

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

ENTRE MADRES, MÉDICOS Y DOULAS.
ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS DISCURSOS SOBRE LA MATERNIDAD
QUE OPERAN EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA AL NACIMIENTO.

T E S I S

Que para obtener el título de
Licenciada en Desarrollo y Gestión Interculturales

PRESENTA
MARÍA REGINA LLANES GRANILLO

ASESORA
DRA. CAMILA JOSELEVICH AGUILAR

Ciudad Universitaria, CDMX, junio de 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A las mujeres de mi familia, a mi mamá, mis abuelas,
mis tías y mis primas.*

*Y a las mujeres que vi parir y
a los/as bebés que vi nacer en La Perla.*

AGRADECIMIENTOS

El proceso de gestación y parto de esta tesis fue extenso, todo en ella es extenso, desde el número de páginas hasta los agradecimientos, ya que quise reconocer a todas las personas que formaron parte de la red de apoyo, amor y reflexiones necesarios para hacer una investigación de tal extensión.

Agradezco a mi mamá, la mujer que más admiro, mi leona, por ser la persona por quien me siento más apoyada en el mundo en cualquier cosa que me proponga. Por acompañarme constantemente a lo largo de la elaboración de la tesis, por darme ánimos y fuerza cuando ya no podía más, por escucharme con cariño cada vez que volvía del hospital; por ayudarme en la edición de la tesis para que quedara coqueta. A mi papá por su amor y confianza en quien soy. Por todo su apoyo escuchando mis lecturas en voz alta de la tesis, por el ejercicio de eficacia simbólica con San Juditas -que fue tan efectivo-, por su particular ayuda en capítulo histórico y por nuestras discusiones sobre Rousseau. A mi hermano Fran por ser la persona que más me escucha y soportar mi locura a lo largo de la tesis.

A Dani por acompañarnos desde los 15 años en todos nuestros procesos de crecimiento y ahora, en la titulación. Por ser la persona con quien más platicué y discutí cada parte de la tesis. Por darme el apapacho necesario para poder acabar. Por siempre impulsarme a crecer más y hacer del camino algo bonito.

A mis asesores, a Camila por su clase que cambió mi manera de entender el mundo y las palabras, la cual definió el camino de mi tesis; por leerme con más profundidad y cuidado que nadie, por cada uno de sus comentarios que me enseñaron a escribir correctamente; por acompañarme con cariño en el proceso. Y a Ángel por enseñarme a hacer investigación social, por su apoyo para hacer el protocolo clínico epidemiológico que me permitió entrar al hospital, por nuestras pláticas respecto a la carrera y por siempre responder mis dudas y darme claridad.

A mi sínodo, Gabriela González, Roberto Campos, Yaredh Marín, por leerme con detenimiento y cariño, por sus sugerencias que me hicieron comprender mejor mi tema de investigación.

A Irene por permitirme la posibilidad de participar en el proyecto MAIO y por su interés

y apoyo cariñoso en mi investigación. A las doulas del voluntariado de La Perla, por permitirme formar parte del proyecto, por darme aventones al hospital, por la ternura radical con la que acompañan a las mujeres y por acompañarme a mi en el parto de mi tesis.

Al Hospital General La Perla Nezahualcóyotl y a la Jefatura de Enseñanza, Bioética y Ginecología por abrir sus puertas y permitirme realizar la investigación. Al personal médico que me dio de su valioso tiempo para responder mi entrevista. A las mujeres que permitieron que viera sus partos y que las encuestara aunque acabaran de parir.

A toda mi familia, por estar, por querer, por apoyar. A mi abuela Cuca por leer con detenimiento y cariño mi segundo capítulo de la tesis, por darme comentarios tan útiles, por escuchar todos mis debrayes en la playa y tener tan buenas pláticas sobre el nacimiento; por darme herramientas para manejar todas las cuestiones difíciles del hospital; por llenarme de amor y mucha confianza en mí desde que nací. A mí abuela Buli por todo su apoyo e ímpetu constante para que acabe la tesis; por estar presente -con ese amor del que se siente siempre presente- en cada uno de los momentos importantes de mi vida y ahora en la tesis. A mi tía Mary por enseñarme de su rebeldía, por su cuidado y amor profundo. A mi prima Vale por ser mi hermana de vida, por escucharme y defenderme siempre, por hacer tesis juntas y por nuestras pláticas de cuestionamiento sobre el ser mujer en nuestra familia. A Chuy por su amor y apoyo desde que era pequeña; por contarme la historia de sus partos.

A las chicas Camila, Aymara, María, Pascal y Valentina por mostrarme desde hace 15 años que siempre serán mis amoras de la vida, por hacer que sea quien soy y recordarme que siempre van a estar. A Cami por recordarme la importancia de la autonomía y la resistencia, por ser un ejemplo a seguir y ser mi amiga de mar, que siempre me escucha, me acompaña, entiende y me confronta cuando es necesario. A María por los días de hacer tesis en el jardín, por acompañarme en los primeros inicios de las tesis.; por ser mi amiga siempre libre y rebelde, quien más me ha hecho cuestionar la feminidad; por nuestras pláticas de las implicaciones de ser mujer en un mundo patriarcal. A Aymara por querernos y acompañarnos en diferentes etapas de la vida, de niñas, de roomies y de tesistas, por ser mi compañera de tec y de risas. A Vale por entrar juntas a cuestionarnos a nosotras mismas desde el feminismo, por iniciar nuestra amistad desde elegir la sororidad; por ser mi amiga teatrera, que me recuerda vivir con intensidad y a flor de piel.

A Julia por siempre estar al pendiente de mi proceso de tesis, por responder cada una de mis preguntas sobre el mundo médico, por recordarme que hay médicas que quieren hacer las cosas de una forma diferente; por volverse una gran amiga a través de nuestros procesos de tesis-residencia. A Ameyalli por recordarme el significado de la carrera a través de su tesis, por darme la tranquilidad necesaria cuando enloquecía por Foucault, por nuestros días de trabajo en la biblioteca del parque.

A Amalia y Paolita por darme inspiración de acabar a través de sus maravillosas tesis, por responder con paciencia y cariño todas mis dudas sobre el proceso de titulación, sin su apoyo el camino se hubiera vuelto difícil y tortuoso. A Ariel, mi compañero de principio a fin en el proceso de escritura de nuestras tesis, por volverse mi gran amigo en el proceso. A mis amigas del espacio feminista veraniego por ser mujeres maravillosas que me hacen pensar que el mundo vale la pena porque están ustedes en él. A mis amigxs de Diagonal por ser mi casa en el último proceso de la tesis, por su amor y acompañamiento.

A mis amigas/os médicas/os Julia, Diego, Ángel, Fernanda y Laura por permitirme entrevistarles, por responder todas mis dudas obstétricas y por enviarme bibliografía.

A Raquel y Andrea por ser las personas más importantes de mi licenciatura, con quienes tuve los mejores cuestionamientos, por ser mis girasoles meridianos y recordarme, todo el tiempo, la importancia de actuar en el mundo desde la ternura radical. A mis compañeras y maestras/os de la carrera por nuestras reflexiones en clase, por pasarme lecturas, recomendarme conferencias y cambiar mi manera de entender el mundo. A Pamela, mi amiga con la que compartimos pasión por el tema de la salud sexual y reproductiva, por acompañarnos en parte del camino.

A todas las personas que contribuyeron en hacer comentarios de la tesis, particularmente a Diana.

A Mónica, Thalía y a sus madres, hermanas y abuelas por tener la confianza de narrarme las experiencias de los nacimientos de sus bebés, lo cual detonó el hacer esta tesis.

A Emi por su amistad, cariño y apoyo a lo largo de este año tan complejo para ambxs. A Theo por su cariño y darme un espacio que me permitió estudiar lo que quiero y hacer la tesis al mismo tiempo.

A Hannah, Kay, Sandra y Renata por permitirme acabar la tesis mientras estudio partería, por apoyarme y hecharme porras en este último proceso, por su amor, paciencia y acompañamiento al enseñarme.

A mis compañeras de Fondo MARIA por mostrarme el enfoque de la justicia reproductiva y la importancia de que la búsqueda de derechos reproductivos y no reproductivos vaya de la mano con la justicia social; por recordarme que la maternidad será deseada o no será.

A todas las mujeres que me han contado la historia del nacimiento de su bebé.

A la lectora que se dé tiempo para leer esta tesis.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Entre madres, médicos y doulas	15
Los meses de espera y la investigadora inocente	18
Análisis de la atención al nacimiento desde la licenciatura en Desarrollo y Gestión Interculturales	23
Estructura de la tesis	27

CAPÍTULO I: ENCUADRE TEÓRICO-METODOLÓGICO

1.1 Encuadre teórico de la investigación	29
1.1.1 Ciencias sociomédicas	29
a) Modelo Médico Hegemónico	
b) Habitus médico autoritario	
c) Nacimiento institucionalizado	
d) Violencia obstétrica	
e) Nacimiento humanizado	
f) Género en la relación médico/a paciente	
1.1.2 Feminismo	35
a) Género	
b) Mujeres y patriarcado	
c) Maternidad	
d) Opresión reproductiva	
e) Interseccionalidad	
f) Justicia reproductiva	

1.1.3 Estudios críticos del discurso	39
a) Discurso	
b) Poder social	
c) Control discursivo	
d) Representaciones sociales	
1.2 Metodología de la investigación	41
1.2.1 Observación participante	42
1.2.2 Entrevistas	44
1.2.3 Encuestas	45
1.2.4 Fuentes de información complementarias	46
1.2.5 Análisis Crítico del Discurso	46

CAPÍTULO II: MODERNIDAD, MATERNIDAD Y MEDICINA OBSTÉTRICA

2.1 Modernidad y medicina obstétrica	55
2.2 Modernidad y maternidad	62
2.3 Maternidad y atención al nacimiento en el siglo XXI	70

CAPÍTULO III: ETNOGRAFÍA SOBRE LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO

3.1 La atención al nacimiento en el Estado de México	76
3.2 El municipio de Nezahualcóyotl	82
3.3 El Hospital General La Perla Nezahualcóyotl	83
3.4 El Área Tocoquirúrgica	85
3.5 El proceso de atención al nacimiento en el Hospital General La Perla	88
3.6 Los sujetos participantes	93
3.6.1 El personal médico	93
3.6.2 Las pacientes	94
3.6.3 La investigadora en el Área Tocoquirúrgica	94

3.7 La relación médico-paciente	95
3.8 Relación entre el personal de salud	98
3.8 El género en la relación médico-paciente	98
3.9 El Proyecto MAIO	101
4.0 Las doulas en acción	104

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO

4.1 Sobre el análisis crítico del discurso	107
--	-----

Las madres, buenas, malas y madres por obligación

4.2 Las buenas madres	114
4.2.1 La que se completa como mujer	
4.2.2 La que vive lo más bonito	
4.2.3 La bendecida por Dios	
4.2.4 La que ama incondicionalmente	
4.3 Las malas madres	122
4.3.1 La irresponsable	
4.3.2 La que sacrifica al bebé	
4.3.3 La madre desamorada	
4.3.4 La madre que no amamanta	
4.4 Madres por obligación	128
4.4.1 El bebecito chispoteado	
4.4.2 La madre adolescente y soltera	
4.4.3 La usada	
4.5 Consideraciones generales	137

La relación médico-paciente: los que saben, las ignorantes y las pacientes no cooperadoras

4.6 Los que saben	138
4.6.1 Algo más que humanos	
4.6.2 Los respetables ¿Respetuosos?	
4.6.3 Los que nada más meten los dedos	
4.7 Las ignorantes	146
4.7.1 La descuidada	
4.7.2 La pobre e incivilizada	
4.8 Las pacientes no cooperadoras	150
4.8.1 La agresiva	
4.8.2 La histérica	
4.8.3 La exigente	
4.9 Consideraciones generales	159

CAPÍTULO V: LA TRANSFORMACIÓN

5.1 La transformación	161
5.1.1 Transformación en prácticas médicas	161
5.1.2 Interés por el nacimiento humanizado	163
5.1.3 Transformación discursiva	164
Las doulas y el proyecto MAIO	164
a) Las doulas	
b) El proyecto MAIO	

El nacimiento humanizado desde la mirada del personal médico	167
---	-----

- a) Definiciones sobre el nacimiento humanizado
- b) Respeto al proceso fisiológico del parto
- c) Nacimiento humanizado como cambio de perspectiva

Vivencias de la aplicación del nacimiento humanizado en el ejercicio profesional del personal médico	171
---	-----

- a) Médicos/as más tranquilos/as
- b) Médicos/as que aprecian el esfuerzo de las mujeres y respetan su capacidad de decisión
- c) Mujeres satisfechas
- d) Pacientes acompañadas

5.4 Consideraciones generales	175
-------------------------------	-----

CONCLUSIONES

Generales	183
Violencia y transformación	187
Recomendaciones para una transformación de la atención al nacimiento desde la perspectiva de género y la interculturalidad	193

GLOSARIO DE TÉRMINOS	195
-----------------------------	-----

GLOSARIO DE ABREVIATURAS	198
---------------------------------	-----

BLOGRAFÍA	199
------------------	-----

ANEXOS

ANEXO I	209
ANEXO II	233
ANEXO III	235
ANEXO IV	241
ANEXO V	247
ANEXO VI	251

INTRODUCCIÓN

ENTRE MÉDICOS/AS, MADRES Y DOULAS

Una mujer entra al hospital público para dar a luz, está acostada en la cama y cuando tiene contracciones se muerde la mano en vez de gritar porque su tía Rufina le advirtió que a “las gritonas” no les hacen caso los doctores. Después de parir la mujer se encuentra con hambre y sed porque desde que entró al hospital no ha podido ingerir nada. Tiene dolor en todo el cuerpo, sobre todo en el vientre y en la vulva dado que los puntos de la episiotomía¹ se comienzan a sentir, y además tiene ganas de ver a su familia porque desde que entró al hospital todo el trabajo de parto estuvo sola. Encima de sus padecimientos, ahora tiene un bebé recién nacido que no para de llorar. En esa situación llega una enfermera y les dice a todas las mujeres de la sala en tono de amenaza: “A ver, mamitas, si quieren salir del hospital se tienen que bañar y ni crean que les vamos a cuidar a los bebés mientras se asean, ustedes ven cómo le hacen y cuidado que se los roban”. Entre todas las mujeres recién paridas, con dolor y apenas asimilando lo que acababa de ocurrir, se organizaron para cuidar el bebé de una mientras la otra se bañaba.

En otra ocasión una mujer va al hospital, está sola, en trabajo de parto, vestida con una bata y la vulva completamente descubierta ante diez médicos, todos introducen los dedos en su vagina cada cierto tiempo, lo cual le produce mucho dolor. Además, estar desnuda frente a otros hombres le genera pudor porque el primero y único que la había visto así era el padre de su bebé. Entre la incomodidad escucha cómo a otras mujeres les dicen: “Ay sí, ya estás de gritona, ¿verdad? ¿Pero qué tal cuando estabas en la cama?” o “Ahorita no quieres abrir las piernas, pero sí que las abriste para tener a este bebé, ¿no?” y “¿Para qué quieres tener más bebés? ¿Para tenerlos muertos de hambre?”. Ella se siente mal por las mujeres a las que les hablan así y trata de no escuchar los gritos de dolor de ellas.

A otra mujer cuando quedó embarazada todas las mujeres de su familia que ya habían te-

1 Ver definición en Glosario.

nido un bebé le advirtieron que en el Seguro Social los doctores y enfermeras te tratan muy mal, son muy groseros y bruscos y, en efecto, cuando acudió al hospital a hacerse el control prenatal, la doctora le dejó moretones en el vientre.

Otra mujer trata de ingresar al hospital para parir y la tienen esperando en Urgencias tres horas; en ese lapso de tiempo seis personas diferentes pasan a hacerle “el tacto”² y esto siempre le ocasiona dolor. En particular la cara de una doctora no se le borra de la memoria porque al introducirle los dedos en la vagina fue muy grosera, tanto que después de eso prefiere endeudarse pagando un hospital privado que tener que atender su parto con ella.

A otra la amenazan con no dejarla salir del hospital a no ser que firme un papel en el que acepte que le pongan el dispositivo intrauterino (DIU) aunque ella no desea hacerlo en ese momento.

En otra ocasión, una mujer que había tenido su primer bebé con una partera, en su casa, experiencia que ella describe como “tranquila y sin problemas”, tuvo que tener su segundo bebé en un hospital porque se fue a vivir a la Ciudad de México. En el hospital está incómoda con muchas personas alrededor mirándola semidesnuda, se siente como animal en un zoológico y a pesar de estar rodeada de gente nadie le preguntaba cómo se siente y si necesita algo, se siente más sola que nunca.

Otra mujer va a un hospital cerca a que comenzara su trabajo de parto y a lo largo de su revisión le hicieron tantos tactos vaginales que me dijo: “Me sentí violada”.

Todas estas historias me las contaron mujeres que atendieron su parto en un hospital público en la zona metropolitana del Valle de México. La indignación y preocupación que me generaron fueron lo que me llevó a elegir este tema de investigación.

Conforme comencé a investigar y a escuchar más experiencias de mujeres a mi alrededor, descubrí que la coerción, el maltrato físico, la humillación, el chantaje, los regaños, la deshumanización, la insensibilidad y el abandono son patrones repetidos, no sólo en los casos relatados anteriormente, sino en la experiencia de miles de mujeres durante la atención hospitalaria al nacimiento. Esta problemática ya había sido investigada y conceptualizada como violencia obstétrica,³ en diferentes partes del mundo y con distintos enfoques.

También platiqué al respecto con amigas que estudiaron medicina y todas habían presenciado este tipo de violencia cuando rotaron por Obstetricia en el internado. Incluso una quería ser

² Como se definirá nuevamente en el Capítulo 3, los tactos vaginales constan de es la introducción de los dedos del personal de médico en el canal vaginal de las mujeres hasta alcanzar a tocar el cérvix y con la apertura de los dedos calcular los centímetros de dilatación cervical que tienen.

³ En el primer capítulo se definirá con profundidad el significado de violencia obstétrica.

ginecobstetra hasta que presencié cómo era la atención al nacimiento en los hospitales y se rehusó a estudiar esa especialidad y tener que presenciar constantemente el ambiente de maltrato que existe.

Al indagar respecto a la dimensión del ejercicio de violencia obstétrica en México encontré que, entre 2011 y 2016, 2.9 millones de mujeres sufrieron algún tipo de maltrato durante la atención al nacimiento.⁴

Posteriormente entendí que así como hay un ejercicio constante de violencia obstétrica también se están comenzando a llevar a cabo acciones para visibilizarla y erradicarla, como tribunales simbólicos de violencia obstétrica, recomendaciones desde la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y también desde organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁵ Incluso la Secretaría de Salud (SSA) han tratado de impulsar modelos de atención en los que se respete a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Y en cinco estados de la república la violencia obstétrica está catalogada como un tipo de violencia hacia las mujeres.⁶ Pero a pesar de los esfuerzos, la violencia obstétrica sigue siendo un fenómeno persistente en el país.

A partir de averiguar el estado de la cuestión respecto a investigaciones sobre violencia en la atención al nacimiento, consideré relevante y diferente realizar un estudio desde el enfoque de mi licenciatura en Desarrollo y Gestión Interculturales (DyGI), en la cual no se ha realizado una investigación similar; y además desde el feminismo, ya que, a la par de que elegí mi tema de tesis, el feminismo comenzó a tener un papel fundamental en mi forma de ver y actuar con el mundo. Posteriormente, tras ser acompañante de aborto en una organización, dimensioné la importancia de hablar sobre la salud reproductiva y no reproductiva desde un marco de justicia social.

A partir de la revisión de investigaciones previas sobre mi tema, di cuenta con que las distintas perspectivas sobre la atención al nacimiento que tienen tanto el personal de salud que lo atiende como las pacientes, provienen de diferentes discursos sobre la maternidad y el nacimiento mismo. Al respecto, distintas autoras han propuesto que la maternidad conforma un universo discursivo que genera relaciones de poder en las mujeres.⁷ Por otro lado, investigadores han recalcado que la relación médico/a-paciente⁸ tiene una dimensión discursiva primordial, ya que la manera en que se comunican el personal de salud y las pacientes refleja diferentes concepciones sobre la

4 Instituto Nacional de Geografía y Estadística, Maltrato en la atención obstétrica, en “Encuesta Nacional de Dinámicas de las Relaciones en el Hogar”.

5 M. Campiglia, La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto, pp. 18-21.

6 Íbid, p. 9.

7 C. Palomar, Malas madres: La construcción social de la maternidad, s.f.

8 Dada la perspectiva feminista de la tesis el concepto “relación médico-paciente” se escribirá “relación médico/a-paciente” para visibilizar la presencia de médicas mujeres.

salud y su atención, además de ser una interacción influenciada por el contexto sociocultural en que se encuentran inmersas ambas partes.⁹ Sobre este tema, en distintas investigaciones sobre la atención al nacimiento se ha marcado la importancia que tiene el discurso en la relación médico/a-paciente, y aunque se han realizado clasificaciones de las actitudes del personal de salud hacia las parturientas,¹⁰ en el país no se han elaborado investigaciones del tema desde una metodología de análisis crítico del discurso, que dé cuenta de la influencia del discurso en la reproducción de relaciones de poder desiguales durante la atención al nacimiento.

Por lo tanto la presente investigación pretende analizar cómo opera el discurso sobre la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica, emitido por el personal médico y las pacientes, en la relación médico/a-paciente entablada durante la atención al nacimiento. Análisis que se realizará desde los estudios críticos del discurso, el feminismo y las ciencias sociomédicas.

Una vez establecido el problema de investigación y el enfoque desde el cual quería hacer el análisis,¹¹ tuve que darme a la tarea de encontrar un hospital público en el cual realizar mi investigación, lo cual fue una ardua tarea que me dejó mucho aprendizaje sobre el sector salud del país.

LOS MESES DE ESPERA Y LA INVESTIGADORA INOCENTE

Nigel Barley, antropólogo inglés, escribió un libro titulado “El antropólogo inocente”, en el cual relata sus experiencias en torno al trabajo de campo que realizó en Camerún, retratando la “cruda realidad” que implicó vivir su proceso de investigación.¹² El autor narra en su primer capítulo las dificultades e infortunios por los que pasó para lograr la autorización de su investigación, ya que implicó recaudar fondos para llevarla a cabo y transitar por la burocracia camerunesa. A modo de homenaje a su texto, con el que me sentí enormemente identificada, decidí titular “Los meses de espera y la investigadora inocente” al relato sobre lo que implicó la autorización de mi investigación por parte del hospital porque aunque no me enfrenté a la burocracia de Camerún sí sorteé la burocracia del sistema de salud de México.

Cuando decidí iniciar el proceso de entrada a campo, que en mi caso implicaba la aceptación de mi investigación por parte de un hospital público, fue en octubre del año 2017 y nunca

9 R. Campos-Navarro, *Antropología médica e interculturalidad*, 2016, pp. XIV-XXI.

10 R. Castro y J. Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*.

11 Al final de la introducción se expondrá el objetivo general de la investigación, por lo que no se pondrá en esta sección para no ser reiterativa.

12 N. Barley, *El antropólogo inocente. Notas desde una choza de barro*, 2004, pp. 17-41.

imaginé, en mi inocencia de investigadora poco experimentada por utilizar términos de Barley,¹³ que ese sería el inicio de un largo peregrinar por distintos hospitales públicos. La clínica obstétrica más cercana a mi casa es la Unidad Médica de Alta Especialización (UMAE) No. 4 del IMSS, la cual yo conocía como “la clínica gineco-obstétrica 4”, razón que me pareció suficiente para ir y probar suerte con ella.

Todas las entradas de los hospitales públicos que he visitado comparten varios elementos: afuera siempre hay una fila de personas formadas, luchando por entrar a visitar a su familiar internado/a. También en las afueras de los hospitales suele abundar el comercio informal, con pequeños puestos de comida y ropa, vendedores ambulantes y en algunos casos puestos con amuletos para los/as enfermos/as y pulseras o listones rojos para las embarazadas; comercios oportunos y perfectos para quienes están esperando toda la mañana fuera del hospital. Como es de esperarse el ambiente suele ser tenso y en algunos casos doloroso, es común presenciar a gente llorando o peleando, o a personas que duermen sobre cajas de cartón, o que cuidan un bebé en el suelo mientras esperan entrar. Los policías que resguardan las instituciones de salud deben lidiar con la desesperación que atraviesan los familiares, y los familiares deben lidiar con todos los requerimientos que implica visitar a quien está internado y con horas de espera para lograrlo.

Cuando llegué a la UMAE No. 4 me aproximé a un policía que estaba en la entrada, que inmediatamente me dijo que no era horario de visita y se sorprendió rotundamente cuando le expliqué que no iba a visitar a nadie, sino que mi motivo era pedir informes para hacer una investigación ahí. Imagino que la sorpresa fue mayor por mi género y edad; pero en cuanto los policías de la entrada escuchan la palabra investigación cambian de actitud. Me permitió ingresar, había logrado pasar la primera prueba pero después de eso no sabía a dónde dirigirme. Por suerte, en la entrada de ese hospital hay un módulo de información, donde me dijeron que acudiera al Área de Enseñanza. En mi inocencia, nuevamente, creí que solo debería de ir a Enseñanza para que me explicaran los requerimientos para la aceptación de mi investigación pero eso no ocurrió y fue mi primera lección: sortear la burocracia del Sistema de Salud no iba a ser sencillo.

Los elevadores de los hospitales son lugares en los que ocurren muchos sucesos: al abrirse las puertas pueden verse cuneros, enfermeras alimentando bebés y señores con carros llenos de biberones. Al llegar al Área de Enseñanza las secretarias no sabían a qué área debía de acudir si quería hacer una investigación, entonces me enviaron a la Dirección, crucé el hospital hasta llegar a la Dirección, donde inmediatamente me regresaron a Enseñanza. Cuando volví a Enseñanza, las secretarias de cada área tuvieron que hablar por teléfono entre ellas para acordar quién debía recibirme. Concluyeron que Enseñanza. Tras esperar a que volviera de una reunión, el jefe del área

13 Íbid.

me recibió. El médico me explicó que para poder realizar la investigación el hospital me asignaría un asesor de la misma institución para que no fuera necesario enviar mi protocolo a la Comisión Nacional de Investigación. Me retiré emocionada y lista para comenzar el protocolo de investigación pero por mi falta de expertise en el tema, me enteré después que el hospital es una Unidad Médica de Alta Especialización (UMAE) dedicado únicamente a atender embarazos de alto riesgo, por lo que en la mayoría de los casos los nacimientos son por cesárea en un quirófano, para evitar una complicación. En cambio mi investigación debía de realizarse en un hospital general que atendiera embarazos de bajo riesgo que en la mayoría de los casos terminaran en partos, para poder observar la interacción comunicativa entre médicos/as-pacientes durante ese suceso, por lo que decidí buscar otro hospital para hacer mi trabajo de campo. En ese entonces no tenía idea de las consecuencias que eso iba a implicar.

Decidí que el nuevo hospital en el que realizaría mi investigación sería en el IMSS La Raza, del cual me fui a enterar, después de ir tres veces, que también era una UMAE. Llegué al hospital y en el módulo de información me explicaron dónde se ubicaba el Área de Enseñanza. Ahí me dieron la mala noticia de que el jefe no se encontraba porque estaba en un festejo por el “Día del Doctor”, entonces regresé con las manos vacías. La segunda vez que fui el jefe de Enseñanza tampoco se encontraba. Opté por aguardar su llegada en la sala de espera, mientras extrañada observaba a San Peregrino, un santo que se encuentra en una vitrina en la sala, donde pacientes y médicos/as se arrodillan y rezan a sus pies. Esperé dos horas, nunca llegó y esa fue una segunda lección: nunca buscar a los jefes/as de área después de la una de la tarde. Hasta el tercer día que fui al hospital el jefe sí se encontraba, me recibió y me explicó que ese hospital también era una UMAE, por lo que únicamente recibían investigaciones de posgrado. Agradecí la aclaración y regresé a casa francamente devastada y queriendo renunciar a mi misión.

La mayor lección que me dio este proceso de entrada a campo es la importancia de la perseverancia y la paciencia, por lo que decidí intentarlo nuevamente. Esta vez dediqué un tiempo previamente a cerciorarme de seleccionar un hospital general y no una UMAE y me dirigí al Hospital General Parque de los Venados. Una vez más me dí a la búsqueda del Área de Enseñanza, nuevamente esperé al jefe del área, lo que me confirmó que la nueva habilidad que tenía que adquirir era la de esperar a los/as médicos/as a que tuvieran tiempo de recibirme. El Jefe de Enseñanza me recibió, le expliqué mi proyecto, me pidió que le entregara mi protocolo de investigación y una vez que él le diera el visto bueno, sólo dependía de que el Jefe de Ginecología también lo autorizara.

Después de esa visita una compañera de la licenciatura me mostró una tesis doctoral sobre la institucionalización del nacimiento. En cuanto leí el título, busqué a la autora, llamada

Mercedes Campiglia, y así fue como conocí a la persona que me encaminaría al hospital donde terminé realizando campo. Me contacté con ella y amablemente me permitió entrevistarla, nos reunimos, le presenté mi proyecto de tesis y la experiencia que había tenido los meses pasados con los hospitales a los que había acudido. Ella me recomendó llevar a cabo mi proyecto en el Hospital General La Perla, ubicado en el municipio de Nezahualcóyotl, en el cual se lleva a cabo un proyecto de voluntariado de doulas en el que ella participaba y conocía a la directora, cuestión que podía facilitar el proceso de ingreso al hospital y que de paso mi investigación aportara conocimiento a un proyecto concreto. Le agradecí la recomendación y me fui decidida a cambiar de hospital, pensando que dentro de poco tiempo estaría ingresando a hacer mi investigación. Como los/as lectores/as esperarán, no fue así.

Después contacté a la directora del Proyecto de implementación del Modelo de Atención Integral Obstétrica (MAIO), a quien le pareció interesante mi investigación y accedió a apoyarme presentándola al hospital como parte del proyecto MAIO. A ella le interesó mi trabajo porque parte de los objetivos del proyecto es hacer investigación cuantitativa y cualitativa que sustente académicamente la importancia y efectividad de replicar el modelo de atención obstétrica MAIO en otros hospitales públicos del país.

Ahora el reto era elaborar un protocolo de investigación clínico-epidemiológico que le pareciera relevante al personal médico, el cual logré hacer tras dos meses de trabajo, basándome en un protocolo que había sido aprobado por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMyN).

A la par que transcurrían esos meses de trabajo tuve mi primera aproximación al proyecto MAIO, ya que la directora me invitó a una sesión de contención que tienen las doulas participantes cada mes. Me presenté con ellas, les expliqué mi investigación y aprobaron que participara en el proyecto. En esa sesión confirmé la relevancia de mi investigación, ya que gran parte de las doulas refirieron escuchar por parte de médicos/as frases como: “A ver, mi amor, ahorita se va a ver qué tan buena madre vas a ser”, “Puja fuerte o se te va a subir el bebé, si no lo puedes controlar ahora, ¿cómo lo vas a poder hacer después?”, “Esas mujeres [las que se atienden en el hospital] no deberían de tener el derecho a tener hijos”, “Donde hay mujeres, hay problemas y donde hay mujeres pariendo hay problemas peores”, “Ustedes ¿Por qué defienden a esas mujeres? Si sus hijos son quienes te van a asaltar en la calle”, “¿Para qué dan educación sexual? Si eso sólo les sube la calentura y luego andan aquí pariendo”.

Expresiones claras y contundentes de violencia obstétrica, a través de un discurso violento, patriarcal y misógino del cual son objeto las mujeres que paren en el hospital.

En febrero del año 2018 entregué el protocolo de investigación a la directora de MAIO, quien lo revisó, le dio el visto bueno y quedó de entregárselo a la Jefa de Ginecobstetricia para su aprobación. Una vez más, creí que lo siguiente sería un proceso rápido y sencillo pero en el tiempo de espera a que se entregara el protocolo, el segundo director del proyecto MAIO, un ginecólogo, le explicó a la directora que era imposible evitar el trámite burocrático que conlleva la aceptación de una investigación en un hospital, por lo que primero se tenía que presentar al Área de Enseñanza y una vez que fuera aprobado, al Área de Ginecobstetricia. Por esta razón hasta el mes de mayo se entregó mi protocolo al área pertinente. Al hacerlo, el Comité de Bioética del hospital explicó que acababan de tener sesión por lo que tendrían respuesta hasta finales de mes.

Llegó la fecha en que debían de tener respuesta y no la obtuve, tampoco los siguientes dos meses, por lo que decidí ir en persona a averiguar el estado en el que se encontraba la revisión del protocolo. Tuve que ir dos veces hasta encontrar al jefe. Al explicarle el motivo de mi visita me explicó que no tenía registrado el haber recibido mi protocolo, me pidió que se lo entregara nuevamente, se lo entregué ese mismo día y me dijo que en dos semanas tendría respuesta. Cuando llamé me comentó que aún no tenía respuesta, que lo buscara después.

La desesperación por falta de respuesta comenzó a afectarme psicológica y emocionalmente y mi objetivo empezó a parecerme imposible y remoto. Por esos días mi padre me explicó que San Judas Tadeo es el santo de los casos difíciles y desesperados, en lo cual mi tesis se había convertido, por lo que a pesar de ser atea decidí intentar un ejercicio de eficacia simbólica. Por primera vez en mi vida, acompañada de mi padre, acudí a la iglesia, que en este caso fue a la de San Hipólito, por estar dedicada a San Judas Tadeo. Compré una veladora que rocié con agua bendita y con absoluto desconocimiento de lo que hacía, me hincé frente al altar y recé, pidiéndole a San Judas que hiciera los arreglos celestiales necesarios para que se aceptara el protocolo de investigación.

Esperé unos días para volver a contactarme con el Jefe de Enseñanza, quien me dijo que mi protocolo había sido aceptado y que podía ir por mi carta de aceptación. El día en que me dirigía triunfante a recoger mi carta, el médico me habló por teléfono y me comunicó con la Jefa de Bioética que tenía una lista de correcciones que debía hacer a mi protocolo antes de poder recibir la carta.

Me tardé un mes en corregirlo y en elaborar los formatos de consentimiento informado solicitados, así como en pilotear el instrumento de investigación con cuatro médicos/as. En septiembre, ahora acompañada de una imagen de San Judas Tadeo en el bolsillo y con un rezo previo, entregué el protocolo corregido, que esta vez había alcanzado una extensión de cincuenta páginas. Lo recibió el Jefe de Enseñanza y me comentó que el lunes tendría respuesta, que llamara por teléfono, lo cual evidentemente fue una mentira y dio lugar una serie de persecuciones telefónicas en

las que el médico en cada llamada inventaba una nueva fecha de respuesta que nunca se cumplía. En algún momento, cansada de la persecución telefónica y tras una sospechosa “falla técnica” en nuestra última llamada, decidí presentarme nuevamente en el hospital, ahora decidida a esperar las horas que fueran necesarias con tal de que me dieran el veredicto. Esta vez, al notar mi desesperación, el doctor me dió nuevos comentarios que le había hecho la Jefa de Bioética a mi segundo protocolo y me explicó cómo corregirlo para que se aceptara. El mismo día hice las correcciones y fui a entregarlo.

Curiosamente, el día 28 de octubre, que está dedicado al festejo de San Judas, recibí la llamada más esperada en los últimos meses: el Jefe de Enseñanza me informó que finalmente había sido aceptado mi protocolo y esta vez, verdaderamente podía pasar por la carta de aceptación e iniciar la investigación. Con lágrimas de felicidad fui a entregarle un ramo y una veladora al que se convirtió en mi santo, en agradecimiento a la solución de mi desesperada y difícil situación.

El primero de noviembre del 2018 fui a recoger mi carta de aceptación y el 14 de ese mismo mes ingresé por primera vez a hacer observación de nacimientos.

Así, tras once meses de espera, numerosas idas en vano al hospital, horas aguardando a que se encontrara el Jefe de Enseñanza, persecuciones telefónicas, correcciones al protocolo y rezos a San Judas, logré ingresar al hospital para poder iniciar mi investigación.

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO DESDE LA LICENCIATURA EN

DESARROLLO Y GESTIÓN INTERCULTURALES

Pasaré a explicar por qué la atención al nacimiento es un tema relevante de analizar desde la licenciatura en Desarrollo y Gestión Interculturales, para posteriormente describir de qué manera está estructurada la tesis.

Conforme comencé a aproximarme al tema de la atención al nacimiento en el país, fue evidente la importancia que tiene la dimensión cultural del suceso, así como la diversidad de concepciones que existen al respecto, ya que el nacimiento es un proceso *biocultural*, es decir, un fenómeno biológico y a la vez sociocultural.¹⁴

Por ese motivo consideré relevante abordar el tema desde la perspectiva de la interculturalidad, ya que desde ella se pueden analizar las diferentes significaciones culturales en torno al

14 R. Campos, *Antropología médica e interculturalidad*, p. XVII.

nacimiento y la maternidad, así como la relación que tienen estos significados con las estructuras sociales, culturales, económicas y políticas.

Para definir la perspectiva intercultural desde la cual realizaré la presente tesis, utilizaré a Catherine Walsh, socióloga y psicolingüista estadounidense, quien propone que hay diferentes usos de este concepto, uno en el que es funcional para el sistema neoliberal, con el objetivo de reconocer la diversidad cultural para incluirla en la estructura social establecida.¹⁵ En cambio la interculturalidad crítica, que es desde la que me posiciono como investigadora, parte de reconocer la estructura desigual de poder económico, cultural y epistémico dentro de la cual se dan las relaciones entre diferentes grupos culturales, con el objetivo de transformar dicha estructura.¹⁶

Desde la interculturalidad es posible analizar los modelos de atención al nacimiento como parte de la cultura, a partir de comprender al sistema médico como un sistema de saberes, creencias y prácticas que interpreta y significa el proceso de salud-enfermedad-atención.¹⁷ Asimismo la relación médico/a-paciente se da dentro de un contexto que constituye distintas dimensiones: la cultural, la social, la biológica, la psicológica, la clínica, la de género, la epistémica y la comunicativa.

La significación que le damos a nuestras experiencias, la manera en que las comunicamos, la credibilidad que otros/as nos dan y la forma como intercambiamos conocimiento implican relaciones epistémicas, que son interacciones que se dan dentro de la dinámica de operación de poder social.¹⁸ Por lo tanto, las relaciones epistémicas subyacen a la relación médico/a-paciente y a las relaciones de poder dentro de las cuales se da e interpreta la atención al nacimiento.

Dado que mi área de pre-especialización fue en los estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad, además de la interculturalidad, otro enfoque importante para analizar la atención al nacimiento fue, justamente, el de la relación existente entre aquellos tres ámbitos. Por ello, a lo largo de la tesis se analiza de qué manera la medicina obstétrica se aplica en sistemas técnicos que repercuten en el ejercicio profesional del personal médico, en las mujeres y sus cuerpos. Además, se indagará sobre las representaciones sociales que tienen tanto las mujeres como el personal médico sobre la medicina y su papel en la sociedad, con la finalidad de analizar el discurso que se construye respecto a la ciencia médica.

Como se ahondará en el segundo capítulo de la tesis, en la actualidad impera el paradigma científico como el marco conceptual con mayor estatus y legitimidad desde el que se concibe y expli-

15 C. Walsh, *Interculturalidad crítica y educación intercultural*, 2009, p.p. 2 y 3.

16 Íbid, p. 4.

17 Íbid.

18 M. Fricker, *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing*, 2007, pp. 1-9.

ca la realidad. Este paradigma construye la idea de que los/as científicos/as son personas puramente racionales que generan conocimiento científico, objetivo y por lo tanto neutro. Dicha construcción y paradigma ha sido criticado desde hace varias décadas y parte de los objetivos de mi licenciatura es la de cuestionar dichos supuestos y visibilizar el papel que tienen la cultura y los intereses políticos y económicos en los/as científicos/as y en la construcción de conocimiento de esta índole. Así como la necesidad de valorar otro tipo de conocimientos además de la ciencia, con la finalidad de que dialoguen entre sí para plantear investigaciones y soluciones respecto a problemáticas actuales.

Desde el paradigma científico y específicamente en el caso de la medicina existe una representación social del personal médico como personas puramente racionales, objetivas y neutrales. Pero la documentación del ejercicio de violencia obstétrica por parte del personal de salud hacia las mujeres muestra la falsedad de esta imagen. Por ello, la tarea de la presente investigación es visibilizar el papel que tiene la cultura en que está inmerso el personal médico en la relación médico/a-paciente, así como en el discurso que tiene dicho personal médico en torno a sus pacientes, su ejercicio profesional y su “objeto” de investigación, que, en el caso de la ginecología, es la maternidad y el nacimiento. Todo ello, para posteriormente analizar cómo repercute (o no) dicho discurso en el mayor o menor ejercicio de la violencia.

En investigaciones sobre la interculturalidad en la salud, la diferencia cultural entre el personal de salud y los/as pacientes suele ser étnica. Al respecto, distintos autores, como Enrique Florescano, explican que en América Latina “la diversidad cultural tiene más bien raíces étnicas”.¹⁹ En cambio, en el caso del personal médico y las pacientes que paren en el Hospital General La Perla, no suele existir una diferencia étnica. Aunque muchas de las personas que viven en el municipio de Nezahualcóyotl migraron desde comunidades indígenas de otros estados de la república hacia el Estado de México, el 90.5% de las mujeres encuestadas en la investigación no se autoadscriben como indígenas.

Por lo tanto, en este caso la diferencia cultural entre el personal médico y las pacientes no es étnica, sino de índole epistémica. Los/as médicos/as, a diferencia de las mujeres que atienden, tuvieron una formación disciplinaria, utilizando el término de Foucault, con la que la ciencia médica se convierte en su marco conceptual o sistema de creencias desde el que interpretan el nacimiento.²⁰ Además el personal médico funciona como un grupo con estatus social, es decir, con un poder social que le da credibilidad a su discurso, otorgándole la característica de ser un discurso racional, objetivo y neutral; además de que es un sistema con su propio lenguaje, dinámicas,

19 Cfr. A. Ruíz-Tovar, *Fundamentando la exclusión. Una reflexión epistémica sobre las políticas medio ambientales en la reserva de la biosfera en la Sierra Gorda, Querétaro*, p. 28.

20 M. Foucault, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, 2009.

relaciones de poder, jerarquía y rituales de iniciación. Los médicos incluso poseen un habitus, que, como se explicará con mayor profundidad en los siguientes capítulos, consiste en los esquemas de percepción que adquieren de manera inconsciente y que forman parte de su ejercicio profesional cotidiano.²¹

En el caso de la ginecología no sólo es claro de qué manera ha sido conceptualizado el nacimiento desde la ciencia, sino que además este sistema ha utilizado tecnología para eficientizar y homogeneizar este proceso. Dicha aplicación de tecnología a un proceso fisiológico y no patológico como es el parto (en la mayoría de los casos), suele realizarse rutinariamente y sin justificación científica que sustente esas prácticas, lo cual también ha sido conceptualizado como *hipermedicalización*, desde la medicina basada en evidencias,²² y se ha propuesto como un tipo de ejercicio de violencia obstétrica, ya que son prácticas que causan dolor o daño en las mujeres y que no representan beneficios para su salud o la del bebé.²³

La violencia obstétrica es tipificada como un tipo de violencia patriarcal, es decir, no es fortuito que sean mujeres a quienes se ejerce este tipo de maltrato y, a diferencia de otros tipos de violencias en la relación médico/a-paciente, la violencia obstétrica está cargada de prejuicios misóginos y patriarcales respecto al ejercicio de la sexualidad de las mujeres, como pudo visibilizarse en los testimonios de mujeres que entrevisté y en la experiencia de las doulas, expuestos anteriormente. Asimismo, estructuralmente se le da menor credibilidad a las significaciones de las mujeres sobre sus experiencias de vida, incluidas las interpretaciones que tienen de su proceso de parto.

Todo lo anterior justifica la necesidad de incluir un enfoque de género y feminista en la investigación. Específicamente utilicé investigaciones feministas sobre el ejercicio de la maternidad, la justicia reproductiva y la interseccionalidad, que parten de visibilizar la diversidad de experiencias que existen en las mujeres respecto a la procuración de su salud reproductiva, a partir de factores de racialización, género, clase social y estatus de conocimiento.

Aunado al feminismo, para poder abordar mi tema de investigación desde un enfoque intercultural, utilicé las ciencias sociomédicas (antropología y sociología de la salud), específicamente los estudios enfocados en salud reproductiva.

Analizar la dimensión cultural del nacimiento implica visibilizar tanto los procesos de significación de la realidad como los de significación de las relaciones y de los sujetos sociales. La rela-

21 R. Castro y J. Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*.

22 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*.

23 Íbid.

ción médico/a-paciente tiene una dimensión comunicativa tanto interpersonal como intercultural, ya que en la interacción se relacionan los distintos sistemas de creencias sobre el nacimiento que tienen tanto el personal de salud como las pacientes. Este proceso comunicativo y de significación se da sociocognitivamente a través del lenguaje, lo cual explica la importancia de analizar el papel del discurso en esta interacción, aunado a un enfoque intercultural que dé cuenta de la diferencia entre el sistemas de creencias de las personas involucradas en la relación médico/a-paciente.

El análisis crítico del discurso, enfocado en estudiar el uso del lenguaje en contextos socioculturales y su papel en la reproducción de relaciones de poder desiguales, es una herramienta de gran utilidad para rastrear las significaciones que poseen los grupos socioculturales respecto a algún tema. Por lo tanto, se utilizará el análisis crítico del discurso como un conjunto de herramientas teórico-metodológicas para indagar respecto a las significaciones y creencias que posee el personal médico respecto a la medicina, sus pacientes, el nacimiento, la maternidad y la mujer, y posteriormente indagar las repercusiones de dicho discurso en la relación médico/a-paciente.

ESTRUCTURA DE LA TESIS

En síntesis de lo explicado hasta ahora, la presente tesis tiene el objetivo de mostrar cómo opera el discurso que emite el personal médico sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica, todo ello en el contexto de la relación médico/a-paciente establecida durante la atención al nacimiento en el Hospital General La Perla Nezahualcóyotl (HGLPN). Ello se logró a través de:

- (a) Describir y analizar la atención al nacimiento desde estudios críticos del discurso, ciencias sociomédicas y enfoques feministas e interculturales.
- (b) Describir y analizar el proceso de atención al nacimiento y la manera en que se entabla la relación médico/a-paciente durante este suceso.
- (c) Describir y analizar las percepciones que tienen las pacientes respecto a la atención recibida en el hospital durante la atención al nacimiento.
- (d) Describir y analizar el discurso que construye el personal de salud del hospital sobre sus pacientes, la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.

A partir de la información obtenida en la investigación, la tesis se estructuró en cinco capítulos que contienen lo siguiente:

El primer capítulo funge como un encuadre para que el/la lector/a comprenda cuál es el punto de partida teórico y metodológico de la investigación, a través de hacer definiciones de los enfoques y conceptos centrales que se utilizarán a lo largo del trabajo. Además se explican los diferentes instrumentos de investigación que se utilizaron para realizar el trabajo de campo en el hospital y el proceso metodológico para el análisis discursivo.

El segundo capítulo sirve como un encuadre histórico y cultural, sobre la transformación, en México y el mundo, tanto de la atención al nacimiento como del ejercicio de la maternidad; a partir de una perspectiva enfocada en la relación entre ciencia, tecnología y sociedad. Esto con la finalidad de visibilizar cómo han cambiado tanto la atención al nacimiento como el ejercicio de la maternidad de acuerdo a las transformaciones del contexto social, político, cultural, económico y de género.

El tercer capítulo es una breve etnografía sobre cómo se da la atención al nacimiento en el HGLPN, contextualizando antes cómo es el panorama de salud reproductiva en el Estado de México y en el municipio de Nezahualcóyotl. Sobre el nacimiento se describe tanto el proceso de atención hospitalaria como el papel de los/as sujetos/as involucrados/as (personal médico, pacientes y yo misma como investigadora), la relación médico/a-paciente, su dimensión discursiva y el papel que tiene el género en ésta.

El cuarto capítulo, que es el más robusto, es el análisis crítico del discurso que se realizó a partir de la información obtenida con los instrumentos de investigación. El análisis está dividido en dos secciones, en la primera se analiza el discurso referente al ejercicio de la maternidad de las mujeres que acuden a La Perla, y en la segunda sección se analizan las diferentes categorizaciones discursivas sobre el personal médico y las pacientes que elaboré a partir de las respuestas obtenidas en entrevistas y encuestas. Para este análisis se utilizarán tanto el trasfondo histórico analizado en el capítulo II, como los enfoques feminista, desde las ciencias sociomédicas y la interculturalidad.

El último capítulo narra cómo ha sido la implementación del Proyecto del Modelo de Atención Integral Obstétrica (MAIO) y cuáles han sido sus repercusiones, tanto a nivel de prácticas médicas y dinámicas entre personal de salud y pacientes, como a nivel discursivo.

Al final de la tesis, en las conclusiones se discuten las repercusiones que ha tenido el proyecto MAIO en el ejercicio de violencia obstétrica en el hospital y el papel relevante que tiene el discurso en la reproducción o transformación de este tipo de dinámicas. Posteriormente se hacen recomendaciones para la atención hospitalaria del nacimiento desde el marco de la justicia reproductiva, la interculturalidad y el género.

CAPÍTULO I

ENCUADRE TEÓRICO-METODOLÓGICO

En el presente capítulo se expondrán cuáles son los enfoques teóricos desde los cuales se ha analizado la atención al nacimiento, con los respectivos conceptos centrales que se retoman de cada enfoque. También se explicará metodológicamente a partir de qué instrumentos se obtuvo la información y cómo se procesaron los datos obtenidos.

1.1 ENCUADRE TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

Los enfoques teóricos utilizados en la tesis son los siguientes:

1.1.1 Ciencias sociomédicas

La atención hospitalaria del nacimiento se analizó desde las ciencias sociomédicas que están constituidas, en parte, por las subdisciplinas de la antropología y la sociología de la salud centradas en estudiar los procesos de salud/enfermedad/atención. Desde la antropología de la salud se utilizaron las propuestas de tres antropólogos/as de la salud: Eduardo Menéndez,¹ Roberto Campos² y Mercedes Campiglia.³ Desde la sociología hospitalaria se utilizó la investigación de Roberto Castro⁴ y Joaquina Erviti⁵ sobre el *habitus médico autoritario* en la atención a la sa-

1 Eduardo Menéndez es un antropólogo de la salud argentino, quien ha trabajado los temas de salud, interculturalidad y políticas de estado.

2 Roberto Campos es un médico y antropólogo de la salud mexicano, que ha desarrollado el tema de la interculturalidad en la salud y la medicina tradicional.

3 Mercedes Campiglia es doula, psicóloga y doctora en antropología mexicana. En su tesis doctoral realizó su investigación en un hospital privado que buscaba la implementación de un modelo de atención humanizada.

4 Roberto Castro es sociólogo. Ha realizado numerosas investigaciones sobre violencia y atención a la salud de mujeres en México.

5 Joaquina Erviti es socióloga. Trabaja los temas de estudios de género, salud reproductiva y derechos en México.

lud reproductiva de las mujeres. De todos/as estos/as autores/as, se retomaron los siguientes conceptos principales:

a) *Modelo médico hegemónico*: Eduardo Menéndez propone este modelo interpretativo del proceso de salud/enfermedad/atención definiéndolo con las siguientes características: se concibe desde una racionalidad científica y positivista el cuerpo y la enfermedad, los cuales son entendidos de manera biologicista e individual, sin tomar en cuenta los factores sociales e históricos que influyen en esos procesos.⁶ En la atención se medicalizan normativamente los procesos fisiológicos del cuerpo.⁷ La relación médico/a-paciente es vertical y asistencialista, ya que se le da a el/la paciente un papel pasivo, con un saber subordinado, concebido como erróneo o nulo y por ende, se le excluye del saber médico.⁸ La atención médica está organizada internamente a partir de una jerarquía y los/as profesionales están controlados/as a partir de un objetivo de productividad y pragmatismo.⁹ El modelo médico hegemónico se conforma como tal por estar respaldado académica y políticamente por el Estado, por lo que también funge como una herramienta de control ideológico y social.¹⁰

b) *Habitus médico autoritario*: Castro y Erviti, retomando el concepto de Bourdieu de habitus, proponen que los profesionales de la salud desde la formación médica adquieren un habitus, es decir, una serie de esquemas de percepción sobre la realidad y específicamente sobre las pacientes; dichos esquemas influyen y se reproducen de manera inconsciente en su prácticas profesionales cotidianas.¹¹ Este habitus médico está caracterizado por la importancia de las jerarquías, el uso de castigos y disciplinamiento como recurso de formación didáctica y la reproducción de la desigualdad de género, características que se aplican entre el mismo personal médico y con las pacientes.¹² Esto lleva al ejercicio de una práctica médica autoritaria tanto en la relación médico/a-paciente como de manera interna entre el personal de salud.¹³

6 E. Menéndez, *La antropología médica en México*, en R. Campos-Navarro (comp.) "La antropología médica en México", 1992.

7 Íbid.

8 Íbid.

9 Íbid.

10 Íbid.

11 R. Castro y J. Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, 2015, pp. 35-55.

12 Íbid, pp. 51-55.

13 Íbid.

c) *Nacimiento institucionalizado*: Campiglia propone que la atención al nacimiento desde que estuvo a cargo de la institución hospitalaria se ha caracterizado por la instrumentalización, que implica la intervención del proceso fisiológico del parto a través del uso de herramientas médicas como los fórceps, el nacimiento quirúrgico mediante la cesárea y el control del dolor mediante analgésicos.¹⁴ A partir de la institucionalización de este suceso, el personal médico y no las mujeres se colocaron en el centro de la atención, que está diseñada para la comodidad de los primeros y cumplir con los estándares de productividad de la institución.¹⁵

d) *Violencia obstétrica*: Es definida por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) como:

una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.¹⁶

Castro y Erviti proponen que este tipo de violencia se ejerce de manera sistémica, desde la institución de salud hasta por parte del personal de médico, quienes ejercen en las mujeres mecanismos de control de su conducta promoviendo obediencia y conformidad, descalificando los conocimientos y opiniones acerca de su cuerpo y parto, e invalidándolas como sujetas que sufren.¹⁷ Además al personal médico se le da un papel principal en la atención y uno secundario a la mujer, que solo debe “cooperar”, lo cual consiguen a través del uso de amenazas y castigos cuando las mujeres no se comportan de la manera esperada.¹⁸

Aunada a la definición anterior, Campiglia clasifica la violencia obstétrica en: violencia desnuda, ejercida a través del maltrato físico o verbal directo hacia las pacientes; violencia velada, a través de intervenciones médicas que producen dolor o daño a la mujer y no representan ningún

14 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*, 2017, pp. 56-65.

15 Íbid.

16 Grupo de Información en Reproducción Elegida, *Violencia obstétrica* en “Informe: Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México”, 2015.

17 R. Castro y J. Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, pp. 81-136.

18 Íbid.

beneficio para mamá o bebé, y por último, el abandono como una forma de violencia, que implica una desatención deliberada a las mujeres para promover su obediencia.¹⁹

José Almaguer, Hernán García y Vicente Vargas entienden este concepto como una violencia de origen patriarcal que parte de la apropiación del cuerpo y de los procesos fisiológicos de la mujer.²⁰

Desde la justicia reproductiva, Loretta Ross propone que la violencia obstétrica es una forma de opresión reproductiva que se ejerce a través de una medicina coercitiva.²¹ Desde este enfoque se toma en cuenta que la interseccionalidad de condiciones en que se encuentran las mujeres posibilita que hacia algunas se ejerza más violencia que hacia otras que poseen mayores privilegios.

La ginecobstetricia es una especialidad en la que, desde las últimas, ha aumentado considerablemente el número de mujeres médicas que la estudian y ejercen.²² Algunas personas refieren que son las ginecobstetras mujeres quienes ejercen más violencia hacia las pacientes pero basándome en la investigación de Raquel Pozzio, académica argentina, al respecto, pienso que el ejercicio de violencia obstétrica viene tanto de médicos/as hombres como de mujeres.

e) *Nacimiento humanizado*: Como reacción a la industrialización del nacimiento y a la violencia obstétrica, surge una propuesta de atención respetada o humanizada desde la que se promueve erradicar el maltrato y disminuir las intervenciones médicas y tecnológicas innecesarias.²³ El nacimiento humanizado propone un modelo de atención desde un enfoque integral, en el que la mujer esté en el centro de la atención, promoviendo la capacidad de decisión sobre su cuerpo, tomando en cuenta la dimensión psicológica, emocional y social del nacimiento y que éste se viva como una experiencia positiva.²⁴

Al respecto, la OMS recomienda que exista una atención respetuosa de la maternidad, entendida como “la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto”.²⁵

19 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*, pp. 86-114.

20 J. Almaguer, H. García y V. Vargas, *La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud*, 2010, p. 5.

21 L. Ross, y R. Solinger, *Reproductive Justice. An introduction*, 2017, pp. 188-190.

22 R. Pozzio, *La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstetrica*, 2016.

23 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*, p. 28.

24 Íbid.

25 Organización Mundial de la Salud, *Recomendaciones de la OMS. Para los cuidados durante el parto, para un experiencia de parto positiva. Tratar la atención de mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*, p. 4.

Desde la presente investigación se entenderá el nacimiento humanizado como aquel en el cual se da la atención desde el enfoque de la justicia reproductiva. Al respecto Farah Diaz-Tello²⁶ y Lynn Paltrow²⁷ proponen el concepto de Birth Justice,²⁸ desde el cual se exige el acceso a una atención a la maternidad basada en evidencia, en la que se respete la integridad de la mujer y que pueda tomar la decisión de que el parto sea en un hospital o no (como en casa con partera).²⁹ Además, para el ejercicio del Birth Justice, se requiere poder acceder a una educación sexual que brinde información entendible y completa sobre el embarazo y el nacimiento, tomando en cuenta los diferentes modelos de atención al nacimiento con sus respectivos riesgos y beneficios.³⁰ También incluye recibir información completa respecto a las prácticas médicas que se pueden realizar en el nacimiento para que la mujer tome decisiones de manera autónoma.³¹ Por último, las autoras proponen que la atención se dé desde un enfoque holístico en el que se tome en cuenta la interseccionalidad que influye en las diferentes experiencias que las mujeres pueden tener en el nacimiento de acuerdo a su raza y clase social.³²

f) *Género en la relación médico/a-paciente:* Sobre este tema Josefina Brown y otros/as académicos/as proponen que la mujer atendida es a la vez un cuerpo sexuado y generizado.³³ Siguiendo este planteamiento, Mae Biggs y James Henslin que realizaron un análisis sociológico sobre el examen cervical, a partir de sus descubrimientos plantean que las mujeres que acuden a una consulta ginecológica han vivido una socialización genérica desde la que se les ha enseñado a cubrir su vagina, no desvestirse frente a personas desconocidas y cerrar las piernas,³⁴ acciones que se le pide llevar a cabo para atender su parto.

La vagina de las mujeres es conceptualizada socioculturalmente como sagrada³⁵ y funge como un límite simbólico.³⁶ Aunado a esto, Eliana Urrego, académica colombiana, propone que la vagina está cargada del significado de “ser mujer” ya que:

26 Farah Diaz-Tello es abogada y activista de la justicia reproductiva. Actualmente trabaja en Estados Unidos.

27 Lynn Paltrow es la directora de una asociación estadounidense llamada “National Advocates for Pregnant Womens”, encargada de la defensa de mujeres embarazadas.

28 El concepto de “Birth Justice” no ha sido traducido al español pero podría entenderse como una atención justa del nacimiento.

29 F. Diaz-Tello y L. Paltrow, *Birth Justice as Reproductive Justice*, s.f.

30 Íbid.

31 Íbid.

32 Íbid.

33 J. Brown, M. Pecheny y S. Gattoni, *Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica*, 2013, p. 140.

34 J. Henslin y M. Biggs, *The Sociology of the Vaginal Examination*, 1991, pp. 129-140.

35 E. Urrego, *La consulta ginecológica, la mirada sobre el cuerpo desnudo*, 2007, pp. 71-99.

36 P. Bourdieu, *La dominación masculina*, p. 29.

es la que propende placer, la que da un lugar de mujer, la que será la puerta de llegada de un hijo [...]; es mucho más que un órgano porque tiene un sentido. Y es allí donde recae la mirada, sobre lo que la paciente ha puesto en ese lugar.³⁷

Esta explicación nos permite dimensionar el significado que tiene para las mujeres que paren en el hospital el que la mirada de todo el personal de salud pueda posarse en su vagina y que puedan ser tocadas por cualquier integrante del personal médico.

La consulta ginecológica forma parte de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y en ella se aborda la sexualidad, la intimidad y las prácticas sexuales de ellas, sobre las que el personal de salud tiene sus propios prejuicios, normativas y prescripciones.³⁸ Josefina Brown plantea que con la atención ginecológica -al ser parte de la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR)- cuestiones biológicas como la menstruación y las relaciones sexuales forman parte de un deber de las mujeres de comenzar a acudir a consultas con regularidad y con la finalidad de realizar un control, lo cual convierte a las mujeres en cuerpos *vigilados ginecológicamente*.³⁹

Por abordar la sexualidad, la ciencia médica busca que la consulta ginecológica se dé como un espacio no sexual, ni erótico,⁴⁰ por lo que llevan a cabo ciertos protocolos durante los exámenes vaginales.⁴¹ Pero este objetivo no siempre se logra por encontrarnos inmersos/as en un mundo patriarcal que sexualiza el cuerpo de las mujeres. Esto genera una ambivalencia en la atención ginecobstétrica: existe el objetivo de desexualizar un evento que forma parte de la sexualidad de las mujeres -como es el parto-, y a pesar de los esfuerzos, algunos médicos reproducen conductas patriarcales y sexualizan el cuerpo de las mujeres. Analicemos con detenimiento esta ambivalencia.

Biggs y Henslin analizaron cómo con la finalidad de desexualizar la atención ginecológica existen protocolos para las revisiones vaginales y cervicales, con la finalidad de que el personal ginecobstétrico trate a la mujer como si fuera un “objeto técnico”⁴² o una “pelvis”⁴³ y no como una persona. Pero a pesar de esto las revisiones vaginales son una cuestión problemática para las mujeres, ya que la exposición de la vagina a la mirada médica y a ser penetradas por las manos del personal médico, genera emociones como angustia, vergüenza o pudor.

37 E. Urrego, *La consulta ginecológica, la mirada sobre el cuerpo desnudo*, pp. 93 y 94.

38 Íbid.

39 J. Brown, M. Pecheny y S. Gattoni, *Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica*, p. 138.

40 J. Henslin y M. Biggs, *The Sociology of the Vaginal Examination*, p.130.

41 J. Henslin y M. Biggs, *The Sociology of the Vaginal Examination*.

42 J. Brown, M. Pecheny y S. Gattoni, *Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica*, p. 143.

43 J. Henslin y M. Biggs, *The Sociology of the Vaginal Examination*, p. 134.

Urrego propone que a pesar de que la mirada médica concibe al cuerpo como un organismo biológico, tratando de evitar la dimensión simbólica, erótica y sexual atribuidas al cuerpo, a la desnudez y a mostrar los genitales, las mujeres experimentan emociones de angustia, vergüenza y pudor por su desnudez frente al personal de salud.⁴⁴ Bourdieu, por su parte, propone que las emociones corporales como la vergüenza son emociones corporales adquiridas a través de asimilar estructuras de dominación masculinas.⁴⁵

1.1.2 Feminismo

Para el análisis desde un enfoque feminista de la atención al nacimiento fue necesario recurrir a teóricas de diferentes corrientes feministas como las de la interseccionalidad, comunitarias y radicales, siendo estas últimas parte del movimiento que critica al feminismo institucional y que recalca la importancia de transformar la estructura patriarcal desde la raíz. Desde estas corrientes, se utilizaron principalmente autoras latinoamericanas que han analizado las repercusiones del sistema patriarcal en nuestro contexto y a feministas del black feminism (feminismo negro) de Estados Unidos, quienes se han enfocado en analizar las repercusiones que tiene la racialización y la clase social en conjunción con el género en las experiencias de opresión de mujeres de color.

De este enfoque, los conceptos más relevantes para el presente trabajo son:

a) *Género*: En el feminismo existe un debate, en el cual no ahondaré, respecto a las diferencias entre sexo y género. Al respecto retomaré en primera instancia a Claude Mathieu, quien plantea que entre el sexo y el género no existen fronteras claras que las diferencien.⁴⁶

Partiendo de esta premisa, retomaré la definición de Joan Scott⁴⁷ en la que entiende al género como un “elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos”.⁴⁸ Esta autora propone que el género funge como un “campo primario [...]”

44 E. Urrego, *La consulta ginecológica, la mirada sobre el cuerpo desnudo*, pp. 71-99.

45 P. Bourdieu, *La dominación masculina*, 2000, p. 55.

46 Nicole Claude Mathieu es una antropóloga francesa, feminista materialista, que ahonda sobre las diferentes conceptualizaciones alrededor del sexo y género. N. Mathieu, ¿Identidad sexual/sexuada/de sexo? Tres modos de conceptualización de la relación entre sexo y género, 2005

47 Joan Scott es una historiadora estadounidense que ha generado numerosos aportes respecto a la historia de género y de las mujeres.

48 J. Scott, Joan, *El género: una categoría útil para el análisis histórico*, 1986, p. 23.

por medio del cual se articula el poder”.⁴⁹ A partir de su propuesta se entenderá el género como una matriz de significado basada en las diferencias sexuales, a partir de la cual se crean y legitiman determinadas relaciones de poder.

Específicamente en el contexto que se está analizando (la atención de mujeres embarazadas en un hospital público en el municipio de Nezahualcóyotl), operan dos categorías de sexo-género, la de hombre y la de mujer, las cuales están relacionadas con el aparato reproductor con el que nacieron las personas, con la posibilidad o no de gestar y con los significados asociados a dicha posibilidad.

Por lo tanto, el concepto de género será utilizado cuando se vayan a analizar las repercusiones que tiene el ser construída/o como mujer u hombre en un sistema de dominación masculina, ya que esto conforma una identidad con ciertos privilegios u opresiones y expectativas sociales de comportamiento.

b) *Mujeres y patriarcado*: Para la definición de estos dos conceptos utilizaré las teorizaciones de Rita Segato⁵⁰ y Margarita Pisano,⁵¹ por ser académicas latinoamericanas que, a diferencia de otras teóricas europeas o norteamericanas, proponen a las mujeres como las sujetas del feminismo.

A partir de estas dos teóricas, en el documento se entenderá al patriarcado como el sistema cultural, político, social, económico, simbólico e ideológico que está fundado en el mito de la superioridad masculina y la inferioridad de las mujeres.⁵² Dicho sistema crea una estructura de relaciones sociales jerárquicamente ordenadas de acuerdo al género, a partir de los significantes asociados a la masculinidad y feminidad.⁵³

Específicamente en la presente investigación se analizará el régimen simbólico patriarcal,⁵⁴ que crea y reproduce un discurso de género que forma parte de la manera en que concebimos el mundo y las relaciones. Este régimen simbólico tiene la finalidad de justificar y reproducir la dominación masculina.

49 Íbid, p. 26.

50 Rita Segato es una antropóloga argentina que ha realizado investigaciones principalmente en Brasil y México respecto a la violación, los feminicidios y su relación con el patriarcado. Cfr. R. Segato, Rita, *Las estructuras elementales de la violencia*, 2003, p. 14.

51 Margarita Pisano es una teórica chilena feminista radical de la cual se retomará su trabajo sobre el patriarcado. Cfr. M. Pisano, *El triunfo de la masculinidad*, 2004.

52 Íbid, pp. 11-12.

53 R. Segato, Rita, *Las estructuras elementales de la violencia*, p. 14.

54 Segato propone el concepto de régimen simbólico patriarcal.Íbid, p. 15.

El régimen patriarcal crea dos categorías, la del hombre, asociada a la masculinidad, que está relacionada con la obtención de status⁵⁵ y funge como una macrocultura que conforma la visión supuestamente universal de la realidad;⁵⁶ y la categoría de la mujer, relacionada a la feminidad, que es una construcción simbólica diseñada por la macrocultura masculina, con la finalidad de otorgar un papel específico a las mujeres para que se conviertan en colaboradoras funcionales para el patriarcado.⁵⁷

Este sistema le da valor a la figura masculina, en cambio las mujeres forman parte de la otredad, a quienes se les da una importancia minoritaria y marginal.⁵⁸ Desde esta valoración, las mujeres son categorizadas como un ser y un cuerpo para los otros.

c) *Maternidad*: Para hacer una definición operativa del concepto de maternidad utilizaré a las teóricas Cristina Palomar,⁵⁹ Silvia Tubert⁶⁰ y Elizabeth Badinter.⁶¹

Desde la propuesta de estas autoras, la feminidad es un ideal que es naturalizado a través de la diferencia anatómica de los sexos y de la posibilidad de gestar que tienen las mujeres. Esta posibilidad de procrear crea una idea esencialista de la maternidad en la que se piensa que las mujeres poseen un instinto maternal que las hará desear ser madres y saber cómo hacerlo. Por ende, la maternidad refleja la articulación que existe entre el discurso de género, la cultura y el cuerpo.

La maternidad se conforma como un suceso multidimensional, ya que tiene dimensiones biológica, sociocultural, política, subjetiva y simbólica. Desde la dimensión simbólica se crea un universo discursivo de la maternidad, que reproduce ideales sobre cómo debería de ser el comportamiento de las madres y cómo se deberían de sentir las mujeres con la maternidad.

Como consecuencia, la maternidad es un tema ambivalente y contradictorio, ya que a la par de que es algo que es mistificado y romantizado, también es algo despreciado por la sociedad,

55 Íbid, p. 37.

56 M. Pisano, (2004). *El triunfo de la masculinidad*, p. 16.

57 Íbid, pp. 17-19.

58 R. Segato, *La guerra contra las mujeres*, 2016, p. 23.

59 Cristina Palomar es una académica mexicana que ha realizado sus investigaciones principales en torno a las categorizaciones de la maternidad de las mujeres en situación de prisión. Cfr. C. Palomar, *Malas madres: La construcción social de la maternidad*, s.f..

60 Silvia Tubert es una psicoanalista española que desarrolló investigaciones en torno a la maternidad y el psicoanálisis. Cfr. S. Tubert (ed.), *Introducción* en “Figuras de la madre”, 1996.

61 Elizabeth Badinter es una filósofa e historiadora francesa que realizó una investigación profunda sobre las transformaciones históricas del ejercicio de la maternidad en Francia desde el siglo XVIII al XX. Cfr. E. Badinter, *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII a XX.*

ya que no se le valora como un trabajo ni como una tarea política y ética. La romantización de la maternidad oculta las relaciones de poder y de opresión que le subyacen, mediante las cuales se borra la condición de sujeta de la mujer, que se convierte únicamente en madre.

Por último, es necesario recalcar que la maternidad ocurre en una estructura patriarcal de desigualdad de géneros, en la que la crianza se piensa como una tarea únicamente de las mujeres y no se toma en cuenta la responsabilidad que tienen el coautor del embarazo y el Estado en la formación de nuevos humanos.

d) *Opresión reproductiva*: Loretta Ross⁶² y Rickie Solinger⁶³ definen este concepto como el sistema basado en el género, clase, raza, edad y estatus social que busca controlar y explotar a las mujeres y niñas a través de su cuerpo, su sexualidad y su capacidad de reproducción. Este sistema se ejerce a nivel macro, a través de políticas estatales, y también a nivel individual, cuando una determinada persona toma decisiones coercitivas sobre la sexualidad o reproducción de una mujer.

e) *Interseccionalidad*: Es la integración de opresiones simultáneas que viven algunas mujeres en las que se unen distintas categorías de dominación a partir del género, la raza y/o la clase social.⁶⁴ Este concepto visibiliza las disparidades que existen en el acceso al poder en un nivel macro y microsociológico, a través de analizar tanto las estructuras sociales como las “dimensiones subjetivas de las relaciones de poder”.⁶⁵ Surge del movimiento feminista de mujeres de color estadounidenses, quienes llevan el principio de “lo personal es político” hacia sus experiencias en torno a la raza y clase, cuestionando a las feministas blancas que crearon en ese mismo país un movimiento hegemónico con sesgos de los efectos de dichas categorías -raza y clase- en las experiencias de opresión de mujeres no blancas.⁶⁶

Desde el feminismo latinoamericano se ha retomado la interseccionalidad visibilizando el papel que tiene la colonialidad, además de la raza, en las relaciones de género y también

62 Loretta J. Ross es un activista afroamericana que ha formado parte del primer movimiento de justicia reproductiva en Estados Unidos, con la organización de Sistersong. Cfr. L. Ross y R. Solinger, *Reproductive Justice. An Introduction*.

63 Rickie Solinger es una historiadora estadounidense que trata el tema de políticas reproductivas y maternidad. Cfr. L. Ross y R. Solinger, *Reproductive Justice. An Introduction*.

64 L. Ross y R. Solinger, *Reproductive Justice. An Introduction*, p. 73.

65 M. Viveros Vigoya, *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación*, 2016, p. 6.

66 Íbid, pp. 3-5.

analizando el papel de la heterosexualidad normativa en el mito del mestizaje bajo el cual se formaron algunos Estados latinoamericanos.⁶⁷

f) *Justicia reproductiva*: Es un concepto que visibiliza la necesidad de que la defensa de los derechos reproductivos vaya de la mano con una búsqueda de justicia social ya que, aunque las mujeres tengan derecho a decidir sobre su cuerpo, no pueden ejercerlo si están inscritas en un contexto donde la experiencia humana de la reproducción no puede ocurrir en un contexto autónomo, informado, digno y seguro.⁶⁸ La justicia reproductiva visibiliza que la experiencia de la capacidad reproductiva de las mujeres es diversa de acuerdo a la interseccionalidad de factores de clase, raza, género, orientación sexual, capacidades y estado de salud.⁶⁹

Este concepto es creado por el movimiento de las feministas negras estadounidenses, a partir de tener un pasado colectivo de esclavitud y control de las comunidades negras a partir de la capacidad reproductiva de las mujeres.⁷⁰ Actualmente, sus principales áreas de trabajo son el derecho a no tener hijos/as (a partir de poder tomar decisiones sobre la concepción), el derecho a tener hijos/as y el derecho a criar en un ambiente sano y seguro.⁷¹

1.1.3 Estudios Críticos del Discurso

En la presente investigación el discurso será un objeto fundamental de investigación y se estudiará a partir de un análisis crítico que se explicará en el apartado metodológico.

Los Estudios Críticos del Discurso (ECD) son un campo de investigación centrado en analizar las repercusiones del uso del lenguaje en la reproducción de la desigualdad social y el abuso de poder, tal como lo ha planteado Teun A. Van Dijk.⁷² De este campo de investigación se utilizarán los siguientes conceptos:

a) *Discurso*: Para esta definición se retomará la propuesta de Van Dijk, quien entiende el discurso como un objeto verbal, que puede ser oral o escrito, el cual es una práctica social que ocurre

67 Íbid, pp. 13-14.

68 L. Ross y R. Solinger, *Reproductive Justice. An Introduction*, p. 9.

69 Íbid, p. 66.

70 Íbid, pp. 12 y 13.

71 Íbid, p. 9.

72 Teun van Dijk es un lingüista holandés, que es uno de los fundadores del Análisis Crítico del Discurso. Cfr. T. Van Dijk *Análisis Crítico del Discurso*, 2016, p. 204.

en una interacción situada y tiene un micronivel, referente a las interacciones, las conversaciones y las prácticas semióticas cotidianas; y un macronivel, referente a las relaciones de dominación dentro de las cuales se da la interacción discursiva; ambos niveles están relacionados.⁷³ Van Dijk propone que existe una relación entre discurso y poder, en la cual ciertas personas o grupos ejercen control sobre el discurso de otros/as, lo cual lleva a un control de sus formas de pensamiento y por ende al control indirecto de sus acciones.⁷⁴ Con base en lo anterior, los ECD por su índole crítica se centran en analizar problemáticas sociales y casos de abuso de poder.⁷⁵ Por lo tanto, desde los ECD un análisis del discurso incluye análisis socioculturales, históricos y cognitivos.⁷⁶

b) *Poder social*: Van Dijk propone que el poder es la capacidad de controlar los actos y las formas de pensamiento de otras personas, lo cual convierte a este concepto en “noción central [...] sobre el discurso”.⁷⁷ El poder social puede ejercerse gracias a que las personas que lo llevan a cabo también poseen un poder básico por dinero, estatus, conocimiento, género, entre otras.⁷⁸

c) *Control discursivo*: Se refiere a una forma de ejercicio de poder social en la que, a través de controlar el discurso de otras personas se influyen su cognición y por ende se controlan indirectamente sus acciones.⁷⁹ Este control se ejerce a través de decidir la toma de turnos en la conversación, silenciar a otras personas, aprovechar ciertos recursos retóricos y controlar las estructuras narrativas de otros/as.⁸⁰

d) *Representaciones sociales*: Alejandro Raiter⁸¹ define este concepto como las imágenes mentales que los individuos generan a partir de percibir una “cosa, evento, acción, proceso”.⁸² Esto se logra a través de un proceso cognitivo mediante el cual se constituyen creencias y significados

73 T. Van Dijk, *Discurso y poder*, pp. 19-149, 2009.

74 T. Van Dijk *Análisis Crítico del Discurso*, p. 208.

75 Íbid pp.204 y 205.

76 Van Dijk, Teun (2009). *Discurso y poder*. España: Editorial Gedisa, pp.19-149.

77 T. Van Dijk, *Discurso y poder*, p.207.

78 Íbid .

79 Íbid, p. 208.

80 Íbid, pp. 209 y 210.

81 Alejandro Raiter es un sociolingüista argentino que ha realizado distintas investigaciones sobre representaciones sociales, medios de comunicación, discurso y poder. Cfr. A. Raiter (comp.), *Representaciones sociales*, 2002.

82 Íbid, p.11.

sobre el mundo.⁸³ Las representaciones individuales se convierten en sociales gracias a la comunicación, por lo que en las comunidades lingüísticas existen ciertas representaciones compartidas.⁸⁴ Las representaciones sociales, a diferencia de las individuales, tienen prestigio y verosimilitud, además de que están cargadas de un contenido no neutral.⁸⁵

En la presente investigación nos centraremos en las representaciones sociales que poseen las pacientes y el personal médico sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica. Raiter propone que las representaciones sociales tienen consecuencias importantes en la vida cotidiana y el entorno de los sujetos;⁸⁶ siguiendo esta premisa, se analizará el papel que tienen dichas representaciones en la relación médico/a-paciente.

1.2 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La realización del presente trabajo constó principalmente de tres fases. La primera implicó la gestión para obtener los permisos necesarios para realizar el trabajo de campo en el Hospital General La Perla Nezahualcóyotl y se llevó a cabo desde enero de 2018 hasta noviembre de ese mismo año. Esta primera fase se explicó en la introducción de modo anecdótico, entonces a continuación se numerarán las fases llevadas a cabo hasta su aceptación:

- a) La elaboración de un protocolo de investigación clínico epidemiológico⁸⁷ el cual debió de corregirse tres veces hasta que fue aprobado por la Jefatura de Enseñanza y de Bioética del hospital.
- b) Como parte de la realización de este protocolo, el piloteo de las entrevistas con cuatro médicos/as, para hacerle las adaptaciones necesarias al instrumento y justificar su pertinencia, duración y el tiempo por solicitar a los/as participantes.
- c) Realización de dos formatos de consentimiento informado: uno para las pacientes y otro para el personal médico, basándome en un consentimiento realizado para una investigación de maestría en el Instituto Nacional de Nutriología. El tiempo utilizado para la creación y corrección del protocolo de investigación, el piloteo de los instrumentos y la realización de los formatos de consentimiento y su respectiva revisión y aprobación fue de once meses.

83 Íbid, p.11 y 12.

84 Íbid, p.15 y 16.

85 Íbid, p. 16.

86 Íbid, .

87 Véase en Anexo I.

d) Una vez que fue aprobado el protocolo de investigación por la Jefatura de Enseñanza y Bioética, firmé unos documentos de compromiso y ética. Además entregué al hospital unos materiales (carpetas y hojas) para la investigación.

e) Posteriormente estas Jefaturas le informaron de la aprobación de la investigación a la Jefa de Ginecobstetricia, con quien se organizó cómo iba a ser la dinámica de las observaciones, entrevistas y encuestas en el Área Tocoquirúrgica. La jefa me solicitó enviar un calendario con las fechas en las que tenía planeado acudir al Área de Tococirugía cada mes y me explicó los momentos en que el personal de ginecobstetricia tenía una guardia que le posibilitaba tener mayor tiempo libre como para otorgarme la entrevista.

La segunda fase de la investigación fue en la que se llevó a cabo el trabajo de campo a lo largo de siete meses (desde noviembre del 2018 hasta mayo del 2019), primero aplicando el instrumento de observación participante y posteriormente se realizaron, al mismo tiempo, las encuestas a pacientes y las entrevistas al personal médico.

Esta fase se llevó a cabo desde la Teoría Fundamentada, que es una de las metodologías mayormente utilizadas para realizar investigaciones cualitativas sobre la salud. Este tipo de investigación tiene el objetivo de comprender sucesos sociales desde la perspectiva y las significaciones de los sujetos que los viven.⁸⁸ Dentro de la teoría fundamentada pueden aplicarse diferentes métodos, tales como las entrevistas u observaciones participantes.⁸⁹

A continuación haré una descripción de los tres instrumentos aplicados y de la información que se obtuvo de cada uno. Estos instrumentos fueron aplicados hasta que se obtuvo una saturación teórica, que desde la teoría fundamentada es entendida como el momento en que se obtiene tal diversidad de ideas e información detallada que ya no aparecen elementos nuevos.⁹⁰

1.2.1 Observación participante

Esta observación se hizo mediante la observación participante entendida como:

La investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu [en medio] de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. Se trata de captar la realidad social y cultural de

88 A. Vivar, O. López-Dicastillo y C. Gordo, *La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería*, 2010.

89 Íbid.

90 C. Martínez, *El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias*, 2012.

una sociedad o grupo social determinado, mediante la inclusión del investigador en el colectivo objeto de su estudio.⁹¹

Este instrumento se aplicó a lo largo de ocho meses, en el Área Tocoquirúrgica del Hospital General La Perla, constando de un total de veinte observaciones, en las cuales se observaron a cuarenta y seis mujeres en trabajo de parto y veintiséis partos.

Las observaciones se realizaron en tres espacios del Área Tocoquirúrgica: la sala de labor, la sala de expulsión y la sala de recuperación.⁹² En dichas observaciones se registraron dinámicas que tenían lugar entre los siguientes sujetos:

- Personal de salud-pacientes
- Personal de salud entre sí
- Pacientes entre sí
- Personal de salud con la investigadora

A partir de las observaciones se elaboró un diario de campo en el que, para cada observación, se registraba:

- El total de pacientes que se encontraba en la sala de labor
- Una somera descripción del estado de salud y del momento del trabajo de parto en que se encontraba cada una.
- El número de estudiantes de medicina y enfermería, de internos/as y residentes de ginecología y obstetricia presentes en esa guardia y quién era el/la ginecólogo/a adscrito/a encargado/a de ese turno.
- El género del personal de salud fue un elemento que siempre se tomó en cuenta en el registro de las dinámicas.

91 M. Amezcua, *El trabajo de campo etnográfico en salud*, 2000, pp. 30-35.

92 En el tercer capítulo se explicará la función de cada uno de estas salas.

Después de ese primer registro, realicé la observación desde diferentes puntos de las salas, acercándome a la paciente con la que el personal de salud tuviera contacto y entablara alguna conversación, registrando textualmente el discurso que entablaban con ellas, así como el tono de voz que empleaban. También se registraban las prácticas médicas realizadas durante el trabajo de parto y el parto, ya que éstas determinaban el tipo de conversación que iba a entablar el personal de salud con las pacientes.

En caso de que hubiera parto, me trasladaba a la sala expulsiva en la que ocurriera el nacimiento y registraba lo que ocurría, así como el discurso que emitía el personal de salud y las pacientes durante este suceso.

Todas las observaciones tuvieron una duración aproximada de cuatro horas, principalmente en los turnos matutino y vespertino, y se realizaron todos los días de la semana a excepción del sábado y domingo.

Con fines de conservar el anonimato de las personas observadas en el registro de mi diario de campo, y sobre todo al ser cuestionada por enfermeras y residentes sobre mis anotaciones, creé siglas para cada personal de salud, reemplazando los nombres. También creé siglas de tipos de estilo de discurso, para agilizar su registro en el diario de campo.

Además de la transcripción del diario de campo, las observaciones de partos fueron vaciadas en un instrumento de sistematización de la información,⁹³ con la finalidad de tener un registro que permitiera hacer estadística con toda la información respecto a las prácticas médicas y discursivas llevadas a cabo.

1.2.2 Entrevistas

Las entrevistas que se realizaron⁹⁴ fueron de tipo semi-estructurado, a un total de cinco médicos/as. Se realizaron a lo largo de tres meses (de noviembre a febrero), después de haber establecido una relación previa de rapport con ellos/as durante las observaciones de nacimientos que hice los meses anteriores.

Al personal médico seleccionado primero se le propuso la realización de la entrevista, al aceptarla se les preguntó en qué día y horario preferían comenzar. Para iniciar la entrevista se les explicaban los objetivos de la investigación y se les entregaba un formato de consentimiento

93 Véase en Anexo II.

94 Véase en Anexo III.

informado⁹⁵ para que lo leyeran, se aclararan dudas y lo firmaran. Posteriormente se iniciaba la entrevista que tenía los siguientes bloques:

- Historia de vida
- Narrativa profesional
- Relación médico/a-paciente
- Representaciones sociales de la medicina
- Representaciones sociales del nacimiento
- Representaciones sociales de la maternidad
- Representaciones sociales de la mujer
- Evaluación de la calidad de la atención al nacimiento en el hospital

El género fue un elemento a tomar en cuenta transversalmente durante toda la entrevista, desde la formulación de las preguntas.

Todas las entrevistas fueron interrumpidas por diferentes motivos, por lo que se realizaron a lo largo de varios días. Todas, con previo consentimiento, fueron grabadas y posteriormente transcritas. El manejo de la información fue completamente anónimo, buscando no revelar la identidad de los/as entrevistados/as.

1.2.3 Encuestas

Las encuestas⁹⁶ fueron realizadas a lo largo de cuatro meses (de febrero a mayo) a un total de veinticinco mujeres. El procedimiento para realizar la encuesta era el siguiente: al llegar a la sala de recuperación solicitaba permiso de realizar las encuestas a la Jefa de enfermería del área, ella me indicaba a qué mujeres podía encuestar, me acercaba con ellas, me presentaba y si accedían a participar les solicitaba que leyeran y firmaran un formato de consentimiento informado.⁹⁷ Las encuestas tenían una duración aproximada de diez minutos y consistían en los siguientes bloques:

95 Véase en Anexo IV.

96 Véase en Anexo V.

97 Véase en Anexo VI.

- Perfil sociodemográfico de las mujeres
- Expectativas y experiencia sobre el nacimiento y la maternidad
- Percepción y evaluación sobre la calidad de la atención recibida

Las encuestas fueron vaciadas en un instrumento de sistematización de la información para facilitar su posterior análisis y comparación. Toda la información obtenida fue utilizada de manera anónima, buscando no revelar la identidad de las encuestadas.

La aplicación de una encuesta intrahospitalaria se hizo a sabiendas de que las respuestas obtenidas podían tener un sesgo por parte de las mujeres al responder preguntas sobre el trato recibido en un espacio donde se encontraba personal de salud presente, lo cual podía llevar a que evitaran decir ciertas quejas o comentarios.

1.2.4 Fuentes de información complementarias

Además de los instrumentos de investigación aplicados, se obtuvo información a través de conversaciones informales con enfermeras, médicos/as, doulas y pacientes, así como de la asistencia a los cursos de preparación al nacimiento impartidos por las doulas en el hospital, y de la participación en sesiones de contención y talleres con las doulas participantes en el proyecto MAIO.

También el análisis se nutrió de otras investigaciones que realicé a lo largo de la licenciatura con mujeres que atendieron su parto en hospitales públicos, tanto en zonas urbanas como en rurales e indígenas. Por último, la información obtenida se ha complementado con distintas pláticas y entrevistas con ginecobstetras y parteras.

1.2.5 Análisis Crítico del Discurso

Después de finalizar el trabajo de campo vino la tercera fase de investigación, que constó del análisis de la información mediante el análisis crítico del discurso y los enfoques descritos anteriormente.

Posterior a la transcripción de la información obtenida de la entrevista a personal médico, la encuesta a pacientes y las observaciones de nacimientos, se sistematizó toda la información para su posterior análisis. La metodología utilizada para procesar la información fue la del Análisis Crítico del Discurso (ACD), de la cual se dará una explicación a continuación.

El ACD forma parte de los Estudios Críticos del Discurso. Van Dijk propone que este tipo de análisis no es un método, sino más bien un enfoque analítico y conjunto de herramientas que tiene el objetivo de estudiar las situaciones comunicativas en que se da el discurso, es decir, el escenario en que ocurre, sus participantes y las acciones que estos llevan a cabo.⁹⁸ El discurso empleado tiene una dimensión pragmática que son las adecuaciones realizadas de acuerdo al contexto de la situación comunicativa; esta dimensión responde a la necesidad de establecer relaciones de poder desiguales.⁹⁹

Este enfoque requiere del uso de métodos interdisciplinarios de Ciencias Sociales y Humanidades.¹⁰⁰ Para tener una guía de cómo utilizar el enfoque del ACD desde métodos de ciencias sociales y humanidades, revisé los trabajos de Ruth Wodak y Michael Meyer sobre análisis crítico del discurso,¹⁰¹ además de la investigación doctoral de Sarri Vuorisalo-Tiitinen,¹⁰² quienes implementan el ACD como metodología de investigación.

Específicamente sobre el uso del ACD en estudios sobre la salud, consulté el trabajo de Urra, Muñoz y Peña, que no estaba enfocado en investigadores de ciencias sociales sino en investigadores del sector salud.¹⁰³

A partir de la guía metodológica que me dio dicha investigación, el ACD se realizó de la siguiente manera:

1. En primera instancia obtuve la información de los instrumentos anteriormente descritos.
2. Las entrevistas fueron grabadas como audio y transcritas, incluyendo los tonos de voz o

98 T. Van Dijk *Análisis Crítico del Discurso*, p. 204–209.

Desde la perspectiva de la presente investigación se entenderá a la metodología como el paradigma desde el cual se formula una investigación y a los métodos como las herramientas para extraer datos de la realidad (A. Poteete, M. Janssen y E. Ostrom, *Trabajar juntos. Acción colectiva, bienes comunes y múltiples métodos en la práctica*, 2012, p.p. 37–82). Es por eso que el Análisis Crítico del Discurso puede ser una metodología, es decir, un paradigma desde el cual se analiza el discurso, el poder y su papel en la realidad social, y no tener métodos específicos, sino que utiliza algunos de las ciencias sociales como la entrevista, la observación participante, entre otras.

99 Íbid, p. 209.

100 Íbid, p. 204.

101 Ruth Wodak es una académica austriaca especializada en análisis del discurso.

Michael Meyer es un académico que hace estudios del comportamiento en Viena.

R. Wodak, *De qué trata el análisis crítico del discurso (ACD). Resumen de su historia, sus conceptos fundamentales y sus desarrollos*, en R. Wodak y M. Meyer (comps.), “Métodos de análisis crítico del discurso”, 2001.

M. Meyer, *Entre la teoría, el método y la política: la ubicación de los enfoques relacionados con el ACD*, en R. Wodak y M. Meyer (comps.), “Métodos de análisis crítico del discurso”, 2001.

102 Sarri Vuorisalo-Tiitinen es una investigadora finlandesa que realizó su tesis doctoral sobre un ACD de los textos sobre las mujeres zapatistas. Cfr. S. Vuorisalo-Tiitinen, *¿Feminismo indígena? Un análisis crítico del discurso sobre los textos de la mujer en el movimiento zapatista 1994–2009*, 2011.

103 E. Urra, A. Muñoz, y J. Peña, *El análisis crítico del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud*, 2013.

reacciones no verbales que tuvieron las personas entrevistadas en cada respuesta. De las observaciones explicaba en mi diario de campo la situación de la que fui testigo, el papel de cada uno/a de los/as participantes y se transcribieron textualmente los fragmentos discursivos de las conversaciones escuchadas. De las encuestas fueron transcritas textualmente las respuestas a preguntas abiertas. Con las respuestas a preguntas cerradas únicamente se llenó un formato con fines estadísticos.

3. Una vez realizadas las transcripciones de todos los instrumentos de investigación, realicé una lectura detenida para seleccionar las respuestas o conversaciones escuchadas que daban mayor información de acuerdo a las variables de la investigación. No toda la información fue sistematizada, ya que algunas preguntas de las entrevistas tenían la finalidad de establecer rapport pero no de obtener información relevante para la investigación, y en algunas observaciones ocurrían sucesos irrelevantes para su estudio.

4. Una vez seleccionada la información, realicé un formato de sistematización por cada instrumento de investigación, el cual estaba dividido a partir de las variables o representaciones sociales por analizar:

- La maternidad
- Las mujeres
- El nacimiento
- Las pacientes
- Las/os médicas/os

Como resultado de la sistematización, se obtuvo un universo discursivo de cada representación social, concentrándome en dos emisores del discurso diferentes: el personal médico y las pacientes. Además de estos universos discursivos, no solo se tenía información sobre el imaginario referente a dichas representaciones, sino también se tenían datos sobre cómo se daba la interacción entre el personal médico y las pacientes.

5. A partir de esta primera sistematización, se comenzó a realizar una segunda disección, remarcando todos los adjetivos o fórmulas calificativas empleadas a lo largo de las entrevistas, encuestas y observaciones.

6. Después de esta disección se hizo una tercera revisión, esta vez sólo de las fórmulas califi-

cativas, con la finalidad de encontrar patrones y especificidades entre ellas.

7. De todas las fórmulas calificativas únicamente se seleccionaron para su análisis las que fueron mayormente repetidas, o que eran relevantes por las repercusiones que tenían en la relación médico/a-paciente. Con estas fórmulas calificativas se crearon categorizaciones referentes a imágenes mentales -representaciones sociales- sobre los ejes de investigación. Por ejemplo, al preguntar respecto a las pacientes, muchos/as médicos entrevistados/as hicieron referencia a “la paciente que no coopera”, por lo que se hizo una categoría de análisis discursivo con ese nombre.

8. Después se desglosaron dichas categorizaciones en subcategorizaciones, es decir, en unidades de significado más concretas. Siguiendo el ejemplo anterior, dentro de la categoría de “la paciente que no coopera”, se encontró la subcategoría de “la histérica”.

9. Posteriormente se buscaron investigadores/as que hubieran abordado la temática de las categorizaciones encontradas. Continuando el mismo ejemplo, se retomaron las teorizaciones de Castro y Erviti respecto a las implicaciones que tiene la clasificación de algunas mujeres como “pacientes que no cooperan”.

10. Finalmente, se analizó cómo operan dichas categorizaciones en la relación de poder que establece el personal médico con las pacientes. Por ejemplo, en las observaciones de nacimientos registradas, se buscó en qué situaciones el personal de salud clasificaba a una mujer como una paciente “que no coopera” y las implicaciones que tiene el uso de dicha categoría en el hospital, ya que el ser categorizada como “paciente que no coopera” puede llevar a que el personal de salud deje de prestar atención deliberadamente a las mujeres, con la finalidad de promover obediencia.

Parte importante del ACD es explicitar la postura política desde la cual se elabora la investigación, al respecto Van Dijk explica que “el ACD no niega sino que explícitamente define y defiende su propia posición sociopolítica. Es decir, el ACD expresa un sesgo, y está orgulloso de ello”.¹⁰⁴ Cabe aclarar que aunque exista un sesgo en la investigación y no haya una pretensión de objetividad y neutralidad en ella, no se deja de lado la importancia de que exista una solidez metodológica para obtener y procesar los datos, que aseguren un trabajo de calidad.

Con base en lo anterior hago explícito mi posicionamiento político como investigadora, aclarando que mi análisis está hecho desde una postura feminista desde la cual pongo mi enfoque en mostrar las relaciones de poder y control sobre el cuerpo de las mujeres que se justifican a tra-

¹⁰⁴ T. Van Dijk, *La multidisciplinariedad del análisis crítico del discurso: un alegato a favor de la diversidad*, en R. Wodak y M. Meyer (comps.), “Métodos de análisis crítico del discurso”, p. 144.

vés del discurso médico. También me posiciono desde la interculturalidad crítica, con el objetivo de visibilizar las estructuras de racialización, clasismo e injusticia epistémica dentro de las cuales ocurre la relación médico/a-paciente. Por último, respecto al tema de la atención al nacimiento y a la salud sexual y reproductiva, me posiciono desde el marco de la justicia reproductiva y el nacimiento respetado, que buscan poner en el centro de la atención a la mujer y su capacidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y vida reproductiva; además de concebir al parto como un proceso fisiológico, que no requiere de intervenciones médicas innecesarias, las cuales son entendidas como un tipo de violencia obstétrica, al ser prácticas que no representan un beneficio para la mujer o el/la bebé.

Dado mi posicionamiento político, al iniciar mi investigación tenía distintos supuestos sobre cómo sería la atención hospitalaria al nacimiento y el tipo de relación médico/a-paciente que se da en ese contexto. La posibilidad de hacer trabajo de campo me permitió ver la diversidad de maneras en que se entabla la relación médico/a-paciente y vivenciar las condiciones bajo las cuales trabaja el personal médico. El poderles entrevistar y platicar con ellos/as sobre sus historias, emociones, opiniones e ideas alrededor del nacimiento, la maternidad y las pacientes, me permitió matizar y romper con mis supuestos.

Como el ACD se dedica a analizar relaciones de poder asimétricas mediadas por el lenguaje, decidí centrarme en la voz de los/as médicos/as y en averiguar cómo piensan a las pacientes y la relación que establecen con ellas. Esta decisión la tomé, en parte, porque se han hecho numerosas investigaciones sobre violencia obstétrica desde los testimonios de pacientes y existen menos estudios desde la perspectiva del personal de salud. La ventaja de elaborar las entrevistas fue que desde las propias palabras de los médicos pude rasterar cuáles son las representaciones sociales que poseen sobre el nacimiento, la maternidad y las pacientes, sin dar por sentado cuáles son.

Así pues, la voz de las mujeres es la que menos aparece, en primer lugar porque los espacios en que realicé mi trabajo de campo ellas estaban en una situación vulnerable: en trabajo de parto, pariendo o en postparto inmediato. Por lo anterior, no era pertinente ni ético intentar entrevistarlas o pedirles que respondieran numerosas preguntas para mi investigación. Esto tuvo como limitante que no se pudiera indagar en si las mujeres nombran como violenta la atención que recibieron, quedándonos con la interrogante de cómo lo vivieron ellas en su propio cuerpo y con sus propias palabras y discurso cómo narran la experiencia de atención de su parto. Para futuras investigaciones sería interesante contrastar la perspectiva de los/as médicos/as con las narrativas de las mujeres meses después de haber parido, haciendo las entrevistas en un espacio en el que se sientan cómodas.

Al analizar toda la información obtenida en el trabajo de campo tuve que mediar entre la empatía y relación de confianza que entablé con el personal médico y las doulas y el deber ético de la investigación en ciencias sociales de tratar de retratar sin juicios ni censuras cómo se entabla la relación

CAPÍTULO II

MODERNIDAD, MATERNIDAD Y MEDICINA OBSTÉTRICA

En este capítulo se elaborará un encuadre histórico sobre los dos temas principales que atañen a esta investigación: la maternidad y la atención al nacimiento. El modelo médico desde el cual se atiende al nacimiento en los hospitales y las representaciones sociales más comunes de la maternidad que se tienen en el imaginario colectivo son resultado de las transformaciones sociales, culturales, económicas y políticas que se originaron en el proceso de la Modernidad.

Por lo tanto, a continuación se abordará la Modernidad desde dos enfoques diferentes, el primero será desde un punto de vista conceptual para definir históricamente este proceso, así como los nuevos mecanismos de poder que se desarrollaron y su relación con el discurso. En segunda instancia se explicarán, también desde un enfoque histórico, los procesos de transformación que ocurrieron alrededor del ejercicio de la maternidad y de la atención al nacimiento, y qué relación tuvieron con el contexto social, cultural, político y económico de los siglos pasados.

Existen diferentes posturas para definir a la Modernidad. Para no ahondar en esta discusión únicamente me basaré en dos autores, que son académicos -tanto europeo como latinoamericano- con investigaciones y propuestas importantes respecto a la Modernidad.

El primero es Stephen Toulmin, filósofo inglés que realizó una vasta investigación al respecto, con la finalidad de comprender cómo se dio este proceso histórico.¹ A partir de sus reflexiones sobre las diferentes explicaciones de la Modernidad, Toulmin la define como una nueva cosmovisión del mundo basada en los presupuestos de la racionalidad para entender la realidad. Desde este marco conceptual cambia la epistemología, se comienza a producir conocimiento científico, y se comienza a ordenar la vida política de la sociedad a través de presupuestos de racionalidad.² El autor propone que esta cosmovisión tuvo inicio en el siglo XVII, a partir de los nuevos descubrimientos de Descartes y Galileo, ya que utilizaron métodos de racionales en sus investigaciones dentro del ámbito científico y epistemológico.³

1 S. Toulmin, *Cosmópolis. El trasfondo de la Modernidad*, 2001.

2 Íbid, pp. 32-33.

3 Íbid.

Por su parte Bolívar Echeverría, filósofo latinoamericano, caracteriza la Modernidad como una tendencia civilizatoria en la cual se creó la técnica científica, se secularizó el ámbito político y se inició un proceso de individualismo.⁴ Estos procesos se dieron a la par de otros, como que la sociedad burguesa se convirtiera en la encargada de los asuntos del Estado, bajo las bases del igualitarismo y estableciendo relaciones contractuales a partir de las cuales se hizo una división clara entre la esfera de lo público y lo privado.⁵ Además, con los avances industriales y el inicio de la burguesía en el Estado, el poder económico comenzó a regir la vida social y las ciudades se conformaron como los lugares de progreso técnico, iniciando un proceso de migración campo-ciudad.⁶

A partir de los aportes de Toulmin y Echeverría, entenderemos la Modernidad como el proceso de instauración de una nueva cosmovisión basada en la racionalidad, lo cual fue acompañado por un proceso en el que la burguesía tomó el poder estatal, lo que dio inicio a un proceso de secularización del poder; además de que la economía comenzó a regir la vida social e inició un proceso de individualismo y de instauración de la ciencia como parte del sentido común de las personas.

Tras haber definido la Modernidad, pasaremos a explicar el análisis que hace Michel Foucault,⁷ filósofo francés, sobre las sociedades modernas, a través de analizar las instancias y técnicas de poder-saber que crearon los occidentales modernos para controlar a la sociedad.

Foucault propone que la existencia de nuevos mecanismos de producción propios del inicio del capitalismo llevaron no solo a la creación de nuevas tecnologías agronómicas e industriales, sino que también requirieron de la creación de nuevas tecnologías de poder con mecanismos de sometimiento para la sociedad moderna.⁸ Como consecuencia, en la Modernidad se crearon dos tecnologías de poder nuevas: la anatomopolítica disciplinaria, que buscaba crear cuerpos dóciles, disciplinados y productivos, y la biopolítica, que buscaba controlar y regular los procesos de vida de la población.⁹ Ambos poderes lograron ejercerse sobre la sociedad a través de instituciones estatales, como la de salud pública, la escuela, las prisiones, las fábricas y los hospitales, los cuales tienen distintas finalidades de control de los individuos y de la población.¹⁰

El poder disciplinario es definido por Foucault como un micropoder que tiene como obje-

4 B. Echeverría, *¿Qué es la Modernidad?*, 2009, pp. 7-13.

5 *Íbid.*

6 *Íbid.*

7 Michel Foucault fue un reconocido filósofo francés, con importantes aportaciones a los estudios críticos de la sociedad moderna, enfocados en la medicina, la locura, las prisiones y la sexualidad.

8 M. Foucault, *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, 2011, p.125.

9 *Íbid.*, pp. 254-258.

10 *Íbid.*, p.129.

tivo enderezar las conductas de los individuos, a través de actuar sobre el cuerpo controlándolo y volviéndolo dócil, logrando que con esto incrementa la utilidad de la fuerza de los individuos.¹¹ Este poder opera a través de una vigilancia constante de las distribuciones espaciales y temporales de los individuos, así como del control de cada una de sus actividades;¹² dicha vigilancia termina siendo internalizada por los individuos vigilados, generando que ejerzan sobre sí mismos el sometimiento.¹³ En caso de que los individuos no cumplan con la conducta requerida, se les sanciona a través de castigos correctivos, como privaciones o humillaciones que forman parte de un sistema de sanción-gratificación de acuerdo a la conducta.¹⁴

La otra forma de ejercicio de poder moderna, para Foucault, es el biopoder, el cual es un control regulador de la población que se lleva a cabo mediante intervenciones en el cuerpo social sobre los procesos de natalidad, mortalidad, fecundidad, longevidad y estado de salud.¹⁵

Tanto el poder disciplinario como el biopoder son a la vez un Régimen de saber-poder, ya que en ambos casos se obtiene y registra conocimiento sobre los individuos y poblaciones, lo cual permite que a mayor conocimiento exista la posibilidad de un mayor ejercicio de poder.¹⁶ El poder disciplinario y el biopoder son entendidos por Foucault como dispositivos tecnológicos de poder ejercidos por el Estado, los cuales crean discursos verdaderos sobre los sujetos u objetos de los cuales habla; estas prácticas discursivas son reproducidas y legitimadas por sujetos de conocimiento que delimitan la producción y validación del saber.¹⁷

El análisis del micropoder y del ejercicio del poder sobre el cuerpo que propone Foucault ha sido retomado y criticado por diferentes feministas, ya que el autor no toma en cuenta al género, que desde el punto de vista de estas académicas es fundamental para cualquier explicación sobre el poder el y cuerpo.¹⁸ Al respecto Silvia Federici, filósofa feminista italo-estadounidense, hace un análisis histórico de los siglos XVI y XVII, en los que Foucault se concentra en su libro de “Historia de la sexualidad”, pero tomando en cuenta las repercusiones del nuevo sistema político y económico en la vida y el cuerpo de las mujeres, retomando algunos conceptos de Foucault como el de disciplinamiento para aplicarlo al proceso histórico de degradación social de las mujeres.¹⁹ Su investigación se centra en cómo el control de los procesos reproductivos de las mujeres y la invi-

11 M. Foucault, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, pp.155-227.

12 Íbid.

13 Íbid.

14 Íbid.

15 M. Foucault, *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, pp.128-133.

16 Íbid, pp. 23-26.

17 Íbid.

18 A. Martínez, *La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas*, 2004, p.7.

19 S. Federici, *El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, 2004.

sibilización de su trabajo en el hogar fueron herramientas del sistema capitalista para apropiarse y explotar su trabajo.²⁰

También autoras como Ana Martínez, socióloga española, que hace una síntesis de la crítica de algunas autoras feministas hacia Foucault, propone que entre los cuerpos femeninos y masculinos hay una relación de poder no equitativa, ya que existe un dominio patriarcal sobre el cuerpo de la mujer para utilizarlo como un objeto o mercancía.²¹ Así, el cuerpo de la mujer culturalmente es concebido como un cuerpo para los demás, que debe ser deseado, bello y fértil.²²

Por su parte, Sandra Lee Bartky, filósofa feminista estadounidense, propone que a pesar de que en la Modernidad se transformó el lugar social que ocupaba la mujer -concediéndole mayor libertad como la posibilidad de trabajar fuera del hogar, el divorcio, o la opción de elección sobre la reproducción- el patriarcado no desapareció, fue retomado por la Modernidad para crear una nueva forma de dominación masculina.²³ Desde esta perspectiva, Lee propone que existe un poder disciplinario que únicamente somete a los cuerpos de las mujeres, a partir de imponer la feminidad como un proyecto disciplinario, que tiene el objetivo de imponer el cumplimiento de ideales sociales de belleza en las mujeres, a partir de dietas, ejercicio y del control de las expresiones faciales, de la manera de moverse, de gesticular y de mirar.²⁴ Lee Bartky propone que, a diferencia de los poderes disciplinares que analiza Foucault, el poder disciplinario de la feminidad no está en ninguna institución, lo cual lleva a invisibilizar dicho poder o a concebir la feminidad como algo natural o voluntario que deciden ejercer todas las mujeres sobre sus cuerpos.²⁵

Aunado a la propuesta de Sandra Lee, otras académicas españolas como Patricia Amigot y Margot Pujal retoman planteamientos de feministas como Judith Butler proponiendo que no sólo la feminidad sino que el género en sí opera como un dispositivo de poder desde el cual se producen y regulan las identidades sexuadas y las relaciones de poder entre hombres y mujeres, en las que estas últimas son las subordinadas.²⁶

A diferencia de Sandra Lee que retoma el concepto de poder disciplinario para aplicarlo a la feminidad, Pujal y Amigot retoman el concepto foucaultiano de biopoder para proponer que este tipo de poder se consolida en la división de los sexos, ya que al cuerpo femenino se le ve como

20 Íbid.

21 Íbid, pp. 7-9

22 Íbid, p. 8.

23 S. Bartky, *Foucault, Femininity and the Modernization of Patriarchal Power* en K. Conboy, N. Medina, y S. Stanbury (eds.), "Writing on the body: Female Embodiment and Feminist Theory", 1997, pp.129-154.

24 Íbid.

25 Íbid, pp. 142-143.

26 P. Amigot y M. Pujal, *Una lectura del género como dispositivo de poder*, 2009, pp. 115-152.

el encargado no sólo de la función reproductora, sino también del cuidado de la población.²⁷

Como la presente investigación se centra en indagar en la atención hospitalaria de las mujeres que van a parir y la influencia que tiene sobre ellas el discurso sobre la maternidad que poseen los prestadores de salud, son fundamentales tanto las aportaciones de Foucault sobre cómo actúa el poder en el cuerpo individual y en las poblaciones, como las aportaciones feministas que critican la voluntad de no saber de Foucault respecto a las mujeres²⁸ y que proponen que éstas formas de poder señaladas actúan de manera diferente de acuerdo al género que tenga la persona, existiendo poderes disciplinarios que someten únicamente al cuerpo de las mujeres, o teniendo el biopoder la característica de regular e intervenir en mayor medida a los cuerpos de las mujeres, por ser éstos en los que se lleva a cabo la gestación de la población.

Una vez definida conceptualmente la Modernidad y sus nuevas formas de ejercicio del poder que actúan de manera diferente de acuerdo al género, pasaremos a revisar el proceso histórico de transformación que se dio en esa época en cuanto a la atención al nacimiento. En la siguiente revisión haremos referencia a los conceptos ya explicados en esta sección, para elaborar un análisis más profundo de este proceso.

2.1 MODERNIDAD Y MEDICINA OBSTÉTRICA

Como vimos anteriormente, un proceso de fundamental importancia que inició en la Modernidad fue el establecimiento de la ciencia y del pensamiento científico como el nuevo paradigma a través del cual se aspira interpretar la realidad. Esta producción de conocimiento científico tuvo gran producción con la creación de nuevas ciencias sobre el humano como la psicología, la psiquiatría, el psicoanálisis, la puericultura y la medicina clínica.²⁹

La creación de este nuevo saber también tuvo repercusiones en las tecnologías de poder, ya que, como vimos anteriormente, Foucault plantea que existe una relación en la que a mayor acumulación de conocimiento sobre la sociedad, se le puede controlar de mejor manera.³⁰ Así, la aplicación de estas nuevas tecnologías crean relaciones de saber-poder, a partir de las cuales se crea conocimiento científico, sistematizado y analítico, acerca de múltiples aspectos de la sociedad como la sexualidad, la psicología, la pedagogía, entre otras.³¹

27 Íbid.

28 Íbid, p.117

29 M. Foucault, *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*.

30 M. Foucault, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. p. 287.

31 M. Foucault, *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, p. 57-58.

Una de las disciplinas científicas que se transformó en mayor medida durante la Modernidad fue la medicina, que a partir del siglo XVIII con el positivismo se constituyó como un conocimiento científico sobre el cuerpo humano y la sociedad.³² La medicina es concebida por Foucault como un dispositivo de saber-poder que crea discursos sobre el cuerpo humano, por lo que a partir de su transformación positivista el discurso médico se constituyó como un discurso científico, a partir de convertir la mirada clínica en la herramienta de objetividad científica para acceder a la verdad.³³ Como consecuencia también se transformó la concepción que se tenía sobre la enfermedad, sobre el enfermo y a su vez, el funcionamiento de los hospitales.³⁴ La enfermedad que antes era entendida como causa de un mal pasa a entenderse como una patología observable y, así pues, la salud sustituye a la salvación -que antes ofrecía la religión- como la nueva forma predilecta para la cura de las personas.³⁵

La medicina es un dispositivo de saber-poder que al ser aplicada por el personal médico se ejercen los dos tipos de poder moderno que propone Foucault: tanto la tecnología anatomopolítica y disciplinaria a través de los hospitales y conformar a los enfermos como cuerpos dóciles y a los médicos -que en su inicio fueron únicamente hombres- como vigilantes jerarquizados.³⁶ También funge como una tecnología de biopoder, a través de controlar, regular e intervenir en los procesos de vida de la población, mediante las nuevas instituciones de salud pública y la higiene.³⁷

Los hospitales, por su lado, que antes eran dirigidos por organizaciones religiosas para la atención de los miserables, pasan a convertirse en lugares de observación clínica de la enfermedad y a ser controlados por el Estado, institucionalizándolos a partir de ciertas medidas como formalizar la enseñanza médica, convirtiendo a los hospitales en lugares de formación y enseñanza, y reglamentando la práctica médica.³⁸ Además se convierten en hospitales disciplinados, es decir, se convierten en lugares de creación de cuerpos dóciles y en un instrumento para el sometimiento y la coerción de las personas internadas.³⁹ Así, se organiza como un espacio médicamente útil y como un aparato para examinar a los/as enfermos/as, a través de una vigilancia constante, lo cual llevó a crear una jerarquía interna dentro del personal de salud, surgiendo la figura del enfermero y la del residente, nuevo personal encargado de la vigilancia continua.⁴⁰

32 M. Foucault, *El nacimiento de la clínica*. 2012, pp. 11-14.

33 Íbid, pp. 12-20.

34 Íbid, p. 256.

35 Íbid, p. 258.

36 M. Foucault, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, pp. 200-208.

37 M. Foucault, *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, pp. 22 y 53-55.

38 M. Foucault, *El nacimiento de la clínica*, pp.70-75.

39 M. Foucault, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, pp.161, 178 y 217.

40 Íbid, pp. 216- 217.

En los nuevos hospitales disciplinados cada individuo hospitalizado se entiende como un caso, es decir, como un objeto del que extraer conocimiento y se crea un registro de cada individuo, utilizando clasificaciones, caracterizaciones, clases y trazando una línea entre lo normal y lo anormal de su conducta.⁴¹

Que los hospitales se convirtieran en instituciones disciplinadas fue un proceso que se dio a la par de que la burguesía derrocó al Antiguo Régimen,⁴² tomó el poder y conformó los Estados-Nación como la nueva forma racional de organizar a la sociedad, controlando los distintos ámbitos sociales a partir de instituciones estatales.⁴³

La burguesía, que de origen no tenía títulos nobiliarios que le dieran estatus, tuvo que crear una identidad propia, lo cual requirió de la constitución de un cuerpo nuevo y específico en el que, a diferencia de la nobleza que le daba importancia a la ascendencia, se preocuparía por la descendencia y por tener un cuerpo sano e higiénico.⁴⁴

En consecuencia, a partir del siglo XIX la medicina se convirtió en la institución encargada de los imperativos de higiene, buscando no sólo que la población tuviera salud física para asegurar una producción eficiente, sino que también se encargó de la limpieza moral necesaria en los individuos para la conformación de las nuevas naciones.⁴⁵

Foucault propone que la transformación de la medicina en un conocimiento clínico y científico generó un desbloqueo epistemológico, que llevó a una proliferación de saber sobre el cuerpo humano que antes no se tenía, por lo que desde el siglo XIX comenzaron a surgir nuevas especialidades médicas como la obstetricia.⁴⁶

A diferencia de Foucault, que no presta mayor interés en cómo afectó este proceso de Modernización a las mujeres, Federici propone que una de las herramientas del capitalismo para la apropiación e invisibilización del trabajo de las mujeres en el hogar, fue el de generar un proceso de degradación social que acabara con el poder que tenían, lo cual implicó acabar con el control que tenían desde el Medioevo sobre su cuerpo y reproducción.⁴⁷ Así pues, en Europa desde los siglos XVI y XVII los úteros de las mujeres comenzaron a ser controlados por

41 Íbid, p. 213 y 222.

42 En la presente tesis el Antiguo Régimen se entenderá como la estructura política que existía en la transición del feudalismo al capitalismo, donde había una monarquía autoritaria y comenzaba a surgir la burguesía.

43 S. Toulmin, *Cosmópolis. El trasfondo de la Modernidad*; y M. Foucault, *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, pp.131-133.

44 Íbid, pp. 117-118.

45 Íbid, pp. 52-55.

46 Íbid, pp. 255-258.

47 S. Federici, *El Calibán y la bruja*, p.p. 135 y 136.

hombres en el Estado, que promovían una política pronatalista y prohibían la anticoncepción.⁴⁸

En el caso de México fue a partir del siglo XIX que comenzaron a darse tres procesos alrededor de la atención a la salud de las mujeres, el primero fue el surgimiento de la ginecología, acompañado del desplazamiento de las parteras⁴⁹ y del creciente interés del Estado en controlar los procesos de reproducción de la población.

Antes del inicio de la ginecología en el país los nacimientos y la salud reproductiva de las mujeres eran atendidos únicamente por parteras en los hogares, al respecto Ana María Carrillo, socióloga e historiadora mexicana, explica que “[...] había parteras españolas, negras, mestizas, mulatas y desde luego indígenas; éstas gozaban aún de un inmenso prestigio y contaban con recursos terapéuticos para combatir la esterilidad, detener el aborto, regularizar la contractilidad uterina, aumentar la producción de leche y fortalecer a la puérpera”.⁵⁰

Desde el S. XVII empezó a existir un interés de los médicos cirujanos -hombres- en estudiar el parto, la reproducción, el embarazo y las patologías femeninas.⁵¹ Estos médicos tendieron a generar prácticas médicas intervencionistas en los procesos fisiológicos del parto, comenzando “la aplicación del arte de los partos con un pensamiento menos empírico y más activo, más instrumental; es decir, quirúrgico”.⁵² Es así como surge un nuevo actor en la atención obstétrica, que es el médico cirujano “partero”, estableciendo en el conocimiento médico el campo específico de la ginecología.⁵³

A la par del surgimiento de la obstetricia, los médicos comenzaron un reclamo de que se examinara el trabajo de las parteras, lo que llevó a la creación de una formación clínica para parteras, en la que estudiaron sobre todo mujeres que ejercían en ciudades, con la intención de que ellas permitieran que los médicos se acercaran a las pacientes.⁵⁴ A partir de 1866 comenzaron a crearse Salas de Maternidad en los hospitales para la atención de los partos pero las mujeres que acudían se quejaban del trato de los médicos, del poco respeto a su intimidad y decían que era mejor parir en “un muladar” que hacerlo en un hospital.⁵⁵

48 Íbid, p.139.

49 A. Carrillo, *Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México*, 1998.

50 Íbid, p. 169.

51 R. Uribe Elías, *La invención de la mujer, nacimiento de una escuela médica*, 2002.

52 Íbid, p.70.

53 Íbid.

54 A. Carrillo, *Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México*, p.p. 170. 171, 179, 182.

55 Íbid, p.76.

El proceso de instauración de la ginecobstetricia y la aceptación social de que hombres atendieran eventos obstétricos, fue paulatino.⁵⁶ Por lo tanto, a pesar de que en el siglo XIX el campo de la obstetricia comenzó a ser atendida, sobre todo en urgencias, por médicos cirujanos parteros, las parteras seguían atendiendo a la mayoría de las mujeres, sólo referían con médicos a parturientas que tuvieran alguna complicación en el parto.⁵⁷ Como resultado, estos nuevos médicos no solían tener un lugar dónde ejercer el conocimiento obstétrico y los nuevos utensilios quirúrgicos que habían creado.⁵⁸

Conforme avanzó el siglo XIX y se empezó a edificar el conocimiento obstétrico -en su mayoría quirúrgico-, se comenzaron a aplicar mayores restricciones en la práctica de las parteras y los médicos obstetras pasaron a ser los encargados de la capacitación de estas mujeres y del fomento para que estudiaran la carrera de obstetricia.⁵⁹ Federici explica que la marginación de las parteras no sólo tuvo repercusiones para dichas proveedoras de salud, sino que también fomentó que las mujeres comenzaran a tener un papel pasivo en parto, convirtiéndose los médicos hombres en los únicos sujetos con un papel activo en el nacimiento:

Con la marginación de la partera, comenzó un proceso por el cual las mujeres perdieron el control que habían ejercido sobre la procreación, reducidas a un papel pasivo en el parto, mientras que los médicos hombres comenzaron a ser considerados como los verdaderos «dadores de vida» [...] Esto contrastaba con el proceso de nacimiento que las mujeres habían controlado por costumbre. Y efectivamente, para que esto ocurriera, la comunidad de mujeres que se reunía alrededor de la cama de la futura madre tuvo que ser expulsada de la sala de partos, al tiempo que las parteras eran puestas bajo vigilancia del doctor o eran reclutadas para vigilar a otras mujeres.⁶⁰

Otro proceso relevante en el ejercicio de la medicina en México en el siglo XIX fue su secularización, ya que desde la Colonia la formación de médicos y el mantenimiento de los hospitales estaba a cargo de organizaciones religiosas y a partir de éste siglo pasa a ser un asunto del Estado laico, lo cual llevó a una inestabilidad económica en los hospitales a lo largo del siglo XIX.⁶¹

Después de toda la transformación política del siglo XIX, hasta el siglo XX la higiene fue utilizada por el Estado mexicano como la herramienta predilecta de control de la población desde el comien-

56 Íbid.

57 Íbid.

58 L. Cházaro, *Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México*, 2004, pp. 27-51.

59 Íbid.

60 S. Federici, *El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, p. 137.

61 L. Cházaro, *Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México*, 2004, pp. 27-51.

zo de la vida.⁶² Al inicio del siglo XX, como consecuencia de la revolución mexicana, hubo un fenómeno de depoblación, así como un alto índice de mortalidad infantil, por lo que entre la década de 1920 y 1940 el objetivo político del grupo en el poder fue la reconstrucción nacional, a partir de reducir los índices de mortalidad e incrementar los habitantes del país, a través de implementar políticas de higiene en el estilo de vida de la población.⁶³

Esta tarea de reconstrucción fue encomendada a científicos mexicanos con objetivos como aumentar la natalidad y la esperanza de vida, que lograron a través del control del cuidado materno, mediante el enfoque la higiene, la eugenesia y la puericultura.⁶⁴ Sobre este proceso histórico explica Fernanda Núñez, antropóloga e historiadora mexicana, que:

[T]anto para el político como para el médico y el estadístico, una población adquiriría la calidad de nación y la posibilidad de civilización controlando cuidadosamente, con los dictados higiénicos, la reproducción de su población y ésta debía darse exclusivamente dentro de los límites legales del matrimonio, evitando los vicios, evitando el goce, evitando todo desperdicio.⁶⁵

Como consecuencia se inició un proceso de vigilancia y control estatal de la maternidad, desde el parto hasta la crianza de los hijos/as mediante visitas domiciliarias, así como un proceso de demonización de la sexualidad no procreativa de las mujeres y de penalización del aborto e infanticidio.⁶⁶

Una herramienta del sistema médico para sustituir el cuidado femenino de la maternidad, ejercido históricamente por parteras, y lograr la introducción de obstetras en la atención de las mujeres, fue la figura de las enfermeras:

Un papel de crítica importancia para ese Servicio [de Higiene Infantil], lo tenían las enfermeras visitantes, quienes extendieron el alcance del Estado hasta el interior del dominio doméstico. Los deberes de las enfermeras consistieron en orientar a las futuras madres, enseñar a todos los integrantes de la familia los preceptos básicos de la higiene y dar seguimiento a los pacientes que estaban bajo el cuidado de centros locales.⁶⁷

62 A. Stern, *Madres conscientes y niños normales: la eugenesia y el nacionalismo en el México posrevolucionario, 1920-1940*, 2002.

63 Íbid.

64 Íbid, p. 303.

65 F. Núñez Becerra, *Imaginario médico y práctica jurídica en torno al aborto durante el último tercio del siglo XIX*, 2008, p.p. 8 y 9.

66 Íbid, p. 9.

S. Federici, *El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* p. 135.

67 Íbid, p. 303.

Tras las políticas higiénicas postrevolucionarias, inicia de lleno la hospitalización del nacimiento y el inicio de una atención obstétrica desde el modelo médico hegemónico, que definí en el capítulo I como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”.⁶⁸

El siglo XX muestra el papel de enorme importancia que se le otorgó a los científicos y particularmente a los médicos, que como sugiere Steven Epstein, hasta la fecha son las personas expertas, con la autoridad y legitimidad social y cultural para encargarse del estudio y atención de la salud de la población.⁶⁹ Dicho proceso fue de la mano con una reducción progresiva de la mortalidad materno-infantil, la cual afirman numerosos autores que no solo puede relacionarse con la atención médica y hospitalaria del nacimiento, sino con diversos factores económicos, culturales y ambientales que tuvieron lugar en ese siglo.⁷⁰

Con el proceso histórico que recapitulamos anteriormente, podemos concluir que la medicina en general y la obstetricia en particular se transformaron a partir de los procesos políticos, epistémicos, sociales y culturales que desencadenó la Modernidad.

A partir de estas transformaciones, el conocimiento médico y los obstetras se convirtieron en los expertos con autoridad cultural para la atención del nacimiento, además de que el hospital se instauró como el nuevo lugar predilecto para su atención. Como podremos ver más adelante en el capítulo III, estas transformaciones llevaron a un ejercicio del poder disciplinario y biopolítico sobre los cuerpos de las mujeres que van a parir.

Además, este nuevo conocimiento obstétrico es un modelo basado en la intervención quirúrgica del cuerpo de la mujer, lo cual llevó a crear una práctica obstétrica intervencionista y rutinaria sobre el proceso fisiológico del parto. Desde hace unas décadas se ha analizado que estas prácticas, al aplicarse de manera rutinaria y homogénea en todas las parturientas, no significan un beneficio para la mujer ni para el bebé, más bien otorgan mayor comodidad al médico/a y ayudan a que el parto se adapte a los tiempos requeridos por la institución hospitalaria.⁷¹

68 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*

69 Steven Epstein es un sociólogo norteamericano dedicado los estudios de las ciencias. Cfr. S. Epstein, *The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials*, pp.408-437
Íbid.

70 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*, pp. 56-65.

71 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*

Asimismo es importante recalcar el papel que ha tenido el Estado en la transformación de la atención al nacimiento, al ser un asunto de interés político para la construcción de nueva nación mexicana, se introdujeron nuevos expertos en su atención que cumplieran con las órdenes estatales. Además, el nacimiento dejó de ocurrir en el ámbito privado del hogar, para atenderse en un espacio público como son los hospitales y que esto posibilitara el control estatal de la vida desde su inicio.

Como vimos en esta sección, los siglos XVIII al XX fueron de gran relevancia en la manera como se concibe la salud y el nacimiento. En la siguiente sección pasaremos a comprender qué procesos tuvo la maternidad en este periodo que, como podemos imaginar, también tuvo enormes transformaciones ya que la crianza de la nueva población es un tema de enorme interés para el moderno Estado mexicano.

2.2 MATERNIDAD Y MODERNIDAD

La autora en la cual me basaré para analizar las transformaciones en torno al ejercicio de la maternidad que se iniciaron en la Modernidad será Elisabeth Badinter⁷², filósofa e historiadora francesa que ha sido pionera en el análisis histórico del constructo sobre el amor e instinto maternos. En su investigación indaga en diferentes momentos históricos en los que se ha transformado la construcción de la maternidad de acuerdo a intereses políticos, a través de plantear que el término común de la madre hace alusión a una persona tridimensional, refiriéndose a la mujer, su pareja y la cría, de quienes, dependiendo del momento histórico, la sociedad y los grupos de poder enfocarán a alguno de estos sujetos como el relevante para prestarle interés.⁷³ Para lograr su cometido, esta académica ubica cuatro momentos principales en la historia de Europa y particularmente de Francia para dilucidar la transformación del ejercicio y las concepciones sobre de la maternidad.

Foucault plantea que el Antiguo Régimen era un orden político, económico, social y cultural completamente diferente al que surgió en la Modernidad. El poder lo poseía un soberano que tenía derecho de vida y de muerte sobre sus súbditos,⁷⁴ y el estatus y poder de la nobleza estaba sustentado por su sangre: es decir, por su ascendencia y árbol genealógico.⁷⁵

En el Antiguo Régimen en Francia, que es donde Badinter centra su investigación, la maternidad era completamente distinta a como es ahora, ya que en esta etapa el foco de atención

72 E. Badinter, ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII a XX, 1981.

73 Íbid, p. 15.

74 M. Foucault, *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, p. 126

75 Íbid.

estaba en el padre: éste era quien otorgaba identidad y legitimidad a los/as hijos/as, además de ser la autoridad de la familia, con la finalidad política de que a partir de este modelo patriarcal se criaran súbditos leales al rey.⁷⁶ En esta época la maternidad era concebida, principalmente por las clases acomodadas, como una ocupación indigna. Por lo tanto el trabajo de cuidado y alimentación de las crías era encomendado a una nodriza, la cual en muchos casos cuidaba a los/as niños/as en el campo, usualmente en condiciones de precariedad, existiendo altas tasas de mortalidad infantil.⁷⁷ En los casos de mujeres campesinas, al no tener la capacidad económica de contratar a una nodriza, utilizaban una faja con la que envolvían completamente a los bebés para impedir que se movieran y que esto les diera la posibilidad de dejarlos colgados en algún lugar mientras ellas continuaban trabajando; la faja también obstaculizaba la existencia de una relación física entre madres y bebés.⁷⁸

Después de los cuidados de la nodriza, alrededor de los cuatro años de edad, los/as hijos/as volvían a casa de sus padres, sin haber sido visitados por ellos en este lapso de tiempo, para que su crianza pasara a ser encargada a la gobernanta, en el caso de las niñas, o al preceptor, en el caso de los niños.⁷⁹ Posteriormente los niños se internaban en un colegio y las niñas en un convento, en el cual vivirían el resto de su vida o hasta el matrimonio.⁸⁰

Las nodrizas siguieron siendo encargadas de la crianza de los/as niños/as hasta el siglo XIX, incluso hasta el XX y desde el siglo XVIII comenzaron a ser contratadas no solo por aristócratas, sino también por burguesas, artesanas y obreras.⁸¹

En el caso de México, el proceso histórico respecto a la maternidad tuvo similitudes respecto al de Europa, aunque las diferencias étnicas tuvieron gran influencia en este proceso y, por lo tanto, algunas diferencias respecto del proceso europeo. Al indagar sobre el estado de la cuestión en el tema de historia de la maternidad en América Latina no encontré mayores investigaciones al respecto, pero algunos estudios sobre la mortalidad infantil, la vida de las mujeres, la sexualidad y el matrimonio en la época prehispánica y la Colonia fueron de ayuda para dilucidar el tema.

La corriente feminista que ha ahondado de mayor manera sobre las repercusiones que tuvo la Colonia y el patriarcado europeo en las mujeres indígenas es el feminismo comunitario. Julieta Paredes es una activista feminista indígena aymara, que explica que el patriarcado europeo fue di-

76 E. Badinter, ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII a XX, p.118.

77 Íbid, p. 97.

78 Íbid, p. 169.

79 Íbid, p. 102.

80 Íbid, p. 105.

81 Íbid, p. 185.

ferente al patriarcado indígena prehispánico, ya que la mujer tenía una condición diferente al poder poseer tierras, aunque en menor medida que los hombres y podía tener conocimientos sobre el cuerpo como las curanderas y parteras, mujeres que tenían una autoridad política y, a diferencia de las mujeres europeas perseguidas en el medioevo por la cacería de brujas, no eran hostigadas por su quehacer.⁸² Las feministas comunitarias proponen el concepto de entronque patriarcal, entendiendo este concepto como “las combinaciones, las alianzas, las complicidades entre hombres invasores colonizadores y hombres indígenas originarios de nuestros pueblos” para la dominación de las mujeres indígenas.⁸³ Como resultado, se unió el patriarcado precolonial indígena con el patriarcado occidental para la opresión, violencia y discriminación de las mujeres indígenas.⁸⁴ Además hacen hincapié en que el proceso de conquista fue una penetración colonial, en la que la dominación se llevó a cabo no solo en la el territorio, sino también en el sometimiento e invasión de los cuerpos de las mujeres y hombres colonizados que, sobre todo en el caso de las mujeres, fue a través de la violencia sexual.⁸⁵ Esta penetración colonial lleva a un colonialismo interno, que es la internalización de los invasores europeos en los cuerpos indígenas, en su identidad, deseos y placer.⁸⁶

Así, el proceso de conquista y colonización en el “Nuevo Mundo” buscó la imposición de la religión católica en la población indígena a través de la Iglesia como institución eclesiástica. Beauvoir propone que las religiones creadas por los hombres reflejan su voluntad de dominación de las mujeres, a partir de ciertos argumentos religiosos⁸⁷ y la religión católica es un claro ejemplo de esto, al respecto la historiadora estadounidense Caterina Pizzigoni plantea que en la Colonia se concebía a la mujer como “fuente de todos los males, como instrumento del diablo, y que justificaba su posición subordinada al hombre por su fragilidad, inferioridad, su necesidad de ser guiada y controlada”.⁸⁸

Asunción Lavrin, historiadora cubana, propone que durante la Colonia, la población sobre la que la Iglesia tuvo mayor control fue sobre la indígena⁸⁹ y, en el caso de las mujeres indígenas, se les trató de confinar al interior del hogar y al cumplimiento de las tareas domésticas, así como

82 J. Paredes, *Hilando fino desde el feminismo comunitario*, 2008, pp. 6-7, y J. Paredes, *El feminismocomunitario: la creación de un pensamiento propio*, 2017.

83 J. Paredes, *El feminismocomunitario: la creación de un pensamiento propio*.

84 Íbid.

85 Íbid.

86 Íbid.

87 S. Beauvoir, *El segundo sexo*, p. 24.

88 C. Pizzigoni, *Como frágil y miserable: las mujeres nahuas del Valle de Toluca*, en “Historia de la vida cotidiana en México: tomo III: El siglo XVIII: entre tradición y cambio”, 2005, p. 501.

89 A. Lavarin, *La sexualidad y las normas de la moral sexual*, en “Historia de la vida cotidiana en México: tomo II: La ciudad barroca”, 2005.

a transmitir “nuevos valores [religiosos] a sus familias y a toda la comunidad”.⁹⁰ Dicho cometido trató de lograrse mediante la imposición de la Virgen María como ideal a seguir de cualquier mujer, fuera indígena o española, por representar a alguien que respeta totalmente la ley de la Iglesia con “humildad heroica”.⁹¹ Este objetivo de imposición no tuvo una recepción pasiva por parte de las mujeres indígenas, ya que la investigación histórica de Pizzigoni sobre las mujeres nahuas del valle de Toluca revela que estas mujeres a pesar del mandato a aguantar estoicamente el matrimonio, tuvieron capacidad de respuesta a través de denunciar en el arzobispado casos de violencia doméstica o infidelidad y creando redes de solidaridad entre mujeres de la familia o comunidad para conseguir refugio en dichas situaciones.⁹²

Parte fundamental de respetar la ley de la Iglesia era no tener relaciones sexuales fuera del matrimonio, cuestión vinculada a la enorme importancia que se le daba a la virginidad, relacionándola no solo al estatus social de la mujer sino también de la familia.⁹³ Cabe mencionar que la virginidad en las mujeres de la nobleza prehispánica también era de gran importancia, aunque el historiador mexicano Pablo Escalante propone que, a diferencia de los españoles, no se asociaba a los conceptos de honor y pureza.⁹⁴ Tanto en la época prehispánica como en la Colonia, a los hombres se les permitía mayor permisividad en cuanto a tener relaciones antes del matrimonio.⁹⁵

A pesar del afán de imposición de los valores cristianos, fue difícil para la Iglesia controlar la promiscuidad característica en esta época, que se veía reflejada en la alta tasa de hijos/as naturales concebidos fuera del matrimonio.⁹⁶ Así, Lavrin plantea que los clérigos se encargaban de “averiguar raptos, adulterios, incestos, desfloraciones, hechicerías sexuales y otras prácticas provenientes de la sexualidad sin cotos morales”.⁹⁷ Además, Javier Sanchiz, historiador mexicano, explica que una cuestión que fue característica importante desde el inicio de la conquista fue la existencia de relaciones sexuales entre españoles, indígenas y africanos, dando lugar al fenómeno del mestizaje, que en la Colonia fue categorizado a través de las castas.⁹⁸

Sobre las relaciones paternofiliales, Ilona Katzew, historiadora del arte mexicana, propone que aunque en la familia perteneciente a la nobleza los valores principales eran la autoridad y obe-

90 C. Pizzigoni, “*Como frágil y miserable*”: las mujeres nahuas del Valle de Toluca. p. 502.

91 Íbid.

92 Íbid, pp. 522-524.

93 P. Escalante, *La cortesía, los afectos y la sexualidad*, en “Historia de la vida cotidiana en México: tomo I: Mesoamérica y los ámbitos indígenas de la Nueva España”, 2005, pp. 500-505.

94 Íbid. Cfr. asimismo C. Pizzigoni, “*Como frágil y miserable*”: las mujeres nahuas del Valle de Toluca. p. 511.

95 P. Escalante, *La cortesía, los afectos y la sexualidad*, pp. 500-505.

96 Lavarin, Asunción (2005). *La sexualidad y las normas de la moral sexual*.

97 Íbid.

98 Íbid.

diencia hacia el padre, también existía una obligación de amor entre padres e hijos/as, entendido como parte del “orden natural” de la familia.⁹⁹

Respecto a si existía la figura de la nodriza en la Colonia, no se encontraron investigaciones. Revisando algunos cuadros de castas del siglo XVIII se hallaron ciertos patrones, por ejemplo quienes aparecen amamantando son únicamente mujeres indígenas, mestizas y moriscas, que eran hijas de multas y españoles.¹⁰⁰ En cambio nunca apareció una española o criolla amamantando y únicamente en un cuadro de castas se vio además de la pareja una mujer cargando al hijo/a, lo cual nos da pie a interpretarla como una nodriza o cuidadora.¹⁰¹ Como conclusión, se puede creer que amamantar a los propios hijos/as era algo común en mujeres indígenas o en ciertas castas pero no se sabe si habían nodrizas indígenas o españolas que amamantaran a bebés españoles o criollos, aunque se puede conjeturar que eran las encargadas del cuidado de las crías de estos grupos. Como dato adicional, se tienen registros de que las familias indígenas tenían un mayor número de hijos/as, en comparación de las familias españolas.¹⁰²

Una cuestión que puede tener relación con la lactancia de mujeres indígenas y de castas a sus crías son las tasas de mortalidad infantil en la Colonia, que aunque en los registros puede vislumbrarse que era muy alta, se sabe que era menor a la existente en Europa.¹⁰³ Lo cual puede tener relación con la prevalencia de lactancia materna en algunos sectores de la sociedad, ya que historiadoras como Badinter han analizado que ésta tiene un papel importante en la disminución de la mortalidad infantil.¹⁰⁴

El movimiento ideológico, social y político que cuestionó al Antiguo Régimen y posteriormente lo derrocó fue la Ilustración, encabezada por la clase burguesa que surgió con el mercantilismo. Este movimiento fue incorporado por los criollos en la Nueva España y llevó al movimiento de independencia en el siglo XIX.

Badinter explica que todas las actitudes de amor, ternura y cuidado que en la actualidad asociamos a la maternidad fueron en verdad resultado del movimiento ilustrado, ideas elucubradas y propuestas principalmente por el pensador Rousseau quien planteó un discurso moralizante en torno a la maternidad, otorgando a la madre el papel de formar buenos ciudadanos y buscando que

99 J. Sanchiz, *La nobleza y sus vínculos familiares*, en “Historia de la vida cotidiana en México: tomo II: La ciudad barroca”, 2005, p. 338.

100 I. Katzew, *La pintura de castas, representaciones raciales en el México del siglo XVIII*, 2004.

101 Íbid, p. 193.

102 D. De Estrada, *Muerte precoz. Los niños del siglo XVIII*, en “Historia de la vida cotidiana en México: tomo III: El siglo XVIII: entre tradición y cambio”, 2005, pp. 2016-220.

103 Íbid.

104 E. Badinter, ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII a XX.

las madres modernas se distinguieran de las aristócratas a través de asumir directa y totalmente el cuidado de los hijos/as y de la familia.¹⁰⁵ Así pues, con la Ilustración el foco pasa a centrarse en la madre y por ende se crea el concepto de instinto maternal, naturalizándolo a través de relacionarlo con el concepto de naturaleza femenina.¹⁰⁶ Ambos conceptos tuvieron gran influencia en la concepción sobre las mujeres, definiéndolas como seres por naturaleza pasivos y conformando el binomio mujer-madre, poseyendo ésta un instinto maternal que le otorga todas las características para, de manera innata, ser una buena madre.¹⁰⁷

Como consecuencia, a partir de este nuevo ideal, la madre moderna debe amamantar únicamente a su hijo/a, otorgándole a este suceso la finalidad de desencadenar la ternura maternal.¹⁰⁸ Además tiene la obligación de darle libertad física a la cría, procurar su higiene, encargarse completamente de su vigilancia ilimitada e incluso asumir la responsabilidad de su educación moral, diferente de la intelectual que fue asumida por las escuelas.¹⁰⁹

Por ende se crea un ideal de la maternidad, en el que se le otorga a la mujer el deber moral de ser una persona abnegada, sacrificada, que entrega gustosa toda su vida e interés a la crianza de sus hijos/as y al cuidado de su esposo, convirtiendo a la maternidad en un trabajo de tiempo completo.¹¹⁰ Promoviendo este ideal, Rousseau le otorga a la mujer el papel de ser la soberana doméstica, la reina del hogar y volviendo a la maternidad una función noble, a través de la cual las mujeres podrían obtener reconocimiento social y el estatus de ciudadanía.¹¹¹

Federici propone que la imposición del mandato de la maternidad la convirtió en un trabajo forzado, lo cual fue de la mano del surgimiento de un nuevo ideal de la mujer como pasiva y obediente madre. Lo anterior fue el resultado de un proceso de siglos de confinación forzada en el hogar, de invisibilización de su trabajo y de la aplicación de un imperativo de ser madre:

A partir de esta derrota surgió un nuevo modelo de feminidad: la mujer y esposa ideal — casta, pasiva, obediente, ahorrativa, de pocas palabras y siempre ocupada con sus tareas. Este cambio comenzó a finales del siglo XVII, después de que las mujeres hubieran sido sometidas por más de dos siglos de terrorismo de Estado.¹¹²

105 Íbid, pp. 165-247.

106 Íbid.

107 Íbid.

108 Íbid, p. 167.

109 Íbid, p. 173.

110 Íbid, p. 175.

111 Íbid, p. 184.

112 S. Federici, *El Calibán y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, p.157.

Esta idealización de la maternidad va a la par del surgimiento de la nueva identidad burguesa y del inicio de las revoluciones que derrocaron al Antiguo Régimen y fue aceptado e implementado lentamente por las mujeres de las distintas clases sociales, con sus respectivas reticencias y resistencias, generando en algunas madres orgullo por su nueva identidad y en otras culpa y angustia por intentar cumplir con el ideal.¹¹³

Este proceso respecto a la maternidad que analiza Badinter, ocurre entre los siglos XVIII y XIX en los que inicia el desarrollo del capitalismo, que surgió a la par de las revoluciones industriales y la transformación de la división del trabajo.¹¹⁴ Al respecto, Federici explica que la división sexual del trabajo fue una de las herramientas clave del sistema capitalista para la invisibilización y apropiación del trabajo de las mujeres, lo cual se justificó mediante la naturalización del instinto materno. Como consecuencia de este proceso, comenzó un fenómeno de urbanización, a partir de la migración de personas del campo a la ciudad por la búsqueda de empleos, lo cual llevó al surgimiento de epidemias y enfermedades venéreas, lo cual consternó a la burguesía por la necesidad de mantener una fuerza de trabajo que brindara utilidad a la industria.¹¹⁵ Sobre este contexto Foucault propone que a partir del siglo XX el biopoder comenzó a ejercerse a partir de la higiene, en toda la población.¹¹⁶

Como vimos en la sección anterior, en el siglo XIX y XX, con la construcción de los Estados-Nación burgueses, el nacimiento de nuevos seres humanos y la supervivencia de los niños/as se convierte en un asunto de interés político, por lo que el foco se centra en las crías, convirtiéndolas en su majestad el bebé.¹¹⁷ Parte de las estrategias del Estado fue suplir la función paterna a través de distintas instituciones, asesorando a las mujeres en el cuidado y la crianza de los niños/as a través de los médicos, quienes adquieren una enorme importancia en las familias, o de mediante jueces, psiquiatras y profesores.¹¹⁸

Alexandra Stern explica que en México en el siglo XX, a la par de la instauración de la higiene como la nueva herramienta de control de la población, se impuso en las mujeres un ejercicio de maternidad consciente, además de que el Estado llevó a cabo una nacionalización de la mujer para que “el hogar se convirtiera en uno de los sitios principales de injerencia del gobierno, mediante la introducción de una serie de códigos normativos y de comportamiento diseñados para

113 E. Badinter, ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII a XX.

114 M. Foucault, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, p. 254.

115 M. Foucault, *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, pp. 120.

116 Íbid.

117 Íbid, pp. 173.

118 A. Stern, *Madres conscientes y niños normales: la eugenesia y el nacionalismo en el México posrevolucionario, 1920-1940*.

producir nuevos tipos de ciudadanos y sujetos nacionales”.¹¹⁹ Como consecuencia, a lo largo de este siglo se le impone a la mujer el mandato ser matriz de la nueva sociedad mexicana a través de la maternidad y la responsabilidad de inculcar valores morales e higiénicos en la familia.¹²⁰

En estos siglos, a la par de que surge el ideal de las buenas madres, surge la categorización de las malas, relacionándolas a mujeres que no aman a sus crías, que son egoístas por no sacrificar toda su individualidad por ellos/as, que son descuidadas o negligentes, o mujeres que trabajan y no cumplen con el rol único de la maternidad.¹²¹

Badinter propone que este discurso de las malas madres pasó a ser medicalizado por el psicoanálisis freudiano, convirtiendo a las malas madres en mujeres enfermas con una anomalía en su naturaleza femenina, lo cual acrecentó la angustia y culpabilidad de las madres.¹²² Con el psicoanálisis se ve a las madres como las encargadas no sólo del bienestar, sino también de la felicidad de sus hijos/as y por ende, el malestar de las mujeres se vuelve la raíz de todos los problemas de sus crías.¹²³ En el siglo XX varios profesionales de la salud mental retomaron y transformaron algunas propuestas psicoanalíticas y comenzaron a convertir a la maternidad un terreno de recomendación, o más bien dicho, de amedrentación hacia el ejercicio materno de las mujeres.¹²⁴

Después de haber analizado en esta sección el proceso de transformación en el ejercicio de la maternidad que se dio desde el siglo XVIII hasta el XX, podemos afirmar que todas las prácticas que asociamos como resultado del instinto maternal en verdad son construcciones socioculturales, impuestas por los grupos en el poder desde que el nacimiento de nuevos individuos y su crianza se volvió un asunto de interés estatal.

Como en siglos previos a la Modernidad, la maternidad sigue siendo un mandato impuesto a las mujeres, aunque ahora se le da un nuevo papel político y estatus social, por ser las madres las encargadas de criar a los nuevos ciudadanos que sostendrán a los Estado-Nación.

A partir de esto podríamos sugerir que no solo la feminidad, sino también la maternidad -siempre asociada a la feminidad- también es un dispositivo de poder disciplinario que busca convertir a los cuerpos de las mujeres en abnegados, sacrificados y por ende dóciles, hacia la maternidad.

119 Íbid.

120 Íbid.

121 E. Badinter, ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII a X, pp. 229-235.

122 Íbid, p. 249.

123 Íbid.

124 Íbid, p. 261.

Como otros dispositivos de poder, que crean un discurso desde el que se demarca la normalidad o la anormalidad, sugiero, como veremos en el cuerpo central de la presente tesis, que en los últimos siglos se ha creado un discurso sobre la maternidad que opera en el sentido común de las personas; discurso que divide a las madres en dos categorías, las buenas que son que cumplen con todos los ideales y mandatos sociales asociados a la maternidad, y las malas que son quienes no cumplen con dichas expectativas.

El dispositivo de la maternidad no sólo es de poder disciplinario, también puede entenderse como un dispositivo de poder-placer, ya que el maternar se dispone como un deseo a todas las mujeres, lo cual va de la mano de una idealización e irreflexividad sociocultural respecto a la maternidad.

Además, el que la maternidad se asocie con la feminidad, y que en el caso de los hombres la masculinidad no se asocie a una capacidad innata de ser padre, ha generado históricamente que la tarea de crianza y cuidado de la descendencia se delegue únicamente a las mujeres.

En la última sección de este capítulo, analizaremos brevemente cómo en el siglo XXI siguen operando tanto las concepciones modernas de la maternidad como el tipo de atención al nacimiento, basado en un modelo intervencionista; así como qué transformaciones han tenido.

2.3 MATERNIDAD Y ATENCIÓN AL NACIMIENTO EN EL SIGLO XXI

Como vimos anteriormente, en el siglo XX los cuerpos de las mujeres vivían la imposición de distintos poderes modernos que afectaban únicamente a personas con su sexo, el de la maternidad, impuesto como un dispositivo de poder disciplinario y deseo en todas las mujeres, y en el caso de parir se les imponía que sus cuerpos fueran dóciles y su conducta adecuada durante la atención hospitalaria al nacimiento. Además, desde el siglo XX se instauró el biopoder en México desde el que se intervienen los procesos reproductivos de las mujeres, a través de regular la maternidad de acuerdo a los intereses estatales del momento.

Desde este contexto, en el siglo XX el feminismo comenzó a tener una enorme relevancia en el cuestionamiento sobre el mandato de la maternidad y del binomio mujer-madre. Distintas teóricas feministas comienzan a analizar la reproducción social en la sociedad y cómo es significada a partir de las construcciones que se crean sobre el sexo y el género.

Desde dicha perspectiva Cristina Palomar, académica feminista mexicana, plantea que en la reproducción social “se conjugan de manera paradigmática las diferencias biológi-

cas de los sexos y las producciones culturales en torno a éstas”.¹²⁵ La posibilidad biológica de gestar, que tienen las personas con útero, históricamente ha sido cargada de significados y categorizaciones de acuerdo al sistema de género, creando un universo discursivo en torno a la maternidad que la convierte en un mandato que deben de acatar todas las mujeres y que forma parte del imaginario colectivo.¹²⁶

Además del cuestionamiento del mandato de la maternidad, el movimiento feminista luchó por el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos (DSyR), que se dio junto con el descubrimiento de una nueva tecnología reproductiva: los anticonceptivos.¹²⁷ Con el establecimiento de los DSyR como parte de los Derechos Humanos, se reconoce la autonomía de la mujer para decidir si desea o no tener hijos/as, así como la cantidad de éstos y el espaciamiento entre ellos/as.¹²⁸ Este reconocimiento requirió de una distinción antes inexistente en el cuerpo de las mujeres entre reproducción y placer, por lo que a partir de los DSyR las mujeres no sólo tienen derecho de decidir sobre su vida reproductiva, sino que también tienen derecho a llevar a cabo una vida sexual placentera.¹²⁹

Por otro lado, en el caso de la atención hospitalaria al nacimiento, desde diferentes puntos de vista, con ginecobstetras, usuarias y otros/as profesionales de la salud reproductiva como parteras, enfermeras y pediatras, comenzaron a cuestionarse la cantidad de intervenciones médicas realizadas durante el proceso fisiológico del parto, visibilizando que estas prácticas en vez de responder a una procuración de la salud de las mujeres y de los bebés, respondía a un modelo en que la comodidad de los/as médicos/as y su enseñanza son más importantes que quien está pariendo y naciendo.¹³⁰ A partir de estos cuestionamientos, se realizaron investigaciones que comenzaron a tipificar un nuevo tipo de violencia, la violencia obstétrica, entendida como “toda acción u omisión por parte de los prestadores de salud o de las instituciones médicas que causen algún daño físico, psicológico o emocional a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio”.¹³¹ Violencia que se traduce en regaños, burlas, castigos, o maltrato físico hacia las mujeres que no cumplen con la conducta esperada por los hospitales disciplinados, además de la existencia de una violencia invisible que consta del ejercicio de prácticas médicas innecesarias sobre el cuerpo de las mujeres.¹³²

125 C. Palomar, *Malas madres: La construcción social de la maternidad*, p. 7.

126 Íbid.

127 A. Martínez, *La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas*. p. 18.

128 C. Menkes, L. Suárez, F. Juárez y A. Pérez, *Salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior en el Distrito Federal*, 2015, p. 12.

129 Íbid.

130 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*.

131 Íbid.

132 Íbid.

Como consecuencia se creó un nuevo movimiento que busca el respeto de las mujeres durante el nacimiento, con un modelo de atención en el que ellas sean el centro, que se respete en medida de lo posible el proceso fisiológico del nacimiento -que cabe recalcar que no es un proceso patológico que requiere de intervenciones- y que las prácticas médicas necesarias estuvieran basadas en evidencia científica actualizada, dejando de realizar prácticas médicas de rutina anquilosadas.¹³³

Dichas propuestas han sido reconocidas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) e incluso las normativas federales respecto a la atención al nacimiento han sido actualizadas con base en estas nuevas recomendaciones de la OMS sobre la atención al nacimiento.¹³⁴

También ha comenzado a existir un reconocimiento institucional en el país sobre la violencia obstétrica. Al respecto la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) ha realizado numerosas recomendaciones a organismos estatales de salud e incluso en el 2017 realizó una recomendación general a la Secretaría de Salud, donde se define a la violencia obstétrica como el menoscabo a otros derechos humanos:

En el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con la violencia de género, y tiene relación “con un modelo biomédico que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos” [...] En este contexto surge el término violencia obstétrica, con el objeto de visibilizar e identificar las causas que reproducen la violencia contra la mujer, ocurrida bajo dichas circunstancias.¹³⁵

Es importante recalcar que, como vimos anteriormente, aunque desde el inicio de la atención hospitalaria del nacimiento las mujeres tienen quejas sobre la atención del personal médico, sobre el exceso de prácticas innecesarias en sus cuerpos, o sobre el poco respeto a su intimidad, el reconocimiento del maltrato de mujeres en el embarazo, parto y puerperio como un tipo de violencia de género y su conceptualización como violencia obstétrica, surge a partir de un proceso histórico de visibilización de las diferentes esferas en las que existe violencia contra las mujeres, así como de la formulación del acceso a la salud como un derecho que

133 Íbid.

134 Íbid.

135 Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Recomendación General No. 31/2017. Sobre violencia obstétrica en el sistema nacional de salud*, 2017.

tienen las pacientes y del cuestionamiento de las repercusiones que tiene el exceso de intervenciones en el proceso fisiológico del parto.

Como resultado de estas luchas, tanto la del feminismo con los DSyR como la del parto humanizado o respetado, se ha dado un proceso complejo, tanto de cambio como de resistencia ante las nuevas propuestas.

En los siguientes capítulos de la presente investigación, indagaremos cómo es la atención hospitalaria al nacimiento en La Perla y qué tanto operan o no los poderes disciplinarios y el biopoder que sugiere Foucault en los cuerpos de las mujeres del municipio de Nezahualcóyotl.

También analizaremos en el caso del Hospital General La Perla, cómo se ha dado este proceso de idealización o cuestionamiento de la maternidad, qué tan cercano o distante está el discurso del personal médico sobre la maternidad, a las propuestas de la iglesia católica, Rousseau, Freud y del Estado Mexicano del siglo XX en el que se concibe a la madre como la Virgen María, como la mujer abnegada y sacrificada encargada de la crianza de los nuevos ciudadanos y como la matriz de la nueva nación mexicana.

Pasemos a analizar a treinta y cinco años del reconocimiento de los DSyR y a treinta y cuatro años de la instauración de las recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, en el contexto del municipio Nezahualcóyotl del Estado de México, qué tanto se cumplen o no y qué tanto se lleva a cabo la atención al nacimiento de acuerdo al marco de derechos y recomendaciones.

CAPÍTULO III

ETNOGRAFÍA SOBRE LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO

Este capítulo tiene como objetivo que el/la lector/a visualice y comprenda el contexto dentro del cual se da la atención hospitalaria al nacimiento, entendiendo al nacimiento como parte de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, quienes están inmersas en un contexto histórico, político, económico, cultural y de género que influye en el tipo de atención a la salud que reciben y en cómo la perciben. En dicho contexto también están inmersos los prestadores de salud -conformado por médicos/as, enfermeras/os-, quienes entablan la relación personal de salud-paciente e interpretan el comportamiento de las mujeres a partir de los factores políticos, económicos, sociales, culturales y de género de su propio contexto.

Para lograr este objetivo se empezará hablando sobre la atención al nacimiento en el Estado de México, para que se pueda comprender de mejor manera el panorama de la salud sexual y reproductiva en la entidad y en qué se parece y diferencia el Hospital General La Perla de otras instituciones de salud públicas. También para describir el contexto en el cual viven las mujeres en el Estado de México, donde el nacimiento es un ámbito más en el que se ejerce violencia hacia ellas. Después de lograr esta contextualización macro, se describirá cómo se da la atención al nacimiento en el hospital, así como una caracterización de la manera en que se entabla la relación médico/a-paciente durante este suceso.

Al comenzar a realizar el trabajo etnográfico en el hospital fue evidente el impacto que ha tenido un proyecto implementado desde hace un año en el Área Tocoquirúrgica, llamado Modelo de Atención Integral en Obstetricia (MAIO). Dicho proyecto consiste, entre otras fases, en la creación de un voluntariado de doulas¹ dedicadas a acompañar a las mujeres durante el trabajo de parto y parto, lo cual ha llevado a una transformación en el tipo de relación que entabla el personal de salud con las mujeres. Al final de la tesis, en el Capítulo V se describirán las repercusiones del proyecto MAIO en el Área Tocoquirúrgica pero desde la última sección de la presente etnografía se describirá brevemente el proyecto y el quehacer de las doulas, para

¹ La palabra doula será descrita en la sección “Las doulas en acción”.

que el/la lector/a pueda notar los matices en la atención al nacimiento existentes en el hospital.

3.1 LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO EN EL ESTADO DE MÉXICO

El nacimiento es un tema que siempre ha sido de interés para los grupos en el poder y que se ha abordado desde diferentes enfoques. Los organismos internacionales, que anteriormente hablaban sobre el control de la natalidad, hasta 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo,² comenzaron a hablar sobre dicho suceso desde un enfoque de derechos y tomando en cuenta el proceso psicológico, emocional, cultural y de género dentro del cual se da el nacimiento. Así, a partir de dicha conferencia se comienza a hablar sobre salud sexual y reproductiva (SSyR), definida como:

[U]n estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con las funciones y procesos del sistema reproductivo. En consecuencia, la salud reproductiva alude a la capacidad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procreación y enfatiza la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia reproducirse. Esta última condición, trae implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información sobre planificación familiar y de los diferentes métodos que no están legalmente prohibidos para regular la fecundidad, el acceso a métodos seguros y eficaces, el derecho a recibir servicios de atención adecuados que permitan embarazos y partos sin ningún tipo de riesgos.³

Desde esta perspectiva el nacimiento se entiende como un suceso multidimensional, relacionado a condiciones socioeconómicas, culturales y de género que impiden o posibilitan a las mujeres el ejercicio de sus DSyR, por lo que, lamentablemente, la SSyR es una definición utópica que suele distar del ejercicio real de las mujeres respecto a la procuración su salud.

En México, de acuerdo a las últimas cifras del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), durante el 2017 se registró la ocurrencia 2,234,039 nacimientos, de los cuales 286,204 ocurrieron en el Estado de México, constituyendo el 12.81% del total a nivel nacional.⁴ Del total de nacimientos en dicha entidad, 15,804 ocurrieron en el municipio de Nezahualcóyotl, representando el 5.52% de los nacimientos del estado, siendo éste uno de los municipios más poblados en

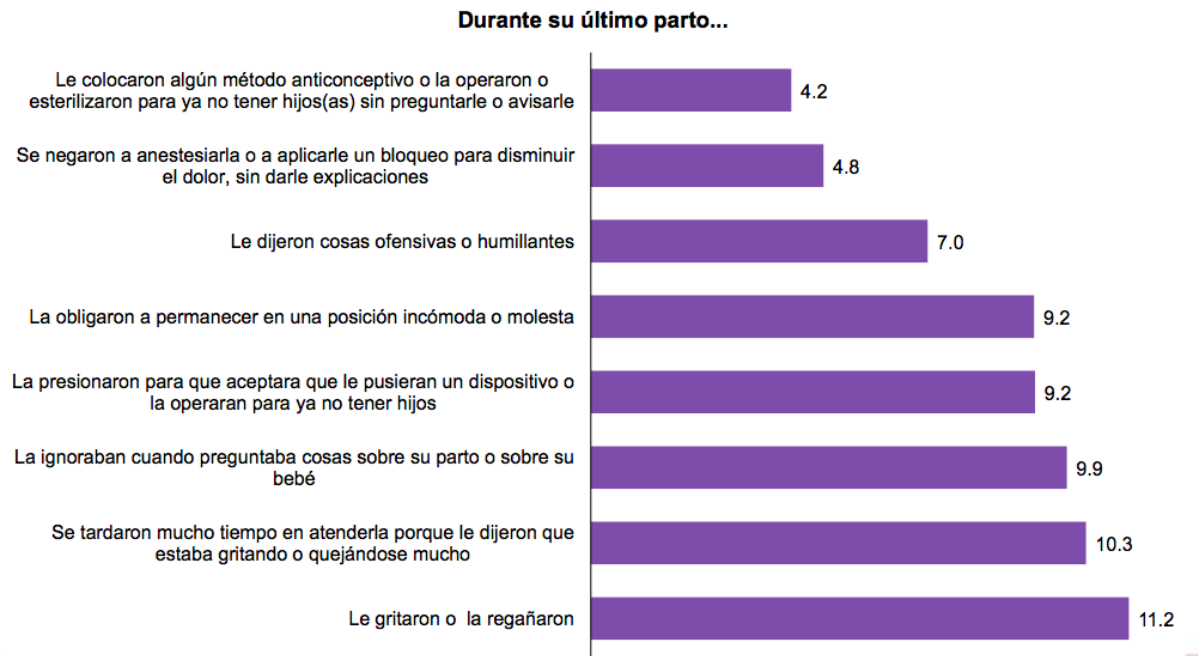
² C. Menkes, L. Suárez, F. Juárez y A. Pérez, *Salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior en el Distrito Federal*, p.12.

³ C. Menkes, L. Suárez, F. Juárez y A. Pérez, *Salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior en el Distrito Federal*, p. 12.

⁴ Instituto Nacional de Geografía y Estadística, *Natalidad, Conjunto de datos: nacimientos*, 2016

el país.⁵ De los nacimientos en Nezahualcóyotl 14,458 ocurrieron en una clínica u hospital, por lo tanto en el municipio el nacimiento se atiende mayormente en un contexto hospitalario y por ende los mayores encargados de esta atención son el personal médico, quienes atendieron el 92.66% de los casos registrados.⁶

Sobre cómo es el tipo de atención que se da a las mujeres durante el nacimiento, en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) del 2016 se reportó que el Estado de México tiene la mayor proporción de maltrato durante la atención obstétrica a nivel nacional, con un porcentaje de 39.5% de prevalencia en las encuestadas, superando la media del país de 33.4%.⁷ El tipo de violencia que refieren haber sufrido las encuestadas se representa en la siguiente gráfica:



Gráfica obtenida de la ENDIREH 2016.⁸

El maltrato a mujeres durante la atención obstétrica puede ser entendida como un tipo de violen-

5 Íbid.

6 Íbid.

7 Instituto Nacional de Geografía y Estadística, *Maltrato en la atención obstétrica*, en “Encuesta Nacional de Dinámicas de las Relaciones en el Hogar”, 2016, p. 16.

8 Íbid, p. 17.

cia de género, al ser un tipo de violencia a la que solo se enfrentan mujeres por ser ejercida en la procuración de su salud sexual y reproductiva por parte del personal de salud a través de regaños u ofensas, o al impedir la capacidad de decisión de las mujeres sobre su vida sexual y reproductiva, por ejemplo imponiéndoles el uso de un método anticonceptivo.

A partir de entender el maltrato durante la atención obstétrica como una violencia de género, es importante destacar que, según la ENDIREH, el Estado de México es la segunda entidad con mayor prevalencia de violencia a mujeres mayores de 15 años con una preponderancia en el 75.3% de las encuestadas, tomando en cuenta el ejercicio de violencia emocional, sexual, física y económica hacia ellas.⁹ Además dicha entidad encabeza los resultados de violencia en la pareja, con un indicador del 53.3%.¹⁰

Específicamente sobre la prevalencia de violencia sexual en el Estado de México, investigaciones elaboradas por organizaciones de la sociedad civil han realizando un cálculo “con base en los datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, y la cifra negra -porcentaje de delitos no denunciados generada por las Encuestas Nacionales de Victimización y Percepción de la Seguridad Pública-”.¹¹ Con base en estos cálculos se estima que en 2017 ocurrieron 36,259 casos de violación en el Estado de México, lo que representa 100 violaciones diarias.¹² Utilizando el mismo método de cálculo, en 2018 habrían ocurrido 38,154 casos de violación, lo que significa 105 violaciones diarias en el estado.¹³

Aunado a lo anterior es necesario tomar en cuenta que a los altos índices de violencia sexual en el Estado de México se le suma un desconocimiento por parte del personal de salud respecto a la normativa y los protocolos de atención a casos de violencia sexual, por creer que se necesita interponer una denuncia o poner en marcha mecanismos administrativos que no son necesarios¹⁴ (ya que en la normativa solo se requiere del testimonio de la víctima para recibir atención médica), así como un desconocimiento sobre la profilaxis postexposición.¹⁵

Además, al tema de prevalencia de violencia en el Estado de México, los datos presentados respecto al nacimiento provienen de encuestas nacionales sobre natalidad en las que no se suelen

9 Íbid, p. 7.

10 Íbid. p. 13.

11 Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, *Lo público es nuestro, Hallazgos del Estado de México, s.f.*, p. 6.

12 Íbid.

13 Íbid.

14 Íbid, p. 18.

15 *Def. profilaxis postexposición:* Son los medicamentos para la prevención o control de propagación de una enfermedad, en este caso de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Cfr. InfoSIDA, *Profilaxis posexposición*.

tomar en cuenta los casos de embarazo infantil, ya que las preguntas se realizan únicamente a mujeres a partir de los 15 años.¹⁶ Desde datos de organizaciones de la sociedad civil, en México en el 2016 ocurrieron 11,808 casos de niñas, entre 12 y 14 años, que tuvieron un hijo/a.¹⁷ Cabe mencionar que durante mi estancia de investigación en el hospital una doula reportó haber acompañado a una niña de 12 años durante el nacimiento de su hijo/a, y todo el personal médico entrevistado/a había atendido a niñas de 12-13 años pariendo.

Estas niñas tienen una posibilidad significativamente mayor de sufrir padecimientos en el embarazo y parto, en comparación con las adolescentes mayores a 15 años.¹⁸ Además es necesario visibilizar las relaciones de poder y violencia que subyacen la ocurrencia de dichos embarazos:

[E]n el caso de las mujeres adolescentes en general y de las menores de 15 años en particular, [...] el embarazo no es el resultado de un decisión o acto deliberado, sino que, en la mayoría de los casos, es consecuencia de la falta de poder para la toma de decisiones, así como de circunstancias que están fuera del control de las niñas y adolescentes.¹⁹

Aunando a los datos sobre embarazo infantil, hay que tomar en cuenta las consecuencias que tiene el embarazo en la vida de adolescentes entre 15 y 19 años de edad. De acuerdo a investigaciones elaboradas al respecto:

[...] mientras que el 76.55% de las mujeres sin hijos e hijos estudiaban, solo el 7.64% que era madre lo hacía; mientras que sólo el 10.63% de las mujeres sin hijas e hijos se dedicaban a quehaceres del hogar, el 73.51% de las mujeres que son madres lo hacían. Lo anterior quiere decir que el cambio más drástico en la vida de las adolescentes es el cambiar el estudio por las labores domésticas y de cuidado. Por otro lado, también las mujeres aceleran su ingreso al mercado de trabajo como menores de edad: mientras que el 6.98% de las mujeres adolescentes sin hijas e hijos eran económicamente activas, cuando ellas son madres esta cifra asciende a 13.47% cuando tienen hijas e hijos.²⁰

Aunado a esto, según la Comisión Nacional de la Población (CONAPO) en el Estado de México el 8.4% de las mujeres tiene una demanda no satisfecha de anticonceptivos.²¹ Además, según or-

16 International Project Assistance Services, *Violencia Sexual y embarazo infantil en México: Un problema de salud pública y Derechos Humanos*, 2018.

17 Íbid, p. 7.

18 Íbid. p. 10.

19 Íbid. p. 17.

20 Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, *Lo público es nuestro, Hallazgos del Estado de México*, p. 4.

21 Consejo Nacional de Población, *Situación de la salud sexual y reproductiva, Estado de México*, 2016, p. 105.

ganizaciones de la sociedad civil, no suele haber un ofrecimiento de la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE) en los servicios de SSyR del Estado de México como parte de los métodos anticonceptivos, ya que ésta únicamente se ofrece en casos de violación.²²

A partir de los datos presentados hasta ahora, se visibiliza que el contexto en el que están inmersas las mujeres del Estado de México, el cual está caracterizado por el ejercicio de violencia de género hacia ellas, el cual va desde el ámbito económico hasta el sexual, y la atención a la SSyR es un ámbito más en el que se ejerce un maltrato hacia ellas. Este contexto violento se traduce en una violación de los derechos humanos en general y específicamente de los sexuales y reproductivos, que puede afectar a las mujeres desde la niñez con casos de embarazo infantil por situaciones de violencia sexual.

El contexto anteriormente descrito, aunado a factores económicos, políticos y sociales, influyen en el comportamiento de la población alrededor de la salud sexual y reproductiva, de manera que a continuación describiré el perfil sociodemográfico de las mujeres que paren en el municipio de Nezahualcóyotl, contrastando los datos del INEGI²³ con los que obtuve en las encuestas a pacientes durante mi investigación y aunando un pequeño análisis sobre las consecuencias que tienen dichos datos en la calidad de vida de las mujeres, basándome en un estudio que hizo en Consejo Nacional de la Población (CONAPO) sobre la Situación de la salud sexual y reproductiva en el Estado de México.²⁴

- *Edad:* Según el INEGI la edad de las mujeres que tuvieron su nacimiento en el municipio de Nezahualcóyotl oscila entre menores de 15 años, hasta mujeres de 49 años, siendo de los 20 a los 24 años el grupo etario con mayor número de nacimientos. Los casos de embarazo adolescente, de mujeres menores a 19 años de edad son el 18.36% del total de nacimientos en el municipio.

En el caso de los datos obtenidos en las encuestas el rango de edad de las mujeres que paren en La Perla fue entre 17 y 43 años.

Respecto a la variable de la edad en el comportamiento de la SSyR, la CONAPO resaltó que el Estado de México es una de las entidades donde las mujeres comienzan a menor edad su primera relación sexual, lo cual implica una exposición más temprana a enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados, ya que el 66.4% de las mujeres no utilizaron preservativo en su primera relación sexual.²⁵

22 Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, *Lo público es nuestro, Hallazgos del Estado de México*, p. 16.

23 Instituto Nacional de Geografía y Estadística, *Natalidad, Conjunto de datos: nacimientos*.

24 Consejo Nacional de Población, *Situación de la salud sexual y reproductiva, Estado de México*.

25 *Íbid*, p. 102.

Una de las problemáticas que reflejan los porcentajes de edad en las parturientas es la alta tasa de embarazo en mujeres adolescentes, lo cual implica un riesgo en la salud, ya que las mujeres menores a 19 años de edad tienen mayores probabilidades de morir por causas relacionadas al embarazo o parto; así mismo sus hijos tienen mayor riesgo de morir antes de cumplir un año de edad, sobre todo si se encuentran en condiciones de vida precarias.²⁶

- *Escolaridad:* El INEGI reportó que el 42.34% de las mujeres que tuvieron un nacimiento en Nezahualcóyotl estudiaron hasta la secundaria o equivalente, en comparación del 13% que lograron realizar estudios profesionales y del 12.78% que no estudió más allá de la primaria o no tiene escolaridad.

En el caso del hospital, únicamente una encuestada tenía estudios universitarios completos, una segunda los tenía incompletos, el 26.7% tuvo la preparatoria completa, el 20% la secundaria y el 20% únicamente la primaria.

Sobre la influencia de la escolaridad en la SSyR de las mujeres, la CONAPO registró que en el Estado de México existe una relación entre el grado de escolaridad y el uso de métodos anticonceptivos, ya que de las mujeres con primaria o un menor nivel de escolaridad únicamente el 12.7% utilizó métodos anticonceptivos en su primer relación sexual; en cambio de las mujeres que cuentan con preparatoria el 58.7% utilizó métodos anticonceptivos en su primer encuentro.²⁷ Este hallazgo se relaciona con que la segunda causa por la cual las mujeres no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual fue por la falta de información sobre su uso y dónde obtenerlos.²⁸

Además la CONAPO refiere que el nacimiento de un hijo/a puede ocasionar una exclusión de las mujeres del sistema educativo, lo cual se observa en los bajos porcentajes de mujeres con crías que acabaron la preparatoria o que realizaron estudios universitarios después del nacimiento.²⁹

- *Situación laboral:* En Nezahualcóyotl, de acuerdo a los datos del INEGI, el 72.20% de las parturientas refirió no tener un trabajo, aunque es importante recalcar que en estas encuestas no se entienden las actividades del hogar y de cuidado de la familia como un trabajo.

En el hospital La Perla el 80% de las mujeres encuestadas se dedica a las actividades de su hogar, el 13.3% es trabajadora por cuenta propia y el 6.7% es empleada.

26 Íbid. p. 68.

27 Íbid. p. 61.

28 Íbid. p. 61.

29 Íbid. p. 68.

La CONAPO propone que el nacimiento de un hijo, principalmente en mujeres adolescentes puede generar “una inserción temprana en el mercado laboral precario y a una limitación de sus opciones de desarrollo a corto, mediano y largo plazo”, cuestión que se refleja en los porcentajes de ocupación de las mujeres que tuvieron un hijo/a.³⁰

- *Estado civil:* De acuerdo al INEGI, la mayoría de las mujeres que tuvieron un hijo/a en Nezahualcóyotl se encuentra en unión libre, estando en este rubro el 69.19% de las mujeres. Por otro lado existe un 11.88% de mujeres solteras. En el hospital la mayoría (46.7%) estaban casadas, el 33.3% en unión libre y un 20% eran solteras.

La CONAPO estipula que las mujeres en unión libre suelen tener un mayor adelantamiento al primer hijo, ya que el 48.9% tuvo su primer hijo/a durante el primer año de unión.³¹

En relación con el porcentaje de madres solteras, se muestra la falta de participación de los hombres en la crianza de los hijos/as, tanto en el ámbito económico como en el de los cuidados, visibilizando la baja corresponsabilidad masculina en la SSyR. Así, la CONAPO registró que en el Estado de México únicamente el 21.3% de los hombres participa en el uso de métodos anticonceptivos con su pareja.³² Esto se debe a que históricamente la SSyR y los métodos anticonceptivos se piensan para intervenir únicamente en los cuerpos de mujeres y por ende, solamente como responsabilidad de ellas.

Los datos anteriores dan cuenta de cómo el acceso a una educación sexual integral, a métodos de interrupción del embarazo de acuerdo a la normatividad vigente y a anticonceptivos, así como a una vida libre de violencia y al ejercicio de la corresponsabilidad masculina en la SSyR son elementos influyentes al ocurrir un embarazo. Como consecuencia, la violación de uno de los DSyR puede llevar a la violación de otros, ya que están interrelacionados.

3.2 EL MUNICIPIO DE NEZAHUALCÓYOTL

El tipo de atención al nacimiento que se da en el Hospital General La Perla es un ejemplo de las condiciones de los servicios de salud reproductiva en zonas metropolitanas, como es el municipio de Nezahualcóyotl. Por eso, a continuación describiré brevemente la historia del municipio, para comprender el contexto en el que se encuentra inmerso el hospital y el estilo de vida de las mujeres que paren en él.

30 Íbid. p. 68.

31 Íbid. p. 69.

32 Íbid, p. 103.

El municipio de Nezahualcóyotl forma parte de la zona metropolitana del Valle de Texcoco que rodea a la Ciudad de México. Aguilar y Buchofer proponen que este es un municipio en el que pueden observarse las consecuencias sociales, económicas, culturales y ambientales que genera la migración a las grandes urbes y que al igual que otras zonas metropolitanas en Latinoamérica, está caracterizada por una alta tasa de natalidad, que por ende constituye a Nezahualcóyotl como uno de los municipios más poblados de México.³³

Nezahualcóyotl comenzó a construirse en la década de los cuarenta como resultado de la creciente migración del campo a la ciudad y la necesidad de los migrantes de obtener terrenos a un bajo costo.³⁴ El municipio ha atravesado tres fases principales para su consolidación: en la inicial no había una regularización estatal de los terrenos ni existían servicios básicos como agua o luz para la población migrante que arribaba al territorio, por lo que los propios habitantes se organizaron para conseguir estos servicios y hacer frente a cuestiones como las constantes inundaciones.³⁵ En la segunda fase, el Estado de México reconoció al poblado de Nezahualcóyotl como un municipio, por lo que comenzó a intervenir y a regularizar las propiedades, así como a asegurar servicios básicos para la población.³⁶ En la última fase comenzaron a desarrollarse grandes obras viales e infraestructura, lo cual permitió incrementar la presencia de establecimientos comerciales, transporte y servicios, generando como consecuencia una creciente clase media comerciante y profesionista, y posteriormente dando cabida a la creación de establecimientos comerciales transnacionales.³⁷

En la actualidad, en las principales avenidas del municipio de Nezahualcóyotl suelen encontrarse diversos comercios, así en los alrededores del hospital en cada cuadra pueden observarse numerosas tiendas de abarrotes, jarcierías, espumerías, tlapalerías, ferreterías, tortillerías, pollerías, carnicerías, panaderías, puestos ambulantes de comida, tianguis, etc. Por ello la población del municipio es caracterizada por dedicarse al comercio.

3.3 EL HOSPITAL GENERAL LA PERLA NEZAHUALCÓYOTL

El Hospital General La Perla Nezahualcóyotl (HGLPN), ubicado en Avenida Escondida, entre las calles Poniente 21 y 25, es un hospital de segundo nivel de atención -es decir que es una institu-

33 E. Buchofer y A. Aguilar, *Planeación urbana y ordenación espacial de la periferia de la ciudad de México*, 1983.

34 M. Bassols Ricardez y M. Espinoza Castillo, *Construcción social del espacio urbano: Ecatepec y Nezahualcóyotl, dos gigantes del oriente*, 2011

35 Íbid.

36 Íbid.

37 Íbid.

ción con médicos/as especialistas y la infraestructura necesaria como para atender nacimientos- y forma parte del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Fue inaugurado en el año 2006 tras seis años de construcción, y creado en el terreno del Antiguo Hospital La Perla, el cual fue derribado por presentar daños estructurales tras un sismo. La institución cuenta con seis especialidades de atención, entre ellas la de ginecobstetricia; atiende a afiliados al Seguro Popular y a la población en general, principalmente proveniente de los municipios Nezahualcóyotl y Los Reyes-La Paz, Estado de México.

Respecto a la especialidad en ginecobstetricia, en el hospital existen diecisiete ginecólogos/as, de los cuales quince son hombres y dos son mujeres. El hospital por ser público también funge como un lugar formativo para personal médico, así que hay desde estudiantes de medicina de los primeros semestres de la licenciatura, hasta médicos/as internos/as por obtener el grado como médicos generales y residentes estudiando la especialización en ginecobstetricia. Por lo tanto, cada médico/a, a excepción de los ginecólogos/as, tiene como maestro/a a todos/as los/as de rango superior y el área donde se atienden los nacimientos funge como un salón de clases, donde cada quien realiza diferentes prácticas médicas de acuerdo a su nivel de formación. Incluso cuando no hay pacientes llegan a darse clases. En la clase que observé, un interno dio una exposición a estudiantes de medicina, la cual fue supervisada por residentes y el ginecólogo adscrito.

Dado que el hospital funge como escuela, algunas veces hay regaños por parte de ginecólogos/as o pediatras a los/as residentes, internos/as o estudiantes de medicina, la mayoría en forma de broma aunque algunas veces son con tono fuerte: en un caso escuché como amenaza de castigo la realización de tres guardias seguidas si un bebé volvía a nacer una cama y no en la sala correspondiente. Entre las jefas de enfermería y estudiantes de medicina e internos/as también suele haber una relación de aprendizaje, referente sobre todo al cumplimiento de las normas de higiene; en esos casos, las penalizaciones se hacen a través de obsequiar refrescos o pasteles a las jefas de enfermería que descubran una falla.

Cada año el hospital recibe nuevos residentes en ginecobstetricia -a los cuales se les nombra como R1, R2, R3 o R4, dependiendo del año de la especialidad que estén cursando-, por lo que pude observar el cambio de rango que tuvieron los R1 cuando pasaron a convertirse en R2 y, por consiguiente, en maestros/as de los/as de nuevo ingreso. Su actitud cambia al tener una mayor jerarquía y suelen ser los más duros al regañar a los/as R1, aunque estos últimos son constantemente regañados por todos los/as médicos/as de rango superior. Sobre cómo se da la relación de enseñanza, en mi bitácora de campo apunté: “he visto cómo las corrigen, les explican cómo hacer las cosas, incluso tienen un temario por ver; les enseñan el hospital, la manera de trabajar; les advierten: -Aquí

te vas a manchar, vete mentalizando a eso, ahora fue de sangre pero puede ser meconio,³⁸ líquido amniótico, de todo-”.³⁹

3.4 EL ÁREA TOCOQUIRÚRGICA

El Área Tocoquirúrgica⁴⁰ cuenta con seis espacios principales: el área de admisión con los consultorios de revisión, el área de labor, la sala de expulsión, las salas mixtas, el quirófano, las salas de terapia intermedia para los neonatos y la sala de recuperación. A continuación describiré brevemente estos espacios para que los/as lectores/as puedan comprender el escenario en el que ocurre la atención al nacimiento.

Sala de admisión y consultorios de revisión

Por protocolo, cuando ingresa una embarazada al hospital se le hace el triage obstétrico,⁴¹ para valorar el estado de salud que tienen la mujer y el bebé y el tipo de atención que requieren. En caso de estar en una situación de gravedad, se clasifica a la paciente como Código Máter.⁴² Si la mujer no está en un estado de gravedad, es trasladada a los consultorios donde se revisan los centímetros de dilatación cervical que tiene y a partir de los 4 cm la preparan para entrar al área de labor poniéndole una bata y catéter.

Sala de labor

Los consultorios de revisión están conectados mediante un pasillo con la sala de labor, la cual únicamente cuenta con una barda de metal a la altura de la cadera, desde la cual el personal de salud que se encuentra afuera puede observar fácilmente lo que ocurre dentro de la sala. A las mujeres que tienen las condiciones necesarias para ingresar a la sala de labor o que requieren de la realización de un estudio las trasladan en una camilla y las reciben con otra que está dentro de la sala de labor, para después acomodarlas en una cama.

La sala de labor es el espacio en el que monitorean a las mujeres que están en trabajo de

38 Véase definición en glosario.

39 Anotación personal en diario de campo [5 de marzo 2019].

40 Véase definición en glosario.

41 Véase definición en glosario.

42 Véase definición en glosario.

parto, así como a otro tipo de pacientes que acudieron al hospital por alguna otra razón obstétrica como abortos. Esta sala cuenta con siete camas y he notado que acomodan a las pacientes en tres secciones diferentes dependiendo del estado de salud en el que se encuentren: al fondo suelen acomodar a las pacientes que acuden por motivos obstétricos que no están relacionados con el trabajo de parto, como abortos en curso, ahí se encuentran dos camas y unos anaqueles en los que acomodan diferentes objetos como mantas, sábanas y sueros. En la segunda sección hay dos camas en las que suelen acomodar a las mujeres con un embarazo de alto riesgo y que al ingresar fueron catalogadas como Código Mater, o a mujeres con otro tipo de problemas de salud. En esta sección observé a mujeres en trabajo de parto con diabetes gestacional, hipertensión, problemas cardiovasculares o nerviosos. En la tercera sección hay tres camas en las que acomodan a las mujeres con trabajo de parto normal y que no tienen ninguna condición de salud que dificulte esta fase.

A un costado de la sala de labor se encuentra el área de Admisiones, la cual es una sala con una ventana que da al pasillo de Urgencias, en la que el personal de salud realiza trámites burocráticos y clínicos de las pacientes y tiene contacto con los familiares de ellas, informándoles sobre el estado en que se encuentran o les solicitan insumos como medicamentos o estudios.

En la sala de labor se monitorea constantemente el estado de salud de las mujeres y de los fetos, principalmente a través de la toma de signos vitales, que consiste en tomar la temperatura corporal y la presión arterial de las mujeres, su frecuencia cardíaca y respiratoria, y de la toma del foco fetal que es monitoreo del latido del corazón del bebé a través de una ecografía mediante una máquina llamada Doppler. Además les realizan constantemente las revisiones cervicales conocidas como tactos vaginales, que es la introducción de los dedos del personal de médico en el canal vaginal de las mujeres hasta alcanzar a tocar el cérvix y con la apertura de los dedos calcular los centímetros de dilatación cervical que tienen. Los signos vitales los toman las enfermeras, el foco fetal y los tactos vaginales los realizan los/as médicos/as internos/as o residentes, aproximadamente cada hora.

En esta área todas las cabeceras de las camas dan hacia el centro de la sala para facilitar el monitoreo constante de las pacientes, por lo que usualmente las mujeres se ven y escuchan entre sí y están a la vista de todo tipo de personal de salud: médicos/as especialistas, residentes, internos/as, estudiantes de medicina, enfermeras, estudiantes de enfermería, camilleros, anestesiólogos/as, doulas y personal de intendencia. Lo único que existe para asegurar un mínimo de privacidad son unas cortinas que pueden ponerse como división entre las camas para evitar que las pacientes se observen entre sí, pero normalmente no se utilizan. Cabe mencionar que, en la sección de las mujeres con trabajo de parto normal, frente a dos camas hay una tercera que no cuenta con dichas cortinas. Además de las cortinas el personal de salud puede solicitar biombos para cubrir a las mujeres mientras se les hace alguna revisión que requiera desnudarles algu-

na parte del cuerpo o para asegurar intimidad en ciertos sucesos pero esto no suele llevarse a cabo con regularidad.

El personal de salud ingresa a la sala de labor por dos lugares diferentes: mediante un vestidor que está conectado a esta zona o por la misma entrada de las camillas. Además existe una puerta por la cual se ingresa en camilla o silla de ruedas a las pacientes que les realizaron estudios o ultrasonidos.

Sala de expulsión

En la sala de expulsión es donde ocurre el nacimiento y las mujeres paren. En este espacio las mujeres tienen mayor privacidad ya que, a diferencia de la sala de labor, ésta no es colectiva. El hospital cuenta con dos salas de expulsión. En esta sala se encuentra una mesa obstétrica, la cual es una cama con piñeras a los costados para que las mujeres recarguen sus piernas al abrirlas. Enfrente hay una lámpara de gran tamaño que sirve para que los/as médicos/as puedan alumbrar y revisar la vagina de las mujeres con detalle, también hay una pequeña mesa en la que se acomoda todo el instrumental quirúrgico que utiliza el personal médico durante la atención al nacimiento, como tijeras, pinzas y bisturíes. Frente a la mesa obstétrica hay una mesa iluminada en la que el pediatra revisa al bebé al nacer, al lado de ésta hay una báscula para pesarlo y en la parte trasera de la sala hay anaqueles con diferentes insumos, los cuales son suministrados por las enfermeras cuando lo solicitan los/as médicos/as.

Sala mixta o quirófano

Posteriormente a las salas de expulsión se encuentran los quirófanos o salas mixtas, a las cuales trasladan a las mujeres que van a realizarles una cesárea u otro tipo de procedimientos como la ligadura de trompas uterinas.⁴³

Frente al quirófano existe un cuarto con sillas y anaqueles en el cual los/as ginecobstetras o residentes pueden descansar o estudiar.

43 Véase definición en glosario.

Sala de terapia intermedia para neonatos

Entre las salas de expulsión y el quirófano está la sala para neonatos en la cual hay incubadoras en las que se lleva a cabo la revisión de los/as bebés que nacieron con algún problema de salud y requieren ser monitoreados para realizar su diagnóstico clínico. En esta sala suelen vigilar a los/as bebés tanto pediatras como enfermeras.

Sala de recuperación

En la sala de recuperación se monitorea a las mujeres que ya parieron o a las cuales les realizaron una cesárea y están esperando a que les den el alta, o que las pasen a quirófano para realizarles algún procedimiento quirúrgico anticonceptivo. Si el/la bebé nació sin problemas de la salud, alojan a las mujeres en la misma cama que a ellos/as. En esta sala hay seis camillas en las que trasladan a las mujeres desde la sala de expulsión y en las cuales las trasladarán hasta “piso” que es el área de puerperio donde las mujeres esperan a ser dadas de alta. En esta sala hay enfermeras monitoreando a las mujeres y bebés, al fondo hay un lavabo para bañar a los/as bebés y unos cuneros para dormirlos cuando sus madres acaban de amamantarlos. Enfrente de esta sala existe un séptico, en donde se limpia el material quirúrgico.

3.5 EL PROCESO DE ATENCIÓN AL NACIMIENTO

Un embarazo sin complicaciones suele llegar a su término entre las 37 y 42 semanas de gestación. En caso de que ocurra antes se considera que el parto es prematuro y por lo tanto el bebé también.⁴⁴ La culminación del embarazo ocurre a través del trabajo de parto que inicia “cuando una mujer tiene contracciones regulares que producen un cambio en el cuello uterino”;⁴⁵ el nacimiento puede ser un parto, es decir que el bebé nace por el canal vaginal de la madre, o una cesárea, que es un procedimiento en el cual “se extrae al bebé mediante una incisión en el abdomen y útero de la madre”.⁴⁶

Las embarazadas que acuden al Hospital General La Perla a atender su nacimiento ingresan por la entrada de Urgencias. Al llegar son acomodadas en un cuarto pequeño con sillas en el que las enfermeras les hacen el triage obstétrico y algunas preguntas sobre el motivo por el cual acudieron al hospital. Después les toman algunos datos personales y las pasan a los consultorios de revisión; ahí el personal médico mide cuántos centímetros de dilatación tiene la mujer en el cér-

44 Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, *Su embarazo y parto*, 2005, pp. 205-221.

45 Íbid.

46 Íbid. p. 222.

vix para saber en qué fase del trabajo de parto se encuentra y valorar si es necesario ingresarla al hospital o pedirle que vuelva después. La mayoría de las mujeres acuden al hospital en la primera fase del trabajo de parto, que a su vez se divide en dos fases: la inicial, que es “el proceso en el que ocurren contracciones regulares antes de que el cuello uterino se dilate a 4 centímetros”,⁴⁷ estas contracciones tienen la finalidad de dilatar el cérvix, así como de adelgazarlo, lo cual es conocido como borramiento, y va a permitir que el bebé se encaje en el cérvix y posteriormente nazca, además dichos espasmos ayudarán a “empujar al bebé más abajo hacia la pelvis”.⁴⁸

Es importante mencionar que al ingresar, no dejan que las mujeres entren con algún familiar o persona de confianza que las acompañe, es hasta que les dan de alta que la mujer puede volver a verlos/as, por lo que a lo largo de su ingreso ellos/as deben de esperar afuera del hospital, ya que no hay sala de espera para familiares, y estar atentos a los informes e indicaciones que el personal de salud les dé.

En la mayoría de los casos los/as médicos/as permiten que las mujeres ingresen al hospital a partir de los 4 cm de dilatación, que es cuando inicia la segunda parte de la primera fase del trabajo de parto, caracterizada por ser cuando el cérvix logra pasar de los 4 cm a los 10 cm de dilatación a través de presentar contracciones que se vuelven cada vez más regulares e intensas.⁴⁹

Otras veces ingresan a las mujeres por otros motivos, como para realizarles estudios y corroborar el estado de salud del bebé, o por otras causas como signos de alerta o amenazas de aborto. En algunos casos las mujeres no distinguen que está comenzado su trabajo de parto y acuden únicamente a una consulta y al revisar su estado las ingresan, a pesar de que no se encontraran preparadas para internarse.

Al entrar a la sala de labor las enfermeras llevan una bolsa de plástico con las pertenencias que entregaron sus familiares en el Área de Admisión y lo primero que hacen, si la mujer tiene un trabajo de parto normal, es escribir en una bitácora sus datos principales y tomarle los signos vitales. Posteriormente los/as internos/as le hacen una ficha clínica con su data sociológica (condición de vida), antecedentes patológicos y obstétricos, un partograma,⁵⁰ una hoja con indicaciones médicas y una descripción de la conducta y atención que se le da a la paciente desde su ingreso hasta que la dan de alta. Esta información es registrada con máquinas de escribir en formularios y en algunos casos a mano; también los/as estudiantes de medicina, o los/as internos/as le hacen otro tipo de preguntas para completar su expediente clínico. En caso de que la

47 Íbid.

48 Íbid. p. 209

49 Íbid.

50 Véase definición en glosario.

mujer tenga algún problema de salud suelen prepararla para hacerle los análisis necesarios y el residente procede a revisar su estado.

Al ingresar a las mujeres les colocan un catéter para conectarles un suero y algunas veces les inyectan oxitocina,⁵¹ por lo que también les revisan el catéter y el suero constantemente. Usualmente les envuelven las piernas con vendas porque suele darles frío durante el trabajo de parto. Tanto estas vendas como las sábanas son cambiadas constantemente ya que algunas veces se manchan con el tapón mucoso,⁵² líquido amniótico, sangre o meconio.

Cada mujer vive de una manera diferente el trabajo de parto en su cuerpo, algunas muestran el dolor por las contracciones gritando o gimiendo, en cambio otras sollozan y gimen en silencio. En cualquier caso, la mayoría está consciente al inicio del trabajo de parto y puede responder las preguntas que le hace el personal de salud con facilidad. Sin embargo, conforme avanzan las contracciones y su regularidad, se les suele dificultar responder y en algunos se duermen entre cada contracción.

Mientras las mujeres están en trabajo de parto el personal de salud sólo suele interactuar con ellas cuando les toman los signos vitales, el foco fetal o al realizarles tactos vaginales. Más allá de eso, suelen interactuar de vez en cuando con ellas para preguntarles “cómo van”. En caso de que las mujeres griten por las contracciones, suelen pedirles que se tranquilicen y respiren, así como que no griten, algunas veces con amabilidad y otras utilizando tono imperativo o de regaño.

Entre la primera y segunda etapa del trabajo de parto existe una transición en la cual se intensifican las contracciones, haciendo de ésta fase la más difícil y dolorosa del nacimiento, ya que las mujeres logran pasar a los 10 cm de dilatación cervical y alcanzar el borramiento suficiente, así como a presentar ganas de pujar para finalmente expulsar al bebé.⁵³

Cuando las mujeres pasan a esta fase, por estar en los últimos centímetros de dilatación suelen decir que “ya no pueden” porque llevan largo rato en trabajo de parto y están muy cerca del nacimiento, a lo que algunas veces el personal de salud las alienta diciéndoles: “-Sí puede, señora-” o “-Échele ganas-”. Otras veces, cuando las mujeres preguntan cómo va el trabajo de parto, suelen explicarles con tono de condescendencia: “Así es mami, esto es lento”.

Cuando las mujeres están en la última fase de dilatación los residentes suelen pedirles que no pujen, pero cuando tienen la dilatación y borramiento suficientes les solicitan que pujen: algunas veces les suben las piernas dobladas sobre el vientre y les hacen la revisión cervical mientras pujan

51 Véase definición en glosario.

52 Véase definición en glosario.

53 Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, *Su embarazo y parto*.

lo cual puede llevar a una ruptura de membranas.⁵⁴ Una vez que tienen la dilatación suficiente y el bebé está en la posición adecuada llaman al camillero para que las traslade a la sala de expulsión.

Cuando los camilleros dejan a las mujeres en la sala de expulsión las acomodan en la cama obstétrica y les piden que pongan sus piernas en las piñeras para que quede completamente expuesta la vagina frente a al personal médico. Usualmente, para recibir al bebé ponen a un interno/a sentado/a frente a la vagina de la mujer, al lado está un residente supervisando e indicándole qué hacer, y algunas veces está el ginecólogo/a adscrito/a corroborando que todo suceda adecuadamente. En la parte del fondo de la sala suelen estar las enfermeras monitoreando a la mujer, al suero, la oxitocina y acatando las órdenes de los/as médicos/as. Frente a la mesa obstétrica y al lado de la mesa de revisión para el bebé se encuentra el/la pediatra, que algunas veces está acompañado por un interno/a, al cual de igual manera le explica qué hacer.

A la mujer que parirá, primero proceden a limpiarle con agua y jabón la zona pélvica donde está vagina con la finalidad de desinfectar, después, le ponen una tela llamada campus debajo de la cadera y le piden que puje. En algunos casos le hacen la episiotomía⁵⁵ y, cuando comienza a asomarse la cabeza del bebé, suelen avisarle a la mujer para darle ánimos. Durante la expulsión del bebé primero sale la cabeza, la cual al salir de la vagina se extiende, posteriormente rota el cuerpo del bebé, para poder sacar los hombros, y al final sale el resto del cuerpo, que sigue conectado a la placenta mediante el cordón umbilical, el cual es cortado unos segundos después de que nace el neonato.⁵⁶

Cuando el bebé nace, si realizan apego inmediato⁵⁷ dejan que la madre sostenga a su bebé por unos segundos, colocándolo en el vientre (algunas veces sin bata), mientras el pediatra lo limpia con una sábana delgada. Después se llevan al bebé para que el pediatra le haga una revisión, lo pese, mida sus reflejos y posteriormente lo envuelva, todos los datos que obtiene del bebé los dice en voz alta y una residente o enfermera suele apuntarlos en un formato.

Mientras, la mujer sigue en la cama obstétrica y para que culmine el nacimiento falta el alumbramiento, que consiste en la expulsión de la placenta para lo cual la mujer vuelve a presentar contracciones, esta vez son más seguidas y menos dolorosas; en el hospital suelen inducirse con oxitocina y además les hacen un masaje en el vientre para acelerar el desprendimiento de la placenta.⁵⁸ Cuando sale la placenta la revisan para corroborar que esté completa y, en caso de que

54 Véase definición en glosario.

55 Véase definición en glosario.

56 Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, *Su embarazo y parto*.

57 Véase definición en glosario.

58 Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. *Su embarazo y parto*.

no lo esté, hacen revisión de cavidades.⁵⁹ Después del alumbramiento la mujer suele presentar desgarros, lo cual corroboran revisando la vagina, abriéndola y limpiándola con una gasa. En caso de que existan, les inyectan anestesia en la zona y las cosen. Mientras esto ocurre, y cuando ya revisaron al bebé, el pediatra se acerca con la mujer a presentárselo. Lo primero que hace es decirle el sexo, usualmente enseñándole los genitales del bebé y posteriormente le informa su peso y otros datos, al final la felicita y le dice: “-Felicidades, mami, déle besito-” y le acercan al bebé para que le dé un beso. Se llevan nuevamente al bebé, le ponen el pañal, lo envuelven en una cobija y lo dejan en la mesa, usualmente solo/a, mientras acaban de revisar y coser a la mujer.

A la paciente cuando acabaron de coserla le limpian la vagina con agua fría y jabón, posteriormente le cambian el campus que tiene debajo de la cadera porque está lleno de sangre y le ponen un pañal abierto, después le cierran las piernas y dejan que las recargue en una tabla que sacan de abajo de la cama obstétrica. Lo último que hace el médico/a que atendió el parto es contar que estén las diez herramientas que había en la mesa de instrumental quirúrgico mientras lo/la supervisa una enfermera.

A la mujer después de presentarle a su hijo/a le toman las huellas dactilares, así como al bebé, para su certificado de nacimiento. Después las enfermeras le dan una pulsera en la que tiene escritos todos los datos de su hijo/a y le ponen a éste una idéntica, para que en lo que queda de su estancia en el hospital, el personal de salud no se confunda.

Después de llenar todos los datos llaman a un camillero para que se lleve a la mujer a la sala de recuperación y atrás una enfermera se lleva al bebé.

Cesáreas

La decisión de que el nacimiento sea por cesárea, suele tomarse de acuerdo a la evolución que ha tenido la mujer durante el trabajo de parto y regularmente la toma el ginecobstetra adscrito. En cuanto se decide, llaman al anesthesiólogo que se presenta con la paciente, le explica que la monitoreará a lo largo de la operación y le hace algunas preguntas. Después las enfermeras preparan a la mujer para entrar al quirófano, poniéndole una sonda por la uretra y realizándole un rasurado en el pubis, además le hacen firmar un formato de consentimiento informado en el que acepta la realización de la cesárea, el cual también debe firmar un familiar. Cuando el quirófano y personal de salud están listos, llaman a un camillero y llevan a la mujer al quirófano. En estos casos, ésta se queda más días en el hospital en observación.

59 Véase definición en glosario.

3.6 LOS SUJETOS PARTICIPANTES

3.6.1 El personal médico

Del personal obstetra entrevistado/a, ninguno/a había nacido en el Estado de México: todos/as provenían de otros estados de la república. Sobre por qué estudiaron medicina, todos/as eligieron esa licenciatura, no fue algo impuesto por sus familiares, todos/as disfrutaron su formación, además manifestaron sentir orgullo por sus universidades, gratitud con los hospitales en los que realizaron o realizan la residencia y a todos/as les gusta su trabajo:

[Y]o disfruté mi rotación en ginecobstetricia aunque era una batalla de guerra en cuestión de ginecología y obstetricia: mucho trabajo, muchos nacimientos. Me siguió gustando mucho más y me voy a mi servicio social y me toca atender muchos partos, entonces me gustaba, me gusta mucho. Siento que para mí es muy bonita porque tengo clínica, veo consultas, opero, la cirugía me fascina, me encanta la cirugía, siento que para mí es muy completa, me complementa (M01, p. 5).

A pesar de lo anterior, hubo muchos testimonios de que en la formación existe sobrecarga laboral, sobre todo en la residencia y también en su ejercicio como ginecólogos/as en el hospital:

Mi residencia te puedo decir que sí fue pesada, el primer año en el hospital donde yo hice la residencia es muy pesado, muy pesado, sales muy tarde, entras muy temprano, muchos pacientes, muchos partos, muchas cesáreas, te estoy hablando masomenos de diez mil nacimientos al año, 70 nacimientos en un día, entonces como R1 la carga es muy pesada, hacer notas médicas, evoluciones, estar en los procedimientos, conocer a las pacientes, entonces sí, incluso bajas de peso y yo te puedo platicar que tuve un accidente automovilístico por el cansancio, me quedé dormido manejando, saliendo de una guardia, entonces sí es pesada, sí es pesado (M01, p. 6).

Prueba de esto es que las dos personas entrevistadas que estaban haciendo la residencia se quedaron dormidas durante las entrevistas ya que, por estar de guardia, en dos días no habían dormido más de dos horas. Además de esto, algunas personas comentaron que en la residencia existe un ambiente hostil y competitivo entre compañeros/as.

Todas las personas entrevistadas consideraron que el hospital no contaba con los recursos materiales, humanos y de infraestructura necesarios como para dar una atención al nacimiento de calidad: “nos faltan los recursos humanos, los recursos materiales” (M01, p. 16).

Sobre si piensan que el género había influido en su formación como médicos/as, los hombres manifestaron que no había sido un factor relevante, en cambio las mujeres consideraron que

sí. Una médica explicó: “nos discriminan, nos dan menos valor, [...] la mayoría de los hombres piensan que porque eres mujer eres tonta, sobre todo en este ambiente [de la ginecología]” (M02, p. 92). En cambio, un médico hombre al hacerle la misma pregunta aseveró: “No, creo que conmigo [el ser hombre] no [ha influido]” (M03, p. 49).

3.6.2 Las pacientes

De las veintiún pacientes encuestadas para la presente investigación la mayoría vivían en el municipio de Nezahualcóyotl, únicamente dos venían del municipio de Los Reyes-La paz, una de Ixtapaluca y otra provenía de la Ciudad de México.

Tenían un rango de edad entre 17 y 43 años; dos pertenecían a un grupo indígena, específicamente nahua y mixe; el 76.1% estaban en unión libre o casada y un 23.8% eran solteras; el 81% trabajaba en actividades de su hogar.

El 30% de las mujeres había tenido un aborto previo, del 35% éste era su primer embarazo, del otro 35% era su tercero y el máximo de hijos/as que había tenido una mujer fueron cinco.

El 92.5% de las mujeres encuestadas consideraron que el personal de salud fue amable con ellas, el 100% se sintió escuchada, el 85.7% consideró que le explicaron suficiente y claramente sobre su estado de salud en el parto, el 65% considera que el personal de salud le pidió su consentimiento sobre los procedimientos médicos que realizaron, el 52.4% evaluó la atención recibida como excelente y 47.6% como buena.

De las cinco mujeres que percibieron algún maltrato -equivalente al 23.8% del total- éste se debió: a una actitud grosera por parte del personal de salud, a que no le explicaron los procedimientos que realizarían ni qué estaba sucediendo con su estado de salud o porque el personal de salud se fue a dormir y la dejó sola en el trabajo de parto.

3.6.3 La investigadora en el Área Tocoquirúrgica

En el Área Tocoquirúrgica tanto el personal médico como las enfermeras, estudiantes de medicina y enfermería, camilleros, doulas y yo íbamos vestidos/as de la misma manera: con pijama quirúrgica. Por ello solían confundirme como doula porque usualmente platicaba con ellas, o como estudiante de medicina por mi edad. Por eso me solicitaban que acompañara a mujeres en el trabajo de parto, o que les facilitara aparatos como baumanómetros, sábanas o cómodos. Ya que únicamente estaba en una esquina realizando las observaciones, algunas veces las mujeres me solicitaban cosas o platicaban conmigo.

Algunas veces el personal de salud percibió que estaba realizando anotaciones y me preguntaron qué apuntaba en mi cuaderno. Yo les enseñé mi bitácora de campo y les expliqué en qué consistía mi investigación. Por ese motivo, para asegurar el anonimato, comencé a realizar mis anotaciones utilizando claves para referirme a las personas del personal de salud en vez de utilizar sus nombres.

Con el personal médico entrevistado y con las enfermeras logré establecer una relación de rapport, confianza, cordialidad y cercanía. También con la mayoría de los residentes, con quienes platicué sobre sus proyectos de investigación para titularse y les compartí bibliografía.

3.7 LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

A partir de mis observaciones en el Área Tocoquirúrgica pude constatar que uno de los mayores aspectos que influyen en el tipo relación médico-paciente que se entabla es el grado de formación de los/as médicos/as, ya que esto delimita para cada rango una labor en particular.

Los/as internos/as suelen ser quienes entablan la relación más prolongada con las pacientes, ya que son los/as encargados de la elaboración del expediente clínico y de extraer toda la información respecto al contexto y estado de salud de la paciente. Los cuestionarios suelen aplicarlos protocolariamente, la mayoría de las veces sin buscar intimar con la paciente al hacer las preguntas. Este expediente clínico lo hacen mínimamente entre dos internos/as: uno/a suele hacer las preguntas y el/la otro/a escribe en la máquina de escribir los resultados. Hay quienes son muy amables, en cambio hay otros que reaccionan con desesperación si las mujeres no entienden la pregunta o si no recuerdan la información que se les ha solicitado.

Además, los/as internos/as tienen la tarea de tomar el foco fetal de las mujeres cada hora, algunas veces explicándoles el motivo del monitoreo y tratando de alentarlas con el sonido del corazón de su bebé. Por lo tanto son quienes observan mayormente la evolución de las mujeres a lo largo del trabajo de parto y por lo mismo suelen ser quienes alientan más a las pacientes, diciéndoles cuestiones como “¡Échele ganas!” “¡Respire!” “Tranquila” “¿Cómo va?”. Los/as internos/as son quienes poseen menos poder en el Área Tocoquirúrgica y suelen ser el personal más amable con las mujeres.

Los siguientes en entablar mayor relación con las pacientes son los/as residentes, quienes están encargados/as de realizar los tactos vaginales y de monitorear que todo esté en orden con las pacientes. Al realizar los tactos siempre suele ser con tono imperativo, con frases como “Te voy a revisar” “Solo te voy a ver” y prácticamente nunca le explican a la mujer el motivo de la revisión

y qué implica la dilatación que tiene. Los/as R1 son quienes tienen mayor contacto directo con las pacientes y a mayor rango, menor contacto directo con las mujeres, ya que pasan a supervisar las prácticas realizadas por los/as residentes de menor rango o los/as internos/as.

También son los/as encargados/as de determinar cuando la mujer tiene la dilatación y borramiento suficientes como para pasar a la sala expulsiva, por lo que en ciertos momentos suelen pedir a las mujeres que pujen para que el bebé tenga la coronación necesaria, a través de utilizar el imperativo “Pújele” seguido de palabras como “mi amor” o “mami”; si consideran que no pujan correctamente, suelen reprochárselo y en cambio las felicitan si consideran que lo hacen de manera adecuada.

Por otro lado, además del personal de enfermería, los/as residentes son quienes suelen hablar más con las mujeres respecto al uso de métodos anticonceptivos postparto, insinuándoles algunas veces que se realicen la salpingoclastia con chantajes como: “Si no [te haces la salpingoclastia] te vas a llenar de chamacos y para qué quieres”.

En la sala expulsiva los/as residentes son, usualmente, quienes dan órdenes a las mujeres sobre cómo controlar su cuerpo y sus reacciones por el dolor, la mayoría de las veces utilizando imperativos como “Baja tu cadera, mi amor”, “Señora, no se mueva”. Incluso, en algunos casos escuché cómo las amenazaban con que el bebé sufriría algún daño si ellas gritaban o no reaccionaban de la manera que ellos querían: “-A ver señora, ocupo que nos ayude, cada vez que esté así su bebé se va a subir”, “-Ponles una nota, que la paciente no coopera y así, como salga el bebé-”.

Los/as ginecólogos/as son quienes tienen menor contacto con las mujeres, depende de cada quien pero incluso algunos/as nunca tienen una conversación directa con ellas, solo se encargan de supervisar que todo salga bajo control. En cambio hay otros/as que son mucho más presentes con las pacientes, que se encargan de tranquilizarlas y explicarles lo que está pasando, mientras los/as residentes e internos se concentran en las prácticas médicas que realizan en la sala expulsiva.

El ambiente en la sala expulsiva suele cambiar mucho de acuerdo al ginecólogo/a encargado/a del turno, al cual se le nombra ginecólogo/a adscrito/a, y los/as residentes e internos/as suelen acoplarse a su manera de ejercer, comunicarse y al tipo de prácticas que realizan.

A pesar de que el grado médico determina el tipo de relación que entablan con la paciente, en general he notado en el personal médico de cualquier rango los siguientes patrones en la relación médico/a-paciente que se entabla durante la atención al nacimiento:

a) *Falta de solicitud de consentimiento:* Básicamente ningún médico/a informa a las mujeres sobre la finalidad de las prácticas médicas que realizarán ni suelen solicitarles su consentimiento respecto a

dichas prácticas, sólo suelen informar sobre su realización sin dar justificación alguna: “Señora, le voy a meter una gasa”, “Mami, te acuestas para que te revise”. Tampoco suelen preguntarles si se encuentran cómodas con las prácticas, posiciones o revisiones que realizan.

b) *Nulo respeto a la intimidad de las mujeres:* Además de que el diseño de la sala de labor está hecho para una vigilancia constante que no permite que exista mayor intimidad, los cuerpos de las mujeres, en especial su vagina y vulva están completamente expuestas y a disposición de todo el personal de salud presente en el Área Tocoquirúrgica, todos/as pueden observarlas y tocarlas. Los/as médicos/as no suelen cuidar la intimidad del cuerpo o de los sucesos que viven las mujeres alrededor del nacimiento, ya que no les suelen cerrar la bata por la parte trasera al levantarlas, suelen dejarlas descubiertas tras realizarles tactos vaginales y no suelen poner las cortinas ni los biombos. Incluso en un caso en que una mujer tuvo una pérdida gestacional y parió en una cama en la Sala de Labor, no buscaron cubrirla de la vista del resto del personal y de otras mujeres. Tampoco reaccionan ante el pudor que muestran las mujeres, algunas veces los/as residentes o ginecólogos/as dan lecciones a estudiantes e internos/as mientras revisan la vagina de las mujeres o le introducen los dedos, el máximo número de personas que vi alrededor de una paciente fueron catorce médicos/as. Y no se consulta previamente a las mujeres si están de acuerdo con la presencia de estudiantes de medicina.

En la sala expulsiva, a pesar de que no es colectiva, la puerta suele estar abierta, entonces las mujeres que están acostadas, con las piernas abiertas, la vagina expuesta e iluminada con una lámpara, están a la vista de todas las personas que están en la sala o que caminan por el pasillo.

c) *Falta de vínculo con las pacientes:* En general, el personal médico no suele establecer un vínculo con las pacientes, no suelen tener pláticas con ellas o preguntarles qué sienten, ni entablar contacto físico para darles contención por ejemplo abrazándolas o dándoles la mano. La relación médico/a-paciente suele limitarse a un monitoreo constante de su estado de salud, sin tomar en cuenta la dimensión emocional y psicológica que tienen las mujeres durante el nacimiento, ni suelen indagar sobre el contexto en el que viven las mujeres y en el cual está naciendo su bebé.

d) *Uso de términos médicos sin búsqueda de comprensión de las pacientes:* Cuando hablan con las mujeres suelen utilizar términos médicos que en algunos casos no son entendibles para ellas. Incluso las enfermeras cuentan historias al respecto “en un hospital en el que trabajaba una mujer tuvo un óbito⁶⁰ y no le explicaron que significaba eso entonces ella entendió que tuvo un lobito y cuando acabó el parto preguntó por su lobito”. Esta historia refleja como nadie del personal de salud tuvo a bien explicarle a la mujer que su bebé había muerto.

60 Véase definición en glosario.

e) *Despersonalización*: Los médicos suelen hablar respecto a las mujeres frente de ellas, utilizando términos médicos, ignorando que ellas están presentes, por ejemplo, mientras una mujer lloraba por la pérdida gestacional que tuvo, frente a ella la residente le explicaba a los/as internos/as cómo recibir a un bebé que nace en posición podálica⁶¹ porque así había nacido ese bebé, sin tener respeto por el duelo que estaba viviendo la mujer en ese momento.

Esta despersonalización también se observa cuando en vez de indagar y aprenderse el nombre de las pacientes se dirigen a ellas utilizando términos como “mi amor”, “mami”, “señora” o “corazón”.

Es importante recalcar que se trata de una caracterización, aunque existen médicos que ejercen su práctica de una manera diferente.

3.8 RELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD

En general la relación entre los/as médicos/as suele ser de respeto a la jerarquía de los/as otros/as, tanto residentes como internos/as y estudiantes le hablan de “usted” a los ginecólogos/as y ellos/as, entre colegas, también se hablan de esa forma. Entre internos/as y residentes no suelen hablarse de usted, sólo los estudiantes suelen hablarle así a los/as residentes, aunque no en todos los casos. Usualmente el personal médico se refiere a los/as otros/as utilizando el término “doctor” o “doctora” y para los/as ginecólogos/as además de esto utilizan únicamente su apellido para referirse a ellos/as, nunca por su nombre.

A pesar de este respeto de la jerarquía, suelen hacer bromas entre ellos/as constantemente. También suelen tener cercanía corporal entre médicos/as del mismo rango y algunas veces adscritos hombres suelen entablar contacto corporal con las enfermeras. También suelen hablar entre ellos/as de muchos temas personales.

3.9 EL GÉNERO EN LA RELACIÓN MÉDICO/A-PACIENTE

Tras haber descrito cómo se da la relación médico/a-paciente, dada la perspectiva feminista de la presente investigación, es fundamental tomar en cuenta cómo influye el género en dicha relación.

Como vimos en el Capítulo I, la ciencia médica busca que las revisiones ginecológicas y la atención del parto sean espacios dessexualizados y deserotizados. A pesar de eso, la mayoría de las veces suele generar emociones de miedo, pudor o vergüenza, las cuales pude percibir nume-

61 Véase definición en glosario.

rosas veces en la cara de las mujeres a las que le hacían la revisión cervical; estas son sensaciones reconocidas por los propios médicos/as al decirles cuestiones como “Yo sé que es incómodo pero la tengo que revisar”.

Este intento de desexualización o de negación de la dimensión sexual del parto tiene repercusiones, como el promover la falta de vínculo entre el personal de salud y las pacientes, sobre todo con los hombres, por buscar que no exista una interpretación sexual de la revisión cervical. Al respecto una médica explicó:

[I]ncluso creo que puede ser razonable el hecho de que ellos [los ginecólogos hombres] se limiten a acercarse porque puede ser que la paciente lo vaya a tomar a mal ¿No? Entonces pues sí, yo creo que eso para mí es una ventaja, puedo abrazar a la paciente, puedo apretarle su pecho, decirle “A ver, haga así, acérquese el bebé”, de manera más libre que ellos. La verdad que sí, yo creo que ellos dicen “Si la agarro va a decir que ya la manosié (M02, p. 29).

A pesar de la distancia que algunos médicos hacen con las pacientes ginecológicas éstas suelen causar cierta tensión o ambigüedad, ya que por más que se trate a la paciente como una pelvis, la mujer y su vagina están cargadas de significado; aunado a esto el médico no es un sujeto neutral y meramente objetivo, al contrario es un sujeto que forma parte de un contexto patriarcal. Prueba de esto es que una persona entrevistada refirió que ha presenciado comentarios o miradas obscenas por parte del personal de salud masculino sobre las pacientes obstétricas:

¿Cómo ven a sus pacientes? Pues como trabajo, e incluso [tono de pena] a veces hasta con morbo, cuando viene con alguna patología la mamá dicen “Ay” [imita ojos de perversión] y dices “Ay qué bobada” [con gesto de asco y reproche]. O que está chiquita y con palabras groseras “Ya andó ahí” [hace gesto para referirse a relaciones sexuales] y ay, [tono de enojo] no, no, no, de verdad que tengo esa desgracia de trabajar con personas muy vulgares, que dices ¿De verdad tienes una especialidad? Sí, sí, muy triste, muy lamentable (M02, p. 29).

Este testimonio da cuenta de la contradicción dentro de la que ocurre la atención ginecobstétrica de las mujeres: a pesar del objetivo de generar una mirada médica desexualizada, los médicos hombres siguen formando parte de un sistema patriarcal que impone un imaginario de las mujeres como objetos sexuales al servicio de los hombres, lo cual crea una estructura que las violenta y que se muestra en distintos niveles de violencia hacia ellas.

Rita Segato considera que la mirada fija masculina es un tipo de violación simbólica al deprender a través de la mirada al cuerpo femenino;⁶² otro de los conceptos utilizados para definir este tipo de violencia es el de acoso, el cual puede expresarse en diferentes formas, incluyendo el uso de palabras “vulgares” o las miradas “morbosas”.⁶³

Este tipo de cuestiones dan cuenta de cómo influye el género del personal médico en la relación médico/a-paciente. Algunas autoras como Susana Campos y Alejandra Tapia han analizado la correspondencia entre el género y la relación médico/a-paciente en la consulta ginecológica. Estas autoras proponen que existe una tensión evidente entre médicos/as y pacientes ya que dicha relación ocurre dentro de un sistema patriarcal y heteronormado⁶⁴ que hace que el género influya en este vínculo, ya que el personal médico reproduce un discurso sobre la mujer que tiene ciertas expectativas de comportamiento por parte de ellas, esperando que sean pasivas. Lo anterior desencadena una relación asistencialista, paternalista, que se busca controlar a las mujeres a través de regular sus procesos reproductivos.⁶⁵

Algunos/as médicos/as entrevistadas reconocieron esta influencia del género en la relación médico/a-paciente. Tres personas entrevistadas consideran que las pacientes suelen tenerles mayor confianza a las médicas: “siempre se sienten más en confianza o se sienten más abiertas a expresarse con otra mujer que a hacerlo con un hombre, son más reservadas, claro que sí, con nuestra cultura que tenemos” (M01, p. 10).

Por su parte una médica entrevistada explicó:

[P]ara mí es más fácil acercarme a las pacientes, más sencillo, y sí debe de ser importante el hecho de que yo perciba, porque ya estuve embarazada, porque ya tuve un hijo y entonces puedo entender la tristeza de la mujer cuando perdió su embarazo, este, su alegría cuando lo tiene en sus brazos, la preocupación cuando no se ha movido, [tono exclamativo] eso es importante, el hecho de poder entender ese sentimiento. Cuando no lo entiendes, siento que es más difícil (M02, p. 29)

Además una médica explicó que el género también influye en el nivel de involucramiento con las pacientes:

62 R. Segato, *Las estructuras elementales de la violencia*, p. 42.

63 P. Gaytan, *El acoso sexual en lugares públicos: un estudio desde la Grounded Theory*, 2007, p. 4.

64 J. Brown, M. Pecheny y S. Gattoni, *Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica*, p. 140.

65 S. Campos y S. Tapia, *La relación médico - paciente desde la perspectiva de género*, 2004.

Como todos [los ginecólogos en el hospital] son hombres no se involucran nada, nada, nada en la parte emocional y de hecho, yo nunca veo que vengan [comienza tono molesto, de reproche] y que se acerquen a las pacientes como los demás hacemos, incluso cuando nosotros lo hacemos, hacen burla (M02, p. 29).

Según este fragmento de entrevista la procuración de la dimensión emocional en la relación médico/a-paciente es desvalorizada por los médicos (hombres), al punto de que el “acercamiento” a las pacientes es un motivo de burla.

Incluso una médica comentó que el ser mujer influye en cómo es tratada por los pacientes hombres: “Sí, sí, pues más si lo atiendes tú como mujer, los hombres son poco respetuosos” (M05, p. 88).

En cambio hubo quien opinó que su género no influye al atender mujeres y no es coincidencia que hayan sido únicamente hombres quienes pensaron de esa manera. Desde su perspectiva explicaron:

No, yo creo que no, yo creo que puede ser igual, tanto el médico o la médica, como dicen, con el paciente sea masculino o femenino, si tú llevas una buena relación una buena comunicación, la relación va a ser bien (M04, p. 69).

Usualmente los sujetos que poseen mayores privilegios -en este caso los hombres- son quienes menos experimentan discriminación y por ende, quienes menos perciben las repercusiones que tiene la categorización de género en su quehacer cotidiano o profesional.

4. EL PROYECTO MAIO

El proyecto MAIO busca la implementación de un Modelo de Atención Integral en Obstetricia, por eso las siglas del proyecto, con la meta de que dicho modelo sea replicable en diferentes hospitales públicos del país. Su objetivo es la mejora de la experiencia de las mujeres durante su embarazo y parto en instituciones públicas de salud.

El proyecto tuvo una implementación piloto en el Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero, ubicado en Chimalhuacán, Estado de México, y fue creado y dirigido por el médico ginecobstetra Christian Byron Mera Hernández, el cual tiene una larga trayectoria en la promoción del nacimiento humanizado y la lactancia materna. Desde el último año de

implementación del piloto coordinó el proyecto con la doula y antropóloga Irene Álvarez, y lo siguen haciendo hoy con el proyecto del HGLPN.

Después del pilotaje del proyecto en el hospital de Chimalhuacán, Christian e Irene decidieron proponérselo al director del Hospital General La Perla Nezahualcóyotl, el médico Martín Rosales Bahena, y a la Jefa del Área de Ginec Obstetricia, la ginec obstetra Clara Alcívar. El proyecto fue aceptado por el director y comenzó a implementarse desde septiembre del año 2017.

Dicho proyecto consiste en cuatro bases para su implementación:

1. La creación de jornadas médicas de sensibilización sobre el nacimiento humanizado al personal de salud.
2. El acompañamiento por parte de doulas certificadas a mujeres durante el trabajo de parto y nacimiento.
3. La implementación de un curso gratuito sobre el embarazo y de preparación para el nacimiento con las mujeres que vayan a ser atendidas en el hospital.
4. La elaboración de investigación cuantitativa y cualitativa que muestre los resultados e impacto del proyecto sobre las prácticas médicas de atención al nacimiento y en la satisfacción de pacientes y personal de salud.

Antes de iniciar la implementación del proyecto MAIO, Irene Álvarez realizó entrevistas al personal de salud, con el apoyo de una asociación civil llamada “Ojos que sienten”, la cual se especializa en realizar talleres a empresas e instituciones con la finalidad de tratar diferentes temas como la empatía, confianza y la diversidad. En estas entrevistas el resultado fueron testimonios respecto a la sobrecarga laboral a la que está sujeto el personal médico en el hospital, quienes suelen tener de dos a tres jornadas de trabajo diarias, además de una falta de insumos y un exceso de pacientes por atender al día. Por esta razón, el proyecto MAIO decidió centrar la sensibilización respecto al nacimiento humanizado en el trabajo emocional y de autocuidado necesario de llevarse a cabo por el personal de salud, a través de abordar temas como la aceptación, la empatía y el altruismo. Además de esto diferentes médicos expusieron sobre las ventajas del nacimiento humanizado, y sobre las Guías de Atención al Parto de Bajo Riesgo existentes a nivel nacional.

La primera jornada que llevaron a cabo tuvo una asistencia aproximada de ochenta personas, de las cuales la mayoría fueron enfermeras. Ante esta primera jornada existieron diversas reacciones entre el personal de salud, algunas de enojo y otras de curiosidad. En cambio el año pasado, tras la realización de la segunda jornada de sensibilización, hubo una mejor

recepción en el personal de salud en general que en su mayoría reaccionó con agradecimiento.

La convocatoria de doulas se realizó en la Universidad La Salle, en la que se impartía una certificación de educación perinatal, así como en otros grupos de doulas de la Ciudad de México interesadas en realizar un voluntariado.

La forma de trabajo del voluntariado es la siguiente: cada mes las doulas escogen los días en los que podrán asistir al hospital, lo cual se informa a la Jefatura de Ginecobstetricia mediante un calendario, y en caso de no poder ir al hospital se busca que apoyen de maneras logísticas al grupo. Además mensualmente realizan sesiones de contención en las que trabajan emocional y psicológicamente las vivencias del voluntariado, las cuales son guiadas por una terapeuta.

Irene, que es la coordinadora del grupo de doulas y también participa en el voluntariado, describe de la siguiente manera el inicio de la implementación en el hospital “fue duro por todos lados porque los médicos sí eran groseros con nosotras (...) y fuimos testigos de mucho maltrato verbal y físico”.⁶⁶ Ante la observación de estas situaciones de violencia ejercidas por parte del personal de salud hacia las pacientes, el grupo de doulas tuvo un dilema ético por el cual decidieron cambiar de terapeutas de contención, y concluyeron que en vez de denunciar tales actos, que podían llevar a la cancelación del proyecto, preferían seguir trabajando con las mujeres y el personal de salud y, en palabras de Irene, “arrastrar con el ejemplo”.⁶⁷ Así, Irene comenta cómo a partir de ser amables con el personal de salud y de tratar con respeto y empatía a las pacientes, el proyecto y las nuevas prácticas que proponían las doulas iban a “hablar por sí mismas”.⁶⁸ Así, a los seis meses de trabajo de voluntariado en el Área de Tococirugía el personal de salud comenzó a reaccionar positivamente ante el trabajo de las doulas y a reconocer su quehacer mediante comentarios como “tratan súper bonito a las mamás, hay un cambio en el ambiente cuando llegan y huele bonito”.⁶⁹ Además de reconocer los resultados de las prácticas que implementaban al acortar los tiempos del trabajo de parto, acomodar bebés, tranquilizar a las mujeres, entre otras.⁷⁰ Incluso dichas prácticas comenzaron a implementarlas el mismo personal de salud y después le contaban a las doulas al respecto: “no tengo rebozo pero usé la sábana”.⁷¹ Ahora son un elemento que el personal de salud considera necesario y así concluye Irene “ya nos ganamos un lugar y llevamos un año”.⁷²

66 I. Álvarez, *conversación personal*.

67 Íbid.

68 Íbid.

69 Íbid.

70 Íbid.

71 Íbid.

72 Íbid.

Con las mujeres, en general, ha habido una reacción positiva ante el acompañamiento de las doulas, aunque Irene recalca que “muy pocas veces rechazan, por la amabilidad con la que nos presentamos o porque no están acostumbradas a decir no”.⁷³ Como el objetivo de una doula es ser “alguien que está exclusivamente para ellas, para cuidarlas, para atenderlas”, las mujeres suelen agradecer su acompañamiento.⁷⁴ Además, con las técnicas que les sugieren implementar, experimentan en su propio cuerpo los resultados a través de manejar de mejor manera el dolor del trabajo de parto, por lo que en general, en la sala de recuperación las mujeres suelen tener mucho agradecimiento con las doulas y decirles frases como “sin ti no hubiera podido”.⁷⁵

Con el curso de preparación al nacimiento para las embarazadas la implementación fue lenta, ya que primero tuvo que ser solicitado un permiso en la Jurisdicción Sanitaria del municipio, lo cual implicó una espera de aproximadamente un año. Hasta mediados del año pasado fue aprobado y comenzó a llevarse a cabo. Aunque han tenido problemas con la convocatoria, ya que la realiza el propio hospital, el taller ha tenido una gran recepción en las embarazadas “marca una diferencia rotunda, [...] se les abre el universo, nos abre el universo, las posibilidades, es hermosísimo, [...] se hace un grupo precioso de mucha intimidad, de mucha confianza”.⁷⁶

4.1 LAS DOULAS EN ACCIÓN

“No sé qué hacen, pero pasa magia”.

Ginecóloga del Hospital General La Perla.

La palabra doula era utilizada en la antigua Grecia para nombrar a las mujeres que servían a otras en diferentes situaciones incluido el parto.⁷⁷ El término fue retomado en 1980 por Marshall Klaus y John Kenell, quienes fueron los pioneros en realizar investigaciones sobre los efectos que tenía el acompañamiento emocional de las mujeres durante el trabajo de parto y después crearon Dona Internacional, que es el organismo internacional de certificación de doulas.⁷⁸

73 Íbid.

74 Íbid.

75 Íbid.

76 Íbid.

77 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*, p. 50.

78 Íbid.

En la actualidad se entiende a la doula como “la mujer que acompaña a otra durante el trabajo de parto [y en algunos casos también en el embarazo] brindándole apoyo emocional continuo”.⁷⁹ Entre los resultados que tiene dicho acompañamiento emocional, en investigaciones se ha visto “la presencia de la doula como pieza clave para la reducción de intervenciones [médicas] innecesarias”, como episiotomías, oxitocina, revisión de cavidades.⁸⁰

En el caso del proyecto MAIO cuando las mujeres ingresan a la Sala de Labor y tienen un embarazo de bajo riesgo, las doulas piden autorización a la jefa de enfermeras, al residente, o al ginecólogo/a adscrito/a para trabajar con ellas. En caso de que existan muchas mujeres en trabajo de parto, las doulas priorizan acompañar a las primigestas, es decir a las que están en su primer parto; en otros casos el personal de salud les indica trabajar con las mujeres que presenten mayores dificultades en el proceso, por ejemplo las mujeres que tienen un trabajo de parto prolongado, las que reflejan tener mayor dolor con las contracciones, las que tienen pérdidas gestacionales, entre otras.

Las doulas se acercan a las mujeres, se presentan, les explican la manera en que pueden acompañarlas y si éstas acceden trabajan con ellas. Las doulas tienen diferentes técnicas que implementan con las mujeres para ayudarles a manejar el dolor durante las contracciones como levantarlas de la cama y caminar con ellas, sujetarlas para que se recarguen en ellas o en la pared mientras tienen contracciones, explicarles cómo mover la cadera en círculos, darles masoterapia⁸¹ utilizando algunas veces una pelota de tennis para dar masaje en la espalda baja, aplicarles aromaterapia,⁸² o acupresión,⁸³ hacer uso del rebozo para dar masajes o soltar presión corporal, usar la pelota de pilates para hacer movimiento en forma de círculos con la cadera o pedirles que se acomoden con diferentes posturas en la cama. Mientras llevan a cabo todas estas actividades, platican con ellas, indagan en quiénes son las mujeres y qué significa ese embarazo y parto para ellas.

También las acompañan durante el parto dándoles la mano y aire con un abanico e informándoles lo que sucede, porque las mujeres al estar acostadas no pueden ver, y después las visitan en recuperación para darles algunas recomendaciones sobre la lactancia materna. En caso de que el nacimiento sea cesárea algunas veces los médicos permiten que las doulas entren al quirófano y que de igual manera acompañen a las mujeres, esto depende de la apertura que tenga el anestesiólogo/a o ginecólogo/a con el trabajo de las doulas.

79 Íbid.

80 Íbid. p. 51.

81 Véase definición en glosario.

82 Véase definición en glosario.

83 Véase definición en glosario..

Al finalizar el acompañamiento las doulas realizan un registro con los datos de la paciente, las técnicas que implementaron y las prácticas médicas que se llevaron a cabo durante el nacimiento. Con estos datos se realizará una investigación cuantitativa que sustente los resultados que ha tenido el Proyecto MAIO en la reducción de intervenciones innecesarias durante la atención al nacimiento en el hospital.

Tras haber abordado históricamente cómo se dio la hospitalización del nacimiento y cómo ocurre específicamente en La Perla, pasaremos a observar cómo opera el discurso del personal médico sobre el tipo de relación médico/a-paciente que entablan con las mujeres.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO

4.1 SOBRE EL ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO

El análisis elaborado en este capítulo utiliza como fuentes discursivas:

- a) Cinco entrevistas realizadas a personal médico ginecobstetra del Hospital General La Perla. En total fueron entrevistados dos residentes en ginecobstetricia, con un rango de edad entre 29 y 32 años, y tres ginecobstetras, con un rango de edad entre 39 y 60 años. Del total de personas entrevistadas tres fueron hombres y dos mujeres.
- b) Veintiún encuestas a usuarias del hospital que atendieron ahí su parto y se encontraban en postparto. Con las mujeres se les invitó a participar en la investigación, se les explicó el objetivo de la misma y se les entregó un consentimiento informado, el cual si no tenían dudas u objeciones era firmado por ellas y posteriormente iniciaba la encuesta, con una duración aproximada de diez minutos. A todas las mujeres a las que se les invitó a participar, accedieron.
- c) Fragmentos de las diecisiete observaciones realizadas en el Área Tocoquirúrgica, en las que se observaron cuarenta y seis mujeres en trabajo de parto y veintiséis partos. Para asegurar el anonimato de las pacientes, se utilizarán pseudónimos y en el caso del personal de salud no se aclarará su nombre o género,¹ únicamente su rango.

Dada la variedad de fuentes discursivas se aclarará en el análisis de dónde proviene el segmento estudiado y quién emitió el discurso. Aclaro desde un inicio que si se hace referencia a una “persona entrevistada” será únicamente alguien del personal médico ginecobstétrico que participó en la investigación, aunque no se especificará su género ni rango para asegurar su anonimato, a menos que sea una cuestión indispensable para poder analizar el discurso de manera adecuada. Si se habla

1 Únicamente en la transcripción de las observaciones se utilizarán pronombres masculinos como neutros.

de persona encuestada es para hacer referencia a las pacientes que participaron en la encuesta. En el caso de las observaciones, por haber diferentes emisores del discurso, se aclarará quién lo emite en cada fragmento.

Tras haber explicado las fuentes discursivas, pasaré a describir los criterios de selección de las personas participantes en la investigación.

Los criterios de selección del personal médico entrevistado fueron de acuerdo a su grado de estudios, género, su afinidad o disimilitud hacia las prácticas promovidas por el proyecto MAIO y por haber entablado una relación de rapport previa con ellos/as, que permitiera obtener la información necesaria. Dos personas entrevistadas tenían una práctica médica diferente a la promovida por el proyecto MAIO y los/as otros/as tres tenían una práctica afín.

Las entrevistas fueron realizadas después de dos meses de elaborar únicamente observaciones de nacimientos, tiempo en el que se seleccionó a los/as participantes y se estableció una relación de cordialidad. A los/as partícipes se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó la entrevista, a la cual todos/as accedieron. Posteriormente se les preguntó en qué día o momento de la semana tendrían disponibilidad para realizarla y se les aclaró que podía realizarse en distintas sesiones de acuerdo a su horario y carga laboral.

En la entrevista se les aclaró que podrían dejar de participar cuando quisieran y se les entregó un formato de consentimiento informado, el cual debían de leerlo y si no tenían ninguna duda, lo firmaban. Este requerimiento, solicitado por el Comité de Bioética del hospital, generaba un ambiente de formalidad, opuesto a lo que se busca en la entrevista cualitativa de corte antropológico, por lo que en las primeras preguntas se buscaba cambiar dicho ambiente protocolario para generar uno de confianza, a través de hacer preguntas sobre su historia de vida.

En el formato de consentimiento informado se explicaba el objetivo de la investigación, lo que se les solicitaría si accedían participar y además se les aseguraba que la información otorgada en la entrevista sería tratada de manera anónima, de forma que no pudieran ser identificados por otros/as trabajadores del hospital que leyeran la investigación, de modo que sintieran seguridad de responder lo que pensaban, con la certeza de que eso no iba a tener una afectación en su trabajo.

Por lo tanto, en la investigación no se incluirá la transcripción total de las entrevistas, ya que aunque no se incluyera el nombre del entrevistado/a sería sencillo ser identificado/a por miembros de la Jefatura de Ginecología o del Comité de Bioética y Enseñanza a quienes se les entregará la presente tesis, que además será de acceso público. Por otro lado, se estableció una relación de confianza tal con las personas entrevistadas que se obtuvo información íntima o delicada, entonces desde la ética de la presente investigación es fundamental asegurar el anonimato

total de los/as partícipes para que el haberme respondido con confianza no pueda tener repercusiones en su trabajo.

Así la lectora observará después de los fragmentos por analizar una clave: la letra “M” refiere que la persona entrevistada fue un médico/a; a cada entrevistado/a se le asignó un número, por lo que la clave dirá “M01” o “M04”, de acuerdo a la entrevista de la que se extrajo el fragmento. En caso de que el fragmento por analizar sea de una paciente, la clave tendrá la letra “P”; y si el discurso fue emitido por una enfermera la letra utilizada será “E”.²

A excepción de una entrevista que fue comenzada y terminada en una sola ocasión, las otras cuatro fueron realizadas en numerosas sesiones, de acuerdo a la disponibilidad de los/as entrevistados/as, que debieron de interrumpir la entrevista numerosas veces para realizar alguna actividad médica o porque se encontraban cansados/as.

El hospital no pudo otorgar un espacio privado para la realización de las entrevistas, además de que el personal médico tenía mucha carga laboral como para concederme dos horas de su tiempo para la investigación, por lo que cuatro sesiones de las entrevistas se realizaron en el Área Tocoquirúrgica, tres en la Sala de Labor y una en la Sala de Admisión, sentados/as en una cama o camilla; únicamente una de las entrevistas fue realizada en el Área de Puerperio. La falta de disposición de un lugar privado para la realización de la entrevista llevó a que el personal ginecobstétrico modulara su tono de voz en algunas respuestas, para no ser escuchado/a por el resto del personal o por las pacientes, y en una ocasión una enfermera intervino en la entrevista al escuchar la conversación que se entablaba. Asimismo la entrevista era constantemente interrumpida por parte del personal de salud que solicitaba alguna firma o revisión a los/as médicos/as.

En todas las entrevistas el personal médico y yo estábamos vestidas/os de la misma forma: en el Área Tocoquirúrgica vestíamos una pijama quirúrgica y en la Sala de Puerperio una bata, ya que por orden de la Jefatura de Ginecología tanto las doulas como yo teníamos los mismos reglamentos de vestimenta que el personal de salud.

En las cinco entrevistas hubo mucha apertura por parte del personal ginecobstetra, principalmente con las mujeres y residentes. Todos/as en las primeras respuestas empleaban un lenguaje formal, propio de servidores públicos pero conforme avanzaba la entrevista cambiaban su lenguaje a uno más coloquial e informal.

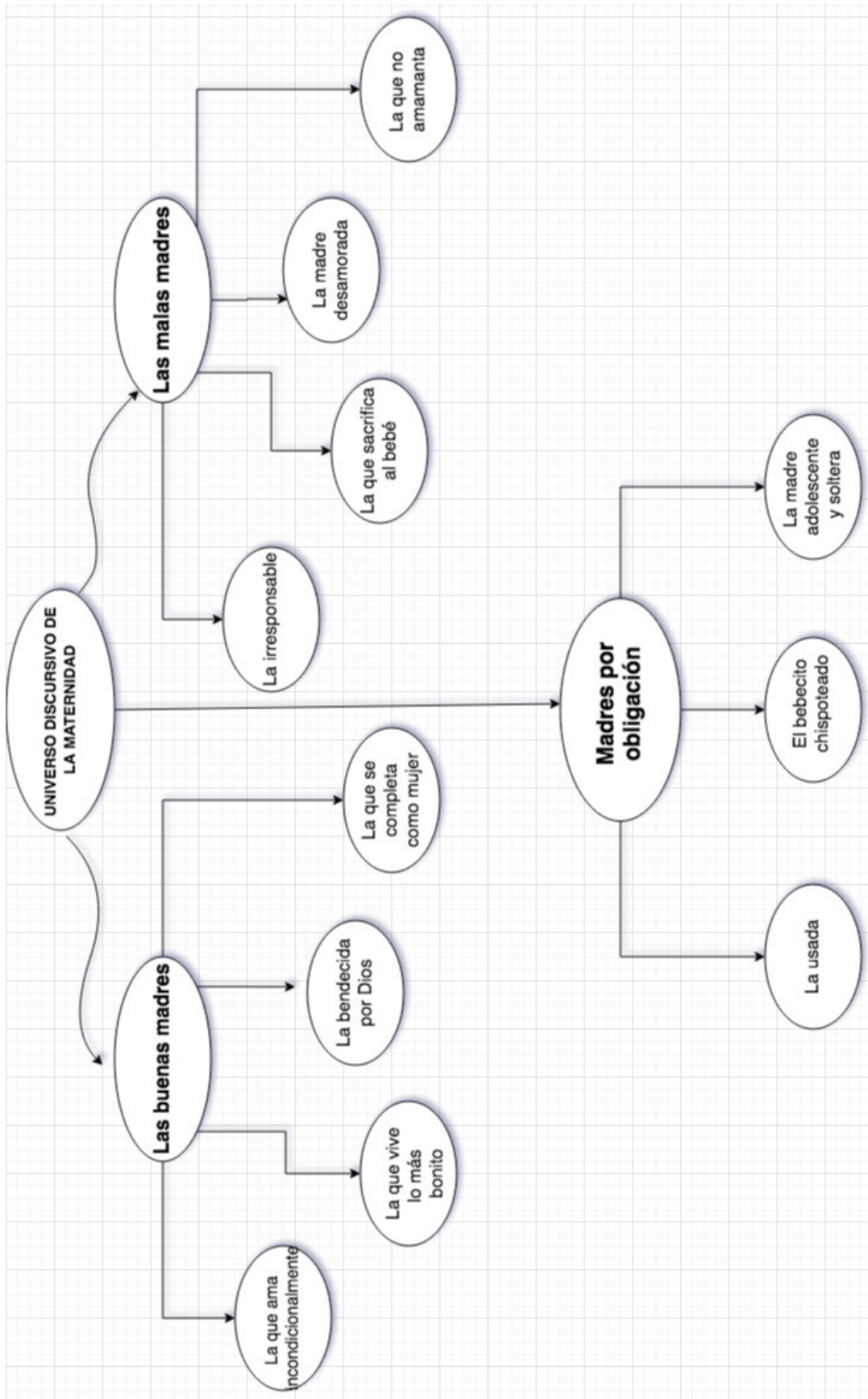
² Véase un recordatorio de las abreviaturas en el “Glosario de abreviaturas”.

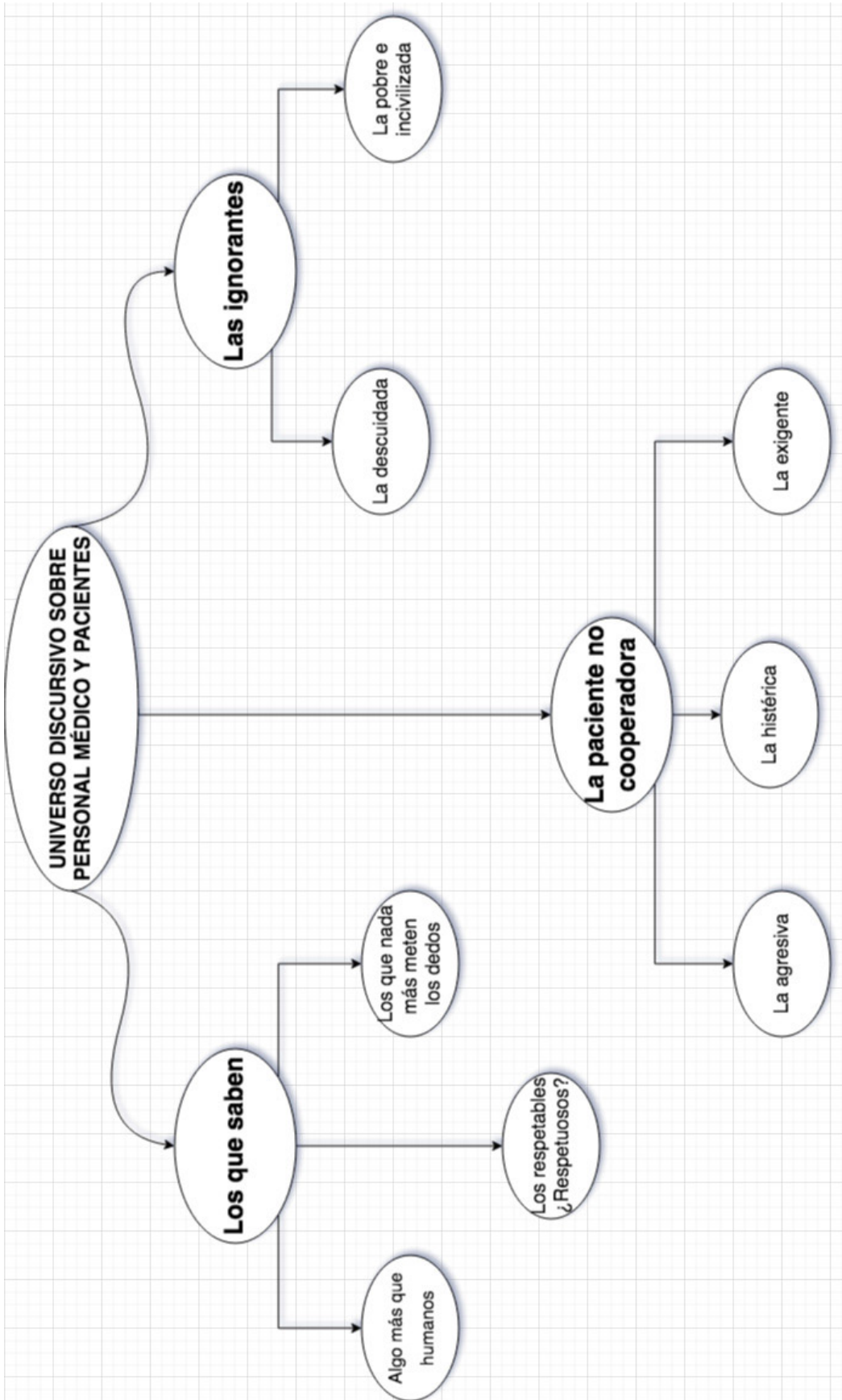
En el caso de los/as residentes ambos/as habían tenido mucha carga laboral o habían estado de guardia ese día por lo que en algunos momentos de la entrevista se quedaban dormidos/as y se debía de reformular la pregunta.

El audio de las entrevistas fue grabado, con previo permiso de los/as entrevistados/as, posteriormente transcrito, sistematizado y analizado, de acuerdo a la metodología aclarada en el primer capítulo.

Como vimos detalladamente en el Capítulo I, el análisis crítico del discurso se elaboró de la siguiente manera: una vez seleccionada la información relevante por analizar, la separé en universos discursivos de acuerdo a las variables de investigación (la maternidad, las mujeres, el nacimiento, los/as médicos/as y las pacientes). De cada universo discursivo se hizo una disección de los adjetivos o fórmulas calificativas empleadas y se seleccionaron las relevantes de acuerdo a su repercusión en la relación médico/a-paciente. A partir de dichas fórmulas calificativas se crearon categorizaciones que englobaran significados similares, las cuales, a su vez, fueron desglosadas en subcategorías. Dichas categorizaciones y subcategorizaciones fueron analizadas tanto teóricamente, desde autores que hubieran abordado el tema, como discursivamente a partir de sus repercusiones en el contexto de la relación médico/a-paciente entablada en el HGLPN.

A continuación se mostrarán dos mapas conceptuales con la finalidad de facilitar a el/la lector/a el entendimiento de los universos discursivos analizados con sus respectivas categorías y subcategorizaciones.





El ACD por ser una perspectiva de investigación dedicada a investigar cómo se dan las relaciones de poder y control a través del lenguaje, se interesa por analizar los abusos del poder por parte de hablantes pertenecientes a instituciones con poder social.³ Con base en lo anterior, es relevante hacer una investigación desde el ACD sobre el campo médico porque la medicina es una institución con poder social, cultural y epistémico, lo que la convierte en un sector de interés para realizar investigación sobre cómo se dan relaciones de poder y control a través del lenguaje entre el personal médico y los/as pacientes.

Van Dijk reflexionó al respecto, a través de recopilar diferentes investigaciones que se han hecho desde el ACD sobre el discurso médico, y explica que la relación médico/a-paciente tiene inherentes asimetrías sociales, que son necesarias de estudiar, dado los numerosos casos de abuso de poder registrados en este tipo de relación.⁴

Al utilizar el ACD como una de las principales perspectivas teórico-metodológicas, me concentraré en analizar el papel del discurso en la reproducción de una relación asimétrica entre el personal de salud y las parturientas.

Van Dijk propone que las instituciones o grupos pueden actuar a través de sus miembros, quienes tienen un empleo del lenguaje acorde a la institución.⁵ La presente investigación se centrará en el personal médico, quienes son los miembros de la institución médica hospitalaria que emiten un discurso acorde a los objetivos de la institución. Por lo que el material obtenido en las entrevistas al personal de salud y en las observaciones de nacimiento, será comprendido desde ese entendido.

El ACD tiene el objetivo de hacer un análisis a nivel micro y macro, a través de indagar en las relaciones que se logran mediante el discurso entre las situaciones comunicativas locales y las estructuras societales macro.⁶ Por lo que los resultados obtenidos en la investigación en la situación comunicativa local del hospital, se relacionarán con discursos societales macros como el discurso patriarcal sobre la mujer, o el discurso clasista sobre la pobreza.

A continuación se definirán los conceptos principales del ACD que se utilizaron para elaborar el análisis de las repercusiones del discurso en la relación médico/a-paciente:

Situación comunicativa: Compuesta por un escenario, participantes con su respectiva identidad, objetivos, conocimientos, opiniones, actitudes e ideologías, acciones y discursos en

3 T. Van Dijk, *Discurso y poder*, p.p. 84-88.

4 Ídem.

5 Van Dijk *Análisis Crítico del Discurso*, p. 206.

6 Ídem..

curso. Esta situación puede ser controlada por personas que tengan mayor poder.⁷

Macroestructuras semánticas: Son los temas de los cuales trata el discurso, pueden ser inferidos o asignados.⁸

Significados locales: Implica el estudio léxico de las palabras, las proposiciones y sus significados.⁹

Dimensión pragmática: Es el estudio del contexto dentro del cual se dan los actos de habla. Para que el discurso sea comprendido en el contexto se realiza una adecuación, que son los ajustes realizados en el acto del habla para causar lo que se tiene como objetivo.¹⁰ La dimensión pragmática se analiza mediante la entonación, los turnos en la conversación, los titubeos, las pausas, las formas sintácticas, entre otras.¹¹

Una vez realizadas estas aclaraciones para facilitar la lectura del capítulo, pasemos al análisis discursivo.

LAS MADRES: LAS BUENAS, LAS MALAS Y LAS MADRES POR OBLIGACIÓN

4.2 LAS BUENAS MADRES

Como vimos en el capítulo II, la mujer históricamente ha sido ha sido definida como un ser para los otros con el mandato social de ser esposa y madre. Esto parte de la concepción de la mujer como un cuerpo sexuado que debe de ser bello y fértil, por lo que antes de abordar la temática de las “buenas madres”, ahondaremos en las concepciones que tiene el personal ginecobstetra del HGLPN sobre “la mujer”.

Al explorar en las entrevistas respecto al discurso que tiene el personal médico sobre la mujer, dos médicos hombres la describieron de manera similar, en relación a su papel con los hombres: “[...] es lo más bonito que Dios hizo para estar al lado de uno, que nos quiera, nos soporte, nos apoye, ¿no? [Que] nos tolere al esposo” (M04, p. 74).

7 T. Van Dijk *Análisis Crítico del Discurso*.

8 T. Van Dijk, *La multidisciplinariedad del análisis crítico del discurso: un alegato a favor de la diversidad*, en R. Wodak y M. Meyer (comps.), “Métodos de análisis crítico del discurso”, 2001, p.p. 152 y 153.

9 Íbid, p.p. 154-158.

10 T. Van Dijk, *La pragmática del discurso*, en “Estructuras y funciones del discurso, p.p. 58-76.

11 Ídem.

Este fragmento de la entrevista que define a la mujer como “lo más bonito [...] para estar al lado de uno”, es decir del hombre, puede analizarse desde el planteamiento de Beauvoir respecto a la categorización de la mujer: ella, por no ser entendida como un sujeto, es concebida como un objeto a merced del hombre, que además debe tener la cualidad de ser un objeto “bello”, con el deber de cumplir roles de cuidados como el amor, el apoyo y la tolerancia, relacionados con el imaginario sobre la feminidad. También construye a los hombres o esposos con una connotación negativa, ya que ellos tienen que ser “soportados” y “tolerados”, términos que reflejan cómo entre el hombre y el “objeto bello” pueden existir relaciones de poder desiguales o negativas para las mujeres.

En el imaginario de los médicos hombres sobre las mujeres, ellas no solo son un objeto sino que, como propone Beauvoir, son pensadas como un objeto reducido a su sexo.¹² Así, un médico hombre, al preguntarle si pensaba que existían distintos tipos de mujeres, respondió en tono bromista:

[...] para que haya diferente tipo de mujer va a ser de acuerdo a su nivel que tenga: educativo, todo, hasta religioso, sí, de todo; pero no es que exista mujer diferente, ni mujer buena ni mujer mala, [tono de broma] todas están buenas ¡Ah, perdón! Digo, son buenas [ríe] (M04, p. 74).

Este comentario lascivo respecto a las mujeres refleja cómo su cuerpo es concebido como un objeto sexual, ya que en el lenguaje coloquial el referirse a una persona como que “está buena” tiene la finalidad de hacer referencia a su cuerpo, sexualizándolo.

Analizando el fragmento desde la dimensión pragmática que propone Van Dijk,¹³ podemos cuestionarnos cuál es la intención del hombre entrevistado al hacer un comentario de ese tipo. El médico empleó un tono de broma al responder a una pregunta sobre la clasificación de las mujeres, sexualizando el cuerpo femenino. Además hay que tomar en cuenta la adecuación que hizo en ese momento ante una oyente que es mujer. La adecuación pragmática que el médico utilizó en su discurso refleja cómo entre hombres y mujeres existen relaciones de poder desiguales desde las que los hombres pueden hacer bromas sobre la opresión que ejercen sobre las mujeres mediante su sexualización; en consecuencia, el médico consideró adecuado hacer una broma al respecto, imaginando que yo no tendría una reacción negativa o de ofensa ante su comentario.

12 S. Beauvoir, *El segundo sexo*.

13 T. Van Dijk, *Estructuras y funciones del discurso*, 2012, pp. 58-76.

En otros médicos hombres la misma pregunta sobre si creían que existían distintos tipos de mujeres causó tensión y risa, lo cual da a pie a reflexionar sobre los motivos de dicho nerviosismo; incluso un médico explicó que en la entrevista no podía responderme esa pregunta, haciendo alusión a que él tenía una categorización indebida sobre las mujeres como para expresarla en el contexto formal de una entrevista. La falta de respuesta concreta lleva a preguntarnos cuál es su clasificación, tomando en cuenta el contexto y discurso patriarcal que plausiblemente comparte con colegas como M04.

A partir de los fragmentos de entrevistas anteriores, cabría preguntarnos cuáles son las implicaciones de que en los médicos hombres entrevistados persista un discurso objetivador y sexualizador sobre las mujeres. Ya que el discurso construye sujetos, realidades y justifica acciones, podemos preguntarnos sobre si este tipo de discursos legitima acciones desde las cuales la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres sea un escenario más en el que se ejerce acoso hacia ellas; acoso que es invisibilizado y reproducido por el discurso que tienen sobre la mujer.

Hasta aquí no hemos visto representaciones discursivas de la mujer como madre, sino de la mujer en tanto tal: construida como ser sexuado. Sirve, sin embargo, como puerta de entrada a la observación del discurso en torno a la mujer como madre, y más específicamente a la noción de “buena madre”.

Ruth Wodak, académica dedicada al ACD con perspectiva histórica, propone que el objeto sea como entendido como un objeto históricamente producido e interpretado.¹⁴ Con base en lo anterior, como vimos en el capítulo II, el ideal de la “buena madre” es un discurso reproducido históricamente desde la Colonia a través de la imagen de la Virgen María, con el discurso moralizante de la Ilustración y del psicoanálisis y con el papel que el Estado-nación le adjudicó a la mujer como “matriz” de la nueva sociedad mexicana. En la actualidad es un discurso que mantiene reminiscencias de ello, y se ha ido adecuando al contexto.

Cristina Palomar ha analizado las repercusiones actuales del ideal de “la buena madre” sobre todo en el ámbito legal y psiquiátrico.¹⁵ Desde su perspectiva, la maternidad es definida como una construcción cultural compleja, que opera en diferentes dimensiones, como la simbólica, la social y la discursiva.¹⁶ Una de las representaciones culturales más poderosas es la de La Madre, utilizando mayúsculas porque se refiere a la figura ideal y mitificada de una mujer que cumple con todas las normas sociales e imaginarios relacionados a la maternidad, figura que funge com matriz

14 R. Wodak, *De qué trata el análisis crítico del discurso (ACD). Resumen de su historia, sus conceptos fundamentales y sus desarrollos*, en R. Wodak y M. Meyer (comps.), “Métodos de análisis crítico del discurso”, Barcelona, Gedisa, 2001.

15 C. Palomar, *Malas madres: La construcción social de la maternidad*.

16 C. Palomar, *Maternidad: historia y cultura*, 2005, pp. 35-57.

representacional sobre la maternidad.¹⁷ La figura de La Madre encarna todos los ideales sobre la “buena madre” como alguien que posee un instinto maternal muy poderoso, que ama incondicionalmente a sus crías, se sacrifica por ellos, es completamente comprensiva y paciente y vuelca absolutamente todo su ser a la maternidad, que es su único y máximo anhelo y trabajo en la vida.¹⁸

Este discurso de idealización de la maternidad tiene diferentes consecuencias: la principal es que oculta la sujeción, opresión y relaciones de poder que conlleva la crianza y el cuidado de los/as hijos/as.¹⁹ Además, presenta la maternidad como un mandato para todas las mujeres, lo cual reduce y unifica la identidad de todas.²⁰

A pesar de que se suele pensar a los científicos/as y médicos/as como personas racionales, objetivas y por lo tanto neutrales, estos universos simbólicos y discursivos sobre la maternidad no les son ajenos, al contrario, forman parte de su imaginario y discurso. Por lo tanto, el presente análisis crítico del discurso tiene la finalidad de indagar en dichos imaginarios y proponer de qué manera operan en la forma en que conciben a sus pacientes y en el tipo de relación que establecen con ellas.

En las entrevistas, al preguntar al personal médico sobre cómo clasificarían a las madres, cuatro entrevistados/as respondieron que en las “buenas” y las “malas”. A las “buenas madres” las definieron como mujeres que desearon su embarazo, lo cual suelen relacionar con que serán pacientes “cooperadoras” con el trabajo de parto.

A las “buenas madres” se les dio una connotación positiva y fueron definidas como las mujeres que cumplen con la prescripción del deber ser de la maternidad. A continuación analizaremos las categorizaciones asociadas a las “buenas madres” a partir de la definición que dieron los/as médicos/as respecto a este tipo de madres.

4.2.1 La que se completa como mujer

Al preguntarle al personal ginecobstétrico sobre las “buenas madres” y sobre sus definiciones de la maternidad, algunos definieron esta etapa como un proceso en que las madres “se completan como mujer”. Así, una persona entrevistada definió a la maternidad de la siguiente manera:

17 C. Palomar, *Malas madres: La construcción social de la maternidad*.

18 Íbid.

19 Íbid.

20 S. Tubert (ed.), *Introducción en “Figuras de la madre”*, pp. 7-37.

Creo que la maternidad es la etapa de la mujer en la que aunado a disfrutar el crecimiento de su bebé son ciertos cambios físico, mentales y psicológicos de la mujer donde muchas veces termina por madurar, o termina de completarse así como mujer, hay muchas que refieren que es el punto máximo de una mujer el dar a luz a una vida (M03, p. 52) .

En el fragmento de entrevista llaman la atención tres proposiciones léxicas, la primera es el uso del verbo “disfrutar” para definir a la maternidad, relacionándola a un significado socialmente positivo. En segundo lugar, se define la maternidad como el “punto máximo de una mujer”, como si ésta fuera el máximo objetivo al que puede aspirar. Por último, el pensar que una madre termina de “completarse como mujer” implica que las mujeres, al ser definidas como tal -en tanto madres-, son concebidas como “incompletas” hasta que tienen crías y cumplen con su destino reproductivo.

Para ahondar en esta cuestión, en las entrevistas al preguntar respecto a la relación existente entre las mujeres y la maternidad, algunos médicos/as refirieron que forman parte de una misma categoría, ya que ésta última es entendida como “algo propio de la mujer” (M02, p. 35), como si todas las mujeres fueran madres en potencia por el hecho de tener útero. Un hombre entrevistado explicó la relación entre las mujeres y la maternidad de la siguiente manera:

Va conllevado, siempre es unido uno en el otro [las mujeres con la maternidad] porque pues el hombre yo digo que nunca va a tener la maternidad, puede tener la paternidad, pero [uno no es] materno, por más que quiera uno modificar la naturaleza, no (M04, p. 74).

En esta explicación llama la atención que la relación semántica entre las mujeres y la maternidad, ya que el médico entrevistado piensa que ambas categoría “siempre [son] unid[as]”; propongo que esta respuesta emana de los discursos socioculturales sobre la maternidad, desde la que se piensa como un mandato que deben de acatar las mujeres y no como una posibilidad o elección. Como abordamos en el capítulo II, la maternidad se define como algo propio de la naturaleza femenina, lo cual crea un discurso desde el que se piensa como natural que una mujer desee tener hijos/as y en cambio, si decide no ser madre, es cuestionada y concebida como anormal.

Con este tipo de concepciones se deja ver cómo se construye discursivamente el mandato de la maternidad: es algo a lo que toda mujer debe de aspirar y llevar a cabo para “completarse” como tal; forma parte de su “naturaleza”. A partir de dicho discurso, se crea una imagen mental de la maternidad como un suceso de “disfrute”, “completud” y el “punto máximo” de una mujer, lo cual, en la mayoría de los casos, dista con el ejercicio real de la maternidad.

4.2.2 La que vive lo más bonito que puede haber

El adjetivo mayormente utilizado por el personal de salud para definir la maternidad fue “bonita”. Incluso una persona entrevistada la definió de la siguiente forma: “la maternidad es lo más bonito, es lo más hermoso que puede haber” (M04, p. 73).

A esta respuesta se debe el nombre de la sección. Es un discurso totalizador, que no da lugar a matices, ya que forma parte de la idealización y romantización de la maternidad, en la que ésta sólo puede ser concebida como algo positivo en la vida de las mujeres y no como algo contradictorio y ambivalente como llega a ser la mayoría de las veces.²¹ Como consecuencia, las madres suelen vivir este tipo de emociones con culpa o como algo que no deberían de sentir y lleva a que sean concebidas por sí mismas o por otros/as como “malas madres”, porque una “buena madre” es la que concibe a la maternidad únicamente como “lo más bonito que puede haber”.²²

Por su parte, a las mujeres encuestadas al preguntarles respecto a cómo se imaginaban la maternidad, el adjetivo mayormente utilizado también fue “bonita”, quedando en segundo lugar el adjetivo “difícil”, el cual fue empleado usualmente por mujeres que ya eran madres previamente a ese parto.

Como consecuencia de esta definición de la maternidad como un suceso primordialmente “bonito”, las mujeres no suelen imaginar el trabajo de parto como un suceso doloroso o traumático, aunque en algunas ocasiones es vivido por ellas como tal, lo cual les genera miedo o la sensación de no estar preparadas para seguir con el proceso.

Por otro lado, este tipo de discursos lleva a que el personal médico conciba negativamente a las mujeres que no reflejan estar viviendo “lo más hermoso” de su vida con el parto o el postparto inmediato, que es el inicio de la maternidad.

4.2.3 La bendecida por Dios

La relación entre la maternidad y la religión no fue preguntada en la entrevista pero apareció dentro de las respuestas; propongo que esto se debe a que la maternidad “sagrada” es un lugar común en el discurso social del país. La población mexicana, caracterizada por ser mayoritariamente católica, tiene un imaginario en el que se suele concebir a la maternidad como una bendición de Dios. Como resultado, la maternidad se asocia a significados religiosos, es decir, se sacraliza. Así,

21 S. Tubert (ed.), *Introducción* en “Figuras de la madre”, pp. 7-37.

22 Íbid.

al preguntar respecto a la maternidad, una persona entrevistada respondió: “yo creo que es algo que el ser humano debe de apreciar como un don de Dios” (M04, p. 73).

En otra respuesta, una médica mujer explicó que tanto su propio ejercicio de la maternidad como el de otras mujeres es un suceso del que Dios fue partícipe: “[...] para mí, la maternidad es el privilegio más grande que Dios me ha dado” (M02, p. 34).

Esto refleja cómo la maternidad se entiende como un suceso elegido por Dios, no por la mujer. Como vimos en el capítulo II, Badinter propone que la maternidad se convierte en un mandato sociocultural cuando la mujer es definida como un sinónimo de madre; y con la idea de que la maternidad es una bendición de Dios se reafirma el mandato de la maternidad, volviéndolo un mandato divino.²³

Dentro de este discurso, las “buenas madres” son las que viven la maternidad como el máximo “don de Dios”, lo cual lleva a señalar a las mujeres que no actúan con sus embarazos como si hubieran sido bendecidas. Además, cabe recalcar cómo contrasta el ideal de la maternidad como “el privilegio más grande que te puede dar Dios” con las condiciones de vida precarias dentro de las que se encuentran la mayoría de las mujeres que se atienden en el HGLPN y que llevan a que la maternidad diste de ser concebida como una “bendición” o “privilegio”.

Este discurso de la maternidad es resultado de un proceso histórico. Al respecto, Ana Goldman propone que dichos discursos tienen su origen en la religión judeocristina, en la que la maternidad no es entendida como una decisión de las mujeres, sino como una decisión de Dios.²⁴ Con el judeocristianismo, el embarazo comenzó a entenderse como una bendición y la infertilidad como un castigo que Dios podía dar a las mujeres pecadoras.²⁵ Esto muestra cómo el judeocristianismo ha cargado de significado religioso a la mayoría de los eventos biológicos relacionados a la reproducción, como el embarazo, el nacimiento -con la famosa condena de “parirás con dolor”-, e incluso la lactancia.²⁶

4.2.4 La que ama incondicionalmente

El sustantivo mayormente utilizado por el personal ginecobstétrico para describir a una madre fue “amor”, repetido siete veces a lo largo de las entrevistas al abordar el tema de la

²³ E. Badinter, ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII a X, p. 206.

²⁴ A. Goldman-Amirav, *Mira Yáhveh me ha hecho estéril*, en “Figuras de la madre”, 1996, pp. 41-51.

²⁵ Íbid.

²⁶ Y. Knibiehler, *Madres y nodrizas*. En Figuras de la madre, 1996, pp. 95-118.

maternidad. Así, el “amor” se piensa como la principal emoción que debe de sentir una “buena madre” hacia sus hijos:

La palabra maternidad involucra muchas cosas, [...] y lo principal que no debe de faltar es el amor y el amor hacia su hijo. Yo creo que a lo mejor pues sí pueden faltar distintas cosas, a lo mejor lo económico, o a veces que no es una persona tan preparada, pero lo que no debe [...] de hacer falta, de hacer presente es el amor (M01, p. 13).

El uso del verbo “deber” vinculado al “amor” muestra el mandato sociocultural de que las madres “deben” de sentir amor hacia sus crías.

Otra persona entrevistada agregó un adjetivo calificativo a la palabra amor, dándole la característica de “incondicional” al amor maternal: “[...] creo que a veces el amor de madre es incondicional” (M03, p. 51).

Silvia Tubert propone que, desde el discurso sobre la maternidad, el amor en vez de ser concebido como cualquier sentimiento humano y por ende contradictorio, pasa a pensarse como algo absoluto e “incondicional” que la madre siente hacia sus crías.²⁷ Esta idea del “amor incondicional” forma parte del discurso que define a la “buena madre” como una persona con un instinto materno que la hace amar de esa manera y sin ambivalencia alguna a sus crías. Como vimos anteriormente con Badinter, los conceptos de instinto materno y amor maternal tienen en verdad el mismo significado y la función de naturalizar el mandato sociocultural de ser una “buena madre”, que dicta cómo deben de sentirse las mujeres respecto a sus crías.²⁸

El personal de salud suele relacionar este “amor incondicional” a que la mujer transitará el dolor del trabajo de parto con obediencia, por lo que si la mujer muestra la conducta contraria, será señalizada.

Al unir las categorizaciones que el personal ginecobstétrico tiene sobre las “buenas madres” se utilizaron definiciones socialmente concebidas como positivas que responden al ideal de La Madre, entendiéndola como alguien que se completa como mujer al procrear, que vive lo más hermoso a lo que puede aspirar como mujer, que cumple su mandato divino y lo hace con amor incondicional hacia su cría.

27 S. Tubert (ed.), *Introducción* en “Figuras de la madre”, pp. 7-37.

28 Íbid, p. 13.

Claramente ninguna mujer cumple con este ideal reduccionista y homogeneizador, el cual más bien contrasta con las percepciones que tiene el personal de salud sobre el ejercicio real de la maternidad que observan en sus pacientes, cuestión que se analizará en la siguiente sección.

4.3 LAS MALAS MADRES

Badinter y Palomar proponen que la maternidad se clasifica en “buenas” y “malas madres”, dos caras de la misma moneda.²⁹ Así, las mujeres son encasilladas en alguna de las dos categorías dependiendo de su acercamiento o distancia respecto a las expectativas que derivan del ideal de la maternidad. Palomar define la noción de “malas madres” como:

[...] esas mujeres que no cumplen con las expectativas ideales de ese papel social y que son estigmatizadas, señaladas, penalizadas o diagnosticadas de diversas maneras y formas, dependiendo de la gravedad del incumplimiento. Son esas mujeres “desnaturalizadas”, o sea, mujeres que contradicen la supuesta “naturaleza” de todas mujeres, la de desear ser madres y, además, la de hacerlo “bien”, entendiéndose por eso el querer, poder y saber hacerse responsables de sus crías, amarlas y cuidarlas hasta que puedan valerse por sí mismas.³⁰

La autora propone que esta categorización de la maternidad es resultado del discurso de género, que es discriminatorio y crea estereotipos y estigmatizaciones utilizando la categoría de bueno o malo para evaluar la función de género que ejercen hombres y mujeres.³¹ Desde este discurso, las mujeres se convierten en las únicas responsables de la crianza y el cuidado, y por tanto, en las únicas responsables de no hacerlo de manera adecuada.³² En esta sección se analizará discursivamente cómo estas categorizaciones patriarcales operan dentro de la concepción que el personal médico tiene sobre sus pacientes.

La categorización de las madres en “buenas” y “malas” fue algo realizado por el mismo personal entrevistado, ya que al preguntar a los/as ginecobstetras sobre la manera en que clasificarían a las madres, la mayoría las clasificó de esa manera: “[...] yo digo que sí, están las buenas [y] las malas” (M02, p. 34).

Realizando un conteo, el concepto de “mala madre” fue mencionado textualmente cinco

29 E. Badinter, ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII a XX
C. Palomar, *Malas madres: La construcción social de la maternidad*.

30 Íbid, p. 17.

31 Íbid, p. 23.

32 Íbid .

veces a lo largo de las cinco entrevistas. A quienes hablaban únicamente sobre las “buenas madres” se les preguntó si existían las “malas” y todos/as respondieron afirmativamente. Además, al preguntarles respecto a sus pacientes y qué pensaban sobre la manera en que ellas ejercen la maternidad, la mayoría de los médicos hizo referencia a que en el hospital había tanto “buenas” como “malas madres”.

Dentro de la categoría de “malas madres” se rastrearon diferentes subcategorías. Aquellas que fueron mayormente repetidas por las personas entrevistadas fueron seleccionadas para el siguiente análisis.

4.3.1 La irresponsable

Con los/as ginecobstetras de La Perla, el adjetivo calificativo que fue mayormente utilizado para definir a las “malas madres”, que incluso fue utilizado como un sinónimo, fue el de “irresponsable”. Este adjetivo fue utilizado textualmente o se aludió a él nueve veces a lo largo de las entrevistas. Aquí hay un ejemplo de su uso:

Hay muchas pacientes que son responsables, hay muchas que pacientes que son muy irresponsables, hay pacientes que no piensan realmente en la salud de sus hijos, hay pacientes que sí lo hacen pero realmente, y desafortunadamente, es mucho más el porcentaje de aquellas que no lo hacen (M03, p. 47).

En este discurso la madre “irresponsable” es la que “no piensa en la salud de sus hijos”, hallándose en el subtexto que es responsabilidad de la madre el cuidado y procuración de la salud de las crías. Únicamente en una entrevista se hace alusión a la responsabilidad que tienen los coautores del embarazo en la crianza; en el resto es definida como una tarea específica de las mujeres.

El ejercicio de la maternidad por parte de las pacientes en el HGLPN fue descrito con ese adjetivo: “como que es una maternidad un poco irresponsable, ¿No?” (M02, p. 33).

En la mayoría de las entrevistas, quienes refirieron a las madres “irresponsables” también sugirieron que éstas son la mayoría de los casos que se presentan en el hospital:

De la experiencia que llevamos aquí, hablándote del hospital, yo considero que muy pocas pacientes están comprometidas, yo creo que menos de un 10% hablando. Más o menos un 10% es que están comprometidas o que son embarazos deseados y llevan un control adecuado. Las demás personas, no. (M01, p. 10).

La irresponsabilidad es cargada de diferentes sentidos por parte del personal médico, es pensada como “no pensar en la salud de los/as hijos/as”, así como una “falta de compromiso”, hasta como “no llevar un control adecuado del embarazo”. La “madre irresponsable” es una representación social creada en oposición a la “madre responsable”, quien obedece a todas las indicaciones que le da el personal de salud desde el embarazo.

El personal médico considera que es mayor el porcentaje de las madres “irresponsables” y, a pesar de la cifra, no se piensa como un problema estructural en el que las mujeres no son las únicas responsables. Como consecuencia, no se toma en cuenta la responsabilidad que tiene el Estado y el personal de salud, como servidores públicos, en dar información a las mujeres para que procuren de manera adecuada la salud de las crías y para que existan condiciones estructurales adecuadas como guarderías, cursos de cuidado durante el embarazo, cursos de crianza, licencias de maternidad dignas, etc., para que las mujeres puedan maternar de una mejor manera. Lo anterior lleva a que la responsabilidad sea pensada como una decisión de las mujeres y no como una falta sistémica de apoyo a las mujeres que maternan. Como resultado, únicamente ellas son tachadas como “irresponsables” y por ende como “malas madres”.

4.3.2 La que sacrifica al bebé

Otra de las características que se utilizó para definir a las “malas madres” fue la de ser una persona que “sacrifica al bebé”, haciendo alusión a las mujeres que, por tener mucha carga laboral o un contexto de vida difícil, “sacrifican” o “exponen” al bebé, entendiendo a la madre como la culpable de las circunstancias violentas a las cuales se expone a sí misma y a su hijo/a:

[...] de las veces que he platicado con las pacientes [...], muchas veces tienen problemas familiares, muchas veces tienen problemas personales, inclusive laborales, donde se ven como amenazadas, y muchas veces tienen que sacrificar a la familia y sacrificar al bebé (M03, p. 52).

En oposición a las “buenas madres” que sacrifican toda su vida e individualidad por cuidar a sus crías, las “malas madres” son las que “sacrifican” al bebé mediante sus “problemas personales” o “laborales”. En otra entrevista se dio una explicación similar:

Hay muchas cosas que pasan aquí, hay muchas experiencias de pacientes que han traído de “lo golpeó la abuela con un palo y le estalló las vísceras”, o dices “Dios bendito, ¿y la mamá?” La mamá estaba todo el día en el trabajo, y dices [con tono de preocupación y re-

proche] como que no es una maternidad al 100%, su misma situación las hace estar siempre fuera de casa y exponer a sus hijos a “lo atropelló, lo mordió el perro en la casa, se cayó a la cisterna” y de verdad [tono de angustia], no sabes cuántas historias me han tocado: “se cayó a la cisterna, lo atropellaron, lo violaron, lo golpeó” (M02, p. 33).

El fragmento de entrevista anterior da cuenta del contexto de vida en el que se encuentran algunas mujeres que maternan en el municipio de Nezahualcóyotl, en donde sus crías pueden estar expuestas a situaciones de violencia sexual, intrafamiliar, entre otras. Es en esa intersección de condiciones de precariedad y de asimetría de género en el que las mujeres son madres, lo cual contrasta con el ideal de “las buenas madres” y del ejercicio de la maternidad.

La maternidad suele ser una palabra relacionada al sacrificio pero en el imaginario quien suele sacrificarse es la madre por el hijo/a. Lo anterior fue explicado por una persona entrevistada al preguntarle sobre las palabras con las que describiría a una madre: “[...] bondadosa, servicial y que es aquella que va a dar, ah, sacrificio” (M05, p.91).

Existen diversos significados asociados a la vinculación entre el sacrificio y la maternidad, la buena madre es la que se sacrifica por el bebé, asociando el sacrificio a una actitud de abnegación por amor, en cambio la mala madre es la que sacrifica a la cría, asociando el sacrificio a someter a un peligro a otra persona.

Por trabajar todo el día y no estar “al 100%” dedicada a la maternidad, se piensa que la mujer es quien expone a los hijos/as. El que las mujeres además de criar a sus bebés tengan que trabajar ubica la responsabilidad total de la crianza en la mujer, sin considerar el papel que tiene el coautor del embarazo, ni el Estado en asegurar licencias de maternidad adecuadas, o solvencia económica o guarderías dignas y accesibles para todas las mujeres que maternan. Siguiendo la idea anterior, desde el marco de justicia reproductiva se exige que el Estado asegure un ambiente seguro para poder maternar, no únicamente poder decidir sobre ser madre o no.³³

4.3.4 La madre desamorada

En las entrevistas, una de las cuestiones más abordadas y que pude identificar que causa mayor asombro en el personal médico son los casos de mujeres que explícitamente expresan que “no quieren” a su bebé, o que no demuestran afecto hacia él/ella. A eso se debe el nombre de la sección, la madre desamorada, la que no ama incondicionalmente a su bebé, la que rompe con el mayor

33 L. Ross y R. Solinger, *Reproductive Justice. An Introduction*.

mandato de la maternidad, la antítesis de la “buena madre”. Esta noción fue mencionada doce veces a lo largo de las entrevistas; así, un médico, al preguntarle sobre algún nacimiento que lo hubiera marcado, me contestó lo siguiente:

[A]quí también han tocado pacientitas que de plano no lo quieren y le dan la espalda, ¿verdad, E01? [preguntándole a la enfermera] ¿Verdad que aquí hay pacientes que de plano no quieren a su bebé? Sí, sí, y se los acercan y no quieren ni verlos (M04, p. 71).

Analizando la situación comunicativa anterior, es de interés pensar por qué el médico necesitó de una aprobación de un tercero, en este caso de la enfermera, para validar el testimonio que estaba dando. Propongo que se debe a que el que una madre no quiera a su bebé es una situación tan inconcebible dentro del imaginario sobre la maternidad, que necesita de una afirmación externa que compruebe lo que está diciendo.

Esta misma persona hizo referencia a que este tipo de situaciones no debería de ocurrir, ya que los embarazos deberían de ser deseados: “[...] lo ideal es que tú [digas que] el nacimiento es [...] traer una vida nueva, algo bonito, algo que se quiere” (M04, p. 71). Dentro de su mismo discurso muestra la oposición entre “lo ideal”, desde donde la maternidad es “algo bonito”, con los casos de madres “que de plano no lo quieren”.

A las madres desamoradas las describen como aquellas que tienen un rechazo hacia el bebé desde el nacimiento: “Cuántos no ves que [a] los bebés no los quieren, [ni] los voltean, no les dan seno materno y al final de cuentas son los que terminan ahí tirados o abandonados, ¿no?” (M04, p. 70).

Badinter, al analizar las transformaciones históricas de la maternidad, plantea que a partir del siglo XIX no existen madres medianamente buenas, sino únicamente buenas o malas, y dentro de la categoría de las malas madres, el peor tipo, la más mala de todas, es la indigna que no ama a sus hijos/as, siendo éste un crimen imperdonable y error de la naturaleza.³⁴ En el caso del personal ginecobstetra del hospital, en cuyo discurso la palabra “amor” fue la más utilizada para describir a la maternidad y a las “buenas madres”, su opuesto son las que no muestran amor hacia sus crías, reflejado en el tono de voz de preocupación, consternación o asombro al hablar de estos casos; o en definirlo como algo que no debería de suceder.

34 E. Badinter, ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII a XX, p. 230.

4.3.5 La que no amamanta

En las entrevistas, la mayoría de los/as médicos/as que abordaron el tema de la lactancia establecieron una relación entre las madres que no desearon sus embarazos y el hecho de que en el postparto inmediato no quisieran amamantar a sus bebés. Algunas personas propusieron que las mujeres con embarazos no deseados no sólo no deseaban amamantar, sino que no tenían la capacidad de generar leche como para siquiera intentarlo. Así, una enfermera, al escuchar la entrevista que realizaba, intervino para aseverar lo siguiente:

[U]na cosa muy importante que yo he notado [es que] las pacientes que desean a sus bebés tienen muchísima leche, aunque sean de cesárea tienen mucha leche; le pegas a su bebé e inmediatamente que nos las pasan a recuperación y las revisamos tienen bastante leche. [...] Eso es algo muy importante, que ellas deseen a sus bebés, porque tienen mucha leche. Porque mucha gente nos dice que cuando son de cesárea tardan mucho en bajarles la leche. Y no, es experiencia: cuando alguien desea a su bebé, hay leche (E01, p. 72).

El no amamantar al bebé es algo que desde hace siglos es interpretado negativamente porque, como vimos en el capítulo II con la investigación de Badinter, desde la Ilustración el amamantar a la cría es pensado como el suceso que despierta la ternura materna.³⁵

Esto refleja cómo todos los sucesos biológicos relacionados a la maternidad y particularmente la lactancia están cargados de distintos significados.³⁶ Al respecto, Yvone Knibiehler muestra que la mayoría de los sucesos de la fisiología femenina –como la menstruación o el parto– suelen ser interpretados con una connotación negativa, pero la lactancia es de los pocos o el único que históricamente ha sido concebido de manera positiva.³⁷

Cabe mencionar que el Hospital La Perla es una institución promotora de la lactancia materna exclusiva por lo que tiene el objetivo de que todas las pacientes se vayan amamantando a sus bebés, e incluso están prohibidos los biberones. Por este motivo pude observar cierta presión por parte de las enfermeras hacia las mujeres por que logren amamantar a sus bebés, e incluso un señalamiento si alguna mujer no lograba hacerlo.

La lactancia es un ejercicio complejo que puede tardar tiempo en lograrse de manera exitosa. Algunas veces llegan a necesitarse semanas después del parto para conseguirlo y es

35 E. Badinter, ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII a XX.

36 Y. Knibiehler, *Madres y nodrizas*.

37 E. Badinter, ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII a XX, p. 167.

un proceso que requiere de información y redes de apoyo, y que debe de ser decidido por la mujer de acuerdo a su estilo de vida.

Desde el discurso del personal de salud, la lactancia es algo que las mujeres deben llevar a cabo. Si deciden no hacerlo, son señalizadas y pasan a categorizarse como “malas madres” y “mujeres que no deseaban su embarazo”. Esta señalización es contraproducente con la promoción de la lactancia, que se inhibe si las mujeres son puestas en una situación tensa o incómoda que las lleve a producir adrenalina.

4.4 MADRES POR OBLIGACIÓN

Las nociones de “malas madres”, mujeres “irresponsables” o que “sacrifican al bebé”, que no lo “aman” ni “le dan leche al bebé”, implican actitudes que las mujeres pueden tener a pesar de que hayan decidido embarazarse. Pero dentro de las las “malas madres”, el personal médico hizo referencia a una cuestión particular: la de las mujeres que no deseaban su embarazo y que son “madres por obligación”.

Las “madres por obligación”, a diferencia de las “malas madres”, tuvieron que llevar a cabo una maternidad obligada, es decir que de alguna forma no se respetó su derecho a decidir si querían tener hijos/as o no, o cuándo querían hacerlo, lo cual muestra que vivieron algún tipo de violación a sus DSyR, definidos en el capítulo II.³⁸ A pesar de que las “madres por obligación” fueron descritas con una connotación negativa, serán analizadas como una categoría aparte de las “malas madres”, ya que fueron definidas a partir de su embarazo obligado.

En concordancia con este discurso reproducido por el personal médico, Palomar plantea que dentro de la categoría de las malas madres se encuentra la subcategoría de las madres que no deseaban serlo, las cuales son víctimas de un sistema de género en el cual se les obliga a convertirse en madres, a partir de estigmatizar y prohibir el acceso a un aborto, dificultar el acceso a métodos anticonceptivos y socioculturalmente impedir una reflexión en torno al deseo de la maternidad y cerrar las posibilidades de asumir el no-deseo de ésta.³⁹ Recordemos la red de intersecciones en la que se ubican la mayoría de las mujeres que viven en el municipio de Nezahualcóyotl, como vimos en el Capítulo III, viven en un contexto de violencia de género en el que el 75% han vivido situaciones de violencia sexual, física, de pareja, entre otras. Además del desconocimiento del personal de salud respecto a la normativa y

38 Cfr. Capítulo II, p. 68.

39 C. Palomar, *Malas madres: La construcción social de la maternidad*.

los protocolos de atención a casos de violencia sexual, documentado por organizaciones de la sociedad civil.

El nombre de la sección fue utilizado por una persona entrevistada que, al preguntarle qué pensaba respecto al ejercicio de la maternidad en sus pacientes, respondió:

[Tono de pena y voz baja] Yo creo que la madres aquí son madres por obligación. Siempre que les pregunto “¿Su embarazo es deseado? ¿Su embarazo es planeado?” No. No sé qué tantas veces haga la diferencia [entre] planearlo y deseirlo (M02, p. 33).

En este fragmento podemos observar cómo el preguntar si el embarazo fue deseado y planeado es una cuestión que el personal médico considera relevante saber, es algo que “siempre” preguntan, aunque es una cuestión que no observé que cambiara el protocolo de atención que se lleva a cabo con las mujeres durante el nacimiento, ni es una información que implique algún tipo de estudio o análisis clínico. Dentro de la guía de “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”⁴⁰ de la Secretaría de Salud no se incluye ninguna sección en la que se indique como parte del protocolo de atención a las parturientas el preguntar las circunstancias dentro de las cuales se dio el embarazo. En la “Guía de Atención médica a personas violadas”⁴¹ elaborado por la Comisión Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva no viene una sección en la que se explique cómo atender a una mujer en trabajo de parto con un embarazo forzado. Lo anterior me lleva a pensar que el preguntar si el embarazo fue deseado o planeado es una información que lleva, únicamente, a una señalización de las mujeres que no desearon sus embarazos.

A partir de las observaciones de nacimientos y de las entrevistas que realicé, pude percibir que el personal de salud suele relacionar los trabajos de partos difíciles con casos en los que las mujeres no deseaban el embarazo. Por ende, a mujeres que tienen un trabajo de parto complejo, en el que muestran malestar, enojo y quejas, suelen preguntarles si su embarazo es deseado. En una ocasión observé la siguiente escena:

17 de enero 2019

Cuando llegué al Área Tocoquirúrgica, Julia llevaba un rato en trabajo de parto. Aunque el bebé ya estaba encajado y su cérvix completamente dilatado, ella no pujaba, por lo que el personal de salud se encontraba desesperado y sin saber qué hacer al respecto. Al lado de la cama de Julia estaba un residente, que voltea a verla y le dice: -Tienes que hacerle la lucha porque no has querido ayudar-. Julia sigue gritando, a lo que el residente le pregunta: -¿Qué no quieres a tu bebé?- Julia se quedó en silencio y únicamente asintió con seriedad.

40 Secretaría de Salud, *Guía de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo*, 2014.

41 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Atención médica a personas violadas*, 2004.

Analizando este fragmento de observación desde su dimensión pragmática, hay que cuestionar la intención que tiene el residente al entablar dicho acto de habla con Julia. T. Van Dijk explica que “en muchos actos de habla, tales como las peticiones, los mandatos, las amenazas, etc., las condiciones se formulan en términos de lo que el hablante quiere que el oyente haga”.⁴² El residente tiene una intención clara: que Julia “coopere” en el trabajo de parto, que obedezca sus intenciones, por lo que adecúa el discurso para lograr su objetivo. Primero le comunica un mandato: “tienes que hacerle la lucha”, luego emite la evaluación que tiene sobre su conducta: “no has querido ayudar”, y al final hace una pregunta innecesaria: “¿Qué no quieres a tu bebé?”, con la finalidad de que Julia le demuestre que sí desea a su bebé a partir de “cooperar” en el trabajo de parto. Claramente entre Julia y el residente existe una relación de poder desigual desde la cual el médico puede emitir el discurso que considere necesario para que la mujer se comporte como él lo desea.

En esa ocasión el residente cayó en cuenta que yo estaba observando la escena, se acercó a mí y comenzó a contarme, buscando complicidad, que Julia no quería cooperar con el parto y que ahora no se le podía decir nada a las pacientes porque podían ser demandados por ejercer violencia obstétrica. Esto demuestra que el residente consideraba que la posibilidad de regañar a Julia iba a ayudar a que fuera mejor el trabajo de parto y, como no pudo hacerlo, se limitó a cuestionarle si no deseaba el embarazo.

Así, en el discurso del personal médico sobre las “madres por obligación”, se piensa que esta característica lleva a que tengan un trabajo de parto difícil. Al respecto, Castro y Erviti proponen que la apreciación médica sobre las pacientes suele estar fundada en categorías morales, desde las que se piensa a las mujeres con embarazos no deseados con una connotación negativa.⁴³

Ahora veremos dentro de esta categoría cómo opera la señalización de los embarazos no deseados y posteriormente qué características fueron las más comunes para definir en las entrevistas a las “madres por obligación”.

4.4.1 El bebecito chispoteado

El embarazo no deseado fue una de las cuestiones a las cuales se hizo referencia tanto en las entrevistas como en las observaciones, ya que pude escuchar a personal de salud dirigiéndose a las mujeres y haciendo alusión a que su embarazo no era deseado. Para explicar el nombre de esta sección, describiré una escena que observé en el hospital:

⁴² T. Van Dijk, *Estructuras y funciones del discurso*, p. 61.

⁴³ R. Castro y J. Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, pp. 127-128.

Llegué al hospital y Carolina estaba a punto de parir, con contracciones muy fuertes, cuando arrojó el tapón mucoso y le revisaron la dilatación. Llamaron al camillero para pasarla a la Sala Expulsiva. Ahí se acostó en la mesa obstétrica, pujó fuerte y rápidamente nació su bebé. Cuando nació, Carolina se quedó seria, mirando el techo y sin mostrar mayor emoción al respecto. Preguntó si ese mismo día podrían hacerle la salpingoclasia, a lo que una enfermera le preguntó cuántos hijos tenía. Cuando respondió que tres, la enfermera le dijo: -¿Se te chispeteó este bebecito?- Carolina no respondió y se quedó mirando el techo con gesto de seriedad. La enfermera, al notar que no le respondía, volvió a preguntar en tono “bromista”: -Que se te chispeteó este bebecito, ¿verdad?- Carolina de nuevo no le contestó y continuó mirando el techo.

En la situación comunicativa anterior es claro quién controla el curso de las acciones, ya que es la enfermera que decide el espacio, tiempo y las participantes para comenzar a entablar una conversación con la paciente sobre si su embarazo fue deseado o no en su postparto inmediato. La enfermera asumió que el embarazo no era deseado porque la mujer solicitó la salpingoclasia, e hizo referencia al embarazo como un “bebecito chispeteado”. Llama la atención que la enfermera haya formulado su aseveración como una pregunta, lo cual lleva a cuestionarnos qué tipo de respuesta esperaba por parte de la mujer y con qué finalidad la hizo.

Analizando los significados locales utilizados en la situación comunicativa, llama la atención el empleo de la palabra “chispeteado”, la cual es un mexicanismo con la definición de “Cometer alguien un error o indiscreción”.⁴⁴ Es interesante que el uso de la palabra “chispeteado” sugiera que el embarazo de Carolina fue producto de un error o equivocación.

En el caso anterior y en el que relatamos sobre Julia en la sección 4.4, el personal de salud le pregunta a las mujeres directamente si su embarazo es deseado, ellas no contestan, se quedan en silencio, y claramente es una pregunta que las incomoda.

En algunos casos, este tipo de comentarios innecesarios, además de señalar a las mujeres, tienen el objetivo de aleccionarlas para que no vuelvan a embarazarse y que escojan un método anticonceptivo postparto. Por ejemplo en una ocasión observé la siguiente escena:

15 de enero 2019

Mientras me cambiaba en el vestidor para entrar al Área Tocoquirúrgica, escuchaba desde adentro los gritos de Daniela. Cuando entré, ella estaba en la Sala Expulsiva y su bebé estaba naciendo; después, mientras la cosían, Daniela sollozaba, gritaba y se quejaba, pedía que se detuvieran, solicitud que ignoraban tanto el residente como el interno y únicamente le respondían que no se moviera. Cuando acabaron de coserla el residente le preguntó qué método anticonceptivo querría, ella pidió el implante y le dijeron que no se podía por su peso, que decidiera otro, a lo que Daniela contestó sollozando: -Por el momento no quiero parejas-. El residente le lavó la vagina, le cerró las piernas, contó el material quirúrgico, se levantó y salió de la sala. La enfermera, cuando se queda sola con ella, le dice que elija un método anticonceptivo: -Para que no estés aquí

44 Academia Mexicana de la Lengua, *Diccionario de mexicanismos*, 2010.

a los nueve meses teniendo más chicos-. Daniela le contesta que no se volverá a embarazar y la enfermera parece no creerle y le responde: -Eso me dicen otras mujeres y luego vuelven aquí a los nueve meses, y ya hasta les da pena que les vuelva a ver la cara-. Daniela se quedó en silencio y la enfermera le preguntó sobre cómo se enteró de el embarazo, ella le respondió que se enteró a los seis meses de gestación, a lo que la enfermera le respondió: -Uy sí, y ya a los seis meses ni qué hacer con el producto-.

En esta escena podemos observar varias situaciones. Daniela, al gritar y tener un parto “difícil”, pasa a ser concebida por el personal de salud como una mujer que no deseaba su embarazo, lo cual es corroborado por la enfermera cuando directamente se lo pregunta.

De acuerdo a los DSyR el ofrecimiento de anticonceptivos tiene que ser de toda la gama existente, para que la mujer pueda decidir de manera libre e informada el que desee, de acuerdo a sus características clínicas.⁴⁵ Llama la atención, así pues, que le nieguen a Daniela el implante que solicitó sin ofrecerle alternativas. En vez de eso, la enfermera decide no creerle a Daniela cuando dice que “ya no quiere más parejas” y, para lograr el objetivo de que acepte un método anticonceptivo, decide emitir un discurso chantajista que invalida la afirmación de Daniela: “Eso me dicen otras mujeres y luego vuelven aquí a los nueve meses, y ya hasta les da pena de que les vuelva a ver la cara”. Luego da por sentado que el embarazo de Daniela, por no ser planeado, tampoco fue deseado: “Uy sí, y ya a los seis meses ni qué hacer con el producto”. Esta situación comunicativa muestra cómo la enfermera tiene una posición de poder desde la que puede invalidar el discurso de Daniela y dar comentarios respecto a su embarazo que ésta no solicitó, prediciendo que con sus palabras logrará que la paciente elija un método anticonceptivo postparto y se ahorre la “pena” de que la enfermera la vea parir nuevamente, dando por sentado que a las mujeres les afecta el juicio de las enfermeras respecto a sus embarazos.

Hasta ahora hemos analizado la relación entre la categoría de las “madres por obligación” con los “bebécitos chispeteados”, además de lo anterior, las categorías anteriores suelen relacionarse con la de “las malas madres irreponsables” que no cuidan a sus crías. Pasemos al siguiente fragmento de una entrevista que lo ejemplifica:

[E]n embarazos no deseados se ven rechazos hacia el bebé, que no quieren lactarlo, que no quieren estar en apego con él, que lo ven llorando y que no toman una actitud de ver qué está pasando, por qué llora el bebé; de cambiarle el pañal, llevarlo a sus consultas. Y hay también pacientes con niños con desnutrición (M01, p. 12).

Para la persona entrevistada son evidentes los casos de embarazos no deseados porque son aque-

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud, *Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de métodos anticonceptivos de la OMS*, 2018.

llos en que las mujeres “no quieren amamantar al bebé”, “estar en apego”, “cambiarle el pañal” y “llevarlo a consultas”, cuestión que puede llevar a que el hijo/a tenga desnutrición. Por ende, la “madre por obligación” es una “mala madre” que no asume la responsabilidad de cuidar a su cría, por lo que deberá salir del hospital con un método anticonceptivo que asegure que esta situación no vuelva a ocurrir.

Es importante aclarar que es una realidad la alta prevalencia de embarazos no deseados en mujeres que atienden su parto en La Perla. Al respecto, de las veintiún encuestas elaboradas a pacientes, cinco explicaron que su embarazo no fue planeado o deseado. Aquí muestro los ejemplos de respuestas que me dieron las pacientes cuando les pregunté cómo se sintieron a lo largo del embarazo:

Cansada, porque tenía muchos planes y de repente me enteré que estaba embarazada (P08).

Como me enteré ya hasta los siete meses, entonces me preocupó un poco (P09).

Confundida porque yo ya no quería tener más bebés (P10).

Ni me lo esperaba (P12).

Ay, no sé, pues yo digo que poco a poco voy a ir saliendo porque mi hija chiquita tiene dos años y éste [señala al bebé] fue mi regalo sorpresa (P05).

Estos testimonios muestran cómo existe una prevalencia de embarazos no planeados y no deseados, ante lo cual el personal de salud opta por señalar a las mujeres, tratando de convencerlas e incluso forzarlas a utilizar un método anticonceptivo postparto, en vez de promover otro tipo de estrategias y acciones que reduzcan la prevalencia de embarazos no deseados desde el marco de los DSyR.

En esta sección puede verse de manera explícita cómo el discurso justifica y legitima acciones de control sobre otras personas: dentro del personal médico se reproduce un discurso sobre el embarazo no deseado que se vincula a discursos globales sobre el control de la natalidad, los cuales tienen el objetivo de poner en el centro de la atención la disminución de embarazos en países en vías de desarrollo y no los DSyR de las mujeres y la capacidad de decisión sobre su cuerpo y anticoncepción. Aunado al discurso paternalista y asistencialista que el personal médico suele tener sobre sus pacientes mujeres y sus decisiones reproductivas, agregando que en este caso son mujeres en situaciones de vida precarias, lo cual suele reforzar la condescendencia.

4.4.2 La madre adolescente y soltera

El personal del HGLPN suele relacionar el embarazo no deseado con la edad y el estado civil de la mujer, a saber, con mujeres adolescentes y solteras. Cuando en el Área Tocoquirúrgica hay mujeres con estas características, suelen asumir que sus embarazos no son deseados. Las mujeres que paren en el hospital y que son solteras o adolescentes se encuentran en una interseccionalidad en la que aunado al género y la clase, se agregan discriminaciones por la edad o estado civil, lo que puede volverlas más propensas a señalamientos por parte del personal de salud. Por ejemplo, al preguntarle a un médico sobre cómo cree que influye la edad en la experiencia que tienen las mujeres en el trabajo de parto, aseveró: “no es lo mismo una paciente adolescente, [que] tal vez no tenga planeado ser mamá [y] que sus planes eran otros, a una persona [...] que a lo mejor está realizada profesionalmente” (M01, p. 11).

Para describir a las madres adolescentes se utilizaron calificativos como “descuidada”, el cual se analizará en una sección más adelante, o “desorientada”:

-¿Cómo me describirías a tus pacientes?-

-Son pacientes totalmente desorientadas.-

-¿Por algo en particular?-

-Sobre todo las pacientes adolescentes, [que] vienen en trabajo de parto y no saben ni qué va a pasar- (M05, p. 88).

Cabe recalcar que en el fragmento anterior la persona entrevistada hizo alusión a que todas la mayoría de las pacientes que atiende son desorientadas pero particularmente las adolescentes, lo cual muestra el señalamiento particular que suele hacer el personal de salud hacia las pacientes adolescentes. También el personal de salud hizo referencia a que los casos de embarazo adolescente son frecuentes y han aumentado en los últimos años: “[...] se está viendo mucho, quizás los 15-16 años; es sorprendente la cantidad de pacientes a esa edad que están llegando embarazadas” (M03, p. 47).

Además, todos/as los/as médicos/as hicieron referencia a casos de embarazo infantil, ya que todos/as habían atendido a niñas menores de 15 años en trabajo de parto: “hemos visto en la consulta desde 13, 12, 11 años ya con embarazos” (M01, p. 8).

Además de las madres adolescentes, el otro tipo de madres a las cuales definieron como el tipo de mujeres que no planearon su embarazo son las madres solteras: “[...] no son aquellas

madres solteras, no es por puntualizarlas pero seamos sensatos, sí hay alguna afectación [...] emocional; evidentemente, la emoción que sientan las mamás es diferente” (M03, p. 50). Este tipo de explicaciones sobre el ejercicio real de la maternidad que tienen las mujeres que paren en La Perla contrasta con los ideales de la maternidad como algo que debe de ser “lo más bonito” que se puede vivir.

Además de la explicación anterior, la misma persona entrevistada definió explícitamente las “madres solteras” como “malas madres”:

¿Malas madres? Yo creo que desde el no otorgar una paternidad, por ejemplo, sí, yo sé que no es total culpa de ellas pero el no otorgar una paternidad ya le empiezas o ya le empezaste a hacer un daño prácticamente al bebé (M03, p. 52).

Este tipo de discursos respecto a las madres solteras muestra el mandato de que la maternidad se de dentro de una pareja heterosexual y además refleja la nula idea que tiene parte del personal de salud en el HGLPN sobre el papel de la corresponsabilidad masculina en el embarazo y crianza de los/as hijos/as, por lo que “el no otorgar una paternidad” es concebido como un “daño” que ejerce la madre sobre el bebé y no el coautor del embarazo que decidió no responsabilizarse del embarazo en el que participó en un 50%.

Únicamente dos médicos hicieron alusión al rol de los padres durante el embarazo, nacimiento y cuidado de los hijos, responsabilizándolos al respecto:

El hecho de que el esposo o la pareja no le den lo necesario, que no la acompañe, que no la lleve para que la revisen, pues para mí ese es un hecho de violencia; el sólo hecho de embarazarlas y no procurarlas y tampoco a sus hijos, para mí un hecho más que de olvido es de violencia (M02, p. 68).

En la mayoría de los casos no se mencionó siquiera a los coautores del embarazo y se responsabilizó únicamente a las mujeres por tener una actitud “irresponsable”, o “no cuidar la salud de sus hijos durante el embarazo”, o por “embarazarse sin planearlo o desearlo”, anulando el hecho de que para que se cumpla un embarazo se necesita de la participación de un hombre para tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos.

Castro y Erviti analizaron cómo el ser madre soltera o joven es una etiqueta con la que el

personal médico describe a las mujeres que “no cooperan” en la atención al nacimiento,⁴⁶ cuestión que opera en el hospital con el discurso que tiene el personal de salud sobre las madres solteras y adolescentes, esto es, una identificación como mujeres que no desearon el embarazo y que por ende tienen un trabajo de parto complejo con poca disposición para “cooperar” por no “importarles” qué pasará con el bebé durante el parto.

Este discurso emerge y es reproducido desde un sistema que estigmatiza la sexualidad de las mujeres que no cumplen con los parámetros patricarcales de conyugalidad y edad. Al respecto, Canevari propone que el tipo de vida sexual de las mujeres se convierte en un motivo de señalamiento y culpabilización por parte del personal de salud hacia ellas, cuestión ya presente en el discurso sobre las madres adolescentes y solteras, concibiéndolas como “malas madres”.⁴⁷

4.4.3 La usada

Otra caracterización de las mujeres que son madres por obligación fue la de las mujeres violadas, a las cuales una persona entrevistada se refirió como “las usadas” y a eso se debe el título de esta sección:

[A] veces, si la mujer nada más fue usada, usada —perdón por la palabra usada, pero usada—, si la mujer fue usada y embarazada y no planeado y no querido ese bebé, [...] aquí sí toca a llegar gente (M04, p. 70).

En el fragmento anterior llama la atención la reiteración de la palabra “usada” para referirse a las mujeres que no desearon un embarazo ya que el discurso y las fórmulas calificativas crean categorías, en este caso sobre sujetas sociales y el hecho de describir a una mujer que fue violada como “usada”, haciendo símil como si el cuerpo de la mujer fuera un objeto que se puede usar, es una revictimización del suceso de violencia sexual que ella vivió.

Aunado a la explicación anterior, la mayoría de las personas entrevistadas, al preguntarles sobre cómo imaginaban el contexto en el que viven sus pacientes, hicieron referencia a que viven en ambientes de violencia y abuso. Algunos/as médicos/as explicaron que han atendido a pacientes que fueron víctimas de una violación. Un médico/a me platicó, por ejemplo, sobre nacimientos en los que la madre rechaza al bebé: “[...] o al final, como dice uno vulgarmente “sacando la sopa” fue una violación, ¿no?” (M04, p. 71).

⁴⁶ R. Castro y J. Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, p.127.

⁴⁷ Canevari, Cecilia, *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*. 2011, p.59.

Estos casos de violencia sexual muestran no sólo que las mujeres viven en un ambiente de abuso, sino que además no reciben la atención médica integral que por normativa es necesaria para casos de violencia sexual. Como vimos en el capítulo III, existen investigaciones sobre la falta de conocimiento que tiene el personal respecto a los protocolos y normativas de atención de mujeres víctimas de violencia sexual, lo que nos lleva a concluir que estas mujeres seguramente no recibieron atención psicológica, ni profilaxis de ITS, ni se les hizo una prueba para saber si tienen VIH ellas y sus bebés, ni tuvieron la posibilidad de denunciar a su agresor, y menos tuvieron la opción de interrumpir su embarazo, lo cual por normativa es legal en todos los estados de la República si el embarazo fue producto de una violación.⁴⁸

4.5 CONSIDERACIONES GENERALES

A partir del análisis crítico del discurso que se realizó en esta sección he demostrado que el personal médico ginecobstetra entrevistado posee representaciones sociales sobre la mujer y la maternidad que emergen del discurso de género y del régimen simbólico patriarcal; lo cual se refleja en las diferentes definiciones que dio el personal médico tanto de la mujer como de la maternidad.

En su discurso respecto a la maternidad, se pudo observar un contraste entre el ideal que tienen al respecto, sus principios sobre el ejercicio de la maternidad de las “buenas madres”, con el discurso que reproducen sobre el ejercicio real de la maternidad en sus pacientes de La Perla. Como consecuencia, reproducen un discurso que categoriza la práctica materna en dos grupos: el de las “buenas madres” que son las que cumplen con su ideal porque se “completan como mujeres”, las que viven “lo más bonito de su vida”, las que fueron “bendecidas por Dios” y que “aman incondicionalmente” a sus crías. En cambio, el grupo de las “malas madres”, que según el personal de salud es el mayor porcentaje de las pacientes, son las “irresponsables”, que “sacrifican al bebé”, que “no deseaban ser madres”, que “no aman” a sus crías ni las “amamantan” y que en algunos casos son “las usadas”, “adolescentes y solteras”. Este discurso está relacionado con las representaciones sociales sobre la mujer, en las cuales ésta es entendida como un objeto sexual a merced del hombre y una madre potencial.

Como resultado tenemos un discurso sobre la maternidad y la mujer en el cual se le atribuye a ella toda la responsabilidad sobre la anticoncepción, crianza y cuidados del bebé, y se vitupera a las que no llevan a cabo estas tareas de manera “adecuada”. Además, se culpabiliza a

⁴⁸ Norma Oficial Mexicana 046, *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*.

la mujer por estar inmersa en un contexto en el cual debe de trabajar y el cumplir con la carga laboral le impide cuidar al bebé.

El hecho de que para concretar un embarazo se requieren de dos personas fue algo que sólo abordaron dos médicos/as entrevistados/as. Así pues, ¿qué concepto se tiene del hombre? En la mayoría de las entrevistas, los coautores del embarazo brillan por su ausencia y por la poca exigencia de responsabilidad que se tiene para con ellos, tanto en el uso de anticonceptivos como en el cuidado del embarazo y la crianza de los/as bebés.

En consecuencia, este discurso sobre la maternidad en muchos casos puede llevar a reproducir y justificar una relación médico/a-paciente violenta hacia las parturientas. Asimismo, cuestiones como el “amor materno” son utilizadas como un chantaje por parte de los médicos para exigirles a las mujeres una determinada “cooperación”.

En una sociedad que concibe a la mujer como un objeto sexual, no sorprende que en la atención al nacimiento no se le solicite su consentimiento para realizar ciertas prácticas médicas, o que se utilice su cuerpo o su parto como un evento pedagógico para los futuros ginecobstetras y no se ponga en el centro de atención a la mujer, su parto y las necesidades específicas que tiene para maternar.

LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: LOS QUE SABEN, LAS QUE NO SABEN Y LAS PACIENTES NO COOPERADORAS

4.6 LOS QUE SABEN

Como vimos en el capítulo II, el papel de autoridad social y cultural que tiene el personal médico es resultado del proceso histórico de la Modernidad en el que la ciencia pasó a ser la voz de la verdad y los médicos, en su mayoría hombres hasta mediados del siglo XX, adquirieron el papel de regular los procesos de vida de la población.

En el caso de la presente investigación, en las entrevistas realizadas se indagó en la autoconcepción que tienen los/as médicos/as de sí mismos, sobre su narrativa profesional y sobre el imaginario que tienen de la medicina, el papel que consideran que tiene en la sociedad, y qué imaginan que piensan las pacientes sobre ellos/as. Además se preguntó cómo consideran que debería de ser su ejercicio profesional, la relación médico/a-paciente que entablan y cómo conciben la conducta de las mujeres en trabajo de parto. A partir de las

respuestas a dichas preguntas fue que se elaboró esta sección de análisis crítico del discurso.

Esta sección tiene por nombre “los que saben” porque la mayoría de las descripciones que dieron los/as médicos/as sobre sí mismos o sobre la medicina fueron palabras que connotan a una persona “respetable”, “culto”, “imprescindible” para la sociedad, incluso como un “semidios”, términos que describen a una persona con conocimientos relevantes para la sociedad y con cierto estatus social y que analizaremos en las siguientes secciones. Por lo que llamé a esta sección como “los que saben” aludiendo a este imaginario colectivo sobre el personal médico como personas con conocimiento experto.

4.6.1 Algo más que humanos

Una respuesta que se repitió en las entrevistas, es la concepción de los/as médicos/as como personas que son “algo más que humanos”. Algunos mencionaron calificativos como “semidioses” o “héroes sin capa” y otra persona mencionó que se concibe a los médicos como “algo más que humanos”. Estos términos los utilizaron, en la mayoría de los casos, para explicar cómo las pacientes los/as conciben o cómo ellos/as concebían a la medicina antes de estudiarla. A continuación, un fragmento que lo ejemplifica:

[...] tú sabes que cuando vas a consulta con el médico y tú ves al médico pues sientes mucha admiración ¿No? Al menos eso es lo que pasaba por mí, mucha responsabilidad, mucha admiración, los veía casi como semidioses ¿No? Todo lo que hacen, todo lo que pasan, tú te pones a investigar todo lo que hacen y pues para mí pues ser un médico era siempre admirable (M01, p. 3).

Otro término similar al de “semidioses”, que de igual manera hace referencia a una persona que tiene poderes extraordinarios, es el de “héroes”. Al preguntarle a un médico/a sobre el papel de la medicina en la sociedad, respondió:

[Y]o creo que es muy importante, que en las sociedades anteriormente el médico, el profesor y el cura era de los personajes más importantes de la sociedad, porque sí eran influyentes en tema de decisiones y yo pienso que hasta ahorita sí [es así]. [...] A veces dicen que somos héroes sin capa porque a veces no somos reconocidos por la sociedad, ¿no? ¿Por qué? Porque trabajamos en malas condiciones, en cuestiones de insumos, de personal médico y a veces estamos trabajando improvisando, que no sería lo correcto, todo por dar el oficio, por dar lo mejor al paciente, y a veces no se reconoce ese actuar del médico y se le llega a culpar y a crucificar, casi, por un evento adverso o algún evento no prevenible, alguna complicación de su patología, y justifican y tienden a pasarse la responsabilidad del paciente culpando al médico (M01, p. 7).

En este fragmento se puede observar el papel de estatus y poder social que se le confiere a los/as médicos/as como los “personajes más influyentes en la sociedad” por ser “influyentes en tema de decisiones”. Este fragmento nos puede recordar lo que vimos en el capítulo II sobre el papel político que se le otorgó a la medicina a partir del biopoder, como la instancia encargada de influir o intervenir en las decisiones sobre los procesos de vida de la sociedad.

Con el paso de los años ha cambiado el estatus social conferido al personal médico, ahora es común que haya cierta desconfianza de sus diagnósticos, además de que en el caso de La Perla trabajan en un contexto de sobrecarga laboral y precarización.

A pesar de esto, en el imaginario colectivo los/as médicos/as siguen siendo personas “especiales” que deben de ser “cultas”. Aquí un ejemplo: “El médico es considerado como una persona especial, ¿no? Que debe saber muchas cosas, que debe estudiar, que debe ser culto” (M05, p. 87).

Asimismo, algunos/as médicos/as consideraron que su papel no era únicamente procurar la salud de las personas, sino también “educar” y “orientar”: “Yo creo que [el papel de la medicina en la sociedad es] de uno u otro modo el orientar y si es posible, de educar a la sociedad” (M03, p. 44).

Respecto a cómo el personal médico se concibe a sí mismo, en contraste con la concepción de los/as pacientes, variaron las respuestas. En un caso, un médico/a refirió que una parte importante de su ejercicio profesional era recordar que era “humano”, lo cual posibilitaba que pudiera cometer errores:

[...] reconocer que tenemos limitaciones, que somos humanos, que también tenemos errores y bueno que también, sobre todo en salud, hay cosas que no son predecibles y que a veces se escapan de nuestras manos y eso nos genera un poco de angustia cuando planeamos (M01, p. 7).

En cambio, otra persona entrevistada explicó que, aunque se concibe a los/as médicos/as como “algo más que humanos”, no lo son: “nos ven como algo más que humanos, aunque no lo somos” (M05, p. 87).

Foucault propone que la concepción de los/as médicos/as como personas con poderes extraordinarios, asociándolos con dioses o héroes, forma parte de la capacidad que adquirió la medicina positivista de retar la muerte y los límites naturales de la vida, lo cual llevó a concebir a la medicina como la nueva salvación de la humanidad.⁴⁹ Dicha concepción va de la mano con que el personal médico entrevistado conciba a la medicina como imprescindible: “No pues yo creo que [la medicina en la sociedad] es trascendental, más que agarrados de

49 M. Foucault, *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*.

la mano, porque si no, no existiríamos” (M04, p. 65). Este discurso sobre los/as médicos muestra el imaginario desde el cual se construye la diferencia cultural epistémica que existe entre el personal médico y las pacientes.

Desde esta idea de la medicina, ella tiene el poder de que la sociedad “exista”, poder usualmente conferido a Dios, por lo que no sorprende que los/as médicos/as sean “algo más que humanos”, “semidioses” o “héroes sin capa”.

En las entrevistas también se hizo referencia a que este papel de estatus, autoridad y poder social conferido a los médicos ha cambiado, pues ahora se les percibe con cierta desconfianza:

El rol que deberíamos de tener los médicos debería ser como alguien que, más que aliviar, conociera a las personas; pero hay tantos dichos que dicen: que ni curamos a las personas ni curamos a las enfermedades y ni mucho menos a las personas” (M02, p. 26).

O, como vimos en el primer fragmento, ahora a los “semidioses” se les “crucifica” o se les culpa por cuestiones que ellos/as no pueden controlar. La promesa de que la ciencia iba a otorgar únicamente bienestar a la sociedad fue algo que llevó a muchas personas en el siglo XX a decepcionarse de ésta, además de que los malos tratos característicos de la atención en el sistema de salud pública del país y la negligencia han generado desconfianza en las pacientes hacia el personal de salud.

4.6.2 Los respetables, ¿respetuosos?

La noción de respeto fue abordada de diferentes maneras en las entrevistas. En primera instancia fue la palabra que se utilizó mayor número de veces para responder a la pregunta de cuáles deberían de ser los valores primordiales en el ejercicio médico. Asimismo, el personal entrevistado respondió que se concibe a los/as médicos/as como personas “respetables”, aunque cuatro de los/as médicos/as dieron testimonios de actitudes médicas que percibían como una “falta de respeto” hacia las pacientes. Y por último se explicó que dentro de la formación médica existen jerarquías muy marcadas que establecen un ambiente de “respeto” entre el personal médico.

Primero pasemos a analizar el ambiente de “respeto” que existe entre el personal médico. Como vimos en el capítulo III, el respeto a los rangos es un aspecto característico de la cotidianeidad en el hospital y forma parte fundamental de la formación médica. Así, al preguntar sobre qué tanto se aprende de la jerarquía en su formación, todos/as respondieron de manera similar a la siguiente: “en el internado y en la residencia [las jerarquías son] muy marcadas y muy respetadas” (M01, p. 4).

Un residente entrevistado/a, cuando se le preguntó la enseñanza que le había dado la jerarquía médica, respondió: “hay que respetar a los mayores aunque estén equivocados, pero nada más” (M05, p. 84). En cambio un ginecólogo adscrito dijo que era “una pena” que se comenzara a perder el respeto a la jerarquía.

Desde la concepción médica jerárquica, se piensa a las personas de acuerdo a su rango como personas que tiene un nivel “arriba” o “abajo”. Este respeto a la jerarquía forma parte del disciplinamiento del personal médico propuesto por Foucault, con la finalidad de que se vuelvan individuos dóciles y útiles para la institución hospitalaria, además de buscar eliminar las posibilidades de rebelión.

Una vez analizada la cuestión del respeto entre el personal de salud, pasemos a ver cómo se concibe dentro de la relación médico-paciente. Al respecto las respuestas fueron contradictorias. Hubieron médicos/as que hicieron alusión a ser concebidos con “respeto” por las pacientes: “Mira, yo creo que [las pacientes] si acuden con nosotros es porque nos tienen confianza, porque nos tienen respeto y va a depender de cómo las trate uno, también ellas te van a tratar” (M04, p. 68).

En cambio al preguntar sobre qué imaginaban que pensaban las pacientes sobre los/as médicos/as, tres hicieron referencia a que las mujeres pueden tener percepciones negativas por experiencias previas de maltrato:

[H]ay un buffète aquí de médicos, [...] hay quienes son muy amables, son muy amorosos, hay otros quienes realmente no tienen el tacto y la sensibilidad [para] con las pacientes, [...] entonces qué puedan pensar aquí pues dependiendo de quién se les pare en frente o de la suerte que les toque cuando presenten a [...] solicitar una consulta, [...] dependiente de quién le toque, quién la revise, quién la interroge, [...] creo que hay una muy diversa opinión de las pacientes desde algo muy bueno hasta algo muy déspota y denigrante (M03, p. 49).

Este fragmento muestra que el recibir una atención médica respetuosa se piensa como cuestión de “suerte” y no como un derecho. Aunque los/as médicos/as hagan un juramento hipocrático de “respeto” a las pacientes, la persona entrevistada hace referencia a que existen algunos/as que otorgan un trato “déspota” y “denigrante”.

A pesar de que la mayoría del personal médico piensa que es primordial el respeto en su ejercicio profesional, por el tipo de historias y percepciones que los mismos médicos/as contaron sobre algunos/as colegas, es claro que suele haber un ambiente opuesto al respeto durante la atención al nacimiento, ya que a lo largo de las entrevistas se relataron siete historias de maltrato del personal médico hacia pacientes. Los adjetivos mayormente utilizados para describir este tipo de

actitudes del personal ginecologista hacia las pacientes fueron “violenta”, “déspota”, “denigrante”, “grotesca”, entre otros. Es importante recalcar cómo los/as médicos/as perciben esas actitudes como violentas y como un tipo de trato que no es correcto entablar con las pacientes:

[...] trato de entender por lo que pasan las señoras porque el dolor, ese sí, sí duele y ellos [los médicos] a veces no lo entienden, sobre todo las mujeres que son más así, las regañan, les gritan, les dicen y a mí no me parece eso (M95, p. 90).

Aquí hay otro ejemplo de testimonio sobre maltrato:

[...] muchas veces he visto a la doctora más con una forma más grotesca, vamos a decir, a la mujer, ¿Sí? Hay colegas de “No, no, sí, abre las piernas” y como agua va, revisión ginecológica, y uno anda diciendo “Ay señora, por favor, abra las piernas, con cuidadito, esto y lo otro” y hay otras que sin ton ni son (M04, p. 68).

Aunado a las descripciones sobre el maltrato que existe en la atención al nacimiento narradas por las personas entrevistadas, de las mujeres encuestadas un poco menos del 50% esperaba recibir maltrato por parte del personal de salud por experiencias previas que habían tenido en hospitales públicos, o porque que algún conocido/a le había advertido al respecto. Aquí muestro tres ejemplos:

Pues luego dicen muchas cosas, luego dicen: Ay es que son muy malos y te hacen sentir muy mal, y me espantaban (P06).

Pues así como lo platicaban no fue así, que daban malos tratos, que te regañaban pero no fue así (P13).

[En este hospital] fue muy diferente a como te atienden en los otros centros de salud [que son] muy déspotas (P11).

Las mujeres que no tenían imaginarios de maltrato es porque habían tenido una experiencia previa de buen trato en La Perla. Estas respuestas reflejan cómo a partir de la existencia generalizada de una práctica autoritaria y violenta, existe un imaginario y discurso de maltrato respecto a la atención hospitalaria al nacimiento, que contrasta con el discurso que tienen los médicos/as de sí mismos como “respetuosos”.

Lo anterior muestra la existencia de una relación de poder desigual e injusta en la que el personal médico es “respetado” por las pacientes y en cambio las mujeres son maltratadas por ellos/as.

4.6.3 Los que nada más meten los dedos

Otra cuestión que apareció en las entrevistas respecto al imaginario y discurso sobre la medicina y específicamente sobre la ginecología fue el de un desprecio o denostación a ésta por parte de médicos/as con otras especialidades. La ginecología se entiende como una especialidad “sencilla” en la que los obstetras únicamente se dedican a “meter los dedos” en las vaginas de las mujeres y a “cachar niños”. Así al preguntarle a una persona entrevistada sobre cómo se ve desde otras especialidades a la ginecología respondió:

[Tono fuerte, concluyente] Con menosprecio, yo siempre pienso que ven que la gineco es así como “Mete los dedos” [tono exclamativo] y la verdad es que no pero mucho tiempo eso es lo que se pensaba de la obstetricia “cachar niños” pero bueno, pues es muy respetable lo que piensen. [Tono exclamativo, concluyente, grave] Lo que sí es que yo pienso todos ellos tienen esposa y tienen mamá, [en tono de broma, retador, ríe] y si son buenos, pues que atiendan la parte ginecológica. Sí, sí, sí, son pocos los compañeros especialistas que en verdad he visto que sí, que ven con respeto al obstetra, ¿No? A veces nosotros también nos ganamos ese desprecio con los pediatras, [tono serio, de enojo] cuando maltratamos a las pacientes yyy pues, obvio les da coraje recibir a un bebé todo mal, algunas veces nosotros nos hemos ganado ese que nos miren de esa manera [tono serio] pero pues cada quien hace su trabajo y yo procuro hacer el mío (M02, p. 24).

Específicamente sobre el “desprecio” que les tienen los/as pediatras, hubo otro testimonio:

-Desde otras especialidades ¿Cómo se ve a la ginecología?-

-No pues los pediatras nos odian-

-¿Por qué?-

-Que porque luego entregamos niños prematuros y todo el show- (M03, p. 43)

Es interesante analizar los distintos motivos por los cuales los pediatras “desprecian” y “odian” a los obstetras, ya sea porque “maltratan a las pacientes”, o porque reciben a “bebés todos mal” o “entregan niños prematuros”. Aquí hay cuestiones diferentes, el “maltrato” de los obstetras a sus pacientes parte de una decisión que toman los profesionales sobre cómo tratar a las mujeres. En cambio el que nazcan “bebés todos mal” puede dar cuenta de una mala práctica médica que llevó al detrimento de la salud del bebé, o, en algunos casos, el estado de salud de los recién nacidos puede no ser causa de alguna práctica médica o algo que el mismo obstetra pudiera evitar. Por último, que se culpe al obstetra por entregar “niños prematuros” refleja cómo se deposita la responsabilidad al personal médico de algo que ellos no generaron ni decidieron como son los partos prematu-

ros. Lo anterior muestra el papel ideal que se le da a la medicina, como la encargada de intervenir en los cuerpos humanos para salvar de las patologías y la muerte a las personas.

Otro/a médico/a explicó en su entrevista que se piensa a los ginecobstetras con desprecio por ejercer una especialidad sencilla, lo cual también fue abordado en el testimonio anterior:

-¿Y cómo sientes que desde las otras especialidades se ve a la ginecobstetricia?-

-¿Cómo se ve? Ellos piensan que somos unos delfines-

-¿Por qué delfines?-

-Porque somos un animal pensante pero al fin animal- (M05, p. 86).

El testimonio da cuenta de cómo equiparan con animales a los ginecobstetras, soliendo atribuirle a los animales el tener una capacidad de raciocinio “menor” a los humanos y por ende, los/as obstetras tienen una racionalidad “inferior” a la de otros especialistas.

La obstetricia se diferencia de otras especialidades por encargarse no solo de patologías ginecobstétricas, sino también de atender un proceso fisiológico como es el parto que en la mayoría de los casos no es un proceso riesgoso o patológico. Esta especialidad al formar parte del MMH está caracterizada por haber inventado toda una serie de intervenciones quirúrgicas que en muchos casos no son necesarias, si las mujeres no poseen alguna patología tienen la capacidad de parir sin que sea necesario inducir, cortar, o ayudar mediante intervenciones médicas a que el bebé nazca. Con base en esto, el desprecio a la ginecobstetricia por ser una especialidad en la que solamente “se meten los dedos” puede hacer alusión a que no interviene tanto como otras especialidades en el cuerpo de las pacientes.

Por otro lado, si analizamos el sistema de género desigual, desde el que se piensa a las mujeres como inferiores y al cual los/as entrevistados/as no son ajenos, el desprecio a la atención de la salud de las mujeres es algo histórico, ya que como vimos anteriormente, era una tarea por mucho tiempo delegada a las parteras por ser considerada como inferior y cobró interés para los médicos hasta que pudieron diseñar instrumental quirúrgico para intervenir en el proceso del nacimiento.

Retomando los calificativos para describir a los médicos fueron “admirables”, “educadores”, “importantes”, “influyentes”, “héroes sin capa”, “semidioses”, “especiales”, “cultos” y “respetados”. Ahora contrastemos esto con el discurso y las descripciones que dieron sobre las mujeres que paren en La Perla.

4.7 LAS IGNORANTES

Al preguntarle al personal médico sobre cómo describirían a sus pacientes la mayoría utilizó calificativos desde los que se describe a una persona sin conocimientos:

[...] no vigilan sus embarazos como debería de ser, [tono de pena] desgraciadamente, muchas veces por ignorancia, otras veces por cuestión económica, pacientes muy descuidadas en ese sentido, no se nutren bien, no vienen a que las revisen, a veces, híjole, [tono más agitado] sí genera un conflicto porque ¡Uno qué más quisiera! Que la mamá esté sana y el bebé sano, pero si nunca se revisó, no tomó vitaminas, no se alimentó bien, [tono de conflicto] híjole, es bien difícil, ese es como la característica en general, pero una vez que platicas con la paciente, pues creo que la mayoría hay ese descuido por ignorancia (M02, pp. 27 y 28).

“Ignorancia” es un calificativo común entre las personas entrevistadas para definir a las mujeres, la cual fue relacionada con diferentes causales como la precarización o la falta de educación o de cultura. En el siguiente fragmento la persona entrevistada contrasta su experiencia trabajando en un IMSS de alta especialización, con su experiencia trabajando en La Perla:

[...] los pacientes son completamente diferentes a los que yo estaba acostumbrada, allá eran profesores, abogados, y aquí hay pacientes con los que incluso comunicarse es difícil y no sé, su formación me parece [tono enfático] tan tan tan básica, que a veces de cosas tan sencillas es como complicado (M02, p. 21 y 22).

Este párrafo refleja una clasificación que la persona tiene sobre sus pacientes de acuerdo a su nivel de educación formal. Por otro lado, como vimos en el Capítulo III, el empleo de un lenguaje técnico difícil de entender lleva a los problemas de comunicación que se describen en el fragmento de arriba.

Además las personas entrevistadas hicieron referencia a que las pacientes “ignorantes” específicamente tienen “falta de información” sobre el parto y la maternidad:

[...] lo vería como un 50% aquellas que conocen el tema [del parto y la maternidad] y un 50% aquellas que no y eso pues se entiende aquellas que nunca se acercaron a una plática, a pesar de que ha habido pláticas, a pesar de que hay programas de pláticas para el trabajo de parto, del nacimiento y todo y las pacientes quizá no tengan esa cultura o esa educación o ese interés muchas veces (M03, p. 49).

En este fragmento es interesante ver cómo no hay un cuestionamiento sobre la accesibilidad de estas prácticas o la situación de vida de la mujer, sino que se piensa que las mujeres voluntariamente no acuden a éstas por no tener interés debido a la falta de “cultura” o “educación”.

En otra entrevista, la persona describió a sus pacientes de la siguiente manera:

-Son pacientes totalmente desorientadas-

-¿Por algo en particular?-

-[H]ay pacientes que por más que explicas y explicas no, no captan- (M05, p. 88-90).

Respuestas como las anteriores, dan cuenta de un entendimiento de las pacientes como personas que no tienen la capacidad de comprender lo que se les explica, el que “no captan” se le atribuye a una falta de capacidad racional de las mujeres, en vez de cuestionar el uso del lenguaje médico empleado en la relación médico/a-paciente.

Todos los calificativos utilizados como sinónimo de “ignorancia”, ya sea “persona no preparada”, con “falta de información”, “totalmente desorientada”, que “no capta” o “no entiende” nos crean la imagen de una persona sin conocimiento, que no tiene capacidad suficiente como para tomar decisiones, pensamientos que se muestran en la falta de consentimiento que solicita el personal de salud a las mujeres al realizar prácticas sobre sus cuerpos porque desde su discurso quien en verdad tiene facultades para tomar esas decisiones son los/as médicos/as y no ellas.

Dicho discurso sobre las mujeres como personas sin conocimiento o con un conocimiento no válido es reproducido por el MMH que únicamente valida al saber científico y otros conocimientos como el que las mujeres poseen sobre su cuerpo y su parto, por entenderse como parte del “universo popular”, son concebidos como no válidos.⁵⁰

La categoría de “las ignorantes” a su vez tiene subcategorías desde las que se define a este tipo de pacientes. Todas estas descripciones que abordaremos a continuación, desde el discurso del personal médico, están relacionadas u ocasionadas con la “ignorancia”.

4.7.1 La descuidada

Similar a la irresponsabilidad desde la que describen a las mujeres en tanto madres, una respues-

50 C. Canevari, *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*.

ta común entre el personal de salud para describir a las mujeres en tanto pacientes fue el referirse a ellas como “descuidadas”. Aquí un ejemplo que fue una descripción que dio un médico/a respecto a sus pacientes:

[Tono de preocupación] Aaaaay, [guarda silencio], pues la mayoría descuidadas, en el sentido en el que no vigilan sus embarazos como debería de ser, [tono de pena] desgraciadamente, muchas veces por ignorancia, otras veces por cuestión económica, pacientes muy descuidadas en ese sentido, no se nutren bien, no vienen a que las revisen (M02, p. 27 y 28).

Una manera de apelar al “descuido”, es describiendo a las mujeres como personas “sin compromiso” en procurar su embarazo:

Pues bueno, son pacientes que tienen un nivel bajo socioeconómico, un nivel bajo de estudios, mucha falta de información, mucho desconocimiento de su parte del embarazo, falta de compromiso muchas veces hacia ellas y hacia su salud y hacia su embarazo y bueno, todos sus problemas que traen: emocionales, de su casa, de angustia, pues, platicando siempre se ve reflejado, la angustia a lo desconocido, a lo que va a pasar (M01, p. 9).

Similar a la falta de compromiso está la falta de “interés”:

[...] en pacientes que no [desean su embarazo], pues no tienen interés, no llevan la indicación, no se hacen los estudios [tono de reproche], no llevan consultas porque no creen que son importantes, no toman vitaminas, no se ponen vacunas, no se hacen pruebas para hacer diagnóstico (M01, p. 10 y 11).

En la mayoría de las entrevistas al “descuido” de las mujeres se le atribuyen dos causas, un “nivel bajo socioeconómico” o la existencia de un “embarazo no deseado”. Roberto Castro y Joaquina Erviti analizaron esta asociación en diferentes hospitales públicos de México y tras hacer discusiones con médicos/as en grupos focales, dieron cuenta de que las apreciaciones médicas sobre las pacientes suelen hacerse desde categorías morales, lo cual se reproduce desde un discurso en el que existe una relación causal entre las “mujeres descuidadas” y las que tienen “embarazos no deseados”, que al parir serán “pacientes no cooperadoras”.⁵¹ Además los/as autores proponen que el personal de salud concibe el control prenatal como la herramienta para educar a las mujeres sobre cómo deberán de comportarse en el parto,

51 R. Castro y J. Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*.

entonces las pacientes que no acuden a dicho control adquieren una connotación moral negativa y se les concibe como descuidadas.⁵²

Por otro lado, el término “descuido” fue utilizado tanto para referirse a una falta de cuidado de las mujeres consigo mismas como con el bebé. En cambio, únicamente en una entrevista se hizo referencia a la responsabilidad que tenían los hombres coautores del embarazo en el cuidado de su pareja en ese proceso y del bebé. Esto muestra cómo la responsabilidad de la anticoncepción y del cuidado del embarazo y de las crías está delegado únicamente a las mujeres por ser ellas las que se embarazaron “por descuido”, o las que “se descuidan” en el embarazo, o las que “no cuidan” al bebé.

4.7.2 La pobre e incivilizada

Otra caracterización común sobre las pacientes fue el que son personas con pocos recursos, tanto económicos como culturales. Cuatro entrevistados/as al describir a las mujeres que atienden hicieron referencia a que viven en una situación socioeconómica “difícil”, utilizando en algunos casos el adjetivo de “pobreza”:

Pues yo creo que hablaríamos, si seamos sinceros, viendo la forma de todo: lo económico, lo cultural y lo social, yo creo que sí vemos, en cierta forma, o yo lo veo, un grado de pobreza [...] y que eso desencadena todo el resto [la falta de información] (M01, p. 9).

En este fragmento el médico hace referencia a “un grado de pobreza” no solo en lo “económico” sino también en “lo cultural y lo social”, las cuales ocasionan que exista una “falta de información”; a diferencia de la precarización económica, resulta ambiguo comprender a qué se refiere el médico entrevistado cuando habla sobre la “pobreza cultural”. Relacionado a esta “falta de cultura” se habló de la “incivilidad” de las mujeres:

Realmente estamos todavía en una sociedad y aquí en un área [refiriéndose a Nezahualcóyotl] en la que no hemos presentado una civilización muy avanzada que digamos, todavía estamos poquito más que a la antigüita en el aspecto de que, no sé, “mi marido me cuida” y teniendo nueve hijos, osea, realmente no se preocupan (M03, p. 47).

En este fragmento de la entrevista es necesario tomar en cuenta que se hace alusión al municipio de Nezahualcóyotl como un lugar en donde hay personas que no cuentan con una civilización

52 Íbid.

“avanzada”, lo cual, muestra el paradigma científico de la Modernidad que analizamos en el capítulo II, desde el cual se piensa como “incivilizadas” o “atrasadas” a las personas que tienen un marco conceptual diferente del científico.

Campiglia plantea que parte de la connotación negativa le da el personal de salud a las pacientes con falta de recursos económicos y culturales proviene desde la Secretaría de Salud que plantea una definición tendenciosa y generalizadora de las mujeres con condiciones socioeconómicas bajas como personas con embarazos de riesgo.⁵³

Además de que los discursos sobre la “pobreza” y “civilización” provienen de un contexto clasista y racista como es México, desde los que se asocia a las personas con bajos recursos económicos con ser “tontas” o “incivilizadas” o “sin cultura”.

4.8 LA PACIENTE NO COOPERADORA

Hasta ahora el análisis discursivo se ha realizado sobre la concepción que tiene el personal médico respecto a sus pacientes en cuanto madres y personas. En cambio esta sección se elaboró de acuerdo a las clasificaciones que tienen los/as médicos/as sobre la conducta de sus pacientes durante el trabajo de parto.

Las secciones anteriores en la que se rastrearon imaginarios a través de discursos, eran cuestiones que los/as médicos/as piensan sobre sus pacientes pero que no suelen transmitirles directamente, ya que no suelen comunicarles textualmente que las conciben como “incivilizadas” o “malas madres”. En cambio el discurso que tiene el personal de salud sobre las pacientes de acuerdo a su conducta en el trabajo de parto es algo que suelen expresarles durante la atención al nacimiento tanto a las mujeres como a otros miembros del personal de salud. Y además es un discurso concebido como diagnóstico clínico sobre las pacientes.

Por dicho motivo, en esta sección podremos visibilizar de mejor manera cómo opera el discurso y las clasificaciones del personal de salud sobre las mujeres durante la relación médico/a-paciente establecida en el parto.

Tanto en las observaciones como en las entrevistas, pudo vislumbrarse que existe una clasificación general de las pacientes en dos grupos: las pacientes “cooperadoras” y “las que no cooperan”. En la presente sección analizaremos el caso de las pacientes que “no cooperan” por ser las que no cumplen con la expectativa de comportamiento que tenía el

53 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*, p. 222.

personal médico sobre ellas y por ende, son quienes ocupan un lugar con mayor posibilidad de ejercicio de violencia hacia ellas.

A lo largo de toda la investigación, tanto en las entrevistas como en las observaciones el personal de salud utilizó nueve veces el término de “paciente no cooperadora” o “paciente que no coopera”. Para dar un ejemplo de las implicaciones que tiene el uso de dicho término durante la atención al nacimiento, utilizaré dos ejemplos que observé: el primero fue el caso de María.

22 de enero 2019

María estuvo a lo largo del trabajo de parto sola, acostada y con un dolor agudo por las contracciones. Después de un rato se acercaron a su cama y la rodearon cinco internos y estudiantes de medicina, mientras un residente se alista con los guantes para hacerle la revisión cervical. María pujaba y gemía por las contracciones mientras los cinco internos reían y platicaban frente a ella, parecían no importarles el dolor que presentaba porque nadie hacía algo al respecto, únicamente había una enfermera que le daba aire con un abanico y le sujetaba la mano. Cuando pasa la contracción el residente le trata de introducir los dedos en la vagina, a lo que María reacciona tratando de cerrar las piernas y un interno la regaña y con tono fuerte le dice: -No cierras las piernas-, el residente le pregunta si siente ardor, ella contesta que sí y comienza a preguntar a los internos el motivo fisiológico por el que siente eso y empiezan a tener una lección frente a María, mientras ella sigue con contracciones y cuando le realizan la revisión cervical llora por el dolor. Cuando acaban la revisión María descansa de la contracción y la dejan con las piernas abiertas y la vulva completamente descubierta, a la vista de todas las personas que nos encontrábamos ahí; una enfermera que la observa desde la entrada a la Sala de Labor la ve y pide a los internos que la tapen.

Después de un rato la pasaron a la Sala Expulsiva, tenía muchas contracciones, mucho dolor, gritaba por este motivo y se le estaba dificultando mucho pasarse de la camilla a la mesa ginecológica, mientras todo el personal de salud trataba de apurarla. Cuando logró pasarse a la mesa se le dificultó bajar para lograr abrir las piernas y ponerlas en las posaderas, entonces mientras María gemía y lloraba el residente e interno comenzaron a regañarla: -Necesitamos que te bajes más, ¡Bájate!-. María seguía sin lograrlo, por lo que volvieron a regañarla -María, ¡Muévete!- María responde con dolor y excusándose: -Es que me duele mucho- el residente le contesta: -Sí pero necesitamos que te bajes-. María sigue gimiendo, sollozando y comienza a gritar, una enfermera le dice: -Puja-, como María no logra bajarse el residente le sujeta las piernas con los brazos y las baja con mucha fuerza mientras María implora con dolor: -Espérate, me duele, me lastima mucho-, el residente no se detiene y continúa bajándola. Luego el interno le dice como regaño y molesto: -María, si no nos ayudas tu bebé es el que está sufriendo- María únicamente puede responder con dolor: -Me duele mucho-, el interno le responde enojado y con voz de regaño: -¡Acomódate!- María solo puja y grita, mientras sigue sin poder acomodarse.

El pediatra que está frente a la mesa ginecológica, preparado para recibir al bebé, ve la escena, se voltea y dice con tono de condena: -Uuuy no está cooperando-, el interno en pediatría se ríe por el comentario y algunas enfermeras también. Al final le abren con fuerza las piernas, se las ponen en las posaderas, María puja con fuerza y nace su bebé.

En esta narración podemos observar cómo María al no cumplir con las expectativas de obediencia ante las órdenes de los/as ginecólogos/as pasa a ser categorizada como una paciente que “no está cooperando”, discurso desde el que se justifica el ejercicio de violencia hacia ella. En este caso se

ejercieron diferentes tipos de violencia: regaños, amenazas de daño a la salud del bebé e incluso uso de la fuerza, a lo que el pediatra comentó “-Uy no está cooperando-”, como una manera de reprochar la conducta de la mujer y de justificar el comportamiento del residente e internos/as hacia María.

Pasemos a ver otro caso:

10 de enero 2019

Cuando llegué a la Sala de Labor en una de las camas se encontraba Luisa, una mujer de 19 años con su primer embarazo, estaba dormida, una doula estaba trabajando con ella y me platicó que se dormía entre cada contracción.

Una enfermera se acerca a Luisa y la despierta avisándole que le tomará los signos vitales. Después llega un interno y le explica, con tono suave y amable: -Voy a escuchar el corazoncito de tu bebé y voy a revisar cómo vas-. Luisa gime de dolor y el interno al verla le dice -Respire, respire-. Le explica que el dolor que siente es porque está bajando su bebé, le toma el foco fetal y le explica que lo se escucha es el sonido del corazón del bebé. Cuando el interno acaba, la enfermera le explica que la van a mover para revisarla, Luisa llora y solloza y dice: -Me duele, me duele me duele, no puedo, no puedo-, la doula le responde que sí puede, que el dolor va a pasar.

La enfermera comienza a moverla y le dice a Luisa: -Me vas a ayudar, Luisa- y la mueve para quitarle la sábana que tenía debajo, Luisa voltea a ver a la enfermera, le señala la parte baja de la panza y le dice: -Me duele ahí-, la enfermera le explica: -Eso es bueno porque está bajando tu bebé-. Le quita la sábana y se la cambia.

El interno le pregunta: -¿Tiene ahorita contracción? Me avisa cuando tenga contracción, por favor-. Llega el residente, observa a Luisa con contracciones y le dice con tono de convencimiento: -Señora, la vamos a revisar, sabemos que es molesto pero la voy a checar para ver cómo va, necesito que camine, señora, porque si no, no va a mejorar-, se pone los guantes, le explica que sentirá una molestia por la revisión, le hace el tacto y se va.

Después la doula trata de convencerla para que se mueva, Luisa sigue retozándose y sollozando en la cama y le responde: -Ya no puedo-. La doula la incorpora, la levanta y le dice: -Vamos a caminar-. Luisa camina con dolor mientras se sujeta la panza. El interno que le había tomado el foco fetal la ve levantarse y le dice: -Vamos señora, usted puede-. Luisa sigue caminando de mala gana, mientras la doula la acompaña, cuando van de regreso a la cama el ginecólogo adscrito la observa y le dice: -Muy bien señora, camínele-. Luego le pregunta amable -Hay juguito, ¿quiere?- Luisa asiente de mala gana, la adscrita busca el jugo, se lo entrega a la doula y dice: -Se lo toma despacito, para que no vomite y da otras veinte vueltas hasta que nazca- tratando de animarla. Luisa sigue caminando mientras se sujeta por atrás la bata para que no se abra.

El residente se acerca a mí y me pregunta por Luisa, la ve caminando y me dice: -Qué bueno, está muy renuente, si no quería venir que se quedara en su casa- y comenzó a platicarme, sonriente y buscando complicidad, sobre las pacientes renuentes, yo únicamente le contesté que estaba muy bien que se hubiera levantado a caminar.

Luego Luisa explica que quiere orinar y la llevan al cómodo, se sienta en él mientras solloza. Cuando termina gime y la doula le dice: -Respira, respira-. Un enfermero se acerca y le pide permiso a la doula para tomarle los signos vitales.

Después se acerca el interno y le explica que la va a acostar, le pregunta si tiene contracción, Luisa responde que no, le toca la panza, la doula le dice que respire y el interno le toma el foco fetal. Cuando acaba el enfermero le dice: -Dobla tus piernitas- mientras le cambia las vendas. La doula se acerca a Luisa, le explica los beneficios del parto natural y le da reiki.

La doula la acompañaba, dándole masaje en la espalda baja, cuando acabó Luisa se durmió, con la contracción se despertó, sollozó, se retorció fuerte en la cama y comenzó a llorar, desesperada, entonces se acerca a ella el residente y le dice regañándola: -A ver señora, ocupo que nos ayude, cada vez que esté así su bebé se va a subir-. El interno se pone los guantes y gel y le avisa: -Va a sentir húmedo, frío, es el gel-. Luisa trata de cerrar las piernas y se mueve, a lo que el residente le dice regañándola: -Por favor, permítame revisarla poquito-, Luisa continúa cerrando las piernas entonces el residente le dice al interno con voz molesta, con reclamo y decepción: -Ponles una nota, que la paciente no coopera y así, como salga el bebé- y se va.

Las enfermeras y la doula miran a Luisa que continúa gimiendo en la cama y le dicen: -Respira- Luisa les responde: -Ya me quiero ir- una enfermera le contesta con reproche: -Pues párate y camina, ¿Cómo quieres que salga tu bebé? ¿Bien o mal? Si lloras no le ayudas- Luisa no respondió y continuó gimiendo y llorando.

Otra enfermera se acerca, le explica que respire y le pregunta cómo se imaginaba el parto, Luisa responde que se imaginaba una cesárea. Sigue llorando, gimiendo y dice: -Quiero que salga ya, ya me quiero ir-. El residente la ve quejarse, él se ve cansado, se acerca a mí y me dice: -Y si tiene actividad ¿eh? Cuando llegó tenía 4 cm de dilatación y ahora tiene 6- yo únicamente asiento.

Luisa gime y solloza cada vez más fuerte, le dice a la doula: -Ayúdame, llévame ya, ya no puedo, ya no quiero estar aquí, me quiero ir-. Cambian de turno las enfermeras y llega una nueva a revisarla, Luisa le pide que la ayude, a lo que la enfermera responde: -¿Cómo quieres que te ayudemos? Échale ganas ¿Quieres salir con tu bebé?- Luisa responde: -Déjenme ir, por favor, se los pido, me duele, ¿Por qué no me tienen compasión?-. La enfermera continuó revisándola.

La doula tiene que irse y se retira a llenar la bitácora, Luisa se queda sola y únicamente me tiene cerca a mí por lo que comenzó a implorarme que la sacara de allí, que la ayudara, que le dolía y quería estar en su casa. La doula regresa, se acerca a ella y se despide, Luisa la sujeta fuerte y le pide que no la deje sola, que no la abandone, la doula le explica que no está sola, que ahí habrá más gente que la va a ayudar y se va.

Yo también me fui⁵⁴ y desde lo lejos seguía escuchando a Luisa sollozar, gritar y llorar como si estuviera viviendo una tortura.

En este ejemplo podemos observar varias cuestiones, la primera es que el comportamiento del personal de salud no es homogéneo, hay quien trata con amabilidad a las mujeres y las alienta, lo cual, en este caso, tiene relación con el rango que tienen dentro de la jerarquía médica, ya que el interno fue amable con Luisa a diferencia del residente, que tiene mayor rango y poder y se dirigía a la paciente con tono imperativo y regañándola.

En esta jerarquización presente en la atención hospitalaria del nacimiento quien tiene menos poder es la mujer, por ende todo el personal de salud le dice a Luisa cómo comportarse: que respire, que se calme, que se acueste, que camine, únicamente una enfermera le pregunta a qué

54 Por la inseguridad de la zona en la que se encuentra el hospital las doulas tienen un protocolo en el que se recomienda irse del hospital antes de las 7pm o quedarse hasta la mañana del día siguiente. En la ocasión en que observé el caso de Luisa, tuve que irme, al igual que la doula, debido a la hora y porque me regresaba sola en transporte público. Por ese motivo no pude observar el desenlace de su historia ni acompañarla en su parto.

se debe su comportamiento, el resto sólo le reprocha su conducta. Cuando Luisa explica que ella esperaba una cesárea no piensan tomar en cuenta su decisión y hacérsela, en cambio le explican los beneficios del parto. Todos los comentarios del personal de salud van a que ella acepte la decisión que ellos/as tienen de que el nacimiento sea un parto: “¿Cómo quieres que te ayudemos? Échale ganas ¿Quieres salir con tu bebé?”. Incluso cuando la doula está con Luisa el enfermero le pide permiso a la doula y no a la mujer para tomarle los signos vitales.

Luisa tuvo una conducta que no cumplió con las expectativas del personal: gritando, llorando, gimiendo e impidiendo que los/as médicos/as le hicieran la revisión cervical. Su comportamiento fue tan opuesto a lo esperado que el residente me lo hizo ver a mí: “[...] está muy renuente, si no quería venir que se quedara en su casa”.

Todos los comentarios que hace el personal de salud hacia Luisa son para hacerle ver que su conducta no es adecuada y utilizar el chantaje de que su comportamiento puede poner en riesgo la salud del bebé: “[...] párate y camina, ¿Cómo quieres que salga tu bebé? ¿Bien o mal? Si lloras no le ayudas”; ante los gritos, sollozos e imploraciones de Luisa, la reacción del personal es señalarla como una paciente que no hace bien las cosas.

La desobediencia que no es aceptada por el residente es cuando cierra las piernas para impedirle que hiciera la revisión cervical, ante la reacción de Luisa él pasa a clasificarla explícitamente como una “paciente que no coopera”, cuestión que debe de registrarse en su expediente clínico “Ponles una nota, que la paciente no coopera y así, como salga el bebé”.

Autoras como Campiglia han analizado el discurso del MMH que utiliza el riesgo como el factor para justificar intervenciones quirúrgicas sobre el cuerpo de las mujeres.⁵⁵ Por su parte, Canevari ha analizado cómo el personal médico ante problemas o incidentes durante el nacimiento tienden a transferirle la culpa a la mujer, liberándose ellos/as de la responsabilidad.⁵⁶

Basándome en lo anterior, en el caso que estamos analizando, la conducta de “no cooperación” de la mujer es interpretado como un factor de riesgo para la salud del bebé, ante lo cual la culpa de cualquier inconveniente durante el nacimiento es transferida a Luisa, al punto de registrarlo en su expediente médico, utilizando esta categorización como una descripción diagnóstica.

Los casos que analizamos anteriormente muestran lo que vimos en los capítulos II y III

55 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*. p. 220

56 C. Canevari, *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*.

respecto a cómo los hospitales disciplinados son instituciones jerárquicas en las que las mujeres y sus decisiones son colocadas en el nivel más bajo de poder. El personal de salud espera una conducta determinada de las mujeres, que cumplan con el papel de ser cuerpos dóciles, obedientes, que “cooperen” con la atención médica que se les proporciona.

El MMH, como otros dispositivos de poder, tiene un discurso desde el cual se establecen límites entre lo normal y lo anormal: lo normal, lo que se espera de las pacientes es que estén en silencio a lo largo de su trabajo de parto y que acaten las órdenes médicas. En cambio las mujeres como María y Luisa, que gritan, sollozan, piden algo diferente de lo planeado para ellas, o que no acatan las órdenes en el momento que los/as médicos/as ocupan, no cumplen con los parámetros de normalidad, por lo que pasan a clasificarse como anormales, es decir, como pacientes “no cooperadoras”.

Autores como Castro y Erviti han propuesto que esta clasificación de las pacientes como “cooperadoras” o “no cooperadoras” tiene una carga moral por parte del personal médico y como consecuencia las pacientes que no cooperan son concebidas con una condición moral negativa.⁵⁷

Aunado a esto, como vimos con Foucault, los hospitales jerárquicos tienen un sistema de castigo-recompensa para encauzar la conducta de los individuos.⁵⁸ Desde este sistema encuazador Castro y Erviti analizaron cómo para las mujeres que cooperan existe una recompensa que es la entrega de un bebé sano, en cambio con las pacientes “no cooperadoras” la consecuencia es que dejan de prestarles atención, lo que posibilita e incrementa las posibilidades de que el bebé tenga alguna complicación durante el parto.⁵⁹

Los planteamientos explicados pueden observarse en el tipo de trato que otorgó el personal de salud a María y Luisa como pacientes “no cooperadoras”. En las entrevistas al ahondar en el discurso respecto a esta cuestión se hizo referencia a tres actitudes características de las “pacientes no cooperadoras”, las cuales analizaremos a continuación.

4.8.1 La agresiva

El adjetivo calificativo que se utilizó mayor número de veces para describir a las pacientes no cooperadoras fue el de “agresivas”, utilizado para describir a las pacientes que reaccionan de manera “exacerbada” durante el trabajo de parto, de acuerdo a las expectativas de conducta que tiene el personal de salud sobre ellas. Estas pacientes “agresivas” pueden llegar a agredir físicamente a

57 M. Foucault, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*.

58 R. Castro y J. Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, pp. 126-129.

59 Íbid.

los/as médicos/as cuando quieren revisarlas o realizarles algún procedimiento. Así una persona entrevistada al preguntarle sobre la conducta de sus pacientes respondió:

¿La conducta? No, las pacientes aquí suelen ser respetuosas pero siempre, sí una que otra quizás se se salga de las manos, quizá hállese en su dolor, quizás hállese en su desesperación o algo pues, que te puedan faltar el respeto más que verbal sino físicamente pero bueno (M03, p. 51).

En las observaciones pude notar cómo se clasificaba a algunas pacientes como “agresivas”, sin cuestionar por qué reaccionaban de esa manera. Las pacientes en el Área Tocoquirúrgica al estar en trabajo de parto se encuentran en un estado mental en el que se despierta su cerebro reptiliano, instintivo, además se encuentran en un estado vulnerable ya que sus cuerpos están a disposición del personal de salud: pueden ser tocadas, descubiertas o acostadas cuando lo dispongan. En la mayoría de los casos el personal médico entiende la agresión como una actitud característica del embarazo no deseado y no como una reacción ante el estado de vulnerabilidad que genera el ámbito hospitalario en las mujeres en trabajo de parto. Únicamente en una entrevista explicaron que la agresión se podía deber al maltrato que el personal puede ejercer hacia las mujeres: “[...] si tú la empiezas a agredir pues es obvio que va a responder” (M04, p. 71).

4.8.2 La histérica

Otros calificativos comunes para describir a las pacientes “no cooperadoras” fueron el de “histérica” o “alocada”. Aquí un ejemplo:

[L]a paciente, si tu ves, a pesar del dolor que tenga pues son nobles, pocas te llegas a encontrar que de plano el pH se les altera y de plano se ponen histéricas, pero yo creo que de cien te encuentras una, sí, pocas son las que se descanalizan y esto y lo otro (M04, p. 64).

Llaman la atención diversos elementos del fragmento anterior. El primero es el uso del término “noble” para referirse a las mujeres que obedecen a los médicos, daría la impresión que lo utilizan como un sinónimo de “manso”, como cuando uno dice que un perro o un animal es “noble” porque no muerde. En oposición a las pacientes “nobles” están las “histéricas”, describiéndolas como personas a las que “de plano el pH se les altera”, lo que en el lenguaje coloquial es una forma de referirse a la histeria y puede interpretarse como una alusión a las personas que se “acidifican” y

que por ende su comportamiento se vuelve agresivo. También las describe como personas que se oponen a las prácticas médicas que les intentan realizar, ya que “se descanalizan”.

Similar al calificativo de “histéricas” está el de “alocadas”, aquí hay un fragmento de entrevista al respecto: “Sé que hay pacientes que se alocan muy feo y hay que son pacientes cooperativas, muy cooperativas” (M05, p. 90).

El que una paciente se “aloque” es descrito con una connotación negativa, “alocarse” es algo que no debe de pasar y que es contrario a la “cooperación”.

La clasificación de las mujeres como “histéricas” fue una cuestión analizada por Foucault, quien propone que la histeria fue una patologización de la conducta sexual femenina que no cumplía con la expectativa social de pasividad e inexistencia.⁶⁰

Otras feministas han analizado el paradigma patriarcal de la locura en las mujeres, quienes son clasificadas como “locas” cuando se apartan del deber social de la feminidad representada por la maternidad y la conyugalidad, o bien cuando buscan un extremo de cumplimiento de dicho ideal.⁶¹

Marcela Lagarde, feminista mexicana, hace un análisis de la locura femenina y propone que por muchos años fue conceptualizada a partir de la histeria, en la que se pensaba que la matriz uterina de las mujeres era la causa de la locura femenina.⁶² También propone que la locura femenina es diagnosticada por instituciones o individuos de poder, como los ginecólogos (hombres), y socialmente ha tenido una valoración negativa que desencadena actitudes de rechazo o pena social hacia las “locas” o “histéricas”.⁶³

En el caso del hospital, existe una expectativa de la mujer en tanto paciente como alguien dócil y “cooperadora”, entonces al no cumplir con el ideal de conducta es clasificada como “loca” o “histérica”, lo cual lleva, en la mayoría de los casos, a que el personal de salud las rechace a través de dejar de prestarles atención hasta que por sí solas “se tranquilicen”.

4.8.3 La exigente

Otra manera de ser categorizada como paciente “no cooperadora” es ser “exigente” con los médicos/as respecto al tipo de trato o atención que solicitan recibir. Sobre lo anterior, un

60 M. Foucault, *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, pp. 8-9.

61 M. Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*, 2005, pp. 687-727.

62 Íbid, pp. 690-694.

63 Íbid, pp. 694-700.

médico/a al preguntarle sobre los tipos de pacientes que atiende explicó en la entrevista:

[H]ay muchas pacientes que mienten con tal de recibir una atención, hay pacientes que son muy amables, muy tranquilas, muy conscientes y hay otras que sí son un poquito, pues digamos así como agresivas en el aspecto de que llegan así exigiendo un servicio (M03, p. 43).

Esta explicación muestra cómo el médico interpreta como una agresión hacia los prestadores de salud el que las mujeres exijan un servicio determinado, que recordemos es su derecho como usuarias de los servicios de salud pública. Incluso posteriormente explicó:

[O] a veces pacientes se quejan en [imitando voz de reproche de una paciente] “No, pues con derechos humanos” y creo que aquí también tendrían que entrar los derechos humanos contra esas mamás a veces que ¿Qué a tienes que ofrecerle a ese bebé para traer a este mundo? (M03, p. 47).

En este fragmento la exigencia de las pacientes del cumplimiento de sus derechos en la atención al nacimiento es interpretada como una queja y desvalidada por el hecho de que esas mujeres tengan cierto número de hijos/as que la persona entrevistada considera inapropiada. El médico no concibe como sujeta de derechos a la mujer pero sí al bebé, porque éste sí debería de ser defendido de su madre mediante los “derechos” ¿Del feto? Nos quedará la incógnita de a qué sujeto y marco de derechos se refiere.

Este tipo de respuestas refleja lo poco acostumbrado que está el personal de salud a que las pacientes se conciban a sí mismas como sujetas de derechos, por lo que el que exijan ser tratadas como tal es interpretado como una queja o agresión.

Campiglia retomando a Canevari propone que esto parte de una interpretación errónea de la salud pública gratuita: en vez de entenderse como una responsabilidad del Estado y como un servicio que solventa la ciudadanía en su conjunto, es concebido como un servicio que al ser gratuito justifica la mala atención y esta gratuidad es pagada por las mujeres mediante permitir el uso de su cuerpo con tal de recibir atención médica.⁶⁴

Analizando el propio discurso de las mujeres, al preguntarles en la encuesta sobre su percepción de la atención que recibieron y los motivos por los que consideraban que había sido amable el personal de salud, algunas respondieron:

64 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*, pp. 80-81.

Me tuvieron paciencia (P01).

Estaban aguantando mis gritos (P13).

Nunca me hablaron con groserías o golpeado (P04).

Parte fundamental del trabajo del personal ginecobstétrico es lidiar con mujeres en trabajo de parto que sienten dolor por las contracciones y que atraviesan un proceso complejo, ellos/as al decidir esa profesión accedieron a trabajar con pacientes en dichas circunstancias. El que el personal de salud no las hubiera regañado fue interpretado como un favor, como una actitud que se agradece, más que como parte de su trabajo.

Además, ante el discurso colectivo y la expectativa generalizada de maltrato por parte de los prestadores de salud en instituciones públicas, el que no hayan ejercido maltrato hacia ellas es interpretado como una atención amable.

4.9 CONSIDERACIONES GENERALES

Tras haber ejemplificado los discursos tanto de médicos como de pacientes, pasemos a observar qué pasa si se analizan y comparan entre sí las categorías utilizadas para definir a estos sujetos.

Los calificativos empleados para describir el imaginario sobre los/as médicos/as fueron: “semidioses”, “héroes sin capa”, “más que humanos”, “cultos”, “especiales”, “orientadores”, “imprescindibles”, “crucificados” y “los que nada más meten los dedos”. En cambio los adjetivos y sustantivos para describir la práctica médica fueron en algunos prestadores fue: “déspotas”, “grotescos”, “denigrante”, “grito” y “regañó”. Este contraste da cuenta de la idealización que existe respecto a cómo deberían de ser los/as médicos/as, diferente a como en realidad ejercen.

En comparación con los “semidioses”, “cultos” e “imprescindibles” las mujeres fueron descritas como “ignorantes”, “descuidadas”, “desorientadas”, “pobres”, “no preparadas” “incivilizadas” e “inconscientes”. A través de contrastar dichos adjetivos es visible la relación desigual que se establece entre el personal médico y las pacientes y cómo el discurso respecto a ambos sujetos justifica y reproduce esta relación asimétrica.

Aunado a esto, si las pacientes “ignorantes” y “desorientadas” no cumplen con las expectativas de conducta, pasan a ser clasificadas como “no cooperadoras”, “agresivas”, “histéricas”, “alocadas” o “exigentes”.

No hay que perder de vista el sistema de género desde el cual se formulan los discursos analizados. No es fortuito que las categorizaciones patriarcales de la mujer como “tonta”, “pasiva” y “loca” subyazcan al discurso de las entrevistas.

Una cuestión abordada por Castro, Erviti y Campiglia es la deshumanización llevada a cabo por los/as médicos/as hacia sus pacientes. Las actitudes que describimos en la etnografía dan cuenta de ello y se le debe de sumar el discurso sobre las mujeres como “ignorantes”, “pobres”, “descuidadas” y “malas madres”.

Por lo tanto, propongo que el discurso sobre las mujeres como personas, madres y pacientes que tiene el personal médico, crea un caldo de cultivo perfecto para el ejercicio y justificación de prácticas autoritarias y violentas hacia ellas. El concebir a las mujeres como “malas madres”, “desamoradas”, “problemáticas” y “sin compromiso” lleva a justificar prácticas de violencia verbal a través de regaños, amenazas, chantajes y burlas.

Además, si se piensa a las mujeres como “malas madres”, “ignorantes”, “incivilizadas” e “inconscientes” se comprende que los médicos “cultos” y “educadores” se conciban a sí mismos como los/as expertos/as capaces de tomar decisiones sobre la vida reproductiva de las pacientes y que ejerzan prácticas de anticoncepción forzada porque desde su descripción sobre las mujeres no se les piensa como personas capaces de tomar decisiones racionales sobre su vida y cuerpo.

Sin embargo, como en toda situación de asimetría de poder, hay posibilidad de transformación y resistencia. Pasemos ahora a indagar si es que está cambiando el modelo médico hegemónico y el discurso que reproduce sobre las pacientes, el nacimiento y el papel de los médicos en la atención al parto.

CAPÍTULO V

EL PROYECTO MAIO Y LA TRANSFORMACIÓN DEL ÁREA TOCOQUIRÚRGICA

En los objetivos de la presente tesis no estaba contemplado abordar el proyecto MAIO ni sus repercusiones en la atención al nacimiento pero al realizar el trabajo de campo fue evidente la transformación que ha generado en distintos niveles: tanto en cómo se relaciona el personal de salud con las pacientes en trabajo de parto, como con las prácticas médicas que ejercen durante la atención al nacimiento, así como a nivel discursivo, es decir, que el proyecto ha tenido repercusión a nivel de representaciones sociales en cómo el personal de salud concibe al nacimiento y a las pacientes. Por la extensión y relevancia que tienen la descripción y el análisis de los cambios que ha impulsado el proyecto, se le dedicó un capítulo completo a su explicación. A pesar de los cambios, también han habido resistencias en ejercer la atención al nacimiento de una forma diferente por parte de algunos/as médicos/as, por lo que al final del capítulo se explicará cómo coexisten diferentes modelos de atención al nacimiento en una misma Área Tocoquirúrgica.

5.1 LA TRANSFORMACIÓN

El proyecto MAIO y la observación de la práctica de las doulas en la atención al nacimiento han generado un cambio, en diferentes niveles, dentro el personal de salud del HGLPN, desde una transformación en el número de intervenciones en el parto y el establecimiento de la relación médico/a-paciente diferente, hasta una transformación discursiva en la forma como el personal médico concibe al nacimiento, sobre cuáles piensan que son las necesidades de las mujeres en trabajo de parto, sobre su propio ejercicio como médicos/as y respecto a la experiencia de las mujeres que atienden.

En las siguientes secciones abordaré cada una de estas transformaciones.

5.1.1 Transformación en prácticas médicas

El Proyecto MAIO ha tenido repercusiones tangibles en el ejercicio de numerosos ginecólogos/as, residentes e internos/as en el hospital. El actuar de las doulas llevó a visibilizar la importancia

y repercusiones del acompañamiento psicoemocional de las mujeres durante el trabajo de parto: el ser acompañadas ahora se distingue como una necesidad que tienen las mujeres y como una manera de mejorar la calidad de la relación médico/a-paciente.

Por lo tanto, desde el último mes, dado que las doulas no pueden cubrir todos los turnos del hospital, bajo la indicación de algunos/as ginecólogos/as, los/as internos/as y estudiantes de medicina tienen un nuevo rol: son los/as encargados/as de doulear, es decir, de acompañar psicoemocionalmente a las mujeres. Ahora en algunos turnos internos/as y estudiantes caminan junto a las pacientes, les dan masaje, o las apoyan para hacer ejercicios de cadera en la pelota. Estas nuevas prácticas de acompañamiento generan un vínculo entre el personal médico y las pacientes, ahora platican con ellas, les preguntan qué sienten, indagan quiénes son las personas que atienden.

Además ha habido una transformación significativa de las prácticas médicas. Por un lado se ha promovido la posición vertical para parir, el apego inmediato de la madre con el bebé al nacer, la deambulación, la ingesta de líquidos, el cambio de postura durante el trabajo del parto, entre otros. Por otro lado, se han reducido prácticas innecesarias en el parto.

A continuación presento una tabla, realizada por el Proyecto MAIO y de la cual formé parte para su elaboración, en la que se comparan las intervenciones médicas realizadas en quince mujeres sin el acompañamiento de una doula y en quince mujeres que sí tuvieron ese acompañamiento:

Tabla de comparación sobre prácticas médicas realizadas antes y después de la aplicación del Proyecto MAIO

Porcentaje	Sin Doula	Con Doula
Oxitocina intramuscular *	87	64
Deambulación*	0	52.2
Consumo de líquidos*	0	56.5
Corte tardío de cordón umbilical*	4.3	45
Apego inmediato*	13	87
Revisión manual de cavidad*	91.3	58.3
Oxitocina postnacimiento	86	83

Proyecto MAIO, 2019.

Es notable la reducción del uso de oxitocina y de la revisión manual de cavidades a partir del acompañamiento de doulas, así como de la implementación de prácticas que antes no se llevaban a cabo como el apego inmediato o la deambulación.

Durante la observación de nacimientos, se registraron quince recomendaciones dentro del marco del nacimiento humanizado por parte del personal de salud hacia las mujeres, las cuales fueron cuestiones como que en trabajo de parto usaran la pelota de pilates, que se pusieran en cuatro puntos, o darles masaje. De estas recomendaciones nueve fueron realizadas por personal médico y seis por enfermeras.

Durante los partos observados, en el 55.6% de los/as médicos/as realizó apego inmediato mamá-bebé, aunque en la mayoría de los casos poco tiempo y no piel con piel porque la mujer tenía bata, y en el 12.5% hubo una promoción de la lactancia inmediata postparto. También del total de veintiseis nacimientos observados, dos se realizaron en la mesa vertical para partos.¹

5.1.2 Interés por el nacimiento humanizado

A partir de observar las repercusiones de las prácticas de las doulas y del nacimiento humanizado, comenzó a cobrar interés en el personal de salud. A lo largo de las observaciones de nacimientos se registró, en numerosas ocasiones, que cuando había una doula acompañando un trabajo de parto, se acercaban enfermeras o médicos/as para observar lo que hacían e incluso les hacían preguntas para poder replicarlo después. También hubieron ginecólogas con particular interés por prácticas alternativas y se volvieron grandes promotoras del uso del rebozo, de la mesa vertical, de ponerse en diferentes posturas en el trabajo de parto e incluso comenzaron a enseñarle a los/as internos/as a intervenir menos en el parto, a no realizar episiotomías, a no hacer revisión de cavidades si no era necesario, entre otras.

Además, tres residentes decidieron realizar su tesis de investigación para la especialidad en ginecobstetricia sobre algún tema relacionado al nacimiento humanizado, lo cual refleja el reconocimiento y la apropiación de este tipo de prácticas por parte del personal médico.

Sobre el curso de preparación al embarazo que dan las doulas, algunas enfermeras fueron capacitadas por parte del proyecto sobre el modelo de atención humanizada al nacimiento y comenzaron a impartir las clases con las doulas para que posteriormente ellas puedan guiar las sesiones.

1 Véase definición en glosario.

Es importante recalcar que este interés respecto al nacimiento humanizado en la mayoría de los casos es en ginecólogas, residentes y enfermeras mujeres, por lo que cabe cuestionarnos el papel que tiene el género en esta situación, es decir, el que sean mayormente mujeres quienes se interesan por un modelo de atención que promueve hacer acompañamiento emocional y realizar prácticas de cuidado. En las entrevistas, las mujeres entrevistadas explicaron que por haber parido es que pueden comprender la importancia que tienen las prácticas desde el nacimiento humanizado, además de que a ellas no les da vergüenza acompañar emocionalmente a las mujeres. Por ende, al realizar un proyecto de transformación de modelos de atención, es necesario tomar en cuenta el papel que tiene el género en la afinidad hacia ciertas prácticas y tipo de atención, y cómo puede dificultar su apropiación a partir de ciertos roles y estereotipos de género.

5.1.3 Transformación discursiva

Tras haber analizado las repercusiones que ha tenido la implementación del Proyecto MAIO en la práctica médica del personal de salud y en el tipo de relación que establecen con las pacientes, ahora pasaremos a analizar discursivamente, a nivel de significados y representaciones sociales, de qué manera se modificó la concepción del personal médico entrevistado respecto al nacimiento.

El nacimiento humanizado es un modelo de atención que busca transformar el papel, y por ende las representaciones sociales, que el MMH le da al personal médico y pacientes, ya que busca poner en el centro de la atención a las mujeres y concebirlas no como sujetas pasivas sino activas, capaces de tomar decisiones respecto a su cuerpo y parto. Esto implica una transformación en la concepción que el personal médico tiene sobre sus pacientes, ya que, como vimos en el capítulo anterior, a pesar de la implementación del Proyecto MAIO, los/as médicos/as entrevistados/as definen a las mujeres como “ignorantes”, “descuidadas” e “incivilizadas”.² Esto muestra cómo la transformación discursiva implica un cambio profundo, que debe de partir de un cuestionamiento respecto a la concepción que se posee sobre las pacientes.

El proyecto ha generado numerosos cuestionamientos dentro del personal de salud respecto al tipo de práctica que ejercían antes y cuál quieren llevar a cabo ahora. También ha generado reflexiones sobre la importancia de la aplicación del nacimiento humanizado tanto en ellos/as mismos/as como en las pacientes pero pocas personas han generado un análisis sobre el papel que le dan a las mujeres durante el parto. Únicamente en dos personas entrevistadas se ha generado una reflexión al respecto, explicando que ahora se aprecia

² Todas estas fueron palabras utilizadas por el propio personal médico para definir a las pacientes y fue categorizado y analizado en el Capítulo IV.

el esfuerzo de las mujeres durante el trabajo de parto y que es importante respetar lo que decida la paciente.

Ahora pasaremos a analizar en qué sentido se ha dado la transformación discursiva y en las conclusiones de la tesis se realizará una discusión y propuesta respecto a las implicaciones que tiene el que se dé o no una transformación en el discurso.

El discurso obtenido en las entrevistas referente a preguntas sobre el proyecto MAIO y al nacimiento humanizado, fue dividido en tres categorías de análisis discursivo: la primera referente a las concepciones y evaluaciones que tiene el personal entrevistado respecto al proyecto MAIO y el quehacer de las doulas. La segunda sección está encargada de indagar las diferentes definiciones en torno al nacimiento humanizado que tiene el personal médico, así como la relevancia o no que le dan a este modelo. Por último se analizará discursivamente de qué manera la promoción de un modelo de atención humanizada ha influido en la concepción de su ejercicio como médicos/as y en la manera de percibir a sus pacientes.

LAS DOULAS Y EL PROYECTO MAIO

a) Las doulas

Respecto a las doulas y su labor en el Área Tocoquirúrgica todas las personas entrevistadas tuvieron comentarios positivos. Aunque hubo diferentes definiciones sobre qué es una doula, ya que, por ejemplo, fue definida de esta forma: “es aquella persona que acompaña en su trabajo de parto a la mujer embarazada, algo así, [ríe] pues que son muchos factores, que acompaña, educa, concientiza, prepara” (M03, p. 55). O de esta otra: “me parecen mujeres muy calmadas, muy dulces, humildes, caritativas y son muy amorosas” (M05, p. 94).

A pesar de las diferentes definiciones, todas las personas entrevistadas consideraron que son una figura de apoyo importante para las mujeres durante el trabajo de parto y parto: “son una ayudadota, porque tienen más paciencia y como una forma mucho más tranquila de que la paciente mmm se dé valor, les dan mucho valor, les quitan el “Yo no puedo”” (M05, p. 94).

A pesar de que todos los comentarios fueron positivos, en algunas explicaciones se definió a la doula como una persona que su tarea principal es apoyar la labor del personal médico: “Es bueno, es bueno, también [...] porque nos ayuden a que la pacientita se relaje, sea más cooperadora, ¿Sí?” (M04, p. 75).

Respecto a esta definición es importante aclarar que el objetivo de las doulas, a diferencia de esta respuesta, no es “ayudar” al personal médico sino a las pacientes, por lo que el que la mujer “sea más coope-

radora” no es una cuestión que le preocupe a las doulas sino que su experiencia de parto sea más amena. Además la misma persona aclaró lo siguiente:

Con las chicas que han venido acá, como todo, ¿Sí? Necesitan también que tengan conocimiento bien de lo que es la enfermería, de lo que es la medicina, de lo que se puede hacer, de lo que no se puede hacer, eso, ¿Sí? (M04, p. 75).

La respuesta anterior parecería plantear que las doulas no tienen conocimiento “bien” de la enfermería y la “medicina” lo cual puede reflejar una falta de conocimiento sobre la formación que tienen las doulas. Este tipo de creencias pueden partir de la desvalorización que el MMH otorga al conocimiento de personas que no forman parte del personal de salud institucional.

A pesar de que algunas definiciones distan más que otras de lo que es una doula, en todas se puede notar un reconocimiento de la importancia de su trabajo con las mujeres.

b) El proyecto MAIO

La mayoría de las personas entrevistadas refirieron haberse aproximado al tema del nacimiento humanizado a partir del proyecto MAIO. Aquí hay un fragmento de entrevista que da cuenta de esto:

[E]n el internado no eran ni madres [las clases sobre parto humanizado], creo que lo que aprendí lo vine a conocer aquí [en el hospital]. [Antes] sí tuve a lo mejor unas leídas o algo muy burdo, no verdaderamente con la sensibilidad o con ese fervor que se pueda vivir en carne propia y al vivir[lo] (M03, p. 54).

En este fragmento la persona entrevistada considera que las lecturas que tuvo sobre el nacimiento humanizado no fueron suficientes, ya que es algo sobre lo que aprendió hasta “vivir[lo] en carne propia”. Este testimonio nos da pauta para pensar en posibles estrategias para transformar la atención al nacimiento, ya que es algo que debe de aprenderse a partir de la experiencia porque no son suficientes las lecturas informativas como para transformar el modelo de atención hegemónica en que fue formado el personal de salud.

Respecto al Proyecto MAIO y su relevancia en la atención al nacimiento, una persona entrevistada aseveró lo siguiente:

- ¿Y considera que la atención al nacimiento en el hospital es de calidad?-
- Sí, nos siguen faltando unas cosas pero mejor que antes sí.-
- ¿Y eso desde cuándo ha cambiado?Desde que llegó el proyecto.-
- ¿Y cuáles cree que serían las fortalezas del hospital en la atención al nacimiento?-
- El Proyecto [ríe]- (M02, p. 38)

Esto refleja una gran apropiación del proyecto, el cual ya no sólo es promovido y valorizado por agentes externas como las doulas, sino también por el mismo personal médico; se asume como una fortaleza del hospital.

Respecto a otras áreas de trabajo del proyecto a parte del voluntariado de las doulas, como son las jornadas de sensibilización, únicamente una persona entrevistada pudo asistir y al respecto declaró:

- [...]sobre todo la última buena, aunque al principio [a] la psicóloga no le hallaba como el fin a qué iba con sus actividades [...] pero ya luego que nos pusieron a hacer actividades de violencia obstétrica y cómo nosotros le decimos todo eso a una paciente y dije “¡Guau!” qué cosa más fea... [ríe] Pero sí, sí he participado-
- ¿Y entonces te parecieron buenas?-
- Sí, de hecho deberían de hacer más- (M04, p. 94).

Este testimonio muestra la importancia que le está dando el mismo personal médico a la necesidad de cuestionamiento de la relación médico/a-paciente que solían entablar, la cual ahora se concibe como “fea” y como un ejercicio de violencia obstétrica.

EL NACIMIENTO HUMANIZADO DESDE LA MIRADA DEL PERSONAL MÉDICO

a) **Definiciones sobre el nacimiento humanizado**

Dentro del personal médico entrevistado hay definiciones diversas sobre el nacimiento humanizado. En primera instancia, revisaremos las definiciones más diversas que se dieron sobre el nacimiento humanizado y en las siguientes secciones se analizarán respuestas repetidas que reflejan consensos sobre lo que es este modelo de atención, como el respeto al proceso fisiológico del parto hasta entenderlo como un cambio de perspectiva.

En esta primera definición se centra el significado del nacimiento humanizado en la promoción del apego inmediato y los beneficios para el/la bebé:

Fuf, humanizado [...] es que a veces sí y a veces no se puede, pero creo que el nacimiento humanizado es una manera de fomentar y de no precipitar sino de acelerar ese contacto, esa sensibilidad, esa conexión entre recién nacido y madre, ¿No? Que de hecho, ahora sí que comprobado, más que nada, el hecho de que uno lo pegue con la mamá. En el parto humanizado mucha ganancia con el producto [...], creo que para el que más [hay beneficios] es para el producto (M03, p. 54).

A pesar de que en esta definición se utilizan conceptos como “producto” -término que no suele ser utilizado desde el nacimiento humanizado- y que desconoce los beneficios que tiene el modelo de atención humanizada en las mujeres, es importante resaltar las palabras utilizadas para describir los efectos del “parto humanizado” como son “contacto”, “sensibilidad” y “conexión”, cuestiones que, en efecto, son promovidas entre mamá y bebé desde el modelo de atención humanizada.

Esta segunda explicación es la que dista más de la definición de nacimiento humanizado, ya que lo entiende como el apoyo a las pacientes por parte de sus parejas, sobre todo para que esto reduzca los embarazos con poco espaciamiento entre sí:

Bueno, es el apoyo y que es muy bueno para la pacientita siempre y cuando contemos con la infraestructura adecuada para tal. Si nosotros tuviéramos acá una unidad grande, donde dijéramos: “Ah, sí puede estar el familiar para que esté apoyándola” o para que vea también en qué circunstancias es un parto porque uno como hombre que está allá afuera a lo mejor está angustiado[...] pero no está viendo el dolor que la paciente pasa, por eso al rato dice “Híjoles ya la quiero embarazar para otro” y no sabe y no ve porque dices “Híjoles, con estas molestias y todo, yo no me animo” (M04, p. 74).

Hay varios elementos necesarios de analizar en esta definición que se oponen a las propuestas del nacimiento humanizado, como que el objetivo principal sea que el hombre a partir de observar un parto decida no volver a embarazar a la mujer, partiendo del hecho de que es el hombre y no la mujer quien debe de tomar esa decisión. El que la pareja acompañe a la mujer aunque es un “apoyo” para la paciente, es una práctica con el objetivo de que funja como una herramienta educativa para las mujeres. Aunado a esto se utilizan términos como “pacientita”, usando un diminutivo que “empequeñece, infantiliza, desempodera”.³

3 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*, p. 217.

Por otro lado hubo quien definió el modelo de atención humanizada desde un cambio en las prácticas cotidianas empleadas con las pacientes:

[I]mplica tan poquitas cosas como el hecho de darle de beber un poquito de agua, el hecho de dar la mano, el hecho de abrazar, el hecho de cosas tan, tan chiquitas que hacen que tu trabajo de calidad, que hacen que tu paciente se sienta bien, que nada más se pueda mover, que no esté sola (M02, p. 35).

En esta definición el objetivo de estas nuevas prácticas médicas es que la “paciente se sienta bien” y “que no esté sola”, lo cual es un discurso en el que la mujer está en el centro del modelo de atención, lo cual se acerca más a los objetivos de un modelo de atención humanizada del nacimiento.

b) Respeto al proceso fisiológico del parto

Una de las respuestas mayormente repetidas para definir el modelo de atención humanizada al nacimiento fue el del respeto al proceso fisiológico del parto. Al ahondar en estas respuestas a partir de contrastar cómo era la práctica obstétrica antes de la implementación del proyecto, una persona entrevistada explicó:

[...] era pónle, córtale, apachúrrale para que salga rápido, ¿No? Como bien vigilados, [...], la idea era como de [tono de reproche imitando a alguien] “Si no le vas a hacer nada pues mejor mándala a su casa” y si viene aquí es porque tengo que hacer algo entonces le voy a poner oxci, y este mire “Pújele, pújele” porque eran de la idea de “Si no le vas a hacer nada para qué estás aquí” y bueno, así. Acá vine a aprender que no (M02, p. 35).

Esta respuesta muestra el discurso del modelo intervencionista obstétrico desde el cual se piensa que la labor del obstetra es intervenir en el cuerpo de la mujer porque “si viene aquí es porque tengo que hacer algo entonces le voy a poner oxci, y [...] “Pújele, pújele” y “córtale”, “apachúrrale”; aunque un parto sin patologías es un proceso fisiológico que podría no necesitar ningún tipo de intervención más que un monitoreo constante del proceso.

En contraste con este discurso intervencionista que forma parte del MMH, al nacimiento humanizado se le definió por ser un modelo que respeta la fisiología del parto. Al respecto una persona definió al nacimiento humanizado como: “Que todo sea más normal, más natural” (M05, p. 93). Lo cual esta persona relacionó a una disminución de las complicaciones y una mejora en la manera en que las mujeres viven el parto: “Hay menos complicaciones con los partos muy tranquilos” (M05, p. 94).

En los/as médicos/as que han transformado la práctica hegemónica, las intervenciones quirúrgicas se han sustituido por cuestiones como “darle de beber un poquito de agua, el hecho de dar la mano, el hecho de abrazar” (M02, p. 35). Prácticas que acompañan y mejoran el bienestar durante el trabajo de parto sin la necesidad de intervenir en él.

c) **Nacimiento humanizado como cambio de perspectiva**

Al analizar el discurso del personal médico sobre las implicaciones de atender el nacimiento desde un modelo de atención humanizada, llama la atención que dos personas entrevistadas proponen que implica un “cambio de perspectiva” sobre la manera en que se solía atender el nacimiento.

Así, una persona entrevistada al preguntarle a qué cree que se deba que un médico/a implemente o no el nacimiento humanizado respondió: “¿De qué depende? De que le cambien su perspectiva” (M05, p. 94).

Otra persona explicó el cambio del modelo de atención desde el que se decide atender depende de:

Pues tu actitud, tu personalidad, que quieras como abrirte a una perspectiva diferente de como haces tu trabajo y al final de cuentas nadie te obliga, es solo “voy a ver cómo me va” y digo, si al final de cuentas lo que quieres como médico es que tu paciente esté bien, sin ningún problema, al final dices “No, qué diferencia que hay, y además me gratifica mucho” entonces como que no habría por qué dudar el “Ay, voy a hacer esto”, pero sí hay mucha resistencia (M02, p. 36).

Esta definición recuerda a la medicina basada en evidencia, ya que propone que el personal médico debería optar por cambiar su modelo de atención al observar los beneficios de la atención humanizada en las pacientes.

Justamente las personas que definieron el nacimiento humanizado como un “cambio de perspectiva”, son las que entablan una relación médico/a-paciente y que tienen una praxis médica más afín al propuesto por este tipo de atención, lo cual podría deberse a que su definición del nacimiento humanizado parte de vivir el cambio en ellas mismas.

d) **Relevancia de implementar el nacimiento humanizado**

Sobre la relevancia que el personal médico entrevistado considera que tiene la implementación

del nacimiento humanizado, existieron diferentes posturas, desde las que proponen que es algo “imprescindible” como la siguiente respuesta: “Yo pienso que es algo que debería de hacerse imprescindible en cualquier lugar donde se atienda el nacimiento de una persona, llámese una casa de salud en Durango, un hospital, un hospital chiquito” (M02, p. 35).

O quien propone que el nacimiento humanizado genera una actitud de mayor respeto hacia las mujeres y a eso se debe su relevancia: “Ay, mejor trato a las mujeres embarazadas y un poquito de más respeto” (M05, p. 93).

Hasta quien propone que el nacimiento humanizado es algo que tiene “su razón de ser” pero en cambio se centra en que es algo que requiere de la existencia de cierta infraestructura con la que no cuentan en el hospital:

Sí es importante, tiene su razón de ser ¿Sí? Tiene su razón, tiene su por qué, si contamos, te digo, con la infraestructura sería bueno, muy bueno, sería excelente, nos ahorraríamos algunas cosas aunque esto implica tener una unidad más grande con todo lo necesario para que [...] pueda estar hasta el esposo, sería lo más idóneo que estuviera acá para ver (M04, p. 75).

En esta definición la persona considera que el modelo de atención humanizada no se está llevando a cabo actualmente, aunque sería algo “bueno” de llevar a cabo en un futuro que se tenga la infraestructura necesaria.

VIVENCIAS DE LA APLICACIÓN DEL NACIMIENTO HUMANIZADO EN EL EJERCICIO

PROFESIONAL DEL PERSONAL MÉDICO

Al preguntar al personal médico respecto a los cambios que han experimentado a partir de la búsqueda de implementación de un modelo de atención humanizada del nacimiento, los beneficios se explicaron no sólo para las mujeres, sino también para el propio personal de salud. A continuación ahondaremos en los discursos referentes a dichos beneficios.

a) Médicos/as más tranquilos/as

Una de las transformaciones que el personal médico refirió sentir y presenciar a partir de la implementación de un modelo de atención humanizada es que ahora conciben su ejercicio profesional como mucho más “gratificante”. Veamos un primer testimonio: “[...] al final dices “No, qué

diferencia que hay [con la implementación del nacimiento humanizado], y además me gratifica mucho” entonces como que no habría por qué dudar el “Ay, voy a hacer esto””(M02, p. 36).

Además de percibir en su propia persona un cambio, también es algo que notan en el estado anímico de otros/as colegas: “Sí [el nacimiento humanizado] les han cambiado mucho la manera de ser a ciertos doctores, con respecto a eso y estar mucho más tranquilos en el servicio (M05, p. 95).

En un contexto en el que el personal médico trabaja en situaciones estresantes, sobrecarga laboral y falta de recursos, es de gran relevancia un modelo de atención en el que puedan experimentar “tranquilidad” y “gratificación” con su trabajo.

b) Médicos/as que aprecian el esfuerzo de las mamás y su capacidad de decisión

Esta sección fue elaborada por la relevancia de las respuestas en cuanto a la transformación discursiva que reflejan, aunque únicamente dos personas dieron estas explicaciones.

En la primera, la persona entrevistada explica que a partir del nacimiento humanizado cambió su manera de valorar a las pacientes:

-Sí, yo soy de la vieja escuela donde todavía no estaba lo del parto humanizado, donde éramos más así, y este no, ahora es muy diferente, aprecias, aprecias el esfuerzo de una mamá-

-¿Sientes que eso es desde el parto humanizado?-

-No, sí, desde el parto humanizado, porque antes no se veía así- (M05, p. 91).

Este testimonio es de gran relevancia porque da cuenta de dos cosas, la primera es cómo desde el MMH, a lo que la persona hace referencia como “la vieja escuela”, hay una desvalorización del papel que tienen las mujeres durante el parto. En cambio, a partir de la implementación del nacimiento humanizado, se transforma la concepción desvalorizante sobre las mujeres y ahora “aprecias el esfuerzo de una mamá”, se valoriza el papel que tiene en el trabajo de parto, ya no solo se entiende como un suceso que los/as médicos/as atienden y llevan a cabo, sino que también las mujeres tienen un papel en él.

Otra respuesta de fundamental importancia es el de respetar la capacidad de decisión de las mujeres sobre su cuerpo, esta respuesta se dio al preguntar cuál es el principal valor que debe de tenerse en cuenta al entablar la relación médico/a-paciente:

[E]l respeto, [tono contundente] [...] con las pacientes, con [lo que] la paciente cree y con lo que ella piensa, lo que ella quiera, si yo no respeto y vengo a imponer lo que quiero pues ¿Cómo? No vamos a ir a ningún lugar bueno (M02, p. 26)

Esta persona fue la única que considera necesario que el personal médico no imponga lo que “quiere” respecto a la salud reproductiva de las mujeres y que en cambio se respete “lo que ella quiera”. Con el resto de los/as médicos/as entrevistados/as, únicamente se explicó la importancia de entablar una relación de confianza y de explicar con suficiente claridad a la paciente lo que debe de hacer, sin incluir un paso en el que se pregunte si está de acuerdo o no con los procedimientos que se realizarán. En la sección de “Lo que no cambia” se ahondará en las repercusiones que tiene el que no se respete la capacidad de decisión de las mujeres sobre su cuerpo pero es de fundamental importancia documentar, aunque sea un caso, el testimonio de un médico/a que considera importante dicho respeto.

c) **Mujeres satisfechas**

Por otro lado, las personas entrevistadas explicaron que uno de los mayores beneficios del nacimiento humanizado es para las mujeres, quienes viven con mayor emoción su parto:

[...] creo que es una experiencia del obstetra el estar al pendiente tantos meses o estar así preocupado y que no vaya a pasar nada y a eso sumarle que al momento del nacimiento se de ese tipo de expresión o de emoción por parte de la madre, creo que es una emoción que te da mayor satisfacción de lo que puedes llegar a sentir al saber que has cumplido [...] un objetivo de primera instancia que es entregarle a la mamá un bebé, un producto sano, ¿No? Sano, vivo, que lo pueda disfrutar tanto ella a él como él a ella (M03, p. 54).

Que la mujer viva con emoción el parto es algo que también da “satisfacción” al obstetra.

En la encuesta a pacientes, al preguntar los motivos por los que habían evaluado de manera positiva la atención recibida, algunas mujeres hicieron referencia a prácticas que se han implementado desde la promoción del nacimiento humanizado:

[la ginecóloga] estuvo todo el tiempo conmigo, me ayudó, me dio tips para que fuera más rápido (P06).

[...] la enfermera anduvo conmigo caminando, me ayudó a subirme a la pelota (P18).

Ay pues [de la atención me gustó] abrazarlo, besarlo (a su bebé). De cuando nació me lo dieron luego luego (P05).

La doctora que atendió el parto fue muy linda (P02).

Estos discursos de las pacientes reflejan cómo prácticas promovidas desde el nacimiento humanizado como el movimiento libre, el acompañamiento, o el apego inmediato, son percibidas positivamente desde las mujeres y aumentan su satisfacción con la atención recibida.

d) Pacientes acompañadas

Al preguntarle a los/as médicos/as entrevistados/as cuáles son las emociones más frecuentes en las pacientes durante el trabajo de parto, cuatro contestaron que “dolor”, aunque dos aclararon que después del dolor viene felicidad de conocer al bebé. Además se mencionaron otras emociones como “desesperación”, “angustia”, “soledad”, “preocupación” y “tristeza”.

A partir de este panorama emocional percibido en las mujeres en trabajo de parto, podemos comprender por qué el acompañamiento emocional ha sido concebida por ellos/as como una cuestión fundamental de mejora en la experiencia de las pacientes.

Este reconocimiento ha surgido a partir de observar el efecto que tiene la presencia de las doulas en el trabajo de parto y parto de las mujeres:

[E]l papel del acompañamiento lo hemos visto que es muy importante, importantísimo en la paciente y cambia su entorno, no se diga en el momento del parto, ya no se torna en un ambiente angustiante para ella porque ya no siente que esté sola (M01, p. 12).

Esa misma persona entrevistada explicó que el acompañamiento es un elemento fundamental para otorgar una atención al nacimiento de calidad: “[...] que se le haga más acompañamiento a la paciente, que se le explique en todo momento lo que se le va a hacer, lo que está pasando” (M01, p. 15).

Además se explicó que el acompañamiento es algo que “esperan” las mujeres en trabajo de parto por parte del personal de salud:

[...] aquí adentro que están en el trabajo de parto pues esperan estar acompañadas, en vez de estar angustiadas, solas, informarles lo que está pasando siempre porque desconocen muchas cosas que están pasando en el proceso y esperan que uno les comunique qué es lo que está ocurriendo (M01, p. 14).

Otra persona entrevistada explicó que ahora, tras ver los beneficios del acompañamiento en las mujeres, intenta implementarlo de manera cotidiana:

Todos los días platico con las pacientes, les pregunto dónde les duele, trato de aliviar un poco el dolor, que se pierdan un poco del dolor, mientras el trato se hace más ameno y transcurre más rápido el trabajo de parto (M05, p. 93).

Desde la perspectiva de esta tesis, el acompañamiento debe de comprenderse como parte fundamental de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y es de enorme relevancia que en el discurso del personal médico entrevistado se reconozcan los efectos y la importancia que tiene en la experiencia de parto de las mujeres.

5.4 CONSIDERACIONES GENERALES

A partir del discurso analizado en esta sección, pueden concluirse las siguientes cuestiones:

Campiglia, a partir de analizar las repercusiones que tuvo la aplicación de un voluntariado de doulas en un hospital privado en Iztapalapa, concluye que la doula es una pieza clave para promover un vínculo entre el personal de salud y las pacientes, ya que al dedicar su presencia a las necesidades afectivas de las mujeres y mostrar su humanidad, la doula se convierte en una persona que genera vínculo, que establece un puente entre el personal de salud y las pacientes, dentro de un modelo de atención que deshumaniza tanto a pacientes como al personal de salud. Además, la doula al ser una persona que no forma parte de la jerarquía institucional, tiene la posibilidad de sacudir y movilizar la estructura.⁴

En el caso de las doulas del Hospital General La Perla, es evidente cómo logran llevar a cabo lo que plantea la autora. Su trabajo es reconocido desde el personal médico por llevarse a cabo desde una “humanidad”, ya que son definidas con cualidades como ser “pacientes”, “amorosas”, “tranquilas”, que “acompañan”. En cambio, el personal médico fue formado para diagnosticar a las mujeres, controlar su estado de salud y prevenir factores de riesgo, puras actividades que no toman en cuenta la dimensión psicoemocional de las mujeres durante el trabajo de parto. El que exista una persona cuya presencia esté dedicada a procurar exclusivamente esas necesidades humanas ignoradas, muestra al personal médico que es posible llevar a cabo una atención diferente.

⁴ Íbid.

En un contexto en que el personal de salud que trabaja con jerarquías marcadas y sobrecarga laboral, las doulas son personas que llegan a refrescar el ambiente introduciendo dinámicas diferentes: saludan abrazando y estableciendo contacto visual con el personal de salud, se aprenden sus nombres, les regalan un poco de aceite esencial cuando los/as ven cansados/as, le hablan a las mujeres por su nombre, le dan la bienvenida al bebé cuando nace, lloran con la emoción o tristeza de las mujeres, sonríen mientras platican con ellas. Actúan desde el cuidado y la ternura y como lo propone Massiel García, en una sociedad hostil donde únicamente se valoran actividades productivas, actuar desde la sensibilidad, la amabilidad y mostrando emociones son un ejercicio radical, de ternura radical, que en este caso transforma estructuras.⁵

La implementación de un modelo de atención humanizada al nacimiento no implica únicamente la promoción de ciertas prácticas sino también promover un ambiente diferente dentro del cual se da la atención al nacimiento, diferente tanto para las mujeres como para el personal de salud. Este nivel vivencial del modelo de atención humanizada al nacimiento, que el mismo personal médico define como un “fervor”, muestra la importancia de que su implementación no se busque únicamente a través de artículos, normativas o capacitaciones; es necesario que el personal de salud pueda observar y “vivir en carne propia” lo que implica la aproximación al nacimiento y las pacientes desde un lugar diferente.

La OMS recomienda que la atención al nacimiento se de manera interdisciplinaria para poder cubrir las dimensiones biológicas, psicológicas, emocionales y sociales del suceso.⁶ Propuestas como la del proyecto MAIO promueven que se de una atención interdisciplinaria del nacimiento, lo que en consecuencia mejora la experiencia de las mujeres durante este suceso y de paso, también la del personal de salud.

Esto refleja la importancia de que las instituciones hospitalarias estén dispuestas a llevar a cabo proyectos con personas que no forman parte del sector salud institucional.

Campiglia propone que este tipo de intervenciones externas irrumpen el orden establecido y generan espacios de vinculación diferentes entre los actores.⁷ En efecto, el proyecto MAIO a través de las jornadas de sensibilización y del voluntariado de doulas cambia las configuraciones habituales dentro del hospital y posibilita la creación de espacios nuevos que generan reflexión y cuestionamiento dentro del personal médico respecto a sus prácticas y relaciones.

5 M. García, *En defensa de la ternura radical*, s.f.

6 Íbid.

7 Íbid.

Respecto a la transformación de las representaciones sociales sobre el nacimiento, es claro que no existe un entendimiento unánime entre el personal médico entrevistado sobre el nacimiento humanizado. A partir de mi observación del modelo de atención bajo el cual trabajan las personas entrevistadas, puedo afirmar que las definiciones que son más distantes a las propuestas del nacimiento humanizado fueron emitidas por el personal médico que actúa de acuerdo al MMH. En cambio, las personas que han vivido una transformación en la manera de atender el nacimiento, son las que definieron el modelo de atención humanizada de manera más certera y profunda.

Otra aseveración que puedo hacer es que las personas que no han transformado mayormente su modelo de atención, son las que piensan la implementación del nacimiento humanizado como una cuestión que requiere de infraestructura costosa que no se tiene en el hospital, lo cual “justifica” que no implementen el modelo actualmente. En cambio quien tiene mayor afinidad al modelo de atención humanizada piensa que su implementación es algo sencillo que no depende de infraestructura, sino de un cambio de perspectiva y de disminuir intervenciones innecesarias, sustituyéndolas por otro tipo de prácticas como el acompañamiento emocional y respetando el proceso fisiológico del parto.

5.4 LO QUE NO CAMBIA

Como vimos en el capítulo de la etnografía, una de las características de la relación médico/paciente establecida en el hospital es que no se pide el consentimiento de la mujer para realizar intervenciones o tomar decisiones sobre su cuerpo. Prueba de esto es el siguiente testimonio:

Antes hacíamos muchos enemas y la tricotomía y ya no lo hacemos, y también es darle un poquito más de respeto a la paciente a la agresión que se tenía antes porque quieras o no, era una agresión porque no le pedíamos ni permiso (M04, p. 70).

Esta falta de solicitud de consentimiento incluso lleva a que el personal médico tome decisiones sobre si una mujer que tuvo una pérdida gestacional puede ver o no a su bebé al nacer. Analicemos el caso de Elena:

31 de enero 2019

Cuando llegué al Área Tocoquirúrgica Elena estaba en la segunda sección acostada en la cama, yo no entendía por qué. Una doula llegó al mismo tiempo, se presentó con ella y la acompañó a lo largo de su trabajo

de parto. Elena se ve cansada, cada tanto tiempo se duerme y con las contracciones se despierta; mientras intenta dormir llega un interno y comienza a escribir con la máquina de escribir su ficha clínica al lado de ella, lo cual genera ruido que la despierta.

Tiempo después llega el residente y le dice: -Te voy a revisar, Elena, dobla tus piernitas- mientras le abre las piernas y le introduce los dedos en la vagina, Elena gime de dolor, el residente mueve los dedos dentro de la vagina y comienza a salirle líquido porque tuvo ruptura de membranas. El residente le dice: -Ya casi, tienes entre 8 y 9, ya vas a empezar a sentir que pujas y ya solita vas a pujar- y se va.

Después de un rato vuelve el residente, se sienta en el borde de la cama y comienza a decirle a Elena con tono de condescendencia: -Estás anémica, mami, te fuimos a hacer un estudio para saber qué fue y luego hicimos un segundo y salió que estás anémica ¿No sabías que estabas anémica?- Elena con timidez responde: -No-, el residente le contesta: -Es que parece que parece que estabas como desnutrida, ¿Sí comiste bien [durante el embarazo]?- Elena le responde: -Sí, sí comí bien-, a lo que el residente comienza a explicarle: -Es que con la anemia el bebé no se alimenta bien y comienza a hacerle daño al tejido de su intestino y se comienza a infectar, no sé por qué pasa pero así es-. Después le explica que por la anemia le harán una transfusión sanguínea.

De repente a Elena comienzan a darle contracciones más fuertes y comienza a pujar, entonces el residente le dice: -Te ayudo, corazón- mientras le dobla las piernas sobre la panza, le mete los dedos en la vagina y le dice en imperativo animándola y apurándola: -Pújale, pújale, pújale, pújale, pújale, pújale, mami- Elena puja fuerte y de repente para, entonces el residente le pregunta: -¿Se te pasó el dolor?- Elena responde: -Sí- mientras respira hondo y agitado.

Como paran las contracciones el residente comienza a platicar con Elena sobre el lugar en que nació, Elena cuenta que no es de Nezahualcóyotl y el residente explica que tampoco: -Aquí en el Estado de México no me gustó, está bien feo, pero pues aquí estudié y me quedé- ambos ríen.

Elena vuelve a tener contracciones y a pujar, entonces el residente la incita: -Pújale, pújale, pújale, pújale, fuerte, fuerte, fuerte, fuerte- y la felicita: -Eso, muy bien, estás pujando excelente, ¿eh? Así quisiera yo que pujaran todas-. Mientras descansa por la contracción que acabó el residente le pregunta: -¿Con qué te vas a cuidar, mi amor?- Elena responde: -Con el ese del brazo- El residente contesta: -¿Con el implante?- Elena responde: -Ese pero no sé si hay-, el residente le explica que cuando llegue a "piso" lo pida.

Elena vuelve a tener una contracción y el residente vuelve a decirle: -Puja, puja, puja, puja fuerte-, mientras llegan cuatro internos y estudiantes de medicina y se quedan alrededor de la cama de Elena, observándola. El residente continúa diciéndole: -Házte popó, házte de la popó, eso, eso, ahí viene mami, ahí viene, házte popi-. Finaliza la contracción de Elena y el residente aprovecha para explicarle: -Cuando pujes trata de apachurrar el bebé con los músculos de tu abdomen porque le falta poquito a tu bebé para que salga-.

Elena se detiene un rato a descansar, entonces el residente se va y cuando vuelve la contracción se acerca y vuelve a decirle: -Pújale, corazón-. Se sienta al lado de ella en la cama y todos los internos y estudiantes de medicina vuelven a rodear a Elena, mientras el residente continúa animándola a pujar: -Puja, puja, puja, puja, fuerte, fuerte, fuerte, más, más, pújale, suelta el aire y vuelve a respirar- Elena puja muy fuerte hacia abajo y el residente de nuevo la felicita: -Muy bien mi amor-. Se voltea con los internos y les dice: -¿Le llaman al camillero?- se voltea con Elena que pone su mano en la vagina para sentir al bebé saliendo del canal vaginal y el residente le pregunta: -¿Ya lo tocaste? Ese es tu bebé-.

Llega el camillero que trata de mover la cama y yo me muevo para darle espacio y me quedo al lado de Elena, entre la cama y la pared, sin poder salir. Llega el ginecólogo adscrito y al verme al lado de Elena me confunde con un estudiante y me pide que le doble la pierna, yo se la doblo con miedo y después le doy la mano para acompañarla el resto del tiempo. Elena continúa pujando, no da tiempo de llevarla a la Sala Expulsiva. Por el pujo sale sangre y el residente le explica: -Un desgarrito de arriba- mientras le observa la vagina. De repente salen las nalgas del bebé que se ven de color morado y los testículos de color rosa brillante, Elena sigue pujando y el residente le desdobra las piernas al bebé, que se ven completamente flojas y con peso muerto. El residente le dice: -Pújale, mami- entonces comienza a salir el torso del bebé que el residente jala despacio, Elena grita y puja, sale primero un hombro y después otro, el residente le mete los dedos en la vagina para tratar de que salga la cabeza del bebé, sale más sangre y después sale la cabeza del bebé que estaba enredada con el cordón umbilical y cuando acaba de nacer sale mucho líquido.

El bebé de Elena estaba muerto, lo cual yo no había entendido hasta que comenzó a nacer. Nació en la cama, en medio de la Sala de Labor, con internos, estudiantes de medicina, camillero, doula, ginecólogo adscrito, residente y yo alrededor.

El residente le desenredó el cordón umbilical al bebé, comenzó a limpiarlo mientras le dice a Elena: -Ahorita te lo enseño, mami-, el ginecólogo adscrito la escucha y le responde al residente: -¿Para qué? Sólo le vas a hacer más grande su trauma-. Al residente no le queda más que obedecerlo, entonces envuelve al bebé en una sábana, mientras Elena trata de levantar la cabeza para poder verlo. Cuando acaba de envolverlo, el residente se voltea con un interno y pide que lleve al bebé a pediatría. Los internos, enfrente de Elena, comienzan a discutir entre si le toca a pediatría o a ginecología llevárselo, mientras se pasan el bebé como si fuera un objeto.

Llevaron a Elena a la Sala Expulsiva para el alumbramiento, mientras dejan al bebé muerto en la mesa de revisión pediátrica, envuelto completamente en la sábana. Un interno comienza a coser a Elena, le pone mucha anestesia y el residente y otros internos observan cómo se le inflama la vagina porque le puso un exceso de anestesia. Los internos y residente comienzan a hablar y reír al respecto, mientras Elena está seria, viendo el techo.

Cuando acaban de coser a Elena la limpian y en frente de ella, como si no estuviera ahí acostada escuchándolos tras la muerte de su hijo, el residente le pregunta a los internos si vieron la maniobra que hizo para sacar al bebé de nalgas.

El residente e internos se van y Elena se queda sola con la doula, que le da la mano, la acompaña y después de un rato le pasa al bebé para que pueda verlo, lo deja en la mesa obstétrica al lado de ella, mientras Elena lo ve y llora desgarradoramente.

En este caso podemos identificar diferentes tipos de violencia por parte del personal médico hacia Elena, desde la falta de respeto a su intimidad en un momento tan doloroso e íntimo como es el parto de su bebé muerto, así como la insensibilidad al manejar la situación y pasarse de mano en mano al bebé como si fuera un saco de papas, o describir frente a ella cómo recibir a un bebé podálico sin tener la consideración de explicar esto en otro lugar para que la mujer no escuche cómo su pérdida gestacional se convierte en una clase para los estudiantes, o el reírse por la inflamación vaginal que le causó la anestesia. A la par de estas actitudes el residente también trató de amenizar el proceso a Elena, platicando con ella, felicitándola por cómo estaba pujando o teniendo la intención de enseñarle a su bebé.

Una de las mayores violencias, por la cual puse esta observación en particular, es que a pesar de la intención del residente de mostrarle a su bebé, el ginecólogo adscrito anula completamente la capacidad de decisión de Elena sobre su pérdida gestacional y decide que lo “mejor para ella” para no “agrandar” su “trauma”, es que no vea al bebé. El adscrito no tuvo dentro durante nueve meses a ese bebé, ni sabe quién es Elena, ni qué significará para ella esa pérdida, ni si será traumático ver a su bebé muerto o no, ni sabe cuál es la mejor manera para que ella lo procese. A pesar de ese desconocimiento, en ningún momento se detiene a preguntarle a Elena qué es lo que ella considera que es mejor para su proceso, a diferencia del residente que lo primero que hace es tratar de asegurarle a Elena que vea a su hijo, que por cómo le informó que le enseñaría al bebé, daba pie a que Elena respondiera que no deseaba verlo.

Es la doula, que no forma parte de la jerarquía médica y que no tiene la obligación de acatar las órdenes del adscrito, la que se da la libertad de mostrarle a Elena su bebé, de permitirle que comience a procesar el shock de parir una pérdida gestacional y por lo tanto, es con ella con quien se permite comenzar a llorar lo vivido.

Este caso refleja cómo en algunas personas dentro del personal médico existe un discurso y concepción sobre sus pacientes en el que se les piensa como personas con nula capacidad de decidir sobre sus procesos reproductivos, lo cual se muestra en la inexistencia de solicitud de consentimiento al tomar decisiones tan importantes como ver o no a un hijo/a muerto en el embarazo.

A diferencia del MMH, el modelo de atención humanizada al nacimiento pone en el centro de la atención a las mujeres, lo cual requiere que sean concebidas como seres capaces de tomar decisiones racionales y autónomas respecto a su vida reproductiva. Pero si se sigue reproduciendo un discurso en el que las pacientes se piensan como “ignorantes”, “descuidadas” o “incivilizadas”, pueden transformarse ciertas prácticas de atención al nacimiento pero seguirá sin ponerse en el centro de la atención a la mujer. Como consecuencia, un modelo de atención humanizada en el que no se cuestionan las concepciones que se tiene sobre las pacientes, puede llevar a poner en el centro de la atención la promoción de prácticas humanizadas y, una vez más, no a las mujeres y su capacidad de decisión sobre su parto.

Esto pudo observarse en algunos casos en que las mujeres no aceptaban el acompañamiento de las doulas, el personal de salud las percibía de manera negativa, o me decían cuestiones como “Pónganlas a caminar, aunque no quieran”. O en un caso en que un trabajo de parto tuvo que finalizar en una cesárea, la enfermera le dijo a la mujer “Todo el trabajo que hicimos para que termine en cesárea”, como si fuera el personal de salud quien hizo el trabajo y no la mujer, además de culparla, sutilmente, por que no pudiera ser parto y terminara en cesárea.

Esta representación social sobre las mujeres como seres incapaces de tomar decisiones sobre su propia vida tiene profundas raíces patriarcales. Sin el cuestionamiento respecto al papel que tiene el régimen simbólico patriarcal y el discurso de género en las prácticas médicas, aunque se busque promover un modelo de atención diferente, antes se pone en el centro de la atención la promoción de prácticas humanizadas que a las mujeres como sujetas tomadoras de decisión.

Por todo lo anterior la promoción de un modelo diferente de atención al nacimiento y a la salud de las mujeres, debe de tener una perspectiva de género que tome en cuenta las repercusiones que tiene el discurso de género y las representaciones sociales sobre la mujer en la relación médico/a-paciente y que no se reproduzca, a nivel salud reproductiva, una imposición patriarcal de decisiones externas sobre el cuerpo de las mujeres y lo que es “mejor” o no para ellas.

CONCLUSIONES

A lo largo de la tesis se ha analizado la atención hospitalaria al nacimiento desde diferentes perspectivas y enfoques, comenzando con un análisis histórico sobre cómo en México se comenzó a atender el nacimiento en hospitales y cómo se ha transformado el ejercicio de la maternidad a partir del contexto político mundial y del país. Posteriormente, se hizo una contextualización de la atención al nacimiento en el Estado de México y específicamente en el HGLPN, así como una descripción del proceso de atención y del tipo de relación médico/a-paciente que se entabla durante este suceso. Una vez descrito el contexto histórico y actual en el que se da la atención al nacimiento, se realizó un análisis crítico del discurso, emitido tanto por el personal médico como por las pacientes, sobre las representaciones sociales respecto a la maternidad, la medicina, el nacimiento y la conducta de las pacientes durante el trabajo de parto, y se propuso qué implicaciones tiene dicho discurso en el tipo de relación médico/a-paciente que se entabla en el hospital. Por último se explicó en qué consiste el Proyecto MAIO y cuáles han sido las repercusiones que ha tenido en el modelo de atención al nacimiento que se lleva a cabo en el hospital y en el discurso del personal médico sobre las pacientes y el nacimiento.

El análisis realizado a lo largo de la investigación fue desde un enfoque interdisciplinario, utilizando teorizaciones y metodologías de los estudios críticos del discurso, el feminismo y las ciencias sociomédicas. El objeto de estudio en el que se centró la tesis fue en los discursos existentes alrededor de la atención al nacimiento y el ejercicio de la maternidad.

Para poder analizar dicho discurso de manera más estructurada, profunda y de acuerdo a la metodología del ACD se crearon categorías y subcategorías, de acuerdo a los calificativos rastreados en las entrevistas y encuestas en torno a la maternidad y la atención nacimiento.

Respecto al discurso en torno a la maternidad se crearon tres categorías: “las buenas madres”, “las malas madres” y “las madres por obligación”. Cada una tuvo sus respectivas subcategorizaciones de acuerdo a los matices discursivos encontrados en el tema. Para las “buenas madres” únicamente se utilizaron calificativos que responden a un ideal de la maternidad, definiéndolas como “las que se completan como mujeres”, “las que viven lo más bonito que puede haber”, “las bendecidas por Dios” y “las que aman incondicionalmente”.

En oposición a “las buenas” están “las malas madres” que son “las irresponsables”, “las que sacrifican al bebé”, “las que no amamantan” y “las desamoradas”. La mayoría de los/as médicos/as entrevistados/as al describir el ejercicio de la maternidad de las mujeres que paren en La Perla utilizaron calificativos dentro de la categoría de las “malas madres”.

Como parte de las “malas madres” pero analizada en una sección a parte está la categoría de “las madres por obligación”, aquellas que no decidieron serlo lo cual implica una violación de sus DSyR, motivo por el cual fue analizado en una categoría diferente. Dentro están “las madres adolescentes y solteras” y “los bebecitos chisboteados”. De los/as médicos/as entrevistados/as la mayoría explicó que un gran porcentaje de las mujeres que acuden al hospital tienen embarazos no deseados y entran en esta categoría; también algunas mujeres encuestadas hicieron referencia a que su embarazo no fue planeado.

A partir de estudios feministas sobre la maternidad, se analizó el hecho de que hacia las mujeres categorizadas como “malas madres” suele existir una condena y actitudes punitivas. A partir del ACD realizado y de las observaciones en el Área Tocoquirúrgica, una de las propuestas de la presente tesis es que el discurso del personal médico sobre el ejercicio de la maternidad de la mayoría de sus pacientes las clasifica como “malas madres”, a partir de lo cual las señalizan discursivamente durante la atención al nacimiento. Dicha señalización, en consecuencia, justifica el ejercicio de violencia verbal hacia ellas, a través de regaños o burlas.

Por otro lado, se analizó el discurso referente a la manera como el personal médico se concibe a sí mismo y a sus pacientes en tanto tales. Se crearon tres categorías de análisis “los que saben”, “las ignorantes” y “la paciente no cooperadora”. En oposición a los calificativos para describir a las pacientes, las subcategorías para describir a los/as médicos/as fueron como “algo más que humanos”, “los respetables” (cuestionando dicho imaginario con sus propios testimonios de ejercicio de violencia por parte de colegas) y “los que nada más meten los dedos” (la cual fue una categoría creada a partir de concepciones de otros médicos/as especialistas respecto a la ginecología).

En cambio, dentro de la categoría de las pacientes, nombrada como “las ignorantes”, se encuentran las siguientes subcategorías: “la descuidada” y “la pobre e incivilizada”.

Además se creó la categoría de “la paciente no cooperadora” referente a todas las mujeres que no cumplen con la expectativa de conducta del personal de salud, con las subcategorizaciones de “la agresiva”, “la histérica” y “la exigente”.

Dentro del discurso para describir al personal médico hubo controversias: a los/as médicos/as y su papel en la sociedad se les describió como “imprescindibles” y “respetuosos”. En contraste, se mostró un desprecio de médicos/as especialistas que conciben a la ginecología

como “nada más meter los dedos”; aunado a esto hubieron numerosos testimonios de ejercicio de maltrato y violencia hacia las mujeres durante la atención al nacimiento por parte de colegas.

En cambio, dentro de las categorías para definir a las mujeres que se atienden en el HGLPN hay un común denominador: se tiene un discurso de ellas como personas incapaces de tomar decisiones sobre su vida, a partir de definir las como “ignorantes”, “irresponsables”, “descuidadas”, “incivilizadas”, “usadas”.

A partir de los resultados encontrados en la investigación es claro cómo se reproduce un discurso que justifica y legitima que entre el personal médico “respetuoso” e “imprescindible” y las pacientes “ignorantes”, “histéricas” e “incivilizadas” exista una relación asimétrica de poder y epistémica.

Todas las categorías y subcategorías obtenidas en el análisis dan cuenta de cómo se reproduce discursivamente la relación de poder desigual que existe entre el personal de salud y las pacientes. En las investigaciones de Castro, Erviti y Campiglia se ha analizado de qué manera se reproduce la relación médico/a-paciente desigual y autoritaria a partir de un habitus, de la violencia simbólica y de una deshumanización de las mujeres por parte del personal de salud. El aporte de la presente investigación fue analizar a partir del discurso de los propios médicos/as cómo se conciben a sí mismos/as y a sus pacientes y dicho discurso qué papel tiene en la reproducción de la relación de poder asimétrica dentro de la cual se da la atención al nacimiento. La propuesta central de la presente tesis es que partir de esta imposición de marcas y clasificaciones discursivas sobre las mujeres, su conducta en el trabajo de parto y su ejercicio de la maternidad, se justifica, legitima y reproduce el ejercicio de violencia hacia ellas.

A pesar de que la investigación se realizó únicamente en un hospital, los discursos registrados dan cuenta de un imaginario colectivo mostrado a partir de las representaciones sociales sobre la maternidad y el nacimiento, las cuales conforman imágenes mentales compartidas en nuestra sociedad. Dichos discursos, imaginarios y representaciones se formulan desde un contexto patriarcal y machista, y el ACD elaborado expone esta cuestión.

El que se describa a las madres que acuden al HGLPN como “descuidadas”, “irresponsables”, “que sacrifican al bebé”, son calificativos que muestran cómo se crean imágenes mentales patriarcales sobre la maternidad desde pensar a las mujeres como un ser para los otros, con la responsabilidad total de cuidar y amar incondicionalmente a sus crías.

El que también se les describa como “ignorantes”, “incultas” e “incivilizadas”, da cuenta de cómo el clasismo crea prejuicios desde los cuales se piensan a personas de determinadas clases socioeconómicas.

En cambio que a los/as médicos/as se les describa “como algo más que humanos”, “imprescindibles” y “respetuosos” muestra el estatus social que se le ha conferido al personal de salud en nuestra sociedad.

Los resultados muestran los aportes que pueden tener el ACD en los estudios feministas de la interseccionalidad, a través de rastrear las conceptualizaciones que se generan en la sociedad sobre las distintas formas de opresión en las que se encuentran las mujeres.

El discurso rastreado es resultado de un proceso histórico que se analizó en el primer capítulo. En éste se revisó cómo a partir de la Modernidad se transformó rotundamente el contexto político y cultural, ya que la ciencia se convirtió en el nuevo paradigma de interpretación de la realidad y en una herramienta del Estado para controlar la población. En consecuencia, los científicos -únicamente hombres en un inicio- se convirtieron dentro del imaginario colectivo en los sujetos con autoridad epistémica y social para la toma de decisiones. Específicamente en el caso de la medicina, desde del siglo XIX ésta se institucionalizó como una ciencia. Desde ese siglo los médicos (hombres) adquirieron una particular importancia política y estatus social, sobre todo, a partir de la relevancia que cobró la higiene y el biopoder en ese siglo.

Así, una política estatal para controlar la vida desde su inicio fue institucionalizar la atención al nacimiento en los hospitales, desplazando a las parteras quienes históricamente fueron las encargadas de atender los procesos reproductivos de las mujeres. A partir de los estudios feministas sobre el tema, pudo concluirse en la investigación que el biopoder afectó de manera diferente a las personas de acuerdo a su sexo, ya que todas las políticas de control reproductivo fueron y actualmente están dirigidas principalmente hacia las mujeres. De ahí la importancia que ha tenido el surgimiento de la ginecología, como la especialidad encargada de la atención de las mujeres y de la promoción de políticas poblacionales.

Con la Modernidad no solo se transformó la atención al nacimiento sino también el ejercicio de la maternidad, que pasó a ser un asunto de interés político para los grupos en el poder, interesados en el control de las mujeres y de la crianza de los nuevos ciudadanos. Para llevar a cabo este proceso fue necesaria la creación de un discurso que diera una nueva función social a la maternidad, desde clasificar a las madres como “buenas” o “malas” de acuerdo a qué tanto cumplen con los ideales y expectativas sociales. Y los médicos y enfermeras adquirieron la responsabilidad de educar a las nuevas madres sobre cómo criar de mejor manera a sus bebés.

Este proceso de transformación de la atención al nacimiento y del ejercicio de la maternidad requirió de una legitimación y reproducción discursiva de las nuevas relaciones de poder que desencadenó entre las mujeres y el personal médico. Las categorías discursivas analizadas en la

investigación dan cuenta de la vigencia de dicho discurso en la actualidad, el cual aunque se ha transformado y cuestionado (principalmente a partir del feminismo), sigue formando parte del imaginario colectivo. Las pacientes siguen siendo “las ignorantes” y el personal de salud “los que saben”.

El uso de los ECD, tanto teórica como metodológicamente, mostraron los aportes que pueden tener en el estudio del ámbito de la salud con perspectiva de género, ya que permite rastrear las significaciones sociales que los sujetos le dan al proceso de salud/enfermedad/atención, tomando en cuenta cómo influye el discurso de género en dichos procesos de significación.

Otra cuestión de la que pudo darse cuenta a partir del análisis discursivo fueron dos cuestiones que coexisten al mismo tiempo: así como existe un discurso sobre las pacientes como personas incapaces de tomar decisiones sobre su vida reproductiva, y se entabla una relación médico/a-paciente que no toma en cuenta la decisión de las mujeres sobre sus procesos reproductivos, también está ocurriendo una transformación en el modelo de atención al nacimiento que se lleva a cabo en el hospital. La presente investigación muestra la diversidad de modelos de atención que pueden coexistir en un mismo hospital, ya que hay quien tiene un ejercicio desde el MMH, como quien se está cuestionando y transformando su praxis y el tipo de relación que entabla con las mujeres.

La siguiente sección de estas conclusiones discutirá la presencia simultánea de un modelo de atención humanizada y uno violento en la misma Área Tocoquirúrgica, para posteriormente dar recomendaciones para la mejora de la atención al nacimiento desde un enfoque intercultural y de justicia reproductiva.

VIOLENCIA Y TRANSFORMACIÓN

Así como se elaboró un registro del discurso entablado durante la atención al nacimiento y de las transformaciones en el modelo de atención en el hospital, a lo largo de las observaciones en el Área Tocoquirúrgica también se registraron diferentes acciones o comentarios por parte del personal médico hacia las pacientes que pueden ser catalogados como violencia obstétrica desde las definiciones de Castro, Erviti y Campiglia, descritas en el capítulo I. Cabe mencionar que se registró ejercicio de violencia obstétrica tanto de médicos/as hombres como de mujeres. A continuación pasaré a dar cuenta de éstos actos, a partir de una clasificación de los distintos tipos de violencia presenciados.

Violencia física: A lo largo de las observaciones registré cuatro ocasiones en las que se buscó que las mujeres acataran las órdenes de los/as médicos/as haciendo uso de la fuerza física, dos

veces abriéndoles con fuerza las piernas cuando intentaban cerrarlas, una vez poniéndolas en las piñeras y una última en que jalaron con fuerza el cuerpo de la mujer para que se acomodara en la mesa obstétrica.

Regaños: En total se registraron diecisiete regaños por parte del personal de salud hacia las mujeres. La mayoría se hicieron con la finalidad de que ellas bajaran su cadera al estar acostadas en la mesa obstétrica, también por no haber llevado un control prenatal, por la manera en que respiraban durante el trabajo de parto, para que abrieran “bien” las piernas en la revisión cervical, por intentar vomitar y no hacerlo en una palangana, por tratar de tocar su vagina durante la expulsión del bebé o por no contestar cuando les hicieron una pregunta.

Amenaza con daño a la salud de bebé: En total se presenciaron diez amenazas de daño a la salud bebé por la manera en que respiraban las mujeres, o por gritar, con la “justificación” de que estas acciones podían “asfixiar” al bebé, lo cual es una mentira.¹ Además, en un caso se amenazó a la mujer con dañar a su bebé por cerrar las piernas aunque el bebé ya había nacido. En la mayoría de los casos se utilizaba la amenaza de que el bebé se “sube” o “sufre” cuando la mujer “no coopera”.

Desacreditación del dolor de las mujeres: A lo largo de las observaciones el personal médico invalidó diez veces el dolor que sentían las mujeres, ya que en vez de modificar su práctica para generar menos dolor, únicamente les informaban que faltaba poco para terminar. Además, si las mujeres hacían la solicitud de detenerse un momento mientras las cosían, lavaban o revisaban, las ignoraban.

Chantaje para la aceptación de un método anticonceptivo: Durante las observaciones en cuatro ocasiones se escucharon comentarios por parte del personal de salud a las mujeres para chantajearlas o “convencerlas” de aceptar la aplicación de un método anticonceptivo, utilizando frases como “Imagínate, pañales de este bebé, de tu otro bebé, mejor piensa en operarte en vez de tener otros y darles de mal comer”.

Segato propone que la violencia tiene dos formas, una instrumental con una finalidad particular y otra expresiva que tiene el objetivo de visibilizar el control que se tiene sobre la voluntad

1 Rachel Reed es una partera inglesa que ha dedicado su vida y doctorado a la creación de investigaciones sobre el nacimiento centradas en la mujer y basadas en evidencia científica. Ella propone que el parto es un momento en que se desactiva el neocórtex y activamos el cerebro mamífero, lo cual lleva a que las mujeres reaccionen de diferentes maneras “instintivas” como gritar o gruñir. Ella plantea que todas estas acciones benefician al trabajo de parto de la mujer y no generan ningún tipo de complicación en la salud ni malestar en el bebé, más bien son cuestiones que facilitan su expulsión. En cambio Reed propone que el pedirles que se mantengan en control y tranquilas durante el parto son solicitudes que parten de un juicio hacia las mujeres que emiten ruidos durante el trabajo de parto, ya que culturalmente se les piensa como personas que no deben molestar a los demás. Cfr. R. Reed, *Judging Birth*, 2011.

del otro/a.² Asimismo, explica que los actos violentos pueden entenderse como enunciados con una intención comunicativa.³

A partir de esta definición analicé los tipos de violencia que se observaron durante la atención al nacimiento. El uso de la fuerza para que las mujeres adquirieran la posición que el personal médico desea puede entenderse claramente como un ejercicio de violencia expresiva: el personal médico desea que las mujeres se acuesten en la mesa obstétrica con las piernas abiertas, la cadera abajo y la vagina completamente abierta, postura que es la más dolorosa para un parto,⁴ que incomoda a las mujeres que tienen contracciones y están a punto de expulsar al bebé. Cuando ellas no se posicionan de la manera en que el personal médico desea, suelen solicitárselos, la mayoría de las veces, de una manera firme, algunas veces en tono violento, lo cual puede entenderse como una violencia instrumental, ya que el personal de salud le habla de esa forma a la mujer con la finalidad de que se posicione de manera adecuada (para el personal médico, no para ella). Después de que el ejercicio de la violencia instrumental no funciona y la mujer no obedece las instrucciones, se pasa a un ejercicio de violencia expresiva, agarrando las piernas de la mujer y jalándola con fuerza hacia abajo en la mesa obstétrica y abriéndole las piernas, con lo cual el personal médico le expresa a la mujer el poder que tienen sobre su cuerpo y mandando el mensaje de que si no “cooperan” pueden hacer el uso de la fuerza que sea necesario.

En el caso de los regaños, la amenaza con daño al bebé y el chantaje para el uso de anticonceptivos puede observarse un ejercicio de violencia instrumental que tiene la finalidad de que las mujeres se comporten como el personal de salud espera, es decir, con una conducta de obediencia total a sus instrucciones. El que una mujer grite o se mueva son conductas que el personal de salud considera como inadecuadas y decide ejercer una violencia instrumental y verbal a través de regaños o chantajes con el objetivo de encauzar la conducta anormal de la mujer. Lo anterior muestra cómo la violencia es un acto discursivo con la intención de comunicar algo, en este caso es un llamado a la mujer para que “se comporte”.

Además, como vimos en el capítulo IV, a estos actos de violencia verbal subyace un discurso sobre la maternidad sacrificial con la cual no suelen cumplir las pacientes, que son concebidas como personas que si no desearon su embarazo van a comportarse “inadecuadamente” durante el trabajo de parto, clasificándolas, por ende, como “pacientes no cooperadoras” y “malas madres”.

² R. Segato, *La guerra contra las mujeres*.

³ R. Segato, *Las estructuras elementales de la violencia*, p.256.

⁴ Parir en posición horizontal se llama litotomía y es la peor posición para hacerlo porque dificulta la salida del bebé, se comprimen los vasos sanguíneos y aumenta el riesgo de sufrimiento fetal, incrementa la posibilidad de realizar una episiotomía, genera daños en el periné y aumenta la incomodidad y dolor durante el parto: Cfr. El Parto es Nuestro, *Litotomía*.

Castro y Erviti proponen que las mujeres en trabajo de parto que no tienen actitudes de obediencia generan emociones en el personal de salud tales como la ira, a partir de la cual llevan a cabo acciones represivas.⁵ A partir de mi experiencia etnográfica en el Área Tocoquirúrgica puedo confirmar el diagnóstico, agregando que no sólo experimentan ira o enojo sino también desesperación, ya que ahora, a diferencia del año 2015 en el que Castro y Erviti realizaron su investigación, existe un conocimiento por parte de la mayoría del personal de salud sobre la violencia obstétrica y se piensa como algo que no debe de ejercerse; entonces, ante la conducta de no obediencia de ciertas mujeres, el personal médico siente desesperación por no saber de qué manera manejar la situación. Por ejemplo, en un caso un residente se acercó conmigo y me explicó: “ahora no se les puede decir nada a las mujeres porque es violencia obstétrica y eso nos puede ocasionar una demanda”. La solución que el MMH le enseña al personal de salud es la de castigar a las pacientes que no se comportan obedientemente, entonces cuando ya no se les permite regañar a las mujeres, se quedan sin herramientas para poder manejar la situación de una parturienta con un trabajo de parto difícil.

Además, a estas emociones de ira y desesperación subyace una concepción sobre las mujeres y la maternidad que las encasilla como “malas madres”, definición maniquea que, retomando la propuesta de Campiglia, puede llevar un borramiento de la condición de sujeto de aquellas personas que pensamos como “malas”, lo cual lleva a justificar el ejercicio de violencia hacia ellas.⁶

Desde la perspectiva interseccional de esta investigación, no debemos olvidar que la relación violenta médico/a-paciente ocurre dentro de una estructura patriarcal, por lo que Campiglia sugiere que la concepción de mujer-objeto subyace al ejercicio de violencia obstétrica.⁷ Además, la estructura patriarcal lleva a que el personal médico espere una actitud sumisa por parte de las pacientes por el hecho de ser mujeres, además de que existe una naturalización de la violencia hacia ellas, traducida en actitudes paternalistas y de control.

Sumado a esto, en el esquema que propone Segato, las mujeres forman parte de la subalternidad, de la otredad, son seres que deben dar un tributo a las personas con poder.⁸ Durante la atención al nacimiento son su cuerpo y la entrega a las decisiones del personal de salud lo que fungen como tributo. Los casos en que las mujeres no actúan como víctimas sacrificiales que ofrecen su cuerpo como tributo, lo que generan es un cuestionamiento del poder que posee el personal de salud, lo cual lleva a que se ejerzan actos violentos desde los cuales el personal médico trata de afirmar su estatus.

5 R. Castro y J. Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, p.p. 252 y 253.

6 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*, pp. 255-260.

7 Íbid, p. 264.

8 R. Segato, *Las estructuras elementales de la violencia*, pp. 254 y 255.

Aunado a esto, las pacientes no solo son mujeres sino que también provienen de estratos socioeconómicos bajos, además de que existe una relación epistémica profundamente desigual entre el personal de salud y ellas. El personal médico tiene un discurso clasista sobre ellas que justifica y valida el pensamiento y actitudes de los/as ginecobstetras hacia las pacientes porque ellos/as son “quienes saben”, en cambio ellas son “pobres”, ignorantes” e “incivilizadas”.⁹ Como resultado, el discurso racista se une al discurso patriarcal sobre la mujer, legitimando y reproduciendo a través del lenguaje la interseccionalidad de opresiones en la que se encuentran las pacientes.

Así mismo, el discurso del personal médico sobre las mujeres está legitimado desde todas las estructuras desiguales en las que se encuentra inmersa la relación médico/a-paciente: desde la de género, la económica, social, cultural y epistémica.

Pero como Campiglia aclara, el MMH es una “estructura viviente” con diversas corrientes¹⁰ y en el caso del HGLPN es evidente esta cuestión, y por ende, no existe un discurso homogéneo sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y el papel de la medicina en este suceso. Así, retomando las fórmulas calificativas rastreadas en la investigación, como hay quien concibe a la mujer como “lo más bonito que Dios hizo para estar al lado del hombre y soportarlo”, hay quien piensa a las mujeres como “guerreras”. Hay quien habla de las “pacientitas” “nobles” y hay quien le habla a las mujeres por su nombre. Hay quien le dice a la mujer lo que “debe” de hacer y hay quien defiende “lo que la paciente quiera”. Hay quien regaña a las mujeres por “no cooperar” y hay personas que aprecian el “esfuerzo de las mamás”. Hay quien dice que las madres solteras generan un daño a sus hijos/as y hay quien visibiliza que detrás de un embarazo no deseado hubo un abandono, es decir un ejercicio de violencia por parte de un hombre.

Y no sólo el discurso sobre las pacientes es diverso, también lo es el discurso sobre el nacimiento y respecto al papel que tiene el personal médico en este suceso, lo cual se refleja en una diversidad de modelos desde los cuales se atiende el nacimiento y se entabla una relación con las mujeres en el hospital. Además, es fundamental el reconocimiento de violencia obstétrica por parte del personal médico, ya que algunos/as describen su antigua práctica o la de colegas como “grotesca”, “denigrante”, “déspota” o “fea”.

Desde esta transformación de los modelos de atención se ha visibilizado la hipermedicalización rutinaria que antes se llevaba a cabo, ya que, en las propias palabras usadas por los/as médicos/as, hay quien explica que “antes a todas se les hacía enema y la tricotomía y ni les pedíamos permiso” y ahora hay quien ha sustituido las intervenciones por “dar agua”, “abrazar”, “acompañar a las mujeres”, “platicar con ellas”, “escucharlas”. Lo

9 Cfr. Capítulo IV.

10 M. Campiglia, *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*, p. 181.

cual genera “tranquilidad”, “gratificación” y “satisfacción” tanto en las pacientes como en el personal médico.

La diversidad del escenario analizado nos refleja la complejidad del fenómeno y la importancia de no tener posturas maniqueas al respecto, ya que observé al mismo médico/a escuchar, abrazar y respetar a las mujeres a la vez que las regañaba, hacía uso de la fuerza o invalidaba su dolor. Aunque es importante aclarar que hubo médicos/as de quien no observé ni una sola vez un ejercicio de violencia hacia las pacientes.

La conducta más cambiante se dio en los/as residentes, lo cual es importante mencionar, ya que son personas con un estatus móvil dentro de la jerarquía médica, no son del peldaño más bajo como los/as internos/as, ni son las personas con más estatus como los/as adscritos/as. Son personas que deben adquirir y defender su estatus mediante acciones como mostrar su ejercicio de poder con las mujeres, los/as estudiantes de medicina, internos/as y, de acuerdo a su rango, con otros/as residentes.

También son personas con una libertad relativa en la toma de decisiones en el Área To-coquirúrgica, así como algunas veces son quienes toman todas las decisiones porque es común que el/la adscrito/a no se encuentre, sobre todo durante el trabajo de parto. En otras ocasiones aunque tengan la intención de mostrarle a la mujer su bebé muerto si el adscrito/a lo impide, debe obedecer. Asimismo, son quienes tienen mayor carga laboral, guardias de 72 horas sin comer ni dormir. Incluso en una ocasión un residente solicitó al adscrito ir al baño, éste no le dio permiso y tuvo que atender un parto sin poder atender una necesidad humana tan básica como ir a defecar.

A pesar de esto es importante recordar que a diferencia de la agresión, el ejercicio de la violencia es intencional y a pesar de las condiciones laborales adversas, la sobrecarga y recursos limitados, hubo personas a las que nunca vi ejercer violencia. Esto nos lleva a concluir que la sobrecarga laboral no es una excusa que justifique el ejercicio de violencia pero no ejercerla requiere de un trabajo emocional constante a lo largo de la atención de nacimientos.

Es evidente que en el hospital se está transformando el modelo de atención al nacimiento, a nivel de prácticas médicas es clara la reducción de intervenciones innecesarias, aunque hay algunas como el uso de oxitocina sintética que se sigue llevando a cabo rutinariamente. O a nivel relación médico/a-paciente es significativo cómo ahora algunas personas entablan un vínculo con las mujeres. Pero yéndonos al nivel discursivo, al nivel de representaciones sociales, es claro que en la mayoría del personal médico no ha habido ni un cuestionamiento ni una transformación sobre su manera de entender a las pacientes. Muestra de esto es que desde el discurso del personal médico entrevistado las mujeres se siguen pensando como “ignorantes”, “irresponsables”, “que no

captan”, “descuidadas” e “incivilizadas”, definiciones opuestas a pensar a las mujeres como sujetas con derechos capaces de tomar decisiones autónomas y racionales sobre su vida reproductiva.

Como consecuencia de este discurso, en la promoción del nacimiento humanizado en el hospital lo que se pone en el centro de la atención es la defensa del proceso fisiológico del parto o la promoción de ciertas prácticas y no a la mujer y sus decisiones sobre su cuerpo y el parto. El personal médico decide si se utilizará la cama vertical o no, indica a las mujeres que caminen o que utilicen la pelota para mover la cadera, pone a las mujeres a lactar a sus bebés después del parto pero, una vez más, no se les pregunta a ellas qué es lo quieren de su parto, ni se les brinda la información necesaria para tomar ese tipo de decisiones.

El discurso que tiene el personal médico sobre las pacientes no es neutro, objetivo y científico; todo lo contrario, está cargado de prejuicios de género, sociales y personales. Si se sigue pensando al personal médico como “neutral” y únicamente “racional”, va a seguir restándose importancia a la dimensión sociocultural y emocional desde la cual piensan a sus pacientes, el nacimiento, la salud y el cuerpo. Como consecuencia, va a seguir reproduciéndose un discurso que justifica violencias, desigualdades e imposiciones.

El enfoque intercultural utilizado en la tesis, permite mostrar la importancia de tomar en cuenta el papel que tiene la dimensión cultural dentro de la relación médico/a-paciente y la atención del nacimiento. A partir de el uso de dicho enfoque, se propone que desde la formación del personal de salud se debe de incluir no solo una sensibilización o una promoción del ejercicio médico basado en evidencias, sino también un cuestionamiento sobre las concepciones que tienen respecto a las pacientes y cómo están atravesadas por el género. Se debe de generar un cuestionamiento que lleve a ubicar el respeto a la mujer y a su capacidad de decisión en el centro de la atención, y que a partir de eso se adecúe el modelo de atención y se brinden las herramientas necesarias para su proceso.

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA AL NACIMIENTO DESDE LA INTERCULTURALIDAD Y LA JUSTICIA REPRODUCTIVA

Por último, a partir de todo lo abordado en la presente tesis, se generaron las siguientes recomendaciones para mejorar la atención hospitalaria al nacimiento:

- Es de fundamental importancia que las instituciones de salud estén abiertas a realizar proyectos e investigaciones interdisciplinarias con el objetivo de dar propuestas para mejorar la salud reproductiva tomando en cuenta la dimensión biológica, social, cultural, psicológica, emocional y de género que forman parte de este ámbito.

- Desde la Secretaría de Salud se han realizado propuestas para la atención a la salud desde un enfoque intercultural¹¹ pero en estas propuestas no se toma en cuenta que el encuentro de la diversidad cultural se da en condiciones de poder desiguales, en un contexto con presencia constante de prejuicios racistas, clasistas y de género. Desde el enfoque de mi licenciatura propongo una atención a la salud reproductiva con enfoque de interculturalidad crítica,¹² es decir, desde un lugar no romantizado, lo cual implica un profundo cuestionamiento sobre el papel que tiene la cultura clasista y patriarcal en nuestra manera de entender a el/la otro/a. Además en el caso de la atención al nacimiento un enfoque intercultural requiere de tomar en cuenta la dimensión discursiva en torno al nacimiento y la maternidad que tiene el personal de salud, así como la interseccionalidad de las mujeres que atienden, para que la atención se de desde un lugar de respeto a la capacidad de decisión autónoma de las mujeres sobre su cuerpo y procesos reproductivos.
- La aplicación de un modelo de atención que respete los procesos fisiológicos y la capacidad de decisión de las mujeres sobre su cuerpo no requiere de una implementación de infraestructura costosa, sino de un cuestionamiento profundo dentro del personal de salud sobre la relación que entablan con las pacientes y a partir de esto, buscar aproximarse a ellas y al nacimiento desde un lugar diferente. Este modelo debe de tomar en cuenta el papel que tiene el género en la atención a la salud de mujeres en un sistema patriarcal.
- La justicia reproductiva posee un marco conceptual que toma en cuenta la diversidad de experiencias reproductivas de las mujeres, así como la importancia del derecho a acceder a los mejores servicios de maternidad, centrados en la mujer y basados en evidencia científica, respetando la posibilidad de que la mujer decida parir en un lugar diferente al hospital, como en casa con un partera. Es por esto que se propone la justicia reproductiva como el enfoque óptimo para pensar las políticas públicas y proyectos estatales en torno a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva de las mujeres.

¹¹ Cfr. con *Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro*.

¹² El concepto de interculturalidad crítica fue definido en el la Introducción, en la sección “Análisis de la atención al nacimiento desde una licenciatura en Desarrollo y Gestión Interculturales”.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acupresión: Técnica de la medicina tradicional china para estimular puntos energéticos mediante la aplicación de presión en determinadas partes del cuerpo [M. Santiago-Vasco y C. Béjar-Poveda, Metaanálisis sobre los efectos de la acupresión durante el parto, 2017].

Apego inmediato: Contacto piel a piel entre la madre y el neonato inmediatamente después del nacimiento [Organización Mundial de la Salud, Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos, 2008].

Área Tocoquirúrgica: Conjunto de áreas interrelacionadas, en donde se lleva a cabo la valoración, preparación, vigilancia y atención tanto de la mujer embarazada como del recién nacido [Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, Segunda sección, 4.25, 2013].

Aromaterapia: Método alternativo que utiliza aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces), con la finalidad de promover la salud y el bienestar del cuerpo, la mente y las emociones [M. Alvarado, et. al, Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos, 2014].

Código máter: Activación de un mecanismo de alerta o de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación. [Secretaría de Salud, Triage Obstétrico, Código Máter y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento Técnico, 2016, p. 29].

Episiotomía: Incisión en la pared vaginal y el perineo (el área entre los muslos, que se extiende desde el orificio vaginal hasta el ano) para agrandar la abertura vaginal y facilitar la expulsión del bebé [Stanford's Children Health, Episiotomía, 2019].

Ligadura de trompas uterinas o Salpingoclasia: Método de anticoncepción permanente que consiste en realizar una pequeña incisión quirúrgica para identificar trompas uterinas, cortarlas y ligarlas para impedir el paso del óvulo y de los espermatozoides evitando así el embarazo [IMSS, Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia, 2019].

Masoterapia: Método alternativo mediante el uso de manipulaciones de los tejidos blandos del cuerpo ejercida especialmente con las manos, cuya finalidad es lograr el alivio de molestias, relajación, mejorar la circulación y oxigenación, además de favorecer un descanso adecuado, el estado emocional y la disminución de la fatiga tanto física como emocional en la gestante o puérpera. [M. Alvarado, et. al, Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos, 2014].

Meconio: Primera evacuación de un bebé [...] compuesto de líquido amniótico, moco, lanugo (el vello fino que cubre el cuerpo del bebé), bilis y células que se han desprendido de la piel y el tracto intestinal" [Medline Plus, Meconio, 2017].

Mesa vertical: Mesa diseñada por la Secretaría de Salud dentro del programa de "Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro", la cual es similar a una mesa obstétrica pero tiene un marco metálico para que la mujer pueda ponerse en cuclillas y sujetarse de dicho marco para parir, también permite que atrás de la mujer se ponga un acompañante que la sostenga [Secretaría de Salud, Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro, s.f.].

Oxitocina: Droga que se utiliza tanto para inducir como para acelerar las contracciones en el trabajo de parto [El Parto es Nuestro, Administración de oxitocina sintética, 2019].

Óbito: Sinónimo de fallecer que es utilizado para nombrar a los bebés muertos.

Partograma: Formato en el que el personal de salud registra la evolución del parto y las prácticas médicas que se realizan durante la atención del nacimiento y trabajo de parto cada hora.

Posición podálica: Se refiere a la posición que tiene el bebé al iniciar el trabajo de parto y es cuando nace de nalgas [Mendline plus, Parto de nalgas, 2018].

Profilaxis postexposición: Son los medicamentos para la prevención o control de propagación de una enfermedad, en este caso de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). [InfoSIDA, Profilaxis posexposición, 2019].

Revisión de cavidad uterina: exploración manual de la cavidad uterina que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones uterinas [Alvirde y Rodríguez, Revisión rutinaria de cavidad uterina Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato en el postparto inmediato, 2009, p. 2].

Ruptura de membranas: Rotura del saco amniótico dentro del cual está el feto [Infogen, Ruptura o rotura prematura de membranas, 2015].

Tapón mucoso: Tapón cervical mucoso secretado en el canal cervical, que durante el embarazo mantiene sellado el cuello del útero, constituyendo una barrera físico-química e inmunológica para el feto y durante el trabajo de parto comienza a salir como consecuencia de la dilatación cervical [E. Paris, El tapón mucoso durante el embarazo, s.f.].

Triaje obstétrico: Proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación de un sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta [Secretaría de Salud, Triage Obstétrico, Código Máter y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento Técnico, 2016, p.18].

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

M: Médico/a

P: Paciente

E: Enfermera

HGLPN: Hospital General La Perla Nezahualcóyotl

MAIO: Modelo de Atención Integral en Obstetricia

SSyR: Salud sexual y reproductiva

DSyR: Derechos sexuales y reproductivos.

ACD: Análisis Crítico del Discurso

ECD: Estudios Críticos del Discruso

BIBLIOGRAFÍA

- ACADEMIA MEXICANA DE LA LENGUA, *Diccionario de mexicanismos*, Siglo XXI, México, 2010.
- ALMAGUER, J., GARCÍA, H. Y VARGAS, V. *La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud*, Género y salud en cifras, vol. 8, no.3, . México, 2010.
- ALVIRDE ÁLVARO, O. Y RODRÍGUEZ AGUÍNIGA, G., *Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato en el postparto inmediato*. 2009. En línea en: [<http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2009/imi092d.pdf>].
- AMEZCUA, M. *El trabajo de campo etnográfico en salud*, “Metodología cualitativa”, Revista Index enfermería, Año IX, No. 30, España, 2000. En línea en: [<http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf>].
- AMIGOT, P. Y PUJAL, M., *Una lectura del género como dispositivo de poder*, Sociológica, no. 70, España, 2009.
- ANDINA, E., *Trabajo de parto y parto normal*. Guías de practicas y procedimientos , Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Argentina, 2002. En línea en: [<https://www.redalyc.org/pdf/912/91221202.pdf>].
- BADINTER, E., *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal*. Siglos XVII a XX, Paidós, 1ra edición1, Barcelona, 1981. En línea en: [<http://kolectivoporoto.cl/wp-content/uploads/2015/11/Badinter-Elizabeth-Existe-el-amor-maternal.-Historia-de-la-maternidad-siglo-XII-al-XX.pdf>].
- BARLEY, N., *El antropólogo inocente*. Notas desde una choza de barro. Anagrama, Barcelona, 2004.
- BARTKY, S., “Foucault, Femininity and the Modernization of Patriarchal Power” en Conboy, K., Medina, N. y Stanbury, S. (eds.), *Writing on the body: Female embodiment and feminist theory*, Columbia University Press, New York, 1997.
- BASSOLS RICARDEZ, M. Y ESPINOZA CASTILLO, M., *Construcción social del espacio urbano: Ecatepec y*

- Nezahualcóyotl, dos gigantes del oriente*. México, Universidad Metropolitana de Iztapalapa, México, 2011.
- BOURDIEU, P., *La dominación masculina*, Editorial Anagrama, España, 2000. En línea en: [<https://www.ocac.cl/wp-content/uploads/2015/01/Pierre-Bourdeu-La-dominaci%C3%B3n-masculina.pdf>]
- BROWN, J., PECHENY, M. Y GATTONI, S., *Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica*, Revista *Ártemis*, vol. XV no.1, p. 140, Buenos Aires, 2013. En línea en: [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/4533/CONICET_Digital_Nro.4992_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y].
- BUCHOFER, E. Y AGUILAR, A., *Planeación urbana y ordenación espacial de la periferia de la ciudad de México*, México, 1983.
- CAMPIGLIA, M., *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*, (Tesis doctoral), Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 2017.
- CAMPOS-NAVARRO, R., *Antropología médica e interculturalidad*, Mc Graw Hill, México, 2016.
- CAMPOS, S. Y TAPIA, S., *La relación médico - paciente desde la perspectiva de género*, VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.
- CANEVARI, C., *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*, 2011.
- CARRILLO, A., *Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México*, Dynamis, España, 1999. En línea en: [[file:///Users/Regina/Downloads/106147-Text%20de%20l'article-150152-1-10-20080918%20\(1\).pdf](file:///Users/Regina/Downloads/106147-Text%20de%20l'article-150152-1-10-20080918%20(1).pdf)]
- CASTRO, R. Y ERVITI, J., *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, UNAM, México, 2015.
- CHÁZARO, L., *Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre las obstetras del siglo XIX en México*, *Dynamic*, 24, 2004. En línea en: [<http://www.die.cinvestav.mx/Portals/die/Site-Docs/Investigadores/LChazaro/Articulos/RevArbitradas/PariendoInstrumentos.pdf>].
- COLEGIO AMERICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, *Su embarazo y parto*, Ed. The American College of obstetricians and gynecologists. Women's health care physicians, 5ta ed.2005.
- COMISIÓN NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, *Atención médica a personas violadas*, Secretaría de Salud, México, 2004. En línea en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/50083/Atencion_Medica_personas_violadas.pdf].

- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. *Situación de la salud sexual y reproductiva*, Estado de México, CONAPO, México, 2016.
- DE ESTRADA, D., “Muerte precoz. Los niños del siglo XVIII” en *Historia de la vida cotidiana en México: tomo III: El siglo XVIII: entre tradición y cambio*, El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, México, 2005.
- DIAZ-TELLO, F. Y PALTROW, L., *Birth Justice as Reproductive Justice*, National Advocates for Pregnant Women, Estados Unidos, (s.f.). En línea en: [<http://advocatesforpregnantwomen.org/Birth%20justice%202012.pdf>]
- ECHEVERRÍA, B., *¿Qué es la Modernidad?*, UNAM, México, 2009. En línea en: [<https://libroschorcha.files.wordpress.com/2018/02/que-es-la-modernidad-bolivar-echeverria.pdf>].
- EL PARTO ES NUESTRO, *Administración de oxitocina sintética*, 2019. En línea en: [<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/administracion-de-oxitocina-sintetica>].
- EL PARTO ES NUESTRO, *Litotomía*, 2011. En línea en: [<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/litotomia>]
- EPSTEIN, S., *The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials*, Science, technology and human values, vol. 20, no. 4, pp. 408-437, 1995. En línea en: [<https://pdfs.semanticscholar.org/0482/94e03de2c1b8686354973077de89849fa7db.pdf>]
- ESCALANTE, P., “La cortesía, los afectos y la sexualidad” en P. Gonzalbo *Historia de la vida cotidiana en México: tomo III: El siglo XVIII: entre tradición y cambio*, El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, México, 2005.
- FEDERICI, S., *El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, Traficantes de sueños, Madrid, 2004. En línea en: [<https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban%20y%20la%20bruja-TdS.pdf>].
- FOUCAULT, M., *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI, 2da edición revisada, México, 2012.
- FOUCAULT, M., *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, Siglo XXI, 3era reimpresión, México, 2011.
- FOUCAULT, M., *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, Siglo XXI, 2a edición revisada, México, 2009.
- FRICKER M., *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing*, Oxford University Press,

Nueva York, 2007.

GARCÍA, M., *En defensa de la ternura radical*. Espina Rosa, (s.f.). En línea en: [<https://espinarosa.com/2019/05/20/en-defensa-de-la-ternura/>].

GAYTAN, P., *El acoso sexual en lugares públicos: un estudio desde la Grounded Theory*, Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, volumen 22, num. 143, México, 2007.

GOLDMAN-AMIRAV, A., “Mira Yahveh me ha hecho estéril”, en S. Tubert (ed.) *Figuras de la madre*, Ediciones Cátedra, España, 1996.

GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA, “Violencia obstétrica” en *Informe: Niñas y mujeres sin justicia*. Derechos reproductivos en México, México, 2015.

HENSLIN, J. Y MAE B., *The sociology of the vaginal examination*, The new press, Nueva York, 1991. En línea en: [https://www.romolocapitano.com/wp-content/uploads/2019/03/Henslin-Biggs_Sociology-of-thevaginal-examination.pdf].

INFOSIDA, *Profilaxis posexposición*, 2019. En línea: [<https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/20/87/profilaxis-posexposicion--pep->].

Infogen, Ruptura o rotura prematura de membranas, 2015. En línea en: [<https://infogen.org.mx/ruptura-o-rotura-prematura-de-membranas/>].

INSTITUTO DE LIDERAZGO SIMONE DE BEAUVOIR, *Lo público es nuestro, Hallazgos del Estado de México*, (s.f.).

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, *Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia*, IMSS, México, 2019. En línea en: [<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/occlusion-tubaria-bilateral>].

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA, “Maltrato en la atención obstétrica” en *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Principales resultados*, INEGI, México, 2016. En línea en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf].

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA, *Natalidad*, Conjunto de datos: nacimientos, INEGI, México, 2016.

INTERNATIONAL PROJECT ASSISTANCE SERVICES, *Violencia Sexual y embarazo infantil en México: Un problema de salud pública y Derechos Humanos*, IPAS, México, 2018.

- JOSELEVICH, C., *La disidencia en Pablo de Tarso. Elaboración retórico-discursiva de la perversidad en el origen del cristianismo universalista*, (Tesis doctoral), UNAM, México, 2017.
- KATZEW, I., *La pintura de castas, representaciones raciales en el México del siglo XVIII*, Conaculta y Turner, México, 2004.
- KNIBIEHLER, Y. “Madres y nodrizas” en S. Tubert (ed.) *Figuras de la madre*, Ediciones Cátedra, España, 1996.
- LAGARDE, M., *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM, México, 2005. En línea en: [<https://drive.google.com/file/d/OB0eSNzKvGUMNRDNxVmxvRFJ5enM/view>].
- LAVARIN, A. “La sexualidad y las normas de la moral sexual” en A. Rubial (cord.) *Historia de la vida cotidiana en México: tomo II: La ciudad barroca*, El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, México, 2005.
- MARTÍNEZ, A., *La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas*. Papers 73, 2004. En línea en: [<https://core.ac.uk/download/pdf/13266976.pdf>].
- MARTÍNEZ, C., *El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias*, Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.3, Río de Janeiro, 2012. En línea en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300006].
- MATHIEU, N., *¿Identidad sexual/sexuada/de sexo? Tres modos de conceptualización de la relación entre sexo y género*, Brecha Lésbica, Buenos Aires, 2005. En línea en: [<https://julesfalquet.files.wordpress.com/2010/06/el-patriarcado-al-desnudo-tres-feministas-materialistas2.pdf>].
- MEDLINEPLUS, *Meconio*, MedlinePlus enciclopedia médica ilustración, 2017. En línea en: [https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/9616.htm].
- MedlinePlus Parto de nalgas: MedlinePlus enciclopedia médica ilustración, 2018. En línea en: [https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/9616.htm].
- MENÉNDEZ, EDUARDO, *La antropología médica en México*, en R. Campos-Navarro (comp.) “La antropología médica en México”, 1992. México, UAM, 1992.
- MENKES, C., SUÁREZ, L., JUÁREZ, F. Y PÉREZ, A. *Salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior en el Distrito Federal*, México, UNAM, 2015.
- MEYER, M., “Entre la teoría, el método y la política: la ubicación de los enfoques relacionados con el ACD”, en R. Wodak y M. Meyer (comps.) *Métodos de análisis crítico del discurso*, Barce-

lona, Gedisa, 2001.

MORALES ALVARADO, S., GUIBOVICH MESINAS, A. Y YÁBAR PEÑA, M., *Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos*. Scielo, 2014. En línea en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727558X2014000400010&script=sci_arttext&tlng=en].

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 046, *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*, 2009.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-016-SSA3-2012, *Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*, Segunda sección, 4.25, 2013.

NOTICIAS VLEX, *Inaugura Peña Hospital La Perla*, 2006. En línea en: [<https://noticias.vlex.com.mx/vid/inaugura-hospital-perla-357734214>].

NUÑEZ, F., “Imaginario médico y práctica jurídica en torno al aborto durante el último tercio del siglo XIX” en C. Agostini (ed.) *Curar, Sanar y Educar. Enfermedad y sociedad en México siglos XIX y XX*, IIH-UNAM, México, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos*, 2008. En línea en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/newborn-health-34>].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Recomendaciones de la OMS. Para los cuidados durante el parto, para un experiencia de parto positiva. Tratar la atención de mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*, 2018. En línea en: [<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>], p. 4.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de métodos anticonceptivos de la OMS*, OMS, Suiza, 2018. En línea en: [<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272759/9789243513577-spa.pdf>].

PALOMAR, C., *Malas madres: La construcción social de la maternidad*, (s.f.). En línea en: [http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/030_02.pdf].

PALOMAR, C., *Maternidad: historia y cultura*, Revista de estudios de género La ventana, num.22, Guadalajara, 2005. En línea en: [<http://www.redalyc.org/pdf/884/88402204.pdf>].

PAREDES, J., *El feminismo comunitario: la creación de un pensamiento propio*, Corpus Vol. 7, No 1, 2017. En línea en: [<http://journals.openedition.org/corpusarchivos/1835> ; DOI : 10.4000/cor-

pusarchivos.1835].

PAREDES, J., *Hilando fino desde el feminismo comunitario*, Lesbianas independientes feministas y socialistas, 2008. En línea en: [http://mujeresdelmundobabel.org/files/2013/11/Julieta-Paredes-Hilando-Fino-desde-el-Fem-Comunitario.pdf].

PARIS, E., *El tapón mucoso durante el embaraz.*, Bebés y mas, (s.f.). En línea en: [https://www.bebesymas.com/embarazo/el-tapon-mucoso-durante-el-embarazo].

PISANO, M., *El triunfo de la masculinidad*, Fem-e libros/creatividad feminista, Chile, 2004. En línea en: [http://pmayobre.webs.uvigo.es/pdf/pisano.pdf].

PIZZIGONI, C., ““Como frágil y miserable”: las mujeres nahuas del Valle de Toluca” en *Historia de la vida cotidiana en México: tomo III: El siglo XVIII: entre tradición y cambio*, El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, México, 2005.

POTEETE, A., JANSSEN, M. Y OSTROM, E. *Trabajar juntos: acción colectiva, bienes comunes y múltiples métodos en la práctica*, UNAM, México, 2012.

POZZIO, R., *La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstetrica*, Revista de Estudios Femeninos, Vol. 24, No. 1, Brasil, 2016. En línea en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2016000100101&lng=en&nrm=iso&tlng=es].

RAITER, A. (comp.), *Representaciones sociales*, Edudeba, Buenos Aires, 2002. En línea en: [http://il.institutos.filo.uba.ar/sites/il.institutos.filo.uba.ar/files/Raiter%20et%20al_Representaciones%20Sociales_2002.pdf].

REED, R., “Judging birth” en *Midwife thinking*, 2011. En línea en: [https://midwifethinking.com/2011/04/09/judging-birth/].

ROSS, L. Y SOLINGER, R., *Reproductive Justice. An Introduction*, University of California Press, , California, 2017.

SANCHIZ, J., “La nobleza y sus vínculos familiares”, en A. Rubial (cord.) *Historia de la vida cotidiana en México: tomo II: La ciudad barroca*, El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, México, 2005.

SANTIAGO-VASCO, M. Y BÉJAR-POVEDA, C., *Metaanálisis sobre los efectos de la acupresión durante el parto*, Federacion de matronas, 2017. Disponible en: [http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-metaanálisis-acupresion.pdf].

- SCOTT, J., *El género: una categoría útil para el análisis histórico*, 1986. En línea en: [https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos_economicos_sociales_culturales_genero/El%20Genero%20Una%20Categoria%20Util%20para%20el%20Analisis%20Historico.pdf].
- SECRETARÍA DE SALUD Y COMISIÓN NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, *Triage Obstétrico, Código Máter y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica*. Lineamiento Técnico. Secretaría de Salud, 1ra ed., Ciudad de México, 2016. En línea en: [http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf].
- SECRETARÍA DE SALUD, *Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro*.
- SECRETARÍA DE SALUD, *Guía de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo*, Secretaría de Salud, México, 2014. En línea en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf].
- SEGATO, R., *La guerra contra las mujeres: Traficantes de Sueños*, 1ra edición, . Madrid, 2016. En línea en: [https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map45_segato_web.pdf]
- SEGATO, R., *Las estructuras elementales de la violencia*, Universidad de Quilmes, 1era edición, Buenos Aires, 2003. En línea en: [<http://mercosursocialsolidario.org/valijapedagogica/archivos/hc/1-aportes-teoricos/2.marcos-teoricos/3.libros/RitaSegato.LasEstructurasElementalesDeLaViolencia.pdf>].
- STANFORD CHILDREN'S HEALTH, *Episiotomía*, 2019. En línea en: [<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>].
- STERN, A., *Madres conscientes y niños normales: la eugenesia y el nacionalismo en el México posrevolucionario, 1920-1940*, 2002.
- TOULMIN, S., *Cosmópolis. El trasfondo de la Modernidad*, Ediciones Península, . Barcelona, 2001. En línea en: [<http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/ToulminStephen%20-%20Cosmopolis-1990.pdf>].
- TUBERT, S. (ed.), "Introducción" en *Figuras de la madre*, Ediciones Cátedra, España, 1996.
- URIBE ELÍAS, R., *La invención de la mujer, nacimiento de una escuela médica*, Fondo de Cultura Económica y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México, 2002.
- URRA, E., MUÑOZ, A. Y PEÑA, J., *El análisis crítico del discurso como perspectiva metodológica para investi-*

- gadores de salud*, Enfermería Universitaria, vol. 10, no.2, México, 2013. En línea en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632013000200004]
- URREGO, E., *La consulta ginecológica, la mirada sobre el cuerpo desnudo*, Informes psicológicos, no.9, Colombia, 2007. En línea en: [<file:///Users/Regina/Downloads/Dialnet-LaConsultaGinecologicaLaMiradaMedicaSobreElCuerpoD-5229798.pdf>]
- VAN DIJK, T. *Discurso y poder*, Editorial Gedisa, España, 2009.
- VAN DIJK, T. *Estructuras y funciones del discurso*, Siglo XXI, México, 2012.
- VAN DIJK, T., *Análisis Crítico del Discurso*, Revista Austral de Ciencias Sociales, vol.30, 2016.
- VAN DIJK T., *La multidisciplinariedad del análisis crítico del discurso: un alegato a favor de la diversidad*, en R. Wodak y M. Meyer (comps.), “Métodos de análisis crítico del discurso”, 2001, p.p. 152 y 153.
- VIVAR, C., ARANTZAMENDI, M., LÓPEZ-DICASTILLO, O. Y GORDO, C., *La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería*, Revista Index Enferm, vol. 19, no.4, Granada, 2010. En línea en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962010000300011]
- VIVEROS VIGOYA, M., *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación*, Debate Feminista, México, 2016. En línea en: [http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/12/articulos/052_01.pdf]
- VUORISALO-TIITINEN, S., *¿Feminismo indígena? Un análisis crítico del discurso sobre los textos de la mujer en el movimiento zapatista 1994-2009* (Tesis doctoral), University of Helsinki, Finlandia, 2011.
- WALSH, C., *Interculturalidad crítica y educación intercultural* (Ponencia), presentada en el Seminario “Interculturalidad y Educación Intercultural”, organizado por el Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, La Paz, 9-11 de marzo de 2009.
- WODAK, R., *De qué trata el análisis crítico del discurso (ACD). Resumen de su historia, sus conceptos fundamentales y sus desarrollos*, en R. Wodak y M. Meyer (comps.), “Métodos de análisis crítico del discurso”, Barcelona, Gedisa, 2001.

ANEXO I

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN HOSPITAL GENERAL LA PERLA, NEZAHUALCÓYOTL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“Comprensión de las percepciones sobre la calidad del servicio de atención al nacimiento a través de las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica”

Investigadora: María Regina Llanes Granillo

Asesores: Dra. Camila Joselevich y Mtro. Ángel Ruíz

DESARROLLO DEL PROYECTO

Tipo de Investigación: Clínica Sociomédica/ Antropológica

ANTECEDENTES

Introducción

La atención al nacimiento tiene como principal objetivo la culminación del embarazo y nacimiento con madre e hijos sanos, reto que cambia dependiendo de las magnitudes de la población. En México durante el 2016 se registró la ocurrencia 2,293,708 nacimientos, de los cuales 269,976 ocurrieron en el Estado de México, constituyendo el 11.77% del total de nacimientos en el país (1). Del total de nacimientos en dicha entidad, 6% ocurrieron en el municipio de Nezahualcóyotl, siendo éste uno de los municipios más poblados en México (1).

La falta de cobertura total de atención al nacimiento es una problemática enfrentada internacional y nacionalmente, ante la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve objetivos globales como que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) sea menor a 70 por cada 100,000 nacidos vivos (2), razón cumplida en el país, ya que en el 2017 la RMM registrada en México fue de 20.8 por cada 100,000 nacidos vivos (3). En el caso del Estado de México, de acuerdo a los registros de la Dirección General de Epidemiología, en las primeras semanas del 2018 encabezó junto con Guanajuato en ser los estados con mayores casos de mortalidad materna, con cuatro casos cada uno (3). Pero dicha situación no refleja los avances que han ocurrido en los últimos años en la entidad, ya que entre 1990 y 2014 se redujo la mortalidad materna de 0 a 72% y entre el 2013 y 2014 tuvo una reducción de más del 5%, lo cual demuestra enormes avances en la cobertura de atención al nacimiento y la atención de emergencias obstétricas (4).

A nivel nacional existen diversas estrategias dirigidas al sector salud y específicamente a la mejora de la atención al nacimiento. En los Objetivos del Milenio, del cual México forma parte, el quinto objetivo es mejorar la salud materna, reducir la RMM y lograr una cobertura universal de asistencia especializada de atención al parto (5). Dichos objetivos se toman en cuenta en el Plan Nacional de Desarrollo (6) y en el Programa Sectorial de Salud (7), por lo que entre las metas está asegurar la atención universal al nacimiento en el país, así como asegurar a toda la población el acceso a salud sexual y reproductiva, con énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables, y garantizar el acceso de toda la población a servicios de atención materna y perinatal de calidad. Con base en estos objetivos la Secretaría de Salud cuenta con un órgano desconcentrado, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, donde se tienen tres Programas de Acción Específicos para el periodo 2013-2018, los cuales fungen como programas para crear acciones que cumplan con los objetivos nacionales (8).

El nacimiento es un suceso atravesado por factores fisiológicos, patológicos, psicológicos, y también por factores sociales, económicos, culturales y de género, por lo que la atención de este suceso debe responder a esta multiplicidad de

factores, cuestión que se refleja en la perspectiva actual de las políticas públicas sobre la atención obstétrica, donde se promueve que sea con enfoque integral, intercultural y con perspectiva de género (8).

Pero además de tomar en cuenta la multiplicidad de factores que atraviesan al nacimiento, hay otro objetivo por lograr de igual importancia, que es la calidad en los servicios de salud. En las últimas décadas el paradigma de atención a la salud se ha transformado, buscando no sólo el derecho de acceso de todas las personas sin importar sus condiciones a los servicios de salud, sino que además la atención médica debe cumplir con ciertos parámetros de calidad. La OMS define a este concepto como “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (9). Para cumplir con la satisfacción de los pacientes y para tomar en cuenta sus factores y conocimientos, se busca que los servicios de salud sean disponibles, accesibles, pertinentes de acuerdo al contexto cultural de los pacientes y que se otorgue un trato igualitario, con perspectiva de género, no discriminación a personas con discapacidades y medidas específicas para la atención de poblaciones indígenas (10).

En México “la atención médica se está conduciendo de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía” (11). En el caso del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) la calidad es una de sus metas: “proporcionar con oportunidad, calidad y calidez servicios de salud pública para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de la población del Estado de México” (12).

En México existe una gran diversidad cultural en la población, tanto en áreas rurales como en urbanas, por lo que la calidad en los servicios de salud debe de poder ofrecer servicios que tengan pertinencia de acuerdo al grupo cultural de los pacientes, para evitar crear barreras entre el personal de salud y los usuarios, que dificulten una atención oportuna. Además se debe de tomar en cuenta que en el Estado de México y en el municipio Nezahualcóyotl, dada la magnitud de la población la cobertura total de atención al nacimiento se convierte en un reto para los servicios públicos de salud, donde el ISEM es el mayor representante (13).

A pesar de los enormes resultados que han tenido las instituciones públicas de salud para la atención al nacimiento y la prevención de la mortalidad materno-infantil, asegurar una atención de calidad y la satisfacción de los pacientes es un reto para las instituciones y los servidores de salud. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) registró hace unos años que una de las especialidades médicas con mayor número de quejas presentadas en la comisión es la gineco-obstetricia, registrando en el 2001 una queja por cada 10,000 partos (11).

Al respecto algunos investigadores consideran que existe una falta de claridad respecto al origen de las quejas y una falta de seguimiento que demuestre “si la existencia de quejas previas modifica o no la actitud clínica del profesional que es objeto de la queja” (11). Pero a pesar de esta situación “no es posible ignorar el gran impacto de las demandas por mala práctica en la atención obstétrica que durante los últimos 15 años se han incrementado de manera exponencial; se trata de una de las áreas médicas que se ven involucradas con mayor frecuencia en demandas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico” (11).

Es importante recalcar que “casi tres cuartas partes de las quejas ocurren en el Distrito Federal y en el Estado de México, probablemente por la elevada proporción de hospitales de concentración que se ubican en estas zonas. Más de dos terceras partes se originaron en instituciones de seguridad social, lo que concuerda con los datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud desde 1994” (11).

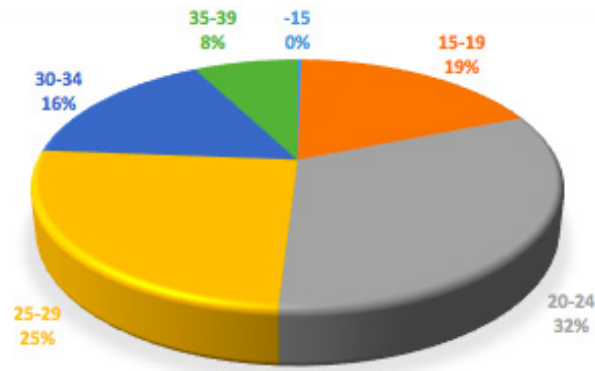
Según las quejas registradas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la inconformidad de las pacientes obstétricas es principalmente por los siguientes tres rubros: tratamiento e intervenciones quirúrgicas, atención inoportuna y por una relación médico-paciente inadecuada (11). Específicamente sobre el último rubro, según investigaciones sobre la calidad de la atención obstétrica en México:

La comunicación en la relación médico-paciente es adecuada en menos de la cuarta parte de los casos de queja analizados. Una relación eficaz entre quien brinda atención a la salud y la paciente se basa en la comunicación eficaz entre las personas y en los estándares éticos que regulan el comportamiento de los participantes en la relación. Se ha descrito que la comunicación deficiente entre médico y paciente, ya sea por sobrecarga de trabajo o por otros factores, es una importante causa de desconfianza para los pacientes, que los predispondrá a atribuir cualquier EA [Evento Adverso] a un error del médico (11).

La relación médico-paciente tiene una dimensión relacional fundamental, que consta de las dinámicas de interacción, comunicación e intercambio de información que se genera entre el personal de salud y las usuarias, dimensión que está influenciada por el contexto cultural de proveniencia de ambas partes y opera de manera diferente de acuerdo a las características del grupo social de proveniencia de cada sujeto (14). Por lo tanto, es una relación sobre la que las pacientes y el personal de salud tienen percepciones diferentes.

De acuerdo a los datos registrados sobre los nacimientos en el municipio de Nezahualcóyotl, el 87% ocurrieron en un hospital o clínica y el perfil de las pacientes es diverso, lo cual se muestra a continuación (1):

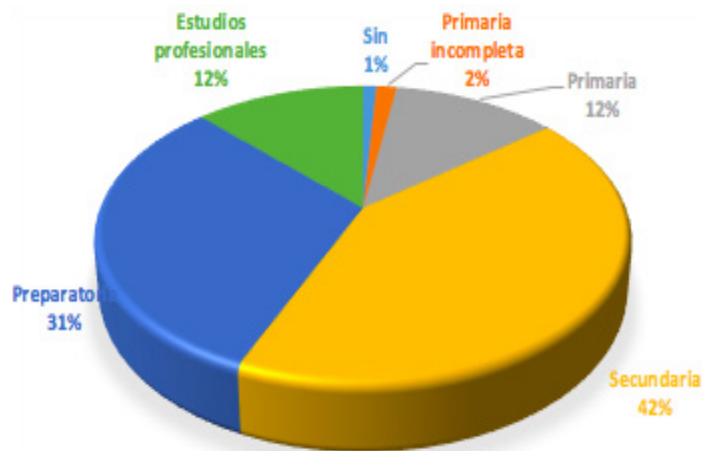
FIGURA 1: PORCENTAJES DE EDAD DE PACIENTES



Porcentajes de elaboración propia con datos obtenidos en INEGI (2018), disponible en: [http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=23699&proy=nat_nac]

Según investigaciones sobre la vida sexual de las mujeres en el Estado de México, el 53.3% de las mujeres en edad fértil son sexualmente activas, y es una de las entidades donde la edad mediana en la primera relación sexual es menor respecto al nivel nacional (15). También según encuestas realizadas, el 62.5% de las parejas adolescentes y el 63.4% de las parejas jóvenes (entre 19 y 25 años) usaron métodos anticonceptivos durante su primer relación sexual (15). Una de las problemáticas que reflejan los porcentajes es la alta tasa de embarazo en mujeres adolescentes, lo cual se convierte en un riesgo ya que las mujeres menores a 19 años de edad tienen mayores probabilidades de morir por causas relacionadas al embarazo o parto (15).

FIGURA 1.1: PORCENTAJES DE ESCOLARIDAD DE PACIENTES



Porcentajes de elaboración propia con datos obtenidos en INEGI (2018), disponible en: [http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=23699&proy=nat_nac]

La escolaridad es un factor que influye enormemente en las decisiones de las mujeres sobre su vida sexual y reproductiva, ya que en el Estado de México de las mujeres con primaria o un menor nivel de escolaridad el 12.7% utilizaron métodos anticonceptivos en su primer relación sexual, en cambio las mujeres que cuentan con preparatoria el 58.7% utilizó métodos anticonceptivos (15). Esto explica por qué la segunda causa por la cual no utilizaron métodos anticonceptivos fue por la falta de información sobre su uso y sobre dónde obtenerlos (15).

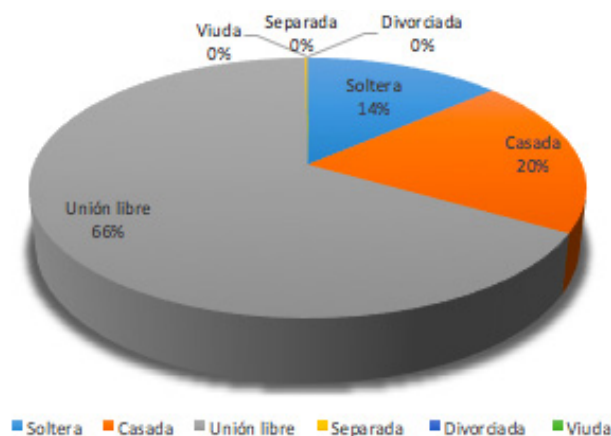
FIGURA 1.3: PORCENTAJES DE OCUPACIÓN DE PACIENTES



Porcentajes de elaboración propia con datos obtenidos en INEGI (2018), disponible en: [http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=23699&proy=nat_nac]

El nacimiento de un hijo principalmente en mujeres adolescentes puede llevar a una exclusión del sistema educativo, así como a una inserción temprana en el mercado laboral precario y a una limitación de sus opciones de desarrollo a corto, mediano y largo plazo, cuestión que se refleja en los porcentajes sobre la ocupación de las mujeres que tuvieron un hijo (15).

FIGURA 1.4: PORCENTAJES DE ESTADO CIVIL DE PACIENTES



Porcentajes de elaboración propia con datos obtenidos en INEGI (2018), disponible en: [http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=23699&proy=nat_nac]

A pesar de los avances educativos, en el Estado de México la media de la generación de mujeres entre 25 y 34 años comenzó una unión libre a partir de los 18.4 años, mientras que la media de mujeres entre 35 y 49 años se unió a los 19.5 años (15). Algunos autores proponen que la unión libre ocurre principalmente en parejas con bajos niveles de educación y socioeconómicos, y puede deberse a la incertidumbre laboral (15). También se cree que las mujeres

en unión libre suelen tener un mayor adelantamiento al primer hijo, ya que el 48.9% tuvo su primer hijo durante el primer año de unión (15).

Los porcentajes anteriores reflejan la diversidad en cuanto a edad, escolaridad, ocupación y estado civil de las usuarias, diversidad de perfiles que puede implicar una diversidad de expectativas y percepciones sobre la relación médico-paciente que entablaron y sobre la calidad del servicio recibido.

Por otro lado, el personal de salud a pesar de actuar acuerdo a las Guía de Práctica Clínica para la atención al nacimiento, está influenciado por el grupo social y cultural de origen y en el que está inmerso, lo cual puede influenciar en la manera en que entabla relación con sus pacientes. Además es necesario tomar en cuenta que “aún prevalece el desconocimiento de los profesionales que atienden a pacientes obstétricas acerca de normativas legales tales como: a. El derecho de la paciente y sus familiares a información suficiente, clara y veraz, b.El consentimiento debidamente informado, que implica las explicaciones e instrucciones pertinentes y necesarias, y que van más allá de los formatos firmados” (11).

Un suceso multidimensional como el nacimiento, es cargado de diferentes interpretaciones y significaciones, lo cual puede complicar la comprensión e interacción entre el personal de salud y las pacientes.

Por lo tanto, la obligación de brindar un servicio de salud de calidad en el que estén satisfechas las usuarias, vuelve necesaria una comprensión de las posibles barreras que pueden existir entre el personal de salud y sus pacientes.

Una de las disciplinas que puede ofrecer un enfoque útil para comprender las dinámicas de la relación médico-paciente y la percepción tanto de las usuarias como del personal de salud sobre la atención al nacimiento, es la antropología de la salud, encargada del estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención en la sociedad (16).

Dado que “el significado de calidad y su calificación son diferentes entre los diversos grupos, pero de manera sistemática se encamina en una sola dirección: saber qué tipo de servicio recibe el usuario y su percepción”, la antropología de la salud es una disciplina adecuada para analizar esta diversidad de percepciones y relacionarla con el perfil socio-demográfico de las pacientes y del personal de salud (10).

Marco teórico

La salud y su atención es un fenómeno complejo, el cual puede enriquecer su estudio si se hace desde perspectivas cualitativas complementando las investigaciones epidemiológicas (17), ya que el enfoque cualitativo tiene la finalidad de comprender los fenómenos en toda su complejidad y puede generar aportes a partir de indagar el papel de los sujetos sociales en su contexto y los significados que generan respecto a sus acciones cotidianas o profesionales en el proceso de salud-enfermedad-atención (17).

La disciplina que ha desarrollado en mayor medida los estudios cualitativos es la antropología, utilizando diferentes metodologías e instrumentos como la etnografía, la observación participante, las entrevistas, el análisis del discurso, entre otros; los cuales tienen la finalidad de averiguar y comprender las experiencias, vivencias, prácticas y significados que crean los sujetos sociales a partir de su contexto.

Dicha disciplina se ha aplicado al campo médico, creando una subdisciplina llamada antropología de la salud, la cual estudia diversos rubros de la salud, entendiendo a la enfermedad como un proceso biocultural, es decir como un “fenómeno físico-biológico que de manera simultánea es un evento sociocultural” (15). Se reporta en la literatura científica que en el campo de antropología de la salud, en los últimos años en Cuba se han realizado distintos estudios en los que se busca comprender la experiencia, narrativas, explicaciones y valoraciones tanto del personal médico como de los pacientes sobre diferentes sucesos bioculturales como la infertilidad (18) y la percepción que tienen ambas partes durante el proceso de atención médica (18). En este tipo de estudios se prueba la importancia del enfoque antropológico y de la narrativa como una herramienta para comprender y mejorar la relación médico-paciente y la ética médica (18). Al mismo tiempo, reporta resultados relevantes para el quehacer investigativo y clínico.

Desde un enfoque antropológico de la salud, el nacimiento se entenderá en esta investigación como un proceso biocultural, el cual es interpretado de diferentes maneras en los grupos sociales. Las diferentes interpretaciones culturales que se tienen sobre este tipo de sucesos se dan a través de las representaciones sociales, las cuales son “sistemas de nociones, creencias, orientaciones y actividades que los conjuntos sociales expresan respecto de una realidad social determinada, donde se sintetizan contenidos ideológicos-culturales que obedecen a procesos sociohistóricos concretos” (19). A partir de estudios desde la sociología y la antropología de la salud, se propone que existen diversas representaciones sociales sobre la salud, la enfermedad y su atención, entendiéndolas como “la compleja elaboración psicológica mediante la cual la experiencia de cada persona, los valores y la información vigente en la sociedad, se integran en una imagen significativa” (20).

En el caso del suceso biocultural del nacimiento, la interpretación y vivencia de éste se da a partir de las diferentes representaciones sociales que existen sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento mismo y su atención mediante la medicina obstétrica. Dichas representaciones sociales son expresadas a través del discurso que emiten los distintos grupos sociales, discurso que varía de acuerdo a las nociones que tiene cada grupo de acuerdo a su condición social, económica, cultural y de género. Y pueden identificarse a través de patrones discursivos, categorías nominales y significados léxicos, los cuales se expresan en el lenguaje mediante concepciones, significaciones, definiciones, categorizaciones, experiencias y narrativas.

La existencia de diferentes representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica, entre el personal de salud y las pacientes, lleva a que entiendan y vivan la atención al nacimiento de maneras muy distintas y diversas, lo cual puede generar como consecuencia barreras al entablar la relación médico-paciente. Estas barreras influyen en la percepción sobre la calidad de la atención al nacimiento.

Respecto a las posibles barreras que pueden generarse en la relación médico-paciente, en los últimos cinco años en Cuba (21), Perú (22) y México (23) se han reportado en la literatura científica que el personal médico suele presentar problemas de comunicación con los pacientes, y que además no suelen tomar en cuenta el contexto y los aspectos psicosociales de quienes atienden (23).

Ante estos problemas mencionados, los cuales generan como consecuencia tanto construcción de barreras, como fallas en la comunicación y ausencia de perspectiva social y contextual sobre los pacientes, la antropología es una disciplina que con su perspectiva cualitativa y sociocultural, puede ayudar a crear análisis sobre la relación médico-paciente y como resultado otorgar herramientas al personal médico para saber cómo diagnosticar la situación de vida en la que se encuentran los usuarios y mejorar sus estrategias de comunicación.

Así, para poder comprender las posibles barreras entre el personal de salud y las pacientes, que generan como consecuencia una percepción negativa del servicio, se debe de realizar una investigación que comprenda las distintas percepciones que puede tener cada parte y sus respectivos grados de satisfacción respecto a la atención al nacimiento.

Específicamente sobre la atención al nacimiento, se han realizado investigaciones antropológicas en Cuba sobre las diferentes formas de asumir la maternidad en madres y padres (24), así como sobre las representaciones sociales y prácticas relacionadas con el parto, tanto en parturientas como con profesionales de la salud, con la finalidad de mejorar la calidez del servicio obstétrico en los hospitales de La Habana (25). Estas últimas investigaciones se han hecho a partir de una metodología cualitativa llamada Teoría Fundamentada (Grounded Theory), la cual desarrolla teorías a partir de fenómenos concretos, utilizando métodos como la entrevista o la observación participante para recopilar información (26).

Con estos ejemplos, se visibiliza de qué manera los estudios cualitativos de corte antropológico pueden ayudar a analizar las perspectivas de los sujetos sociales sobre el proceso de salud-enfermedad-atención, tomando en cuenta sus aspectos psicosociales, culturales y contextuales. Por lo tanto, dicho tipo de estudio es de utilidad para analizar la percepción, tanto de médicos como de usuarios, sobre el servicio y la satisfacción con la relación médico-paciente. Al respecto, recientemente en Perú se realizó una investigación sobre las variables que influyen en la satisfacción de los pacientes, y se concluyó que los aspectos culturales, de género y la edad del personal de salud de deben de tomar en cuenta para entender el grado de satisfacción propio y de los pacientes (27).

Además, tomando en cuenta los cambios recientes que se están impulsando en el paradigma y los modelos de atención al nacimiento, es necesario investigar sobre los cambios de prácticas y vivencias que están teniendo al respecto tanto las pacientes como el personal de salud, investigación para la cual la antropología puede fungir como una herramienta útil. Sobre este tema, se han realizado en los últimos años en Polonia (28), Brasil (29) y Cuba (30), estudios cualitativos antropológicos sobre las diferentes posturas que están tomando los profesionales de la salud ante el nuevo paradigma de "parto humanizado" (28), así como sobre la influencia de las recomendaciones de la OMS para la atención perinatal en la evaluación del servicio obstétrico (29), y sobre la necesidad de crear un modelo de atención al nacimiento que tome en cuenta los aspectos culturales de dicho suceso (30).

Para este tipo de investigaciones antropológicas, el análisis del discurso ha sido utilizado como una metodología cualitativa para analizar cómo opera el lenguaje en los contextos sociales y qué papel tiene en las dinámicas e interacciones sociales. Recientemente en México se han realizado publicaciones arbitradas, en las que se concluye que el análisis del discurso es una metodología útil por su tipo de enfoque para investigadores en ciencias de la salud (31).

Específicamente en los campos de la atención al nacimiento y la maternidad, en los últimos cinco años en Brasil se han creado investigaciones sobre el discurso de la maternidad en libros de puericultura (32), sobre las percepciones, expectativas y conocimientos de las púerperas y del personal de salud sobre el parto (33), y sobre las vivencias e interacciones de ambos sujetos en el nacimiento. Todas estas investigaciones fueron procesadas mediante el análisis del discurso, permitiendo un mejor análisis cualitativo de los fenómenos, permitiendo que sea con profundidad, a través de entender las posturas de los sujetos sociales.

Por todo lo anteriormente explicado, la comprensión de la percepción que tienen tanto pacientes como personal de salud sobre la atención al nacimiento, por ser éste un suceso que es parte de un contexto cultural, es una tarea compleja que requiere ser abordada tomando en cuenta las características psicosociales y culturales que lo cruzan, así como la manera en que las representaciones sociales alrededor de la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica influyen en la relación médico-paciente durante este suceso. Para dar cuenta de la complejidad de dichos procesos se partirá de la antropología de la salud y del análisis del discurso como los enfoques de la investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Del contexto anteriormente descrito sobre la calidad de la atención al nacimiento, destaca la importancia de la relación médico-paciente como una de las variables que influyen mayormente en la percepción de las pacientes y el personal de salud sobre la calidad del servicio de salud recibido u otorgado.

Los hospitales son lugares donde se atiende a personas con perfiles diversos, que provienen de diferentes grupos sociales y/o culturales, de distintas condiciones económicas y de escolaridad, diferencias que pueden desencadenar barreras entre el personal de salud y las pacientes, y como consecuencia una variación de la percepción sobre la calidad de los servicios de salud, por lo que en la presente investigación se analizará de acuerdo a estas variables.

Además, la diversidad de percepciones también está en cómo se entiende al nacimiento tanto en las pacientes como en el personal de salud, ya que por ser un evento biocultural está cargado de diferentes significados, y las personas lo conciben de una manera distinta dependiendo de las representaciones sociales que existan en su contexto, sobre todo con las representaciones sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento mismo y la medicina obstétrica. Repercutiendo éstas por ser formas de pensar que influyen la manera en que se significan los sucesos, así como en las formas de actuar de los sujetos.

Una investigación de corte cualitativo y antropológico permite generar información sobre la percepción de la calidad de los servicios de salud, a partir de comprender con profundidad de qué manera se codifica la percepción de las pacientes y del personal de salud sobre el servicio que recibieron u otorgaron, así como analizar las variables que influyeron en su opinión.

Por lo tanto, la presente investigación se concentrará en indagar de qué manera se relacionan las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica, emitido por el personal de salud, con la relación médico-paciente establecida durante la atención al nacimiento y la percepción tanto de pacientes como del personal de salud sobre el servicio de atención al nacimiento que se otorga en el Hospital General La Perla Nezahualcóyotl.

OBJETIVOS

Objetivo general

Comprender y analizar de qué manera se relacionan las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica, emitido por el personal de salud y las pacientes, con la relación médico-paciente establecida durante la atención al nacimiento, y la percepción tanto de pacientes como del personal de salud sobre la calidad del servicio de atención al nacimiento que se otorga en el Hospital General La Perla.

Objetivos específicos

1. Tipificar el proceso de atención al nacimiento en el Hospital General La Perla y con qué infraestructura cuenta para ésta.
2. Averiguar en la relación entablada entre personal de salud y pacientes durante la atención al nacimiento, las dinámicas de interacción, de comunicación y de intercambio de información.
3. Averiguar cuáles son las percepciones que tienen las usuarias sobre la calidad del servicio recibido durante la atención al nacimiento y la satisfacción respecto a la relación médico-paciente.
4. Averiguar cuáles son las representaciones sociales que tiene el personal de salud sobre sus pacientes, la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.
5. Analizar cómo el discurso sobre las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la

medicina obstétrica influyen en la relación médico-paciente que se establece durante la atención al nacimiento.

6. Analizar de qué manera influye el discurso sobre las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica en la percepción de las pacientes y el personal de salud sobre la calidad del servicio y en la satisfacción respecto a la relación médico-paciente durante la atención al nacimiento en el Hospital General La Perla.

Objetivo	Actividad por realizar	Metodología
<p>Tipificar el proceso de atención al nacimiento en el Hospital General La Perla y con qué infraestructura cuenta para ésta.</p>	<p>Observar y registrar la infraestructura con la que cuenta el hospital para la atención al nacimiento.</p> <p>Observar y registrar el proceso mediante el cual se atienden las distintas fases fisiológicas del nacimiento.</p> <p>Clasificar y codificar los registros obtenidos durante las observaciones, de acuerdo a la fase fisiológica del parto a la que pertenezca y a la infraestructura utilizada.</p>	<p>Observación participante y diario de campo</p>
<p>Averiguar en la relación entablada entre personal de salud y pacientes durante la atención al nacimiento, cuáles son las dinámicas de interacción, de comunicación y de intercambio de información.</p>	<p>Observar y registrar cómo se relaciona el personal de salud con las pacientes durante la atención al nacimiento.</p> <p>Observar y registrar cómo se relaciona el personal de salud entre sí durante la atención al nacimiento.</p> <p>Observar y registrar cómo se relacionan las pacientes entre sí durante la atención al nacimiento.</p> <p>Clasificar y codificar los registros obtenidos de las observaciones de acuerdo a las diferentes dinámicas de relación del personal de salud y las pacientes.</p>	<p>Observación participante y diario de campo</p>
<p>Averiguar cuáles son las percepciones que tienen las usuarias sobre la calidad del servicio recibido durante la atención al nacimiento y la satisfacción respecto a la relación médico-paciente.</p>	<p>Realizar encuestas para indagar las características sociodemográficas de las pacientes que acuden a atender su nacimiento en el hospital.</p> <p>Realizar encuestas para indagar sobre la percepción que tienen las usuarias respecto a la calidad de la atención recibida durante el nacimiento y sobre la satisfacción respecto a relación médico-paciente.</p> <p>Clasificar y codificar las distintas percepciones sobre la calidad del servicio y sobre la satisfacción respecto a la relación médico-paciente, tomando en cuenta las características sociodemográficas de las pacientes.</p>	<p>Encuesta breve sobre percepciones</p>

<p>Averiguar cuáles son las representaciones sociales que tiene el personal de salud sobre sus pacientes, la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.</p>	<p>Realizar entrevistas al personal de salud en las que expliquen sus concepciones, definiciones, narrativas, experiencias, categorizaciones y significaciones alrededor de la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.</p> <p>Clasificar y codificar los resultados discursivos obtenidos en las entrevistas de acuerdo a cada representación.</p>	<p>Entrevista semi estructurada con profundidad</p>
<p>Analizar cómo el discurso sobre las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica influyen en la relación médico-paciente que se establece durante la atención al nacimiento.</p>	<p>Relacionar los resultados obtenidos en las entrevistas sobre las representaciones sociales de la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica entre sí.</p> <p>Relacionar los resultados obtenidos en las observaciones sobre las dinámicas de relación durante la atención al nacimiento entre sí.</p> <p>Relacionar los resultados obtenidos en las entrevistas y los resultados obtenidos en las observaciones, para indagar cómo influyen las representaciones sociales en cómo se entabla la relación médico-paciente.</p>	<p>Análisis del discurso</p> <p>Teoría Fundamentada</p>
<p>Analizar de qué manera influye el discurso sobre las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica en la percepción de las pacientes y el personal de salud sobre la calidad del servicio y la satisfacción respecto a la relación médico-paciente, durante la atención al nacimiento en el Hospital General La Perla.</p>	<p>Relacionar los resultados obtenidos en las entrevistas y en las observaciones, con la percepción que tienen tanto pacientes como personal de salud, sobre la calidad de la atención al nacimiento.</p> <p>Relacionar los resultados obtenidos en las entrevistas y en las observaciones con la satisfacción que tienen tanto pacientes como personal de salud respecto a la relación médico-paciente.</p>	<p>Análisis del discurso</p> <p>Teoría Fundamentada</p>

HIPÓTESIS

En la investigación se propone que el tipo de relación médico-paciente que establece el personal de salud está influenciado no sólo por la formación que recibieron y los protocolos de atención establecidos, sino también por una serie de representaciones sociales sobre la mujer, maternidad, el nacimiento, la medicina obstétrica y su papel en la sociedad.

Por otro lado, se propone que la percepción de las pacientes y del personal de salud sobre la relación médico-paciente y sobre la calidad del servicio recibido u otorgado durante la atención del nacimiento, también está influenciada por la serie de representaciones sociales, sobre la mujer, maternidad, el nacimiento, la medicina obstétrica que tienen ambas partes y por el contexto sociocultural de proveniencia.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es de relevancia porque aportará conocimiento en diversos niveles y ámbitos, el primero es al campo de la antropología de la salud y la medicina social, con la creación de conocimiento que permita comprender el proceso de atención al nacimiento y la relación médico paciente desde un enfoque de relaciones médico-paciente, representaciones sociales y análisis del discurso.

Además, los resultados de la presente investigación pueden fungir como una herramienta teórica para comprender las diferentes percepciones sobre la calidad de la atención al nacimiento tanto de las pacientes como del personal de salud, proponer estrategias para eliminar las barreras en la relación médico-paciente y mejorar la adherencia en la atención obstétrica. Así como para comprender el funcionamiento social y el tipo de relaciones presentes en el Hospital General La Perla.

METODOLOGÍA

Descripción general

La presente investigación es de corte antropológico, cualitativo y analítico. Se realizará mediante la elaboración de encuestas a usuarias sobre su percepción de la calidad del servicio de atención al nacimiento, así como con la observación de nacimientos a partir de la metodología de observación participante, y de la realización de entrevistas semi-estructuradas al personal de salud sobre su narrativa profesional, así como su percepción de la calidad del servicio que otorgan en la atención al nacimiento, y las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.

Tendrá una duración aproximada de un año, una vez que sea aprobada su realización, para poder recabar de manera adecuada la información necesaria.

Las encuestas se basaron en la “Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención del IMSS” (34), así como en la encuesta sobre la satisfacción con la atención médica, realizada por investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en el Hospital General de México, ubicado en la capital (35). De ambas encuestas se seleccionaron los incisos correspondientes a la obtención de datos sociodemográficos de las pacientes, así como sobre el estado de ánimo resultado del embarazo, sobre la percepción de las usuarias respecto al trato que recibieron por parte del personal de salud, así como los incisos correspondientes a la evaluación de la calidad del servicio recibido y sugerencias para la mejora de la atención.

La realización de entrevistas semi-estructuradas y la observación participante de nacimientos se elaborará a partir del enfoque metodológico de la Teoría Fundamentada, la cual se basa en la recolección y análisis sistemático de datos empíricos (26), logrando la obtención de dichos datos mediante instrumentos que permitan comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de los sujetos que forman parte de ellos, como pueden ser las entrevistas u observaciones (26). Desde esta metodología se buscan rastrear los significados que le dan los sujetos a sus prácticas cotidianas o profesionales (26).

En la entrevista, las preguntas correspondientes a la narrativa profesional y las representaciones sociales sobre la medicina, se basaron en guías de entrevista realizadas a médicos, en estudios para indagar desde una perspectiva sociológica sus prácticas profesionales. Dicho estudio fue realizado por investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en hospitales de la Secretaría de Salud (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (14). Las preguntas correspondientes a las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad y el nacimiento se diseñaron a partir de los objetivos de la presente investigación, basándose en la Teoría Fundamentada para su formulación, específicamente tomando en cuenta el criterio de saturación teórica en el diseño metodológico, de modo que el contenido a obtener informe al muestreo cualitativo. Las preguntas correspondientes a la evaluación del personal de salud sobre el servicio otorgado durante la atención al nacimiento se basaron en los criterios de disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad, propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la evaluación de los servicios de salud (36).

Las guías de observación dirigida se basaron en la “Guía de observación de la atención institucional de trabajo de parto y parto”, realizada en el estudio anteriormente descrito para indagar las prácticas médicas desde un enfoque sociológico (14).

Descripción de las maniobras o intervenciones

ETAPA 1: OBSERVACIÓN DE NACIMIENTOS
Dimensión a observar: <i>Relacional</i> . (Anexo I)
Consta de:
-Dinámicas de interacción: Identificadas a través de las reacciones verbales y emocionales de las pacientes respecto al proceso de parto y las maneras de responder del personal de salud hacia ellas.
-Dinámicas de comunicación (verbal y no verbal): Identificadas a través de las expresiones verbales, sustantivos, adjetivos y tonos de voz empleados, así como los gestos y actitudes corporales emitidas por pacientes y personal de salud.
-Dinámicas de intercambio (de información y consejos). Identificadas a través de órdenes, instrucciones y recomendaciones, tanto en su forma como su contenido, emitidas por el personal de salud hacia las pacientes respecto a la situación en la que se encuentra el proceso de nacimiento.
Dinámicas a considerar:
-Pacientes y enfermeras
-Pacientes y médicos
-Pacientes y otro tipo de personal clínico
-Pacientes entre sí
-Personal de salud entre sí

FASES DE LA OBSERVACIÓN
Sala de urgencias
<i>Foco de la observación:</i> Relación médico-paciente, dinámicas de relación y eventos ocurridos antes del ingreso a la sala de labor.
Sala de labor
<i>Foco de la observación:</i> Relación médico-paciente, dinámicas de relación y eventos ocurridos durante el trabajo de parto.
Sala de expulsión o quirófano
<i>Foco de la observación:</i> Relación médico-paciente, dinámicas de relación y eventos ocurridos durante el parto o cesárea.
Sala de recuperación
<i>Foco de la observación:</i> Relación médico-paciente, dinámicas de relación y eventos ocurridos durante la recuperación.

*Duración mínima de dos horas por observación.

ETAPA 2: ENCUESTA A USUARIAS
1) Objetivo general: Averiguar las la percepción de la usuaria sobre la calidad del servicio recibido y sobre su satisfacción respecto a la relación médico-paciente.
2) Lugar de la encuesta: Sala de urgencias y de recuperación.

3) Duración aproximada: 15 minutos.
4) Información básica a obtener: Carta de consentimiento informado para el uso de la información recabada durante la encuesta (Anexo II), perfil sociodemográfico de la usuaria (edad, escolaridad, número de embarazos, número de hijos, situación laboral, situación conyugal), estado de ánimo derivado del embarazo, percepción de la calidad del servicio (percepción de la relación personal de salud-paciente y grado de satisfacción sobre la relación médico-paciente) (Anexo III).
ETAPA 3: ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS A PERSONAL DE SALUD
1) Objetivo general: Indagar sobre el contexto sociocultural del personal de salud y sobre las representaciones sociales que tienen sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica, y sobre la percepción que tienen de la calidad del servicio otorgado.
2) Lugar de la entrevista: Cualquier espacio privado que conceda la dirección del Hospital General La Perla.
3) Duración aproximada: 2 horas por cada entrevista.
4) Información básica a obtener: Carta de consentimiento informado para el uso de la información recabada durante la entrevista (Anexo IV), historia de vida sobre personal de salud, historia personal de formación profesional, percepción sobre las pacientes, percepción sobre la calidad del servicio otorgado, representaciones sociales que tiene sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica (Anexo V).

Se realizará una descripción densa de los datos obtenidos durante la realización de observaciones dirigidas, dividiendo el registro en las distintas fases de atención al nacimiento y en la infraestructura empleada para la atención de dicha fase, para poder separar en categorías:

-Ennumeración de la infraestructura (medios técnicos, recursos humanos, instalaciones y servicios) con los que cuenta el hospital para la atención al nacimiento.

-Descripciones espaciales de la sala de labor, sala de expulsión y sala de recuperación, identificando la ubicación de los principales objetos y actores.

-Descripciones temporales, registrando la hora de ingreso de las pacientes y el tiempo que tardan en pasar de una sala a otra.

Las entrevistas semi-estructuradas se transcribirán para posteriormente categorizarlas y codificarlas de acuerdo a la identificación de representaciones sociales, historia de vida y narrativa profesional. Las representaciones sociales se identificarán mediante los siguientes criterios:

-Definiciones sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.

-Categorizaciones respecto a la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.

-Experiencia subjetiva alrededor la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.

-Significados asignados a la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.

-Expectativas respecto a la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.

Los resultados obtenidos en las entrevistas respecto a las percepciones sobre la calidad del servicio se evaluarán a partir de los siguientes criterios propuestos por la OMS:

- Disponibilidad
- Accesibilidad
- Adaptabilidad

Incluyendo una autoevaluación realizada por el personal de salud, de acuerdo a sus criterios individuales sobre la calidad en la atención a la salud.

Los resultados obtenidos en las encuestas se transcribirán y categorizarán de acuerdo a las siguientes variables:

- Perfil sociodemográfico
- Estado anímico durante el embarazo
- Percepción sobre el trato recibido durante la atención al nacimiento
- Grado de satisfacción con la relación médico-paciente
- Evaluación de la calidad en el servicio recibido durante la atención al nacimiento

La información obtenida en dichas categorías se procesará mediante gráficos, para su posterior análisis.

Para el procesamiento de los datos anteriormente descritos se utilizará el software de análisis cualitativo "Atlas.TI", con la finalidad de codificar y sistematizar todos los datos recabados para su posterior análisis.

ETAPA 5: ANÁLISIS CUALITATIVO SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO EN EL HOSPITAL GENERAL LA PERLA

Se describirá la percepción de las usuarias sobre la calidad del servicio que recibieron, organizando la información a partir de categorías y subcategorías.

También se realizará un análisis descriptivo general de la percepción del personal de salud sobre la calidad del servicio otorgado, organizando la información a partir de categorías y subcategorías.

Además se realizará un análisis descriptivo general sobre la relación personal de salud-pacientes y sus dinámicas de interacción, comunicación e intercambio.

Por último se analizará la relación existente entre los resultados obtenidos sobre las representaciones sociales de la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica tanto de las pacientes como del personal de salud, con las percepciones que tienen ambos sujetos sobre la calidad de la atención al nacimiento.

Métodos que se usarán para la recopilación de información

Observación participante: La observación de nacimientos se realizará en tres espacios: la sala de labor, en la sala de expulsión o quirófano y en la sala de recuperación, con una duración mínima de 2 horas por observación (Anexo I). Todas las observaciones serán registradas para su posterior análisis. Toda la información recabada será confidencial y el registro de las relaciones entre los involucrados (personal de salud y pacientes) será anónimo o se utilizarán seudónimos para el manejo de datos.

Encuestas: Las encuestas se realizarán a las pacientes en dos espacios: la sala de urgencias y la sala de recuperación,

con una duración aproximada de 15 minutos por paciente. Todas serán grabadas para su posterior análisis (Anexo III). Toda la información recabada será confidencial y el nombre de las encuestadas será anónimo o se utilizarán seudónimos para el manejo de datos.

Entrevistas semi-estructuradas: Las entrevistas semi-estructuradas que se realizarán al personal de salud, consistirá en una entrevista semi-estructurada (Anexo V). La duración de cada entrevista será de 1 a 2 horas aproximadamente y todas serán grabadas para su posterior análisis. Toda la información recabada será confidencial y el nombre de los entrevistados será anónimo o se utilizarán seudónimos para el manejo de datos.

Descripción de los formatos de evaluación

Guías de observación: Son instrumentos etnográficos para recabar la información necesaria durante la observación de nacimientos, para describir el contexto de atención al nacimiento, así como a las personas participantes (personal de salud y paciente) y la relación personal de salud-paciente que se entabla con sus dinámicas de interacción, comunicación e intercambio (Anexo I).

Encuestas: Son instrumentos etnográficos que permitirán recabar información precisa sobre las pacientes, su perfil sociodemográfico y su percepción sobre el servicio que recibieron (Anexo III).

Guía de entrevistas semi-estructuradas: Son instrumentos etnográficos que nos permitirán recabar información sobre el personal de salud a partir de ciertos ejes de conversación sobre su narrativa profesional, sus representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica, así como de su percepción sobre el servicio de atención al nacimiento que otorga (Anexo V).

Pilotaje de los instrumentos metodológicos

Se realizaron cuatro pruebas con los instrumentos de entrevista semi-estructurada en personal de salud con diferentes perfiles: en dos estudiantes de medicina en el tercer año de la licenciatura, en un médico general y en un médico con la especialización en medicina familiar, en las cuales se realizaron cinco modificaciones entre el primer y el segundo pilotaje, agregando preguntas de control para la narrativa profesional y cambiando de orden algunas preguntas respecto a las representaciones sociales de la medicina. También se verificó que su duración aproximada no sea mayor a dos horas y que sea entendible la formulación de preguntas y el formato de consentimiento informado.

Con la encuesta a usuarias se realizaron dos simulaciones con mujeres que atendieron su parto en un servicio público y se verificó que su duración aproximada no sea mayor a quince minutos.

ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Dado el carácter cualitativo del estudio no existe riesgo en cuanto a la atención clínica de pacientes, por lo que la salud de las y los pacientes y del personal de salud no se encuentra comprometida, por lo tanto solo aplica el principio de autonomía estipulado por los principios de bioética, por lo que para su garantía se van a realizar pláticas informadas con los participantes de la investigación para resolver todas sus preguntas respecto a la investigación antes de la lectura y firma del formato de consentimiento informado.

Todo el manejo de la información recabada tanto en pacientes como en personal de salud, será procesada de manera anónima o mediante el uso de pseudónimos.

Para seguir los máximos estándares bioéticos el formato de consentimiento informado, tanto para pacientes como para el personal de salud, utilizado en la presente investigación se basó en el formato utilizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

TEMPORALIDAD DEL ESTUDIO

La investigación pretende realizarse durante un periodo máximo de un año, lapso de tiempo que permitirá la observación sistemática de nacimientos, las encuestas a usuarias y generar una relación de confianza (rapport) con el personal de salud, para una realización propia de las entrevistas semi-estructuradas.

POBLACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

A partir de estas consideraciones, la investigación se centrará por una parte, específicamente en los médicos obstetras, sin importar su rango y en los médicos internos o en formación y los enfermeros que participen en la atención al nacimiento.

Se pretende entrevistar a personal de salud que atienda en diferentes turnos, para poder comprender de una manera más completa y representativa el funcionamiento del hospital durante la atención al nacimiento, así como seleccionar entrevistados con diversidad de edades, género y antigüedad en la institución.

La observación de nacimientos será a conveniencia, tratando de observar casos de mujeres con diversidad de edades.

La encuesta también se realizará a conveniencia, tratando de encuestar a mujeres con diversidad de edades.

En estudios cualitativos el tamaño de la muestra de estudio no se conoce a priori de la investigación, ya que el límite de la investigación depende de que los datos obtenidos sean detallados y permitan comprender la complejidad de los fenómenos (26). Por lo que las entrevistas, observaciones y encuestas se realizarán en diferentes unidades de estudio hasta que exista una saturación teórica, entendida como el momento de la investigación cualitativa en el que al obtener una diversidad de resultados mediante los instrumentos, no se obtienen elementos nuevos para el estudio (26).

JUSTIFICACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Dado que la investigación que se sigue es de corte cualitativo, el muestreo se hará del mismo modo; en este caso, siguiendo el criterio de saturación teórica de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory), de modo que el número de entrevistas estará definido por la saturación de contenido de las categorías a analizar descritas en la tabla siguiente [Definición de variables a evaluar], en el caso de las entrevistas (26).

Debido a la naturaleza del estudio, se busca que los informantes tengan la mayor diversidad de características entre sí, para analizar la posible existencia de patrones o especificidades debido a la edad, o el género, o características sociales o culturales de origen. Por ello, para las entrevistas es requerida una desagregación de perfiles por género y edad, mínimamente.

De ser posible tener acceso a bases de datos internas, podría proponerse una N adecuada para el levantamiento de encuestas; sin embargo, dada la naturaleza del estudio, el criterio de muestreo más relevante es, como se describe anteriormente, el de saturación teórica y corresponde al levantamiento de las entrevistas semiestructuradas con profundidad realizadas al personal de salud. Como todo estudio cualitativo, el presente busca explorar relaciones causales complejas más que determinarlas.

DEFINICIÓN DE VARIABLES A EVALUAR

VARIABLES A ANALIZAR EN LAS ENCUESTAS:
Apoyo recibido para el manejo de su estado de ánimo.
Edad de la paciente
Residencia actual.
Pertenencia a un grupo indígena.
Número de embarazos.
Escolaridad.
Estado conyugal.
Situación laboral.
Estado de ánimo a causa de su embarazo.
10. Percepción del trato recibido por parte del personal de salud.
Expectativas de trato por parte del personal de salud.
Percepción general sobre la calidad del servicio recibido.
Satisfacción respecto servicio recibido.
Sugerencias de mejora en el servicio de atención al nacimiento.

VARIABLES A ANALIZAR EN LAS OBSERVACIONES DE NACIMIENTOS:

Edad aproximada de la paciente

Conducta de la paciente durante el nacimiento

Relación personal de salud-paciente.

Dinámica de comunicación entre personal de salud y pacientes.

Dinámica de interacción entre personal de salud y pacientes.

Dinámica de intercambio de información y consejos entre personal de salud y pacientes

Dinámica de relación entre el personal de salud entre sí.

Eventos ocurridos durante la atención al nacimiento.

VARIABLES A ANALIZAR EN LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS:

Información personal

Edad del entrevistado

2. Lugar de nacimiento.
3. Aspectos relevantes sobre su vida.
4. Estado conyugal.
5. Experiencia personal en torno al nacimiento.
6. Hijos o embarazos y experiencias en su nacimiento.

Narrativa profesional

1. Historia sobre su formación como médico.
2. Lugar de formación.
3. Motivo de elección de su licenciatura.
4. Experiencia y expectativas durante su formación.
5. Dinámicas de relación con profesores y compañeros de la licenciatura.
6. Experiencia trabajando en otros hospitales y en el Hospital General La Perla Nezahualcóyotl.

Percepción sobre la relación médico-paciente

1. Definición de la relación médico-paciente.
2. Estrategias para entablar la relación médico-paciente.
3. Pacientes relevantes en su formación.
4. Valores en su ejercicio profesional como médico.
5. Papel de la medicina obstétrica en la sociedad.

Percepción sobre las pacientes

1. Perfil sociodemográfico de las pacientes que atiende.
2. Categorización de la conducta de pacientes obstétricas.
3. Percepción sobre la experiencia de sus pacientes durante la atención al nacimiento.

Representaciones sociales

1. Representaciones sociales (definiciones, categorizaciones, expectativas, significados y experiencia) sobre la mujer.
2. Representaciones sociales (definiciones, categorizaciones, expectativas, significados y experiencia) sobre la maternidad.
3. Representaciones sociales (definiciones, categorizaciones, expectativas, significados y experiencia) sobre el nacimiento.
4. Representaciones sociales (definiciones, categorizaciones, expectativas, significados y experiencia) sobre la medicina obstétrica y su papel en la sociedad.

Evaluación del servicio de atención al nacimiento

1. Percepción sobre atención de calidad al nacimiento.
2. Evaluación de la atención al nacimiento en el Hospital General La Perla en términos de accesibilidad.
3. Evaluación de la atención al nacimiento en el Hospital General La Perla en términos de disponibilidad.
4. Evaluación de la atención al nacimiento en el Hospital General La Perla en términos de adaptabilidad.
5. Evaluación de la atención al nacimiento en el Hospital General La Perla en términos de calidad.

Tipo y diseño del estudio

Las entrevistas para el personal de salud tendrán una duración total estimada de tres y puede realizarse en dos fases, de acuerdo a la disponibilidad con la que cuenten.

Las entrevistas para las pacientes tendrá una duración aproximada de 15 minutos y se realizará cuando esté en condiciones óptimas.

Toda la información obtenida durante las entrevistas y encuestas será anónima.

RESULTADOS

ETAPA 1

1. Descripción de las reacciones verbales y emocionales de las pacientes respecto al proceso de parto y las maneras de responder del personal de salud hacia ellas.
2. Descripción de las expresiones verbales, sustantivos, adjetivos y tonos de voz empleados, así como los gestos y actitudes corporales emitidas por pacientes y personal de salud.
3. Descripción de las órdenes, instrucciones y recomendaciones, tanto en su forma como su en contenido, emitidas por el personal de salud hacia las pacientes respecto a la situación en la que se encuentra el proceso de nacimiento.
4. Registro de los diferentes perfiles y casos de las parturientas.
5. Categorización de la relación personal de salud-paciente establecida durante la atención al nacimiento, relacionando el perfil y caso de la parturienta con las dinámicas de comunicación, interacción e intercambio de información que estableció el personal de salud con ella.
6. Análisis de la dimensión discursiva de la relación personal de salud-paciente, reflejada a través de las dinámicas de comunicación, interacción e intercambio de información.

ETAPA 2

7. Registro del perfil sociodemográfico de las pacientes
8. Descripción del estado anímico durante el embarazo
9. Descripción de la percepción sobre el trato recibido durante la atención al nacimiento
10. Descripción del grado de satisfacción con la relación médico-paciente
11. Descripción de la evaluación de la calidad en el servicio recibido durante la atención al nacimiento
12. Creación de subcategorías a partir de las descripciones obtenidas en las diferentes descripciones.
13. Graficación de los resultados agrupados en subcategorías.
14. Creación de patrones y especificidades a partir de los gráficos respecto a las percepciones sobre el trato recibido, del grado de satisfacción y de la evaluación de la calidad en el servicio con el perfil sociodemográfico de las pacientes y su estado anímico durante el embarazo.
15. Análisis de las diferencias y similitudes obtenidas en las percepciones sobre el trato recibido, del grado de satisfacción y de la evaluación de la calidad en el servicio con el perfil sociodemográfico de las pacientes y su estado anímico durante el embarazo.

ETAPA 3

- Breve historia de vida del personal de salud
- Narrativa del personal de salud sobre su formación y ejercicio como profesional de la salud, así como sobre la relación médico-paciente
- Registro de las definiciones sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.
- Registro de las categorizaciones respecto a la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.
- Registro de la experiencia subjetiva alrededor la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.
- Registro de los significados asignados a la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.
- Registro de las expectativas respecto a la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica
- Categorización de los registros obtenidos en las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica
- Análisis de las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica con las que cuenta el personal de salud y relacionarlo con la historia de vida y narrativa como profesional de la salud.
- Registro de las percepciones del personal de salud sobre el servicio otorgado durante la atención al nacimiento.
- Categorización del registro obtenido sobre las percepciones del servicio del personal de salud, a partir de los criterios de disponibilidad, adaptabilidad y accesibilidad.
- Registro de la evaluación cualitativa y subjetiva por parte del personal de salud sobre la calidad del servicio de atención al nacimiento
- Relación del registro de la evaluación cualitativa y subjetiva por parte del personal de salud sobre la calidad del servicio de atención al nacimiento con su evaluación en términos de disponibilidad, adaptabilidad y accesibilidad.
- Informe respecto a la percepción del personal de salud sobre la calidad, disponibilidad, adaptabilidad y accesibilidad del servicio otorgado durante la atención al nacimiento.
- Análisis del informe respecto a la percepción del personal de salud sobre la calidad, disponibilidad, adaptabilidad y accesibilidad del servicio otorgado durante la atención al nacimiento, relacionándolo con las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica con las que cuenta el personal de salud y relacionarlo con la historia de vida y narrativa como profesional de la salud.

ETAPA 4

Sistematización, categorización y codificación de los resultados obtenidos durante las observaciones, encuestas y entrevistas.

ETAPA 5

A partir de los análisis creados a partir de la observación de nacimientos, de la realización de encuestas a usuarias y de la realización de entrevistas semi-estructuradas al personal de salud, se elaborará una relación entre los distintos resultados para su posterior análisis. Con todos estos análisis realizados se organizará la información, para relacionarla con el marco teórico y posteriormente crear los capítulos de la investigación.

Productos de la investigación

Los productos con los cuales se comunicará la investigación serán:

- Tesis profesional para la obtención del título de licenciatura en Desarrollo y Gestión Interculturales de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM.
- Posible elaboración de un artículo científico académico para revistas especializadas en antropología de la salud o en estudios socioculturales de la salud reproductiva.
- Posible comunicación de la investigación mediante ponencias en congresos especializados en antropología de la salud o en estudios socioculturales de la salud reproductiva.

RECURSOS A SOLICITAR

- Acceso a la sala de labor, a la sala de expulsión y a la sala de recuperación para la realización de observaciones.
- Tiempo y acceso de las pacientes para la realización de las encuestas.
- Tiempo y acceso del personal de salud y pacientes para responder la entrevista.

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

- (1) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Natalidad, conjunto de datos: Nacimientos*. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=23699&proy=nat_nac]. Acceso el 28 de enero 2018.
- (2) Organización Mundial de la Salud (2016). *Mortalidad Materna*. Disponible en: [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>]. Acceso el 28 de enero 2018
- (3) Dirección General de Epidemiología (2018). *Información Relevante Muertes Maternas*. Acceso en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/290107/MMAT_2018_SE03.pdf]
- (4) Observatorio de Mortalidad Materna (2014). *Indicadores de Mortalidad Materna 2014*. Acceso en: [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/INDICADORES_2014_Web.pdf]
- (5) Organización de las Naciones Unidas (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2015*. Disponible en: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf]. Acceso el 28 de enero 2018.
- (6) Gobierno de la República (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Accesible en: [<http://itcampeche.edu.mx/wp-content/uploads/2016/06/Plan-Nacional-de-Desarrollo-PND-2013-2018-PDF.pdf>]
- (7) Gobierno de la República (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Accesible en: [<http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202013-2018.pdf>]
- (8) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2013) *Programa de Acción Específicos*. Acceso en: [<https://www.gob.mx/salud/cnegsr/articulos/programas-de-accion-especificos-2013-2018?idiom=es>]
- (9) ESAN (2016). *Los diferentes conceptos de calidad en salud*. Acceso en: [<https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>]
- (10) Organización de las Naciones Unidas (s.f.). *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*. Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000. Disponible en: [<http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>]
- (11) Martínez Rodríguez, Óscar y Liévano Torres, Samuel (2013) Calidad de la atención médica en Ginecoobstetricia. *Ginecología y obstetricia*. Distrito Federal, Editorial Alfil
- (12) Instituto de Salud del Estado de México (2018). *Planeación Estratégica*. Acceso en: [<http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=201>]

- (13) Instituto Nacional de Salud del Estado de México (2018). *Antecedentes Históricos*. Acceso en: [http://salud.edo-mexico.gob.mx/html/doctos/antecedentes/ANTECEDENTES_ISEM.pdf]
- (14) Castro, R. y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, Universidad Nacional Autónoma de México, Cuernavaca, 1ra edición. Disponible en: [http://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Sociolog%C3%ADa%20de%20la%20pr%C3%A1ctica%20m%C3%A9dica.pdf]
- (15) Campos, R. (2016). *Antropología médica e interculturalidad*, Editorial Mc Graw Hill, México, 1ra edición
- (16) Meneses Mendoza, Eloina y Muradás Troitño, María (cords.), Meneses Mendoza, Eloina y Hernández López, María (2017). *Situación de salud sexual y reproductiva, Estado de México. Consejo Nacional de Población*. Acceso en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236813/15_Mexico_web.pdf]
- (17) Martínez Salgado, Carolina (2012). *El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias*. En: Ciencia & Saúde Colectiva 17 (3).
- (18) Díaz Bernal, Zoe; García Jordá, Dailys (2011). *La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad*. En: Revista Cubana de Salud Pública. March 2011 37(1); Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2011. Base de datos: SciELO
- (19) Osorio, Carranza (2001). *Entender y atender la enfermedad: Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México, D.F.: INI-CIESAS- INAH.
- (20) Castro, Roberto (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- (21) Legón, Maritza de la Rosa; Vega González, Nelia; Brito Gómez, Lourdes (2010). *El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de ciencias médicas*. En: Revista Habanera de Ciencias Médicas. September 2010 9(3):433-440; Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, 2010. Language: Spanish; Castilian, Base de datos: SciELO
- (22) Alva-Díaz, Carlos Alexander; Huerta-Rosario, Mariela Inés (2015). *The importance of communication quality in health care services Health and communication theory from Pedro Lain Entralgo*. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2015, Vol. 8 Issue 2, p113-115. 3p. Base de datos: MedicLatina
- (23) Álvarez Gordillo, Julio Félix; Álvarez Gordillo, Guadalupe del Carmen (2011). *Las percepciones sobre la práctica médica en la región fronteriza de Chiapas*. En: Andamios. August 2011 8(16):287-320; Colegio de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2011. Language: Spanish; Castilian, Base de datos: SciELO
- (24) García Jordá, Dailys; Díaz Bernal, Zoe (2010). *Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio*. En: Revista Cubana de Salud Pública. December 2010; Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2010. Base de datos: SciELO
- (25) Dailys García-Jordá; Zoe Díaz-Bernal; Marlen Acosta Álamo (2012). *El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica*. En: Revista Cubana de Salud Pública. December 2013 39(4):718-732; Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2013. Base de datos: SciELO
- (26) Hernández Carrera, Rafael (2014). *La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la Teoría Fundamentada*. Universidad Internacional de la Rioja, España.
- (27) Mendoza, Cinthya; Ramos-Rodríguez, Claudia; Gutierrez, Ericson (2016). *Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú*. Revista Horizonte Médico, Vol. 16 Issue 1, p14-19. 6p. Base de datos: MedicLatina.
- (28) Laura Lorén Guerrero; Edyta Barnaś; Karolina Kochmańska; Dominika Pasierb; Renata Raś; Elzbieta Porada (2014). *Cuidado perinatal según la opinión de las mujeres procedentes de la región de Podkarpacie*. En: Index de Enfermería, Vol 23, Iss 1-2, Pp 10-14 (2014); Fundación Index, 2014. Base de datos: Directory of Open Access Journals.
- (29) Taísa Guimarães de Souza; Maria Aparecida Munhoz Gaíva; Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes (2011). *La humanización del nacimiento: percepción de los profesionales de la salud que actúan en el parto*. En: Revista Gaúcha de Enfermagem , Vol 32, Iss 3, P. p. 479-486 ; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Base de datos:

Directory of Open Access Journals.

- (30) Semper González, Abel Iván; Segredo Pérez, Alina María; Hernández Narino, Arialis (2016). *Calidad de la atención a la morbilidad materna extremadamente grave. Estudio preliminar. Hospital Ginecobstétrico Provincial. Matanzas 2016*. En: Revista Médica Electrónica. February 2017 :53-60; CENTRO PROVINCIAL DE INFORMACIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS. MATANZAS, 2017. Base de datos: SciELO.
- (31) Urra, E.; Muñoz, A.; Peña, J. (2013). *El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. En: Enfermería universitaria*. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 2013. Base de datos: SciELO
- (32) Lima, Ana Laura Godinho; Vicente, Barbara Caroline (2016). *Conocimientos y experiencia sobre la maternidad: análisis de los discursos*. En: Estilos da Clinica. April 2016 21(1):96-113; Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2016. Base de datos: SciELO
- (33) Pinheiro, Bruna Cardoso; Bittar, Cléria Maria Lobo (2012). *Percepciones, expectativas y conocimientos sobre el parto normal: relatos de experiencia de puerperas y de los profesionales de la salud*. En: Aletheia. April 2012 0(37):212-227; Universidade Luterana do Brasil. Base de datos: SciELO
- (34) Instituto Mexicano del Seguro Social (s.f.). *Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención del IMSS*. [formato electrónico] Disponible en: [http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENSAT/2018/ÁBR/2018_Abr_Ensat_Cuestionario_2doNivel.pdf [Accessed 1 Sep. 2018]].
- (35) Hamui Sutton, L., Fuentes García, R., Aguirre Hernández, R. and Ramírez de la Roche, O. (2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica*. 1ra ed. Ciudad de México: Facultad de Medicina y Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, p. p. 191-195.
- (36) Organización de las Naciones Unidas (2000). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 12*. Disponible en: [https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx]

ANEXO II

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA

1. Fecha de la observación
2. Hora de inicio de la observación
3. Hora de finalización de la observación
4. Salas en la que se realizó la observación Selecciona todas las opciones que correspondan.
6. Edad aproximada de la paciente
7. No. de embarazo
8. No. de abortos
9. Hora de ingreso a la sala
10. Hora de salida de la sala
11. Sucesos relevantes durante el nacimiento
12. Características relevantes de la paciente
13. Conducta de la paciente durante el nacimiento relación médico-paciente durante trabajo de parto
14. Personal de salud que entabló contacto con ella
15. Acompañamiento de doula
16. Técnicas implementadas por la doula
17. Recomendaciones “humanizadas” dadas por médicxs
18. Recomendaciones “humanizadas” dadas por enfermeras
19. Comentarios de violencia obstétrica de enfermeras
20. Comentarios de violencia obstétrica de internos
21. Comentarios de violencia obstétrica de Residentes
22. Comentarios de violencia obstétrica de médicos en cargo
23. ¿Qué tipo de preguntas se hacen?
24. Solicitudes por parte de la paciente
25. ¿Fueron resultas las solicitudes de la paciente?
26. Anticoncepción ofrecida

27. Información otorgada sobre el estado del trabajo de parto
28. No. formatos de consentimiento informado
29. Petición de firma de formatos de consentimiento informado.
30. Descripción de la interacción física que tiene el personal de salud con la paciente
31. Conversación entablada entre el personal de salud respecto a la paciente
32. Observaciones o comentarios adicionales Relación médico-paciente durante parto
33. Acciones llevadas a cabo Selecciona todas las opciones que correspondan.
34. Otras acciones llevadas a cabo
35. ¿Se llevaron a cabo acciones “humanizadas”?
36. ¿Cuáles acciones se llevaron a cabo?
37. Otras acciones llevadas a cabo
38. Comentarios de V.O. de enfermeras
39. Comentarios de V.O. de internos
40. Comentarios de V.O. de Rs
41. Comentarios de V.O. de Médicos en cargo
42. Comentarios sobre la anticoncepción
43. Estado de salud del bebé
44. Observaciones adicionales

ANEXO III

ENTREVISTA PARA PERSONAL DE SALUD

Presentación de la investigación, aclaración de dudas, lectura, llenado, firma del formato de consentimiento informado y entrega de copia del formato al participante

Datos personales

1. ¿Cómo se llama?
2. ¿Vive cerca del hospital?
3. ¿Por dónde vive?
4. ¿Cuántos años tiene?
5. ¿Desde hace cuántos años ejerce su

Historia de vida

6. ¿Dónde nació?
7. ¿Dónde ha pasado la mayor parte de tu vida?
8. ¿Sabe cómo nació?
9. ¿Me platicaría cómo fue?
10. ¿Cómo se sintió su familia cuando nació?
11. ¿Cómo es el ejercicio de la maternidad en su núcleo familiar?
12. ¿Tiene hijos? Marca solo un óvalo.
13. ¿Cuántos?
14. ¿Me contaría cómo vivió su nacimiento?
15. ¿Ha sido cercano al nacimiento de otro familiar?
16. ¿A cuál y cómo fue?

Narrativa profesional

17. ¿Dónde estudió medicina?

18. ¿Por qué eligió estudiar medicina?
19. ¿Ocurrió algo en su vida que lo hiciera querer estudiar esa carrera?
20. ¿Cuál fue ese suceso?
21. ¿Cómo se imaginaba que iba a ser la formación como médico?
22. ¿Se pareció a lo que pensaba?
23. ¿Por qué?
24. ¿A qué edad comenzó a estudiar medicina?
25. ¿La mayoría de sus maestros eran hombres o mujeres?
26. ¿Le gustaban sus clases?
27. ¿Qué ha sido lo más difícil de su formación como médico? / ¿Qué fue lo más difícil de su formación como médico?
28. ¿La mayoría de sus compañeros eran hombres o mujeres?
29. ¿De qué manera se relacionaban usted y sus compañeros con sus maestros?
30. ¿Qué ha aprendido sobre las jerarquías en su formación como médico?
 31. ¿Cómo se relacionaban entre sus compañeros?
 32. ¿Cómo era su compañero más reconocido?
 33. ¿Cuál fue la persona que más influyó en su formación?
 34. ¿Por qué lo fue?
35. ¿Cree que su formación le dio todas las herramientas para poder ejercer como médico?
36. ¿Cómo fue para usted comenzar a ejercer en un hospital?
37. ¿Cómo se sintió el primer día que trabajó en un hospital?
38. ¿Había alguna cuestión o error que temiera cometer?
39. ¿Hay algún paciente en particular que haya sido importante para usted?
40. ¿Por qué fue importante?
41. ¿Por qué eligió especializarse en ginecoobstetricia? / ¿Ya sabe qué especialidad quiere estudiar?
42. ¿Cómo fue su experiencia como residente en gineco-obstetricia? / ¿Cómo ha sido su experiencia como residente en ginecoobstetricia?
43. ¿Cómo se ve entre los médicos las especialidades de atención a las mujeres?
44. ¿Por qué eligió ejercer en una institución pública? / ¿Preferiría ejercer en una institución pública?
45. ¿Ha trabajado en un hospital privado?
46. ¿Cuáles son las diferencias entre un hospital público y uno privado?
47. ¿Trabaja en algún otro lugar?
48. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este hospital?
49. ¿Cómo ha sido su experiencia trabajando en este hospital? Representaciones sociales sobre la medicina

50. ¿Para usted qué es lo más importante en su ejercicio como médico?
51. ¿Qué papel cree que tenga la medicina en la sociedad?
52. ¿Cuál crees que es el papel de los médicos en la sociedad?
53. ¿Qué es lo que más le gusta de ser médico?
54. ¿Qué es lo que menos le gusta de ser médico?
55. ¿Cuáles cree que deban ser los principales valores en su ejercicio como médico?

Percepción sobre la relación médico-paciente

56. ¿Cómo me explicaría la relación médico-paciente y de qué forma la entabla?
57. ¿Qué tanta distancia emocional considera que es necesaria para su ejercicio profesional con los pacientes? 58. ¿Cuáles cree que sean las necesidades generales de sus pacientes que acuden para atender su nacimiento?
59. La mayoría de pacientes que atienden su nacimiento en este hospital ¿qué edades suelen tener?
60. ¿Cómo describiría a sus pacientes que acuden a la atención del nacimiento?
61. ¿Cómo cree que sea el contexto en el que viven sus pacientes?
62. ¿Cree que es diferente el comportamiento de los pacientes dependiendo de si es hombre o mujer?
63. Si clasificara a sus pacientes por ¿Cómo sería?
64. ¿Qué cree que piensen sus pacientes sobre los médicos?
65. ¿Cree que su género influye en la relación médico-paciente?
66. ¿De qué manera cree que su género influya en la relación médico-paciente?
67. ¿Cree que el género haya influido en su carrera profesional?
68. ¿De qué manera cree que el género haya influido en su carrera profesional?
69. ¿Cree que su edad influya en su ejercicio profesional?
70. ¿De qué manera cree que su edad influya en su ejercicio profesional?

Representaciones sociales sobre el nacimiento

71. ¿Qué emociones suelen presentar sus pacientes durante el trabajo de parto?
72. ¿Qué tanto conocimiento considera que tienen sus pacientes sobre el nacimiento?
73. En sus pacientes ¿Cree que sea distinta la idea previa que tenían del parto a como ocurrió?
74. ¿Por qué cree que haya sido distinta la idea previa que tenían del parto a como ocurrió?
75. ¿Cree que cada paciente vive de una manera diferente el nacimiento?
76. ¿Por qué cree que cada paciente viva de una manera diferente el nacimiento?
77. ¿Cree que vivan el nacimiento de manera diferente de acuerdo a la edad que tengan?
78. ¿Cree que vivan el nacimiento de manera diferente de acuerdo a su posición socioeconómica?

79. ¿Cree que vivan el nacimiento de manera diferente de acuerdo a su escolaridad?
80. ¿Cómo caracterizaría la conducta de sus pacientes durante el parto?
81. Si le digo la palabra nacimiento ¿Qué imagen le viene a la cabeza?
82. ¿Cree que haya diferencias en las maneras en que vive el nacimiento cada médico?
83. ¿Cuáles serían dichas diferencias?
84. ¿Hay algún nacimiento que lo haya marcado como médico?
85. ¿Cómo fue y por qué fue importante para usted?
86. ¿Cree que ha cambiado la manera en la que piensa al nacimiento desde que es médico?
87. ¿De qué manera ha cambiado la manera en la que piensa al nacimiento desde que es médico?

Representaciones sociales sobre la maternidad

88. ¿Qué piensa sobre la manera en que sus pacientes son madres?
89. ¿Considera que ejercen su maternidad de manera adecuada?
90. ¿Para usted qué es la maternidad?
91. ¿Con qué palabras describiría a una madre?
92. ¿Hay diferentes tipos de madres?
93. ¿Cuáles serían los distintos tipos?
94. ¿Para usted existen las buenas madres?
95. ¿Cómo las definiría?
96. ¿Cree que ha cambiado la manera en la que piensa la maternidad desde que es médico?
97. ¿Cómo ha sido su experiencia trabajando con pacientes mujeres?
98. ¿Cómo ha sido su experiencia trabajando con pacientes mujeres durante el nacimiento?

Representaciones sociales sobre la mujer

99. ¿Con qué palabras describiría a la mujer?
100. ¿Para usted cómo ha sido ser mujer?
101. ¿Qué tipo de mujeres cree que existan?
102. ¿Cree que exista una relación entre las mujeres y la maternidad?
103. ¿Cuál sería dicha relación?

Nacimiento humanizado

104. Para usted ¿Qué es el nacimiento humanizado?
105. ¿Considera que es relevante?

106. ¿Por qué?
107. ¿De qué manera lo intenta implementar?
108. Lo que sabe de nacimiento humanizado ¿Dónde lo aprendió?
109. ¿Ha ido a las jornadas sobre nacimiento humanizado que han hecho las doulas?
110. ¿Qué le parecieron?
111. ¿De qué cree que dependa que a un ginecólogo le interese o no atender bajo el modelo de nacimiento humanizado?
112. ¿Qué piensa sobre el trabajo de las doulas?
113. ¿De qué manera cree que ayuden a las pacientes?
114. ¿Cómo definiría a una doula?
115. ¿Cree que ha cambiado la atención al nacimiento desde que trabajan en el hospital?
116. ¿De qué manera cree que ha cambiado?

Percepción sobre el servicio otorgado

117. ¿Para usted en qué consiste una atención a la salud de calidad?
118. ¿Para usted en qué consiste una atención al nacimiento de calidad?
119. Del 1 al 10 ¿Cómo evaluaría la cantidad de recursos humanos y materiales para dar servicio a la demanda de atención al nacimiento?
120. ¿Considera que el hospital cuenta con las condiciones sanitarias necesarias para la atención al nacimiento? 121. ¿Considera que el hospital cuenta con suficiente personal capacitado para la atención al nacimiento?
122. ¿Considera que la atención que se da en el hospital es accesible para cualquier persona sin importar su condición económica?
123. ¿Considera que la atención que se da en el hospital es accesible para cualquier persona sin importar que tenga una discapacidad?
124. ¿Considera que la información sobre el nacimiento que da el hospital a las mujeres es suficiente y entendible?
125. ¿Considera que la atención que se da en el hospital es libre de cualquier tipo de discriminación por parte del personal de salud?
126. ¿Considera que en el hospital se ejerce la atención al nacimiento con ética médica?
127. ¿Considera que en el hospital se ejerce la atención al nacimiento respetando las características culturales de las pacientes?
128. ¿Considera que en el hospital se ejerce la atención al nacimiento siendo sensible a los requisitos de género de las pacientes?
129. ¿Considera que en el hospital se ejerce la atención al nacimiento siendo sensibles a los ciclos de vida de los pacientes?
130. ¿Considera que en el hospital se ejerce la atención al nacimiento respetando la confidencialidad de las pacientes?
131. ¿Cómo considera que es la calidad de la atención al nacimiento en el hospital?
132. ¿Por qué la evalúa de esa manera?

133. ¿Cuáles crees que son los aspectos de mejora o las fortalezas del hospital en la atención al nacimiento?

134. ¿Cuál considera que es el grado de satisfacción de las mujeres que acuden por un nacimiento?

Finalización de la entrevista

Cierre de la entrevista, aclaración de posibles dudas y agradecimiento por su participación

ANEXO IV

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAL DE SALUD PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO

“COMPRESIÓN DE LAS PERCEPCIONES SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL NACIMIENTO A TRAVÉS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA MUJER, LA MATERNIDAD, EL NACIMIENTO Y LA MEDICINA OBSTÉTRICA ”

Agosto 2018 VERSIÓN 1.0

Investigadora principal: María Regina Llanes Granillo

Teléfono de contacto del investigador para emergencias (celular): 55 91040556

Nombre del patrocinador del estudio: No existe organismo patrocinador

Dirección del patrocinador: No aplica

Versión del consentimiento informado y fecha de su preparación: Versión 1, 20 de septiembre de 2018

INTRODUCCIÓN:

Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, la Declaración de Helsinki y a las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

Para decidir si participa o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los riesgos y beneficios que esto implica, con el fin de tomar una decisión informada. Este formato de consentimiento informado le dará información detallada acerca del estudio de investigación, la cual podrá comentar con algún miembro del equipo de investigadores. La investigadora le explicará ampliamente los beneficios y riesgos del proyecto sin ningún tipo de presión y tendrá todo el tiempo que requiera para pensar solo o con quien usted decida consultarlo para decirle al investigador acerca de su decisión. Esta decisión no tendrá efecto alguno sobre su atención médica en el hospital en caso de ser paciente, ni ninguna consecuencia laboral en caso de ser profesional de la salud.

Al final se le pedirá que forme parte del proyecto y de ser así, bajo ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

Procedimiento para dar su consentimiento: Usted tiene el derecho a decidir si quiere participar en esta investigación, y se puede solicitar todo el tiempo que requiera para considerar esta invitación. La investigadora le explicará ampliamente los beneficios y riesgos del proyecto sin ningún tipo de presión y tendrá todo el tiempo que requiera para pensar solo o con quien usted decida consultarlo para decirle al investigador acerca de su decisión. Esta decisión no tendrá efecto alguno sobre su atención médica en el Instituto.

Al final de esta explicación, usted debe entender los puntos siguientes:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que se utilizarán y su propósito, incluyendo la identificación de que son procedimientos experimentales.
- III. Los riesgos o molestias previstos.
- IV. Los beneficios que se pueden observar.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. Garantía para recibir respuestas a las preguntas y aclarar cualquier duda sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento de la materia.
- VII. Tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicio para continuar con su atención y tratamiento.
- VIII. La seguridad de que no se va a identificar al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relativa a su privacidad.
- IX. El compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esto podría afectar a la disposición para continuar su participación.
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y compensación a que legalmente tiene derecho, en el caso de que ocurran daños causados directamente por la investigación. Puede solicitar más tiempo o llevar a casa este formulario antes de dar una decisión final en los días futuros.
- XI. El uso anónimo de los datos recabados durante la investigación.

INVITACIÓN A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Estimado(a) _____

El Hospital General La Perla Nezahualcóyotl le invitan a participar en este estudio de investigación que tiene como objetivo: Comprender y analizar de qué manera se relacionan las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica, emitido por el personal de salud y las pacientes, con la relación médico-paciente establecida durante la atención al nacimiento, y la percepción tanto de pacientes como del personal de salud sobre la calidad del servicio de atención al nacimiento que se otorga en el Hospital General La Perla.

La duración del estudio es de un año y su participación constará de 1 a 3 días.

El estudio será realizado a personal de salud de diversas edades, rangos y de ambos sexos. Además se realizará en pacientes obstétricas que acudan a atender a su nacimiento y que tengan distinta edades, situación socioeconómica y escolaridad.

Usted fue invitado al estudio debido a que tiene las siguientes características: Es personal de salud del Hospital General La Perla que participa en la atención al nacimiento y tiene interés y disposición para participar.

Su participación en el estudio consiste en:

Acudir a una serie de entrevistas (de una a dos) con la investigadora. Dichas entrevistas se llevarán a cabo en una o máximo dos fases; en la que se buscará indagar sobre información personal relevante para la investigación, sobre su identidad profesional, sobre las percepciones que tiene sobre la calidad en el servicio de atención al nacimiento, sobre su percepción sobre las pacientes y sobre las ideas que tiene respecto a la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica.

Las entrevistas tendrán una duración de aproximadamente dos horas y se llevarán a cabo en un lugar y horario convenientes para usted. Las sesiones serán grabadas en audio, se transcribirán para su análisis y posteriormente serán destruidas para resguardar su anonimato. La transcripción no llevará su nombre, sino un código de identificación que sólo conocerán los investigadores. Si usted lo solicita, se le podrá hacer entrega de una copia de la transcripción de su entrevista.

RESPONSABILIDADES

Sus responsabilidades incluyen asistir a las entrevistas cumpliendo con las citas en las fechas, horarios y lugares programados. En caso de tener inconvenientes para acudir a la cita, avisar máximo con 24 horas de anticipación para reprogramarla. Se le pide compartir información mediante un diálogo sincero, siendo claro en los datos que se pueden y no se pueden brindar.

RIESGOS E INCONVENIENTES

Los datos acerca de su identidad, la información sobre su ejercicio profesional y personal no serán revelados en ningún momento como lo estipula la ley, ni afectarán en el tratamiento o atención dados por el hospital. Por tanto, en las entrevistas, usted no enfrenta riesgos mayores a los relativos a la protección de la confidencialidad la cual será protegida mediante el uso de claves o pseudónimos para el manejo de su información.

BENEFICIOS POTENCIALES

Este estudio no está diseñado para beneficiarlo directamente. Sin embargo favorecerá al entendimiento de la relación médico-paciente establecida durante la atención al nacimiento y a la evaluación de la calidad del servicio otorgada en el Hospital General La Perla para la atención al nacimiento.

Por lo tanto como productos de este trabajo se buscará:

- Proporcionar información que permita comprender y mejorar las estrategias de atención al nacimiento.
- Proporcionar bases para la evaluación de la atención al nacimiento que se brinda en el hospital.

Gracias a su participación altruista su comunidad se puede beneficiar al encontrar nuevas formas de atender el nacimiento.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno. Sin embargo la investigadora le pedirá que usted seleccione el lugar de la entrevista para que le genere el menor gasto y la mayor comodidad posibles. Usted no elaborará ningún gasto durante el desarrollo de las entrevistas.

ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN:

Su participación es voluntaria por lo que usted puede elegir no participar en el estudio.

ACCIONES A SEGUIR DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL ESTUDIO:

Usted puede solicitar los resultados de la investigación a la investigadora María Regina Llanes Granillo (tel: 55 91040556). La investigación es un proceso largo y complejo. Obtener los resultados finales del proyecto puede tomar varios meses.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:

Su participación es VOLUNTARIA. Si decide participar, tiene la libertad para retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento. En caso de interrumpir su participación, se le solicitará una última sesión para cerrar y recabar los últimos datos del estudio.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN

Su nombre no será usado en ninguno de los estudios. Las grabaciones obtenidas no contendrán datos que permitan identificarla mediante la asignación de códigos a su información. El código es un número de identificación o pseudónimo que no incluye datos personales para evitar cualquier posibilidad de identificación. Sus grabaciones podrán ser almacenadas por los investigadores hasta por 2 años o el tiempo que termine la interpretación de la información.

Los códigos que identifican su grabación estarán solo disponibles a los investigadores titulares, quienes están obligados, por Ley, a no divulgar su identidad. Estos códigos y grabaciones serán guardados en una memoria externa, a la cual solo tendrán acceso los investigadores.

Existe la posibilidad de que su privacidad sea afectada como resultado de su participación en el estudio. Su confidencialidad será protegida como lo marca la ley. Ninguna información sobre su persona será compartida con otros sin su autorización, excepto:

- Es solicitado por la ley. Monitores o auditores del estudio podrán tener acceso a la información de los participantes.

Si usted decide retirarse del estudio, podrá solicitar el retiro y destrucción de su información, incluyendo las grabaciones y la transcripción de las mismas. Todas las hojas de recolección de datos serán guardadas con las mismas medidas de confidencialidad, y solo los investigadores titulares tendrán acceso a los datos que tienen su nombre.

El Comité de Bioética en Investigación del Hospital General La Perla Nezahualcóyotl aprobó la realización de éste estudio. Dicho comité es quien revisa, aprueba y supervisa los estudios de investigación en humanos en el Hospital. Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con María Regina Llanes Granillo (teléfono: 5591040556).

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas me han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:

Estoy de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.

Estoy de acuerdo en proporcionar información en las entrevistas para ser utilizadas en éste estudio. Estoy de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere coleccionar información adicional. Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

Por favor responda las siguientes preguntas:

		SI	NO
a.	¿Ha leído y entendido la forma de consentimiento informado, en su lenguaje materno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Ha recibido usted respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para tomar la decisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	¿Entiende usted que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin tener que justificar su decisión y sin la pérdida de los beneficios a los que de otra forma tenga derecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Entiende que puede no recibir algún beneficio directo al participar en este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Entiende que no está renunciando a ninguno de sus derechos legales a los que es acreedor de otra forma como sujeto en un estudio de investigación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	¿Entiende que el investigador puede retirarlo del mismo sin su consentimiento, ya sea debido a que usted no cumplió con los requerimientos del estudio o si considera que médicamente su retiro es en su mejor interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	¿Entiende que usted recibirá un original firmado y fechado de esta Forma de Consentimiento para sus registros personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaración del participante:

Yo, _____ declaro que es mi decisión participar en el estudio. Mi participación es voluntaria. He sido informada que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en el estudio.

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con la investigadora María Regina Llanes Granillo (tel: 5591040556).

He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirla y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

_____	_____	_____
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha

(EL PRESENTE DOCUMENTO ES ORIGINAL Y CONSTA DE 6 PÁGINAS)

ANEXO V

ENCUESTA PARA PACIENTES

Invitación a participar en la encuesta, breve presentación de la investigación, aclaración de dudas, lectura del formato de consentimiento informado para su llenado y firma, y entrega de copia del formato a la participante.

Perfil sociodemográfico de pacientes

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Cuál es su edad?
3. ¿En qué municipio o colonia radica actualmente?
4. ¿Pertenece a alguna etnia o grupo indígena?
5. ¿Cuál?
6. ¿Cuál es su estado civil?
7. ¿Sabe leer y escribir?
8. ¿Cuál es su último grado de estudios?
9. ¿Cuál es su principal ocupación?
10. Número de embarazo
11. Óbitos o abortos
12. ¿Cómo se sintió a lo largo del embarazo?
13. ¿Se ha sentido triste, irritable o preocupada a causa de su embarazo?
14. Otro (especificar)
15. De los aspectos que le voy a mencionar ¿cuáles considera que son causa de su estado de ánimo
 - a) Limitación en sus actividades
 - b) Malestar como dolor, fatiga, mareos
 - c) Piensa que estuvo en riesgo su vida
 - d) Le preocupa su familia
 - e) Se siente sola o abandonada
 - f) Tiene problemas económicos

g) Siente inseguridad ante el futuro

16. ¿Esperaba que su embarazo le causara tristeza, enojo o preocupación?

17. De las siguientes ayudas ¿Ha recibido alguna de las siguientes para manejar su estado de ánimo? / ¿Tuvo apoyo a lo largo de su embarazo? ¿Por parte de quién?

a) Religiosa o espiritual

b) Familiar

c) Medicamentos

d) Profesional

e) Pareja

f) Ninguna

g) Otra (especificar)

18. ¿Cómo pensaba que iba a ser el nacimiento?

19. ¿Cómo piensa que va a ser la maternidad?

Perspectiva de atención y trato como usuaria

20. ¿Qué tipo de trato esperaba del personal de salud?

21. El personal que la atendió, ¿la saludó mirándola a los ojos?

22. El personal que la atendió, ¿fue amable?

23. ¿Por qué?

24. ¿Qué tanto el médico le permitió hablar sobre su estado de salud?

25. El personal que la atendió, ¿la escuchó con atención y sin interrupciones?

26. ¿Qué tanto el médico le explicó sobre su estado de salud?

27. ¿Qué tanto la información que le dió el médico fue clara

28. ¿Qué tipo de información le proporcionaron?

29. El personal que la atendió, ¿le respondió de forma clara ante las solicitudes de información que usted realizó?

30. ¿Qué tanto el personal de salud le preguntó si estaba de acuerdo con los procedimientos que le iban a hacer?

31. ¿Qué tanto coincidió la forma en que le habló el personal de salud con lo que usted esperaba?

32. ¿Por qué?

33. ¿Fue acompañada por una doula?

34. ¿Qué técnicas le recomendó hacer para manejar el trabajo de parto?

35. ¿Le sirvieron las técnicas recomendadas por la doula?

36. ¿Qué es lo que más te gustó del nacimiento de tu hijo/a?

37. ¿Qué es lo que menos te gustó del nacimiento de tu hijo/a?

38. ¿Si pudieras cambiar algo de cómo fue el nacimiento de tu hijo, qué sería?

39. En una escala del 1 al 10, donde 1 es Pésimo y 10 Excelente ¿Cómo calificaría el trato que le brindó el personal de salud que le diré a continuación?

40. Si a alguien no calificó bien ¿Por qué fue?

41. ¿Por qué razón o motivo considera que le brindaron un trato malo o pésimo en su atención del parto o cesárea en esta unidad? Selecciona todas las opciones que correspondan.

- a) No la saludaron
- b) Le hablaron de manera grosera o prepotente
- c) No le pusieron atención mientras les hablaba
- d) No le proporcionó el servicio que usted requería
- e) No le dieron sus medicamentos
- f) Otro (especificar)

42. Explicar por qué fue

43. Indique si vivió alguna de estas situaciones por parte del personal de salud: Selecciona todas las opciones que correspondan.

- a) Maltrato físico
- b) Maltrato emocional o psicológico
- c) Trato desigual
- d) Actitud grosera/descortesía
- e) Prepotencia
- f) Falta de información
- g) Maltrato a familiares/acompañantes
- h) Falta de respeto a su intimidad
- i) Desorganización del personal de salud
- j) Otra (especificar)

44. Especificar por qué fue

Evaluación de la calidad en el servicio de atención al nacimiento

45. A partir de todo lo que me comentó anteriormente ¿Cómo evaluaría la calidad de la atención recibida durante su parto/cesárea?

46. ¿Cuál sería su grado de satisfacción con el trato recibido por parte del personal de salud?

47. ¿Hay algún aspecto que propondría mejorar por parte del personal de salud?

Finalización de la encuesta

Cierre de la encuesta y agradecimiento por su participación

ANEXO VI

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES PARTICIPAR EN EL PROYECTO

“COMPRESIÓN DE LAS PERCEPCIONES SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL NACIMIENTO A TRAVÉS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA MUJER, LA MATERNIDAD, EL NACIMIENTO Y LA MEDICINA OBSTÉTRICA ”

Agosto 2018 VERSIÓN 1.0

Investigadora principal: María Regina Llanes Granillo

Teléfono de contacto del investigador para emergencias (celular): 55 91040556

Nombre del patrocinador del estudio: No existe organismo patrocinador

Dirección del patrocinador: No aplica

Versión del consentimiento informado y fecha de su preparación: Versión 1, 20 de septiembre de 2018

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con María Regina Llanes Granillo (teléfono: 5591040556).

INVITACIÓN A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El Hospital General La Perla Nezahualcóyotl le invitan a participar en este estudio de investigación que tiene como objetivo: Comprender y analizar de qué manera se relacionan las representaciones sociales sobre la mujer, la maternidad, el nacimiento y la medicina obstétrica, emitido por el personal de salud y las pacientes, con la relación médico-paciente establecida durante la atención al nacimiento, y la percepción tanto de pacientes como del personal de salud sobre la calidad del servicio de atención al nacimiento que se otorga en el Hospital General La Perla.

La duración del estudio es de un año y su participación constará de 1 día por 15 o 20 minutos.

El estudio será realizado a personal de salud de diversas edades, rangos y de ambos sexos. Además se realizará en pacientes obstétricas que acudan a atender a su nacimiento y que tengan distinta edades, situación socioeconómica y escolaridad.

Usted fue invitado al estudio debido a que tiene las siguientes características: Es paciente obstétrica del Hospital General La Perla Nezahualcóyotl y tiene interés y disposición para participar.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN

Su nombre no será usado en ninguno de los estudios. Las grabaciones obtenidas no contendrán datos que permitan identificarla mediante la asignación de códigos a su información. El código es un número de identificación o pseudónimo que no incluye datos personales para evitar cualquier posibilidad de identificación. Sus grabaciones podrán ser almacenadas por los investigadores hasta por 2 años o el tiempo que termine la interpretación de la información.

Los códigos que identifican su grabación estarán solo disponibles a los investigadores titulares, quienes están obligados, por Ley, a no divulgar su identidad. Estos códigos y grabaciones serán guardados en una memoria externa, a la cual solo tendrán acceso los investigadores.

Existe la posibilidad de que su privacidad sea afectada como resultado de su participación en el estudio. Su confidencialidad será protegida como lo marca la ley. Ninguna información sobre su persona será compartida con otros sin su autorización, excepto:

- Es solicitado por la ley. Monitores o auditores del estudio podrán tener acceso a la información de los participantes.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas me han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:

Estoy de acuerdo en participar en la investigación que me explicaron anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.

Estoy de acuerdo en proporcionar información en la encuesta para ser utilizada en éste estudio. Estoy de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere coleccionar información adicional. Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

Por favor responda las siguientes preguntas:

		SI	NO
a.	¿Ha leído y entendido la forma de consentimiento informado, en su lenguaje materno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Ha recibido usted respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para tomar la decisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	¿Entiende usted que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin tener que justificar su decisión y sin la pérdida de los beneficios a los que de otra forma tenga derecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	¿Entiende que puede no recibir algún beneficio directo al participar en este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	¿Entiende que no está renunciando a ninguno de sus derechos legales a los que es acreedor de otra forma como sujeto en un estudio de investigación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	¿Entiende que el investigador puede retirarlo del mismo sin su consentimiento, ya sea debido a que usted no cumplió con los requerimientos del estudio o si considera que médicamente su retiro es en su mejor interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	¿Entiende que usted recibirá un original firmado y fechado de esta Forma de Consentimiento para sus registros personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaración de la participante:

Yo, _____ declaro que es mi decisión participar en el estudio. Mi participación es voluntaria. He sido informada que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en el estudio.

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con la investigadora María Regina Llanes Graciano (tel: 5591040556).

He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirla y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

_____	_____	_____
Nombre de la Participante	Firma de la Participante	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha

(El presente documento es original y consta de 3 páginas)