho y la primera succión.
- Estrategias para facilitar la integración familiar.

13:00 a 14:00

La doula en el posparto tardío

- Psicología del posparto y apego seguro desde el primer encuentro.
  - Finalidad de la visita o entrevista de posparto.
  - Procesando la experiencia del nacimiento con la mujer.

Eventos inesperados

- Duelo y pérdida.
- Situaciones que implican sensación de pérdida:
  - Evento traumático.
  - Violencia obstétrica.

14:00 a 15:30

RECESO

15:30 a 16:30

Contribución de la doula en la lactancia

- La actividad hormonal y el entorno que favorece el inicio exitoso de la lactancia.
- Posiciones para amamantar.
- Prensión correcta del bebé al seno.

La Doula ante los retos de la lactancia

- Impacto de la separación mamá-bebé.
- Congestión mamaria.
- Pezones adoloridos y/o agrietados.
- Producción insuficiente de leche.
- Cesárea.
- Expectativas que no corresponden a la realidad.
- Profesionales, grupos y asociaciones de apoyo a la lactancia.
- Cuándo y cómo hacer una referencia.

16:30 a 17:15

Desarrollo profesional de la doula

- Responsabilidades y estándares para la práctica.
- Código de Ética de DONA International.
- Cómo evaluar los servicios del apoyo que brinda la doula.
- Importancia de las redes de apoyo.
- La misión de DONA International.
- Compromiso con la mujer a la que se acompaña.
- El desempeño de la doula ante la diversidad cultural, social y sexual.

Información acerca del proceso de certificación de DONA International como doula para el Parto

17:15 a 17:45

Evaluación mediante la demostración de lo aprendido

- Desempeño de roles.

17:45 a 18:00

Clausura y entrega de constancias de asistencia

Apéndice 4

Guía de entrevista con madres

INTRODUCCIÓN

Presentación del moderador, explicación de la dinámica de la entrevista y los objetivos del estudio.

Presentación de la participante (nombre, ocupación, trabajo, número de hijos, etc.)

El embarazo

- Háblame un poco acerca de este embarazo: ¿Cómo llegó este embarazo a tu vida? ¿Lo estabas buscando o te tomó por sorpresa?
- ¿Cómo fue este embarazo para ti? ¿Cómo lo describirías?
- ¿Cómo te sentiste al estar embarazada? (explorar si el embarazo es percibido como un estado de salud o de enfermedad).
- ¿Qué dirías que fue lo mejor y lo peor de este embarazo?
- ¿Cómo percibiste a tu cuerpo durante el embarazo?
- ¿Qué pasaba por tu cabeza cuando te veías en el espejo?
- ¿Qué cambios hubo en tu vida a raíz del embarazo? Explorar transformaciones significativas en rutinas, hábitos, prioridades, relación de pareja en caso de que la haya.

La atención prenatal

- ¿En qué semana te enteraste de que estabas embarazada? ¿Iniciaste atención prenatal desde entonces?
- ¿Te atendiste siempre en CIMIGen o iniciaste la atención en algún otro sitio?
- ¿Cómo ha sido la atención prenatal que has recibido?
- Descríbeme una típica consulta de atención: ¿Cuánto tuviste que esperar? ¿Cuánto duraron las consultas? ¿Quién te recibía? ¿Fuiste sola o acompañada? ¿En qué consistían las consultas?

- ¿Cómo describirías la atención que te dieron los médicos y las enfermeras durante este proceso?
- ¿Te indicaron estudios? ¿Cuáles? ¿Por qué?

El nacimiento

- ¿Has tenido otros bebés? En caso de que sí, cuéntame un poco acerca de esos partos:
    - ¿Cómo fue la experiencia de parir para ti?
    - ¿Qué recuerdas como lo más difícil del evento?
    - ¿Qué fue lo mejor?
    - ¿Dónde tuviste a tu bebé?
    - ¿Cómo describirías la atención que recibiste?
    - ¿Cómo fue ese parto?
    - ¿Estuviste acompañada? ¿Por quién? (Explorar relevancia del acompañante si lo hubo).
    - ¿Tuviste a tu bebé contigo el nacer?

- ¿Qué habías escuchado acerca del parto antes de tener a tu bebé? ¿Qué historias te contaron?
- ¿Cómo han sido los nacimientos de las mujeres de tu familia? ¿Cómo fueron los de la generación de tu madre y cómo son los de las mujeres de tu generación?
- ¿Cómo te habías imaginado tu parto antes de que ocurriera?

CIMIGen

- ¿Por qué razones elegiste tener a tu bebé en CIMIGen? ¿Qué factores fueron importantes para tomar esta decisión?
- ¿Qué otras opciones evaluaste y cómo fue que te quedaste con ésta?
- ¿Qué ventaja tiene atenderse en CIMIGen respecto de las otras opciones que consideraste? ¿Qué lo hace diferente a los demás?
- ¿Consideras que fue una buena decisión atenderte aquí?
- ¿En qué debe trabajar CIMIGen para mejorar el servicio que brinda?

Cursos de preparación para el nacimiento

- ¿Acudiste a las sesiones de preparación para el nacimiento? Razones.
- ¿Cómo te sentiste en ellas?
- ¿Fuiste sola o acompañada?
- ¿Cambió en algo tu percepción del parto a partir de las clases de preparación? ¿Qué cosas en tu concepción se modificaron?
- ¿Qué cosas nuevas aprendiste en estas sesiones?
- ¿Qué es lo que más te gustó de las clases?
- ¿Qué les criticarías?
- ¿Consideras que tuvo utilidad asistir a un curso de preparación? ¿Por qué?

Vivencia del nacimiento

- Cuéntame cómo te fue en el nacimiento de tu bebé: ¿Qué ocurrió? ¿Cómo te sentiste?
- ¿Fue lo que imaginabas? ¿En qué se pareció o se diferenció respecto de lo que habías fantaseado?
- ¿Quién te acompañó en este recorrido?
- ¿Qué fue lo más difícil para ti?
- ¿Qué fue lo mejor de la experiencia?
- ¿Qué cosas te ayudaron a atravesar por la experiencia de mejor manera?
- ¿Te sientes satisfecha con el nacimiento que tuviste?
- ¿Cómo viviste a tu cuerpo en el momento del nacimiento de tu bebé?
- Parir fue… (completa la oración con los adjetivos que consideres pertinentes).
- ¿Qué piensas de ti después de haber vivido esta experiencia?
- ¿Tuviste a tu bebé piel a piel en el momento del nacimiento? ¿Cómo fue ese momento para ti?
- ¿Cómo te ha ido con la lactancia en estas primeras horas?
- ¿Cómo se porta tu bebé? ¿Te resulta sencillo saber lo que quiere?
- Si tuvieras un próximo nacimiento: ¿Qué cosas te gustaría que ocurrieran de la misma manera y cuáles quisieras cambiar?

Personal de salud

- ¿Cómo describirías la atención que recibiste por parte del equipo de salud de la institución?
- ¿Te sentiste cuidada y atendida por el equipo de profesionales que te asistieron?
- ¿Te explicaron los procedimientos que realizarían antes de practicarlos?
- ¿Tienes alguna queja respecto de la atención que recibiste?
- El personal de salud fue… (completa la oración con los adjetivos que consideres pertinentes).

La doula

- ¿Tuviste doula en el nacimiento de tu bebé?
- ¿Qué hizo ella por ti?
- ¿Fue importante para ti su presencia?
- ¿Tienes alguna queja respecto de la atención que recibiste de ella?
- ¿Consideras que hubo buena interacción entre la doula y el resto del equipo de salud?
- ¿Desearías tener una doula para un futuro nacimiento?
- La doula fue… (completa la oración con los adjetivos que consideres pertinentes).

Balance de la experiencia

- ¿Qué cosas fueron las más significativas para ti del recorrido? ¿Cuáles son los momentos que recuerdas con más nitidez si vuelves tu mirada atrás?
- ¿Algo cambió en ti a partir de este proceso de embarazo y parto?
- Si tuvieras que completar estas freses, ¿cómo lo harías?
    - Antes era…
    - Ahora soy…

DESPEDIDA Y CIERRE

Apéndice 5

Guía de entrevista con profesionales de la salud

INTRODUCCIÓN

Presentación del moderador, explicación de la dinámica de la entrevista y los objetivos del estudio.

Presentación del participante (nombre, ocupación, trabajo, etc.)

La formación profesional

- ¿Qué se enseña acerca del parto en la formación profesional? ¿Cómo se entiende al cuerpo de la mujer y al nacimiento del bebé en el marco de la enfermería / la obstetricia? Por favor descríbemelo a grandes rasgos.
- ¿Cuáles son las cosas más importantes acerca del nacimiento que aprendiste en la facultad de medicina-enfermería?
- Dirías que saliste de tu formación concibiendo al parto como… y al embarazo como…
- ¿Recuerdas el primer nacimiento que te tocó asistir? ¿Cómo fue? ¿Qué impresión te quedó de él?
- ¿Cuál te enseñaron que debía ser el papel del profesional de salud en la atención de los nacimientos?
- ¿Cómo viviste la atención de los nacimientos en la época de tu residencia / prácticas?
- ¿Cómo es la vida de un residente? ¿Cómo son sus días? ¿Qué representan los nacimientos para él?
- ¿Escuchaste alguna vez en tu formación acerca del modelo de atención humanizada?
- ¿Qué sabías de este tipo de atención en ese momento? ¿Qué pensabas de ella?

La práctica

- ¿Cuándo empezaste a encargarte de atender partos?
- ¿En dónde trabajabas entonces?
- ¿Cómo era la vida en ese lugar? ¿Cómo era un día típico de trabajo?
- ¿Cómo se atendían los nacimientos en el sitio en el que trabajabas?
- ¿Cómo atendías los nacimientos tú entonces?
- ¿Cómo te sentías tú ante el tipo de atención que recibían las mujeres durante el nacimiento de sus hijos?
- ¿Cuál considerabas entonces que era tu papel como profesional de la salud responsable del evento?
- ¿Se parecía lo que habías aprendido a nivel teórico con lo que tenías que enfrentar en la práctica?
- ¿Fue cambiando tu forma de trabajar a lo largo del tiempo? ¿Cómo y por qué razones?
- ¿Qué experiencias de nacimiento han marcado tu práctica profesional?

La atención del nacimiento en CIMIGen (para personal de la institución)

- ¿Cómo sueles atender los nacimientos hoy en día y por qué?
- ¿Aprendiste algo diferente sobre el modo de atender los partos al ingresar a esta institución? ¿Qué conocimientos incorporaste?
- ¿Qué piensas del nacimiento y del papel del personal de salud en él ahora?
- ¿Cuáles de tus pre-concepciones te costó más trabajo modificar? (En caso de que tus percepciones se hayan modificado).
- ¿Qué fue lo que te impulsó a realizar cambios en tu práctica? (Si los hubo).

Programa de humanización del nacimiento (para personal de la institución)

- ¿Asististe a las sesiones de sensibilización para el personal de salud impartidas en CIMIGen?
- ¿Algo de lo que se dijo en ellas impactó en tu práctica cotidiana? ¿Qué cosas? ¿De qué manera?

- ¿Has notado cambios al modificar las estrategias de atención? (En caso de que esto haya ocurrido).
- ¿Qué dificultades has encontrado para aplicar lo aprendido?
- ¿Cambió de alguna forma tu percepción del parto, el embarazo y el cuerpo de la mujer a partir de este taller? ¿Qué cosas se transformaron en tu mirada?
- ¿Se ha modificado de alguna forma el vínculo con tus pacientes?
- ¿Consideras que recibiste información de utilidad? ¿Cuál?
- ¿Qué cosas consideras que hubiera sido importante abordar y estuvieron ausentes del programa del taller?
- ¿Qué le criticarías a esta propuesta? ¿Cuáles son sus fallas?
- ¿Has notado diferencia entre las pacientes que se han preparado en cursos y las que no lo hacen?
- ¿Qué cambia en el parto de las mujeres que han recibido una preparación para el nacimiento?
- ¿Qué opinión tienes de la figura de la doula?
- ¿Te ha tocado ya trabajar con ellas? ¿Cómo ha sido la interacción de esta figura con el resto del equipo de salud?
- ¿Consideras que tiene alguna utilidad su presencia? La doula sirve para… (completa la frase con aquello que consideres pertinente).
- ¿Ha habido conflicto con la presencia de las doulas en el hospital? ¿De qué tipo?
- Por último, en tu experiencia: ¿Qué sería necesario hacer para lograr una atención más humanizada del nacimiento? ¿El esfuerzo que se está llevando a cabo es suficiente o hay otros aspectos que resulta necesario atender para obtener mejores resultados?

DESPEDIDA Y CIERRE

Apéndice 6

Reporte de observación de campo

En el cuestionario que se elaboró para que completaran las doulas después de cada nacimiento acompañado se incluyeron las variables que permitieran clasificar los casos según el criterio de Robson, promovido por la OMS para comparar el índice de cesáreas entre instituciones que atienden a pacientes de diferentes tipos (OMS, 2015: 9).

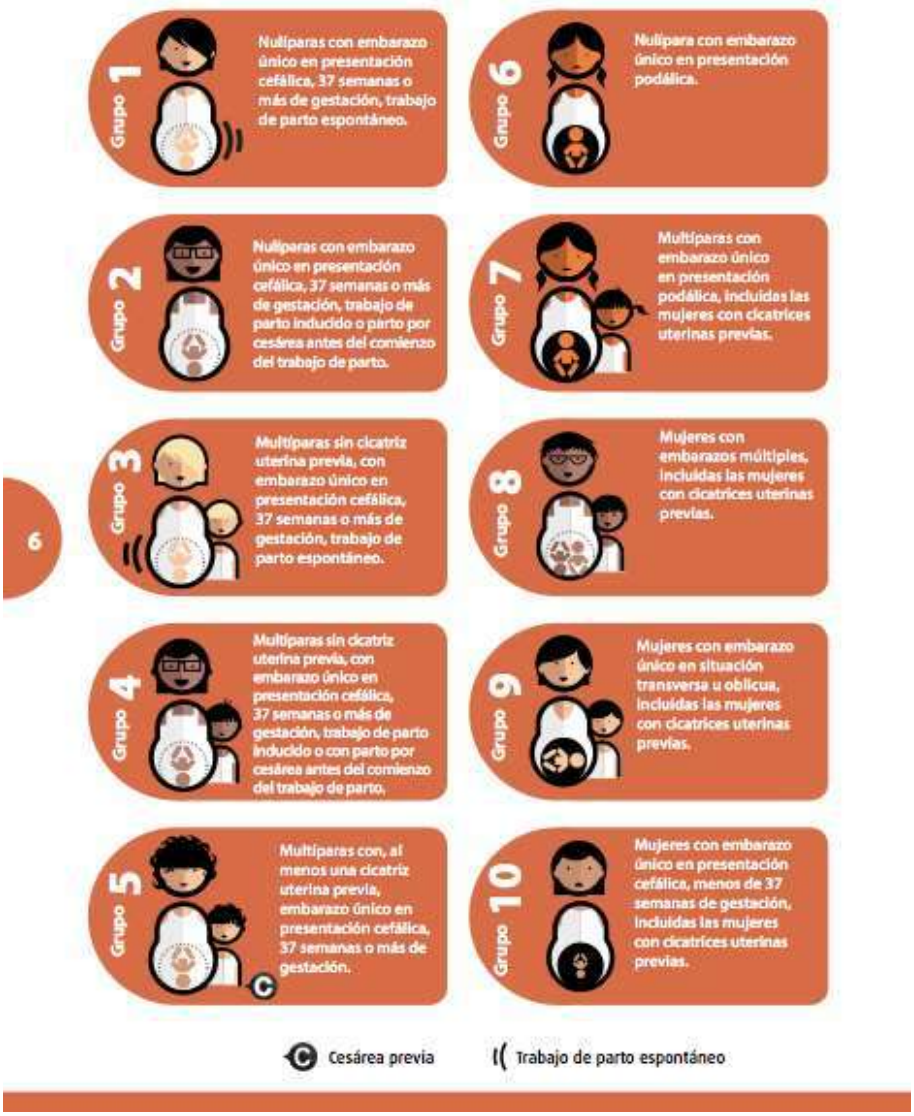


Figura 12. Clasificación de Robson.
Fuente. Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas. [30]

30

[30] *World Health Organization* (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1).

DATOS GENERALES					
Hora de ingreso y nacimiento	Cantidad de fetos único / múltiple	Edad	Número de gesta g_p_A_C_	Presentación fetal: cefálica / podálica / transversa	Con / Sin cesárea previa

CONDICIÓN AL INGRESAR					
Dilatación	Borramiento	Comienzo de TP	Membranas íntegras	FC fetal	Edad gestacional por FUR
		Espontáneo ( ) Inducción ( ) Cesárea sin TP ( )	(sí) (no) Horas de ruptura		

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO					
Amniotomía	(sí)	(no)	Episiotomía	(sí)	(no)
Hidratación IV	(sí)	(no)	Kristeller	(sí)	(no)
	Glucosa	Hartman		Leve Moderado	Intenso
Enema	(sí)	(no)	Revisión de cavidad uterina	(sí)	(no)
Goteo de oxitocina	(sí)	(no)	Hemotransfusión	(sí)	(no)
Conducción			¿Cuántos paquetes?		
Aplicación después de nacimiento			¿De qué?		
Prostaglandina	(sí)	(no)	Cesárea Indicación:	(sí)	(no)
Epidural	(sí)	(no)			

MORBILIDAD					
Desgarro 1 y 2 grado	(sí)	(no)	Meconio	(sí)	(no)
Desgarro 3 y 4 grado	(sí)	(no)	Alteración de FC	(sí)	(no)
Distocia en TP Tipo:	(sí)	(no)	Traslado de RN a cunero Causa:	(sí)	(no)

LA PACIENTE CONTÓ CON:					
Curso de preparación para el parto	(sí)	(no)	Medidas alternativas para manejo de dolor	(sí)	(no)
Inicio espontáneo del TP	(sí)	(no)	Compañía de un familiar	(sí)	(no)
Libertad de movimiento	(sí)	(no)	Acompañamiento de una Doula	(sí)	(no)
Diferentes posiciones en expulsivo	(sí)	(no)	Contacto piel a piel inmediato	(sí)	(no)
Libertad de pujo	(sí)	(no)	Parto en agua	(sí)	(no)
Dieta	(sí)	(no)	Pinzado tardío del cordón umbilical	(sí)	(no)

Figura 13. Reporte de observación de campo empleado por las doulas.
Fuente. Elaboración propia.

Apéndice 7

Consentimiento informado

Buenos días/Buenas tardes. Mi nombre es Mercedes Campiglia y estoy realizando un proyecto de investigación para el CIESAS.

Estamos llevando a cabo un proyecto en CIMIGen con el fin de promover las prácticas de atención de la mujer que resulten ser más beneficiosas para el embarazo y el nacimiento.

No se le cobrará por su participación en el proyecto ni se le dará dinero, pero todas las participantes en la investigación recibirán sin costo:

- Un curso de preparación para el nacimiento de seis sesiones.
- El acompañamiento de una doula (acompañante profesional del parto) que las asistirá con recursos para el manejo del dolor en el momento del nacimiento de sus hijos.

En caso de acceder a participar en el estudio, usted debe comprometerse a:

- Acudir a las seis clases de preparación para el nacimiento que se ofrecerán de forma gratuita en las instalaciones de CIMIGen.
- Notificar a CIMIGen en el momento de inicio del trabajo de parto para que pueda brindársele el apoyo de la doula en el nacimiento de su bebé.
- Otorgar una entrevistas de 1 hora de duración aproximadamente en las instalaciones de CIMIGen durante su estancia tras el nacimiento de su bebé.

Todo lo que diga en dicha entrevista será privado y confidencial.

También quiero asegurarle que su participación no afectará los servicios que usted recibe de CIMIGen y que puede retirarse del proyecto en el momento

que lo desee, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Puede contactarme en el número celular --- -- ---- ----.

Si decide participar en este proyecto, por favor firme esta página. Su nombre no será usado en ningún informe, pero sus ideas y sugerencias nos ayudarán a satisfacer de mejor manera las necesidades de embarazadas como usted. Si no desea participar, gracias por su tiempo.

_____ Sí acepto participar en el proyecto

_____ No acepto participar en el proyecto

Fecha:_____

Referencias bibliográficas

ALFARO BARBOSA, ANA CRISTINA

2015 “Parto humanizado. ¿Atención no hegemónica en salud materna?”, ponencia, XXX Congreso Alas, noviembre-diciembre de 2015, Costa Rica.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS AND THE SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE (ACOG-SMFM)

2016 *ACOG/SMFM Obstetric Care Consensus. Safe Prevention of the primary cerearean delivery*, en *American Journal of Obsterics & Gynecology* (http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

2017 *Aproaches to Limit Intervention During Labor ans Birth: Comitee opinion*, en *American Journal of Obsterics & Gynecology* (http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Approaches-to-Limit-Intervention-During-Labor-and-Birth) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

ARENDT, HANNAH

1970 *Sobre la violencia*, Joaquín Mortiz, México.

ARMADA, FRANCISCO Y CARLES MUNTANER

2004 “The visible fist of the market: Health Reforms y Latin America”, en Merrill Singer y Arachu Castro (coords.), *Unhealthy health policy. A critical anthropologycal examination*, Altamira Press, Inglaterra, pp.29-42.

AYRES, JOSÉ RICARDO

2005 *Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

BANCO MUNDIAL (BM)
2017 *Gasto en salud, total (% del PIB),* en *Grupo Banco Mundial* (http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).
2017a, *Dónde trabajamos*, en *Grupo Banco Mundial* (http://www.bancomundial.org/es/country) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

BARTHÉLEMY, FRANÇOISE
2004 "Esterilización forzada de la población indígena en Perú", en *Le Monde Diplomatique Edición Cono Sur,* núm. 59, pp.12-14 *(*https://www.insumisos.com/diplo/NODE/242.HTM) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

BELLI, LAURA
2013 "La violencia obstétrica, otra forma de violación de los derechos humanos", en *Redbioética*, año 4, vol. 1, núm. 7, enero-junio 2017, pp. 25-34 (http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

BENJAMIN, WALTER
2001 *Para una crítica de la violencia y otros ensayos*, Taurus, España.

BERGMAN, NILS
2005 "El modelo Canguro de tener el bebé", ponencia, Sextas Jornadas sobre lactancia, marzo 2005, París, en *Que no os separen* (http://www.quenoosseparen.info/articulos/documentacion/documentos/elmetodocangurodetenerelbebe_nils_bergman.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

BERMAN, MORRIS
2007 *El crepúsculo de la cultura americana*, Sexto Piso, México.

BERNALTE BENAZET, ÁLVARO, MARÍA TERESA MIRET GARCÍA Y SILVIA RICO BOTELLA
2007 *Introducción a la antropología de la salud, la enfermedad y los sistemas de cuidados*, Libros en red, Estados Unidos.

BERRIO PALOMO, LINA
2013 *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en la Costa Chica de Guerrero*, Tesis de doctorado, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa (UAM-I), México.

BIRRUN GARRIDO, AINOA Y JOSEFINA GOBERNA TRICAS
2013 "La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía", en *Matronas Profesión*, vol. 14, núm. 2, Barcelona, pp. 62-66, (http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, MARÍA ISABEL
2005 "Aproximación a la antropología de la reproducción", en *ABRI Revista de antropología Iberoamericana*, núm. 42, julio-agosto (http://www.itson.mx/micrositios/equidad-genero/documents/antropologia_de_la_reproduccion.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

BODOQUE, YOLANDA Y MARÍA DE JESÚS MONTES MUÑOZ
2002 "El cuerpo del embarazo: poder, discursos y representaciones", ponencia, IX Congreso de Antropología FAEE, 1 de octubre de 2015, Barcelona.

BORDELOIS, IVONNE
2009 *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*, Libros del Zorzal, Buenos Aires.

BRENNAN, FRAN Y MICHAEL COUSINS
2005 "El alivio del dolor como un derecho humano", en *Revista de la Sociedad Española del dolor,* vol. 12, núm. 1, ene-feb 2015

(http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000100004) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

BURGO, CARLOS
2004 *Parir con pasión*, Longseller, Buenos Aires.

CALAIS-GERMAIN, BLANDINE Y NURIA VIVES
2013 *Parir en movimiento,* La liebre de marzo, Barcelona.

CÁMARA DE DIPUTADOS (CD)
2016 *México, cuarto lugar en práctica de cesáreas innecesarias; madres e hijos se exponen a una mayor mortalidad. Boletín núm. 5713*, en *Sitio oficial de la Honorable Cámara de Diputados*, México (http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2015/Junio/16/5713-Mexico-cuarto-lugar-en-practica-de-cesareas-innecesarias-madres-e-hijos-se-exponen-a-una-mayor-mortalidad) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

CANALES, MANUEL Y ANSELMO PEINADO
1995 "Grupos de Discusión", en José Manuel Delgado y Juan Gutiérrez Fernández (coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales,* Editorial Síntesis Sociológica, Madrid, pp. 287-316.

CANEVARI BLEDEL, CECILIA
2011 *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*, Barco Edita, Argentina.

CARRERA PÉREZ, CLAUDIA
2015 *Nuestros cuerpos, nuestros partos: apropiación subjetiva de derechos en la atención humanizada del parto en el Distrito Federal*, Tesis de maestría, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), México.

CASTRO, ROBERTO
2004 *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*,

Editores Cuernavaca, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), México.
2014 “Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México”, en *Revista Mexicana de Sociología,* vol. 76, núm. 2, abril-junio 2014, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), México, pp. 167-197 (http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032014000200001&script=sci_arttext) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).
2014a “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, en *Revista Conamed,* vol. 19, núm. 1, enero-marzo 2014, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), México, pp.37-42 (http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2014/vol19/no1/6.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

CASTRO, ROBERTO Y JOAQUINA ERVITI
2015 *Sociología de la práctica médica autoritaria*, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), México.

CASTRO, ROBERTO Y MARIO BRONFMAN
1993 “Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión”, en Juan Guillermo Figueroa (coord.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México.

CELESIA, CRISTINA
2004 “Breve historia de la analgesia en obstetricia”, en *Revista del Hospital Materno Infantil de Sardá*, vol. 23, núm. 3, Buenos Aires, pp. 122-125.

CERDA, ALEJANDRO Y MARÍA CONSUELO CHAPELA
2010 *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-*

territorio y la exigibilidad de derechos, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), México.

COCHRANE
2016, noviembre *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*, en *Cochrane* (http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants) (última visita consultada: 11 de octubre, 2017).

COMAROFF, JEAN
1978 “Medicine and culture: some anthropological perspectives”, en *Social science & medicine*, part. B, vol. 12, Estados Unidos, pp. 247-254.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (CNDH)
2017, 31 de julio *Recomendación General Núm. 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*, México.

CÓPPOLA, FRANCISCO
2015 “Cesáreas en Uruguay”, en *Revista Médica del Uruguay*, vol. 31, núm. 1, Montevideo, *versión On-line* ISSN 1688-0390 (http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100002) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

CORNEJO, MARCELA, FRANCISCA MENDOZA Y RODRIGO C. ROJAS
2008 "La investigación con relatos de vida: Pistas y opciones del diseño metodológico", en *Psykhe*, vol. 17, núm. 1, pp. 29-39 (http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n1/art04.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

CRUZ MARTÍNEZ, ÁNGELES
2015, 2 de diciembre “Desarrollan técnica quirúrgica para embarazadas con placenta adherida”, en *La Jornada,* México

(http://www.jornada.unam.mx/2015/12/02/sociedad/039n3soc) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

CHAILLET, NILS Y OTROS
2014 “Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: A Meta-Analysis”, en *Birth: Issues in perinatal care*, Wiley Periodicals Inc., vol. 41, núm. 2, pp. 122-137.

CHATEL, MARIE-MAGDELEINE
1996 *El malestar en la procreación,* Ediciones Nueva visión, Buenos Aires.

DAVIS FLOYD, ROBBIE Y CAROLYN SARGENT
1997 *Childbirth and Authoritative Knowledge,* University of California Press, Londres.

DE COLSA, MARCOS
2013 *Redes y consumidores. Una perspectiva socioantropológica,* Antropomedia, México.

DE LA TORRE, RENÉE Y CRISTINA GUTIÉRREZ ZÚÑIGA
2005 “La lógica de mercado y la lógica de la creencia en la creación de mercancías simbólicas”, en *Desacatos,* núm. 18, mayo-agosto, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México, pp. 53-70.

DINIZ, CARMEN SIMONE GRILO
2005 “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de un movimento”, en *Ciencias & Saúde Coletiva*, vol. 10, núm. 3, Brasil, pp. 627-637.

DUBET, FRANCOIS Y DANILO MARTUCCELLI
1998 *¿En qué sociedad vivimos?,* Lozada, Buenos Aires.

EIBENSCHUTZ HARTMAN, CATALINA, SILVIA TAMEZ GONZÁLEZ E ILIANA CAMACHO
2011 “Atención a la salud. Modelos institucionales y alternativos”, en María del Consuelo Chapela Mendoza y María Elena Contreras Garfias (coords.), *La salud en México,* Pensar el futuro de México-Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X), México, pp. 193-220.

EL SIE7E
2016, 20 de junio “Unidad de maternidad en Chamula garantiza atención y embarazo saludable” en *El Sie7e de Chiapas*, México (http://www.sie7edechiapas.com/single-post/2016/06/20/Unidad-de-Maternidad-en-Chamula-garantiza-atención-y-embarazo-saludable) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

ESTEBAN, MARI LUZ
2006 “El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”, en *Salud Colectiva*, vol. 2, núm. 1, Argentina, pp. 9-20.
2007 *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, Osalde. Asociación por el Derecho a la Salud, Bilbao.
2013 *Antropología del cuerpo*, Ediciones Bellaterra, Barcelona.

FALS BORDA, ORLANDO
2015, 30 de junio “Orígenes universales y retos actuales de la IAP (investigación acción participativa)”, en *Documents.mx* (https://documents.mx/documents/origenes-universales-y-retos-actuales-de-la-iap-orlando-fals-borda.html) (última visita consultada: 11 de octubre, 2017).

FERNÁNDEZ, INÉS
2004 “Medicina y poder sobre los cuerpos”, en *Thémata. Revista de filosofía*, núm. 33, Sevilla, pp. 191-198.

FERNÁNDEZ PÉREZ, JORGE A.
2002 *Estructura y formación profesional. El caso de la profesión médica*, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), Facultad de Filosofía y

Letras, México (http://www.filosofia.buap.mx/estructurayformacion.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

FOUCAULT, MICHEL
1975 *Vigilar y castigar,* Siglo XXI, Argentina.
1977 "Historia de la medicalización", en *Educación médica y salud*, vol. 2, núm. 1, Organización Panamericana de la Salud, pp. 3-25.
1981 *Espacios de poder,* La Plaqueta, Madrid.
1996 *Hermenéutica del sujeto*, Altamira, Argentina.

FREIDSON, ELIOT
2001 "La teoría de las profesiones. Estado del arte", en *Perfiles educativos*, vol. 23, núm. 93, México, pp.28-43.

FREYERMUTH, GRACIELA
2009 *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.

GARCÍA, GUADALUPE
2013 "Rutinas médicas y estandarización: Reflexiones etnográficas sobre la institucionalización de la prevención de la transmisión madre-hijo del VIH en un centro obstétrico del sur de la ciudad de Buenos Aires", en *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 37, Buenos Aires, pp. 85-108 (http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n37/n37a06.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

GARCÍA RAMÍREZ, HERNÁN JOSÉ Y OTROS
2015 "Implantación del `Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro'", en *Género y salud en cifras*, vol. 13, núm. 2, México, pp. 13-24, (http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/RevistaGySenC/SepDic15.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

GARCÍA VÁZQUEZ, IZKRA, SANDRA EDITH MONCAYO CUAGLIOTTI Y BENJAMÍN SÁNCHEZ TORCINO
2012 “El parto en México, reflexiones para su atención integral”, en *Ide@s CONCYTEG*, vol. 7, núm. 84, México, pp. 811-844, (http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_AL.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (GIRE)
2013, *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México,* en *Informe Gire,* (http://informe.gire.org.mx/libro.html) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

GOFFMAN, ERVING
1959, *La presentación de la persona en la vida cotidiana,* Amorrortu Editores, Buenos Aires.
1992 *Internados*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

HARVEY, DAVID
2004 *La condición de la posmodernidad,* Amorrortu Editores, Buenos Aires.

HELMAN, CECIL G.
1990 *Culture, health and illness. An introduction for health professionals*, Butterworth-Heinemann, Inglaterra.

HERRERA, MARIO
2003 “Mortalidad materna en el mundo”, en *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol. 68, núm. 6, Chile, pp. 536-543 (http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600015) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

HOEZEN POLACK, BENJAMÍN
2003 “Lacan y el Otro”, en *A Parte Rei,* núm. 21, España, pp. 1-13 (http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/lacan.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

HORRACH MIRALLES, JUAN ANTONIO
2009 “Sobre el concepto de ciudadanía. Historia y modelos”, en *Revista de Filosofía Factótum*, Salamanca, pp. 1-22 (http://www.ses.unam.mx/curso2015/pdf/25sep-Horrach.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

HUTTER EPSTEIN, RANDI
2010 *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto,* Turner, Madrid.

ILLICH, IVÁN
2011 *Némesis Médica,* en Ivan Illich, *Obras Reunidas,* vol. 1*,* Fondo de Cultura Económica, México, pp. 531-760.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP)
2012 *Encuesta Nacional en Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales,* en *Instituto Nacional de Salud Pública*, México (http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI)
2015 *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*, en *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*, México (http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

JIMÉNEZ BAUTISTA, FRANCISCO
2012 “Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad”, en *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales,* núm. 58, ene-abr 2012, México, pp. 13-52 (http://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v19n58/v19n58a1.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

KLEINMAN, ARTHUR
1997 *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, University of California Press, Estados Unidos.

LAGARDE, CRISTINE
2016 “El papel de los mercados emergentes en una nueva alianza global para el crecimiento”, ponencia, Universidad de Maryland, 4 de febrero de 2016, en *Fondo Monetario Internacional* (http://www.imf.org/external/spanish/NP/Speeches/2016/020416s.htm) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

LARGUÍA, MIGUEL Y OTROS
2011 “Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). Conceptualización e implementación del modelo”, en *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (*http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

LAZCANO PONCE, EDUARDO Y OTROS
2013 “Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna”, en *Salud Pública*, vol. 55, sup. 2, México, pp. 214-224.

LE BRETON, DAVID
2002 *Antropología del cuerpo y modernidad*, Ediciones Nueve Visión, Buenos Aires.

MAQUEIRA, VIRGINIA Y CRISTINA SÁNCHEZ (COORDS.)
1989 *Violencia y sociedad patriarcal,* Pablo Iglesias, Madrid.

MARINAS, JOSÉ MIGUEL
2002 “El malestar en la cultura del consumo”, en *Política y sociedad,* vol. 39, Universidad Complutense de Madrid, España, pp. 53-67.

MARTÍNEZ, ÁNGEL
1996 “Antropología de la salud. Una aproximación genealógica”, en Jorge Prat y Ángel Martínez (coords.), *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, Ariel, Barcelona, pp. 369-378.

MARTÍNEZ SALAZAR, GERARDO JESÚS Y OTROS
2015 “Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia”, en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social,* vol. 53, núm. 5, México, pp. 608-615 (http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

MENÉNDEZ, EDUARDO
1983 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Cuadernos de la Casa Chata, México.
1988, “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, ponencia, Segundas Jornadas de Atención Primaria en Salud, 30 de abril al 7 de mayo de 1988, Bienos Aires, pp. 451-464, en *Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires* (http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).
1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones,* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Cuadernos de La Casa Chata, México.
1994 “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional”, en *Alteridades,* vol. 4, núm.7, México, pp. 71-83.
1997 “Antropología médica: espacios propios, campos de nadie”, en *Nueva Antropología*, núm. 51, México, pp. 83-103.
2002 "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad", en *Relaciones*, núm. 69, México, pp. 237-272.
2006 “Las múltiples trayectorias de la participación social en salud”, en Eduardo Menéndez y Hugo Spinelli (coords.), *Participación social ¿para qué?,*

Lugar Editorial, Buenos Aires, pp. 51-80.
2006a “Participación social en salud: las representaciones y las prácticas”, en Eduardo Menéndez y Hugo Spinelli (coords.), *Participación social ¿para qué?,* Lugar Editorial, Buenos Aires.
2009 *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva,* Lugar Editorial, Buenos Aires.
2009a “De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y de la epidemiología mexicana”, en *Salud Colectiva*, vol. 5, núm. 2, México, pp. 155-180.
2015 “Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: Biomedicina, formas de atención ‘paralelas’ y proyectos de poder”, en *Salud Colectiva*, vol. 11, núm. 3, México, pp. 301-330.
2017 “Interculturalidad y salud: dudas, limitaciones y repliegues”, en Francisco M. Gil-García y Patricia Vivente Marín (coords.), *Medicinas y cuerpos en América Latina. Debates antropológicos desde la salud y la interculturalidad,* ABYA-YALA, Quito.

MENÉNDEZ, EDUARDO Y RENÉE DI PARDO
1994 *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y procesos de alcoholización*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.

MILLER, SUELLEN Y OTROS
2016 “Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide”, en *Lancet*, vol. 388, Estados Unidos, pp. 2176-2192.

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS (MJDH)
2004 *Ley 25.929*, en *Infoleg*, Argentina, (http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

NADAL, ALEJANDRO
2013, 27 de marzo “Paraíso perdido: Chipre”, en *La Jornada* (http://www.jornada.unam.mx/2013/03/27/economia/023a1eco) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

NAROTZKY, SUSANA
1995 *Mujer, mujeres y género,* Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Madrid.

NARVAEZ, GREGORIO
2013 *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano,* Fondo de Cultura Económica, México.

NATELLA, GRACIELA
2012 “La creciente medicalización contemporánea. Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental”, en Adrián Cannellotto y Edwin Luchtemberg (coords.), *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de las enfermedades*, Universidad Nacional de General San Martín, Argentina.

NOTIMEX
2003, 22 de octubre “Inventan cinturón para disminuir la mortalidad materna de huicholas”, en *El Universal,* México (http://www.eluniversal.com.mx/ciencia/2013/cinturon-mortalidad-materna-huicholas-80884.html) (última visita consultada: 10 de octubre).

OAKLEY, ANN
1993 *Women, medicine and health*, Edinburgh University Press, Inglaterra.

OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO (OMM)
2014 *Numeralia 2014. Mortalidad Materna en México*, en *Observatorio de Mortalidad Materna en México* (http://omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia_2014_Web.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

ODENT, MICHEL
2009 *El bebé es un mamífero,* Obstare, España.
2011 *El nacimiento en la era del plástico,* Creavida, Buenos Aires.

OLZA, IBONE
2013 “PTSD and obstetric violence”, en *Midwifwry Today,* issue 105, Primavera 2013, Estados Unidos, pp. 48-9, 68.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
1978 *Atención primaria a la salud*, en *Declaración de Alma-Ata*, Ginebra.
1996 *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*, en *El parto es nuestro*, España (https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/oms-cuidados-en-el-parto-normal-guia-practica) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).
2015 *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*, en *World Health Organization* (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).
2016, *Observatorio de salud global*, en *World Health Organization (*http://apps.who.int/gho/data/node.main.REPWOMEN39?lang=en) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

PARRA, MAURO Y OTROS
2005 “Evaluación gráfica del partograma en primigestas con manejo médico del trabajo de parto”, en *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol. 70, núm. 1, Chile, pp. 8-11 (http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n1/art03.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

PASILLAS, LIZBETH Y ZACARÍAS ZAMÍREZ
2016, 25 de febrero “La verdadera enfermedad del sistema de salud mexicano”, en *Forbes México*, México (http://www.forbes.com.mx/la-verdadera-enfermedad-del-sistema-de-salud-mexicano/) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

PASTOR GOSÁLBEZ, MARÍA INMACULADA, ÁNGEL BELZUNEGUI ERAZO Y PALOMA PONTÓN MERINO
2012 “Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad”, en *Cuadernos de relaciones laborales*, vol. 30, núm. 2, Madrid, pp. 497-518 (http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/viewFile/40210/38612) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

PEÑA-FRANCO, RAMÓN
2014, 10 de junio “Opinión: 5 Claves para entender las leyes secundarias”, en *ADN Político*, México (http://www.adnpolitico.com/opinion/2014/06/09/opinion-las-claves-para-entender-las-leyes-secundarias) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

PLATT, THOMAS
1992 “La violencia como concepto descriptivo y polémico”, en *Revista Internacional de Ciencias Sociales,* núm. 132, México, pp. 161-172.

PORTAL POLÍTICO
2016, 2 de mayo “Hospital Cimigen replicará su modelo de atención en Tlaxcala”, en *Portal Político*, México, (http://www.portalpolitico.tv/content/site/module/news/op/displaystory/story_id/156513/format/html/) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

POZZIO, MARÍA
2013 “Una propuesta de ‘Parto Humanizado’, los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo”, ponencia, VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, en *Acta Académica* (http://www.aacademica.org/000-063/95) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

PUENTES ROSAS, ESTEBAN, OCTAVIO GÓMEZ DANTÉS Y FRANCISCO GARRIDO LATORRE
2004 “Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados”, en *Salud Pública*, vol. 46, núm. 1, México, pp. 16-22, (http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000100003) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

RABINOVICH, DIANA S.
1995 “Lo imaginario, lo simbólico y lo real”, Clase 22 de junio de 1995, en *Facultas de Psicología, Universidad de Buenos Aires* (http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/francesa1/material/Lo%20simbolico%20lo%20imaginario%20lo%20real.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

RAMOS, SILVINA Y OTROS
2015, 6 de diciembre “Maternidad Segura y centrada en la familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires”, en *Archivos Argentinos de Pediatría*, vol. 113, núm. 6, Buenos Aires (http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000600010) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

ROMÁN, REYES
2009 *Diccionario crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico Social*, Editorial Plaza y Valdés, Madrid-México.

RUIZ BALLESTEROS, ESTEBAN Y OTROS
2007 “Realidad, pensamiento e intervención social”, en *Documentación Social,* núm. 145, España, pp. 11-35 (http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/899/02%20REALIDAD,%20PENSAMIENTO%20E%20INTERVENCIÓN.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

RUIZ SÁNCHEZ, JOAQUÍN Y OTROS
2013 “Cesárea, tendencias y resultados”, en *Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 28, núm. 1, México, pp. 33-40 (http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2014/ip141f.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

SÁNCHEZ-MENDIOLA, MELCHOR
2001 “La medicina basada en evidencias en México: ¿Lujo o necesidad?”, en *Anales médicos*, vol. 46, núm. 2, Abr-Jun 2001, México, pp. 97-103 (http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2001/bc012i.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

SCOTT, JAMES C.
2000 *Los dominados y el arte de la resistencia,* Ediciones Era, México.

SCHEPER-HUGHES, NANCY Y PHILLIPPE BURGOIS
2003 *Violence in war and peace. An anthology*, Blackwell Publishing, Estados Unidos.

SCHMID, VERENNA
2011 *El dolor del parto*, Obstare, España.

SECRETARIA DE SALUD (SSA)
1993, *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, en *gob.mx* (http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).
2008 *La atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud,* en *Observatorio de Mortalidad Materna en México* (http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Parteria/Mexico2008.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).
2009, *Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo* en *Cenetec Secretaría de Salud*

(http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

2013 *Evidencia para la política pública en salud*, en *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012* (http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

2013a *Cesárea segura. Lineamiento técnico* en *gob.mx* (http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11089/Cesarea_Segura_2014.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

2014 *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*, en *Cenetec Secretaría de Salud* (http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_GRR.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

2014a *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro*, en *gob.mx* (https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

2014b *Guía para la Vigilancia y el Manejo del Parto*, en *Cenetec Secretaría de Salud* (http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_GRR.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

2016 *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, en, en *Diario de la Federación* (http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

SIMKIN, PENNY, JANET WHALLEY Y ANN KEPPLER

2006 *El embarazo, el parto y el recién nacido: guía completa*, Medici, España.

SISTEMA ARGENTINO DE INFORMACIÓN JURÍDICA (INFOJUS)
2015 “Decreto 2035/2015”, en *Infojus Noticias*, Argentina (http://www.infojusnoticias.gov.ar/upload_archivos/10026_100091_dec20352015.pdf) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

SUÁREZ CUBA, MIGUEL ÁNGEL
2012 “Medicina centrada en el paciente”, en *Revista Médica La Paz,* vol. 18, núm. 1, La Paz (http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000100011) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

TAFOYA, SILVIA A. Y OTROS
2013 “Dificultades del sueño y síntomas psicológicos en estudiantes de medicina de la Ciudad de México”, en *Medicina [Buenos Aires],* mayo-junio 2013, vol. 73, núm. 3, Buenos Aires, pp. 247-251 (http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802013000300008&script=sci_arttext) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

UGALDE, ANTONIO
2006 “Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica”, en Eduardo Menéndez y Hugo Spinelli (coords.), *Participación social ¿para qué?,* Lugar Editorial, Buenos Aires.

UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA (UP)
2013, 24 de julio “El rápido crecimiento de la clase media en los mercados emergentes atrae al sector de private equity”, en *Wharton* (http://www.knowledgeatwharton.com.es/article/el-rapido-crecimiento-de-la-clase-media-en-los-mercados-emergentes-atrae-al-sector-de-private-equity/) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

URIBE GÓMEZ, MÓNICA Y RAQUEL ABRANTES PÊGO
2013 “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades”, en *Perfiles Latinoamericanos*, vol. 21, núm. 42, julio-diciembre

de 2013, México (http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200006) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

UVNÄS MOBERG, KERSTIN
2009 *Oxitocina*, Obelisco, Barcelona.

VALDÉS, VERÓNICA
2005 "Aportes de las doulas a la obstetricia moderna", en *Revista chilena de obstetricia y ginecología,* vol. 70, núm. 2, Santiago, pp. 108-112 (http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200010) (última visita consultada: 10 de octubre, 2017).

VIVES PARÉS, NURIA Y BLANDINE CALAIS-GERMAIN
2013 *Parir en movimiento,* La liebre de marzo, España.

ŽIŽEK, SLAVOJ
2009 *Sobre la Violencia: seis reflexiones marginales*, Paidós, Buenos Aires.

ZOLLA, CARLOS
2011 "Del IMSS-COPLAMAR a la experiencia del hospital mixto de Cuetzalan. Diálogos asimétricos e interculturalidad médica", en Arturo Argueta Villamar, Eduardo Corona-M. y Paulo Hersch Martínez (coords.), *Saberes colectivos y diálogo de saberes en México*, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, pp. 201-232.