



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales

Doctorado con orientación en Sociología

El derecho a decidir durante la atención obstétrica medicalizada: condiciones de posibilidad y tensiones en la experiencia de las mujeres

Tesis que para optar por el grado de:
Doctora en Ciencias Políticas y Sociales

Presenta:

Andrea Ramírez Sánchez

Tutora principal:

Dra. Joaquina Erviti Erice

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

Integrantes del comité tutor:

Dra. Alethia Fernández de la Reguera Ahedo

Instituto de Investigaciones Jurídicas

Dra. Catherine Menkes Bancet

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

Dra. Alicia Márquez Murrieta

Instituto Mora

Dra. Teresa Ordorika Sacristán

Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, diciembre 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Para Paula y Elías

*Que nada ni nadie
detenga sus elecciones,
lleguen hasta donde quieran
en cada aspecto de su vida.*

AGRADECIMIENTOS

El proceso de esta tesis estuvo acompañado por personas clave que lo facilitaron, lo fortalecieron y lo hicieron posible. En primer lugar, agradezco a las trece mujeres participantes en la investigación que me dieron la oportunidad de entrevistarlas, por confiar en mí y por toda su disposición a contarme su experiencia del embarazo y del parto como una etapa en la que además de emociones, hubo momentos dolorosos, de incertidumbres y de miedos. Su colaboración fue el pilar de la tesis, pero también la motivación a continuar analizando esta temática que deja pendientes varias aristas a estudiar.

A las cinco doctoras que conformaron mi comité por sus valiosos aportes desde cada una de sus formaciones y temas de investigación en los que son especialistas, fue un lujo contar con su retroalimentación a la tesis siempre de manera asertiva y respetuosa del curso que la misma investigación fue tomando. A Alethia Fernández de la Reguera, a Catherine Menkes, a Alicia Márquez, a Teresa Ordorika, y de una manera muy especial a mi directora Joaquina Erviti, que desde el primer día que nos reunimos para presentarle mi proyecto mostró un compromiso y un interés en el tema que mantuvo durante todo el doctorado. Agradezco su guía puntual, sus recomendaciones, su presencia y su apoyo incluso cuando atravesé por problemas personales.

El proceso de hacer un doctorado puede ser muy solitario, pues eres tú con tu investigación, sin embargo, en un seminario tuve la fortuna de coincidir con un grupo de compañeras que se convirtieron en amigas más allá de las aulas y el espacio académico. Gracias queridas Maribel, Paty, Cynthia, Fabiola y Laura por tantos momentos que hicieron mucho más llevadero el camino de estos cuatro años, por su compañía, su solidaridad, sus consejos, y sobre todo por la entrañable amistad como resultado de este compartir.

Durante el periodo escolarizado tomé seminarios con profesoras y profesores del CIEG, del CRIM, y de la FCPyS, a quienes también agradezco enormemente. De cada clase obtuve herramientas y conocimientos que se ven reflejados en la tesis.

A Luz y a Martha, al lado de quienes he construido mi ser feminista desde hace 16 años. Como hermanas, como amigas, como ejemplo, caminar con ustedes en esta etapa, una más, hizo posible que pudiera avanzar sobre todo en los momentos más complejos académica y personalmente. Gracias por siempre estar, a pesar de la distancia física.

Y a mi familia, mi mamá Luz Elena, mi papá Sergio, mis hermanas Natalia, Marcela y Paulina, y mi hermano Humberto. Siempre me apoyan y me alientan para alcanzar mis metas, pero haber estado en la misma ciudad para ayudarme a resolver los vericuetos de la vida cotidiana en la pandemia, fue crucial el último año y medio para poder terminar en tiempo y forma.

Fueron cuatro años que abonaron a mi formación académica pero también fue una gran experiencia de vida, y sin duda la gente que estuvo a mi lado fue parte fundamental para el resultado obtenido.

ÍNDICE TEMÁTICO

Introducción.....	8
--------------------------	----------

CAPÍTULO UNO. Marco teórico-conceptual: La posibilidad de ejercicio de derechos en el marco de la medicalización de la reproducción	31
--	-----------

Introducción	31
--------------------	----

1. Orden de género.....	35
-------------------------	----

1.1. Símbolos culturalmente disponibles.....	35
--	----

1.2. Instituciones y normas.....	37
----------------------------------	----

1.3. Identidad subjetiva	38
--------------------------------	----

1.4. El carácter relacional del género: relaciones de poder.....	40
--	----

2. Medicalización de la reproducción.....	42
---	----

2.1. Conceptualización de la reproducción.....	43
--	----

2.2. Contexto social, económico, político y simbólico en el campo de la reproducción	56
--	----

2.3. Encuentros entre médicos/as - enfermeras y mujeres usuarias	58
--	----

3. Derechos de las mujeres en el marco de la medicalización	62
---	----

3.1. Posibilidad de apropiación, ejercicio y defensa de los derechos.....	63
---	----

3.2. Autonomía y agencia.....	66
-------------------------------	----

3.3. El control social en la vida cotidiana.....	75
--	----

4. Marco de interpretación feminista	76
--	----

4.1 Aportes de los feminismos a la definición de la violencia obstétrica	77
--	----

4.2 Las mujeres como protagonistas de su parto	81
--	----

4.3 Componentes del <i>feminismo neoliberal</i> en el discurso del derecho a decidir en el embarazo y el parto	83
--	----

CAPÍTULO DOS. Marco contextual: la regulación y la atención del embarazo y el parto en México.....	86
---	-----------

Introducción	86
--------------------	----

1. Políticas sobre la reproducción en México: ¿derechos de las mujeres o metas gubernamentales?.....	87
--	----

1.1. La planificación familiar para el control de la fecundidad (70s y 80s). Entre las metas demográficas y el discurso de los “derechos reproductivos”	89
---	----

1.2. El discurso de los derechos sexuales y reproductivos (90s)	95
---	----

1.3. Retroceso en los derechos reproductivos (2000).....	103
--	-----

1.4. Atención del embarazo y el parto.....	105
--	-----

2. Panorama en México: las mujeres embarazadas y las prácticas médicas	113
2.1. Sistema Nacional de Salud	113
2.2. Cesáreas	120
2.3 Anticoncepción forzada	130
2.4 Violencia obstétrica	133
2.5. Mortalidad materna.....	137
3. La violencia obstétrica expresada en las Recomendaciones de la CNDH.....	138
3.1. La mirada médica de las mujeres en el parto.....	141
3.2. Mecanismos para controlar los cuerpos en el parto	151
CAPÍTULO TRES. Estrategia teórico - metodológica	159
1. Posición teórico - metodológica	159
2. Metodología	167
2.1. Selección de la población del estudio.....	167
2.2. Lugar de estudio: el espacio y su contexto	168
2.3. Técnicas de recolección de la información.....	170
2.3.1 La <i>encuesta</i> : el perfil sociológico de las mujeres	172
2.3.2 Las mujeres de las <i>entrevistas</i> y sus capitales.....	177
2.4. Análisis de los datos	186
CAPÍTULO CUATRO. De las condiciones de posibilidad a las tensiones en la medicalización del parto.....	188
1. La construcción social del parto “natural”	189
<i>“Yo no quería una cesárea, yo quería parir natural”</i>	189
<i>“Hice todo lo que pude [para tener parto natural], no se pudo, ni modo”</i>	201
2. El discurso médico del riesgo	206
<i>Me dijo: “creo que es un sufrimiento doble y quiero que estés preparada para eso”</i>	206
<i>“Creo que los hospitales no son lugares para que las mujeres tengan hijos”</i>	215
3. El cuidado institucional de la maternidad.....	218
<i>“Lo más difícil es la lactancia”</i>	218

CAPÍTULO CINCO. De la violencia obstétrica a la apropiación de derechos	226
1. Las emociones en el parto desde una mirada sociológica	227
<i>“Es que yo tuve la culpa porque no me atendí”</i>	<i>227</i>
2. Aportes feministas en la voz de las mujeres	243
<i>“Desde ahí empecé a vivir la violencia obstétrica”</i>	<i>243</i>
3. Construcción de significados desde la subjetividad	254
Reflexiones finales	260
<i>El derecho a decidir condicionado por los discursos y la medicalización</i>	<i>261</i>
<i>El parto y la violencia obstétrica</i>	<i>264</i>
<i>Engranaje de lo empírico con la estadística.....</i>	<i>271</i>
<i>Últimos apuntes.....</i>	<i>272</i>
Referencias bibliográficas	274
ANEXO 1. Perfiles de las mujeres entrevistadas	288

INTRODUCCIÓN

El derecho a decidir de las mujeres sobre su embarazo y parto durante la atención obstétrica medicalizada está condicionado por diversos factores, tanto estructurales, como institucionales y subjetivos; sin embargo, éstos no actúan igual para todas. Desde una perspectiva de género e interseccional, en este trabajo de investigación cualitativa analicé cómo operan estos elementos en un grupo particular de mujeres caracterizado por su posición social y por el conjunto de capitales (económicos, sociales y culturales) que las fue vinculando.

Ser mujeres de clase media y media alta, con un alto nivel académico, ingresos económicos propios, de un contexto urbano, que tuvieron su parto o cesárea en la Ciudad de México, definió de manera específica el trayecto de sus decisiones, de su agencia y de su autonomía al ser atendidas bajo el modelo hegemónico medicalizado, regido por sus propias reglas y “deber ser”. Así como hubo situaciones en las que sus recursos abrieron la posibilidad a más opciones en la atención para el ejercicio de su derecho a decidir, también hubo otras en las que se enfrentaron a tensiones, dadas también por su particularidad social, cultural y económica.

El derecho a decidir y la violencia obstétrica

El *derecho a decidir* sobre el propio cuerpo ha sido una de las apuestas más relevantes de la agenda feminista. La exigibilidad del reconocimiento de este derecho ha significado una reivindicación que cuestiona el papel tradicional de las mujeres de ser madres, y en ese sentido se ha focalizado en la lucha por el acceso a la interrupción legal del embarazo.

En México, en los años treinta inició un debate político por la reivindicación del aborto, tanto en discusiones jurídicas como médicas. En este debate, las publicaciones médicas en materia de reproducción, con influencia del positivismo francés y las corrientes higienistas, pretendían tener influencia en el orden social y tenían que ver con la obstetricia y la medicina legal, pero también con la moral. La lucha por este derecho tuvo una pausa para dar pie a la del sufragio femenino, y resurgió en la década de los setenta con énfasis en la maternidad voluntaria (Lamas, 2018).

A partir de la premisa “mi cuerpo es mío”, las feministas mexicanas empezaron a hablar de derechos relativos a la sexualidad y a la reproducción. Sin embargo, a lo largo de estas

décadas, han quedado al margen áreas en las que el derecho a decidir sobre el propio cuerpo también se violenta, como en las decisiones durante el parto¹. Puede resultar paradójico que mediante un mismo derecho se abogue por la interrupción de un embarazo, a la vez que por las decisiones autónomas de las mujeres en su embarazo y parto; pero tan legítima es una como la otra si se inscriben en un contexto de construcción histórica de subordinación de las mujeres, en el que las decisiones sobre sus procesos reproductivos, y su cuerpo mismo, han sido cooptados por diversas instituciones (como el Estado, la Iglesia, la Medicina).

Alrededor del mundo se violentan los derechos reproductivos de las mujeres. *La falta de respeto y el abuso* durante el parto institucional ha recibido atención y ha generado interés para su investigación en diferentes países. La definición más amplia de “*disrespect and abuse*” está establecida en torno al derecho a la salud, discutiéndose qué se necesita para que las mujeres embarazadas reciban una atención disponible, accesible, aceptable y de buena calidad (Freedman, 2014). Sin embargo, definir la falta de respeto y el abuso únicamente como una desviación del derecho a la salud y como falta de calidad o deficiencia en las instalaciones, presenta limitaciones para comprender la problemática de fondo. Para precisar el término es crucial conocer la experiencia de las mujeres y enmarcarla en el contexto de las relaciones de género.

Entre los intentos por estructurar la discusión sobre el tema, Bohren (2015) y sus colegas propusieron una tipología de maltrato durante el parto organizada en siete ejes: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma y discriminación, incumplimiento de los estándares profesionales de atención, mala relación entre mujeres y proveedores, y condiciones y limitaciones del sistema de salud. Los autores discuten cómo puede ocurrir el maltrato en la interacción entre las mujeres y el personal de salud, así como también las fallas sistémicas en los niveles de las instalaciones y el sistema de salud. Lo interesante de su revisión es que se puede establecer un paralelismo entre el maltrato a las mujeres en el parto y la violencia contra las mujeres, destacando que la "característica esencial de la violencia contra las mujeres es que se deriva de la desigualdad estructural de género" (Sadler, et al., 2016).

En América Latina, el término que se ha acuñado entre los movimientos de activistas del parto es el de *violencia obstétrica*, y también se ha usado como sinónimo el de *falta de respeto*

¹ Me refiero al *parto* vaginal o por cesárea.

y *abuso*, el primero tiene el potencial de abordar las dimensiones estructurales de la violencia, ya que el género es central en su conceptualización (Sadler, et al., 2016).

En 2007, Venezuela fue el primer país en definir formalmente el concepto de *violencia obstétrica* en la Ley Orgánica del Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia: "La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres".

Esta definición, además de centrarse en el tratamiento deshumanizado, destaca su dimensión obstétrica, desde las raíces de esta especialidad médica hasta la educación contemporánea y las estructuras de poder. Enmarca la discusión sobre el abuso y la falta de respeto dentro del campo más amplio de las desigualdades estructurales y la violencia contra las mujeres (Sadler, et al., 2016). En México, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), una de las principales organizaciones que trabaja para visibilizar este tema y orienta jurídicamente a las mujeres que lo requieren, ha insistido en que la *violencia obstétrica* es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la *violencia institucional* y la *violencia de género*:

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

Se habla de violencia obstétrica en el contexto de la institucionalización y la medicalización del embarazo y el parto, cuando estos procesos reproductivos se reconstruyen como un proceso mecánico, vigilado y controlado por la *mirada médica*. Es así que, aunque en nuestro país exista un reconocimiento jurídico del derecho a decidir y en algunas legislaciones estatales se contemple la violencia obstétrica, las posibilidades para el ejercicio de este

derecho de las mujeres están condicionadas por una estructura social compuesta por una compleja red de relaciones, interacciones e instituciones. Como menciona Michel Sadler (2016), esta violencia se ha colocado en las agendas feministas y de políticas públicas, pero ha sido ignorada principalmente por profesionales e instituciones.

En este sentido, las resistencias de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C. (Femecog) a aceptar que se trata de una violación de derechos y no únicamente un problema de mala calidad de la atención y falta de recursos, ilustran lo que en la práctica sucede. El 10 de junio de 2015 la Femecog emitió un pronunciamiento en contra de “las recientes modificaciones legislativas en distintas entidades federativas sobre la llamada *violencia obstétrica*”². Destacan las siguientes líneas:

Estamos en total desacuerdo en que se le denomine violencia obstétrica a la intervención médica o a la realización de procedimientos operatorios que cuentan con una validación y sustento científico y que demuestran el beneficio en la vida y la salud de la madre y de su hijo, claramente señaladas en la normatividad oficial mexicana antes señalada.

Las condiciones de la actual infraestructura hospitalaria en nuestro país no permiten realizar prácticas de acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento, que serían deseables. Dicha infraestructura es uno de los principales factores que intervienen en este complejo proceso y los ginecoobstetras somos totalmente ajenos a ella.

Estamos dispuestos a trabajar con las autoridades correspondientes de manera conjunta en pro de mejorar la calidad de la atención de las mujeres mexicanas mediante la capacitación continua del personal y la procuración de una infraestructura acorde a las necesidades y de recursos humanos y materiales suficientes que favorezcan una atención médica de calidad y calidez.

Reconozco que no todos los/las médicos/as ejercen este tipo de violencia y que no en todos los procesos ocurre. Sin embargo, alarma esta postura institucional, en la que se parte de que el término violencia obstétrica es un ataque a los procedimientos ginecobstétricos, generalizando y negándose a identificar las prácticas que la describen.

Cabe resaltar que una gran mayoría de hospitales privados no enfrentan las problemáticas de la sobredemanda de atención y la insuficiencia de recursos (económicos y humanos) que originan que se aluda a ellas como causantes de la falta de calidad de la atención en las

² En: <https://femecog.org.mx/docs/FEMECOG%20pronunciamiento.pdf>. Consultada el 8 de abril de 2018.

instituciones públicas; y sin embargo, ocurre violencia obstétrica, lo que exige posicionar el problema en un nivel estructural de orden de género y no sólo institucional. Esta es una de las premisas clave que dio origen a la presente tesis, la inquietud de observar qué sucede y cómo opera la práctica médica en contextos donde se esperaría que el ejercicio de derechos de las mujeres estuviera resuelto por sus condiciones sociales, económicas y culturales, al ser atendidas en el sector privado.

La biomedicina es un sistema social y cultural, consistente de creencias, normas y prácticas internas, que responde y reproduce las normatividades de género en todas las profesiones de la salud, el sistema legal y el Estado (Sadler, et al., 2016). Así, resulta fácil que el poder médico y el control sobre el cuerpo de las mujeres se naturalicen y se legitimen en aras del conocimiento médico autorizado.

Si la violencia obstétrica se mira como un reflejo de cómo los cuerpos femeninos en trabajo de parto son percibidos como potencialmente opuestos a la feminidad, y que se ejerce para dominarlos, para restaurar su sumisión y su pasividad femenina "inherentes" (Cohen, 2015; Sadler, et al., 2016), es posible analizar el fenómeno como un problema sociológico y no como un asunto de malas prácticas médicas individuales.

Un asunto de derechos humanos

El reconocimiento jurídico del *derecho a decidir* no basta si las condiciones de posibilidad para su ejercicio no están dadas. Sin embargo, nombrar el problema social de la violación de derechos en la legislación mexicana, ayuda a visibilizarlo como tal y al parto como un asunto que ya no es sólo privado de las mujeres, sino que al estar institucionalizado, intervienen diversos agentes, intereses, modelos rígidos de atención, etc., que limitan la autonomía de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, sobre su parto. Porque "lo personal es político".

Más adelante haré mención de textos académicos que han ido dando forma a esta problemática como un fenómeno sociológico, que es desde donde me interesa analizarlo. Pero a manera de evidencias y también para señalar que el Estado mexicano ha ido reconociendo las manifestaciones de la violencia obstétrica como un asunto de derechos humanos, es útil e interesante la información que proveen las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en nuestro país (nacional y de las entidades federativas).

Por ello, el capítulo dos incluye el análisis de 36 casos de recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) ante violaciones de derechos reproductivos, tomadas como un terreno de discurso que da voz a un grupo de mujeres con características económicas, sociales y culturales distintas al grupo entrevistado para la tesis. Utilizar como recurso un texto ya escrito, como las recomendaciones de la CNDH, presenta ciertas limitaciones, pues es distinto a hacer trabajo de campo directamente con las participantes de los casos, para lo cual se diseña el instrumento de la entrevista con un objetivo en particular para responder a las preguntas de la investigación. Las recomendaciones tienen un lenguaje jurídico a partir de quejas sobre la violación de derechos reproductivos, con la que las demandantes o sus familias pretenden que se haga justicia y se tomen medidas sobre los y las responsables. Sin embargo, no siempre presentan una exposición de la experiencia de las mujeres más allá de algunas frases rescatadas de lo que les dijo el personal médico o de lo que ellas relataron en la demanda.

A pesar de estas restricciones para un análisis profundo de las trayectorias de las mujeres, fue posible obtener información sobre un grupo poblacional con condiciones de vulnerabilidad personales y estructurales que posibilitan la violación de derechos de manera distinta que quienes son atendidas en el sector médico privado. Es así que adentrarme a los casos expuestos en las recomendaciones de la CNDH tuvo como efecto, no buscado en un principio, notar la particularidad de la experiencia de las trece mujeres de clase media y media alta que participaron en esta investigación, a quienes sí entrevisté, que tuvieron su parto o cesárea en la Ciudad de México, nueve en un hospital privado, tres en clínica pública y una más en su casa atendida por una partera.

Las recomendaciones coinciden en que los derechos violentados en los casos a los que dieron seguimiento son: al disfrute del más alto nivel posible de *salud*; a una *vida libre de violencia*; a la *igualdad y no discriminación*; a los derechos *sexuales y reproductivos* en relación con la *vida privada e intimidad, libertad, autonomía y salud reproductiva*; al derecho a la *integridad personal*; y al derecho a la *vida*. Más allá del alcance jurídico, pongo el acento en que la violación de estos derechos pasa por el cuerpo de las mujeres y en las posibilidades (estructurales y subjetivas) que tienen para decidir sobre éste.

La CNDH enmarca estas vejaciones en la definición de *violencia obstétrica*, que comprende violencia *física* que se ve materializada en prácticas invasivas, como los tactos vaginales;

suministro de medicamento no justificado; el no respeto a los tiempos del parto biológico; el manejo del dolor como castigo durante el parto; o incluso puede desencadenar actos que constituyen tratos crueles e inhumanos o tortura; y violencia *psicológica*, que se consume mediante actos tendientes a infligir maltrato verbal, discriminación, humillaciones, tales como insultos, burlas, regaños y omisiones de información durante alguna de las etapas del embarazo, parto y puerperio (CNDH, 2017).

Varios de los casos recogidos por las comisiones de derechos humanos los ha acompañado GIRE. Esta organización, que ha emitido informes sobre la situación de la violencia obstétrica en México (2013, 2015, 2018), coordinó un *Tribunal simbólico*³ en 2016 para dar voz a mujeres que sufrieron violencia obstétrica y a familiares de víctimas de muerte materna de 27 historias de diversas partes del país. El evento fue una muestra más de cómo se intersectan la discriminación a las mujeres (en sus diferentes formas) con las fallas estructurales, conductas y omisiones habituales en los entornos de atención del embarazo, parto y posparto que cada año causan en México violaciones a los derechos humanos de centenares de mujeres y sus familias (GIRE, 2016).

Con estos y otros testimonios, sostengo que el parto institucionalizado constituye un suceso crucial en la trayectoria de las mujeres que lo experimentan, en el que su autonomía disminuye y su vulnerabilidad, independientemente de los recursos materiales y simbólicos con los que cuenten, aumenta frente al aparato médico. Lo anterior sucede, al menos, por la relación de poder que se construye con prácticas de subordinación hacia las mujeres-pacientes; por el peso de los discursos médico, de género y sobre la maternidad; y por el dolor durante el parto, que puede tener un fuerte impacto, física y psicológicamente, y que es ignorado por la práctica médica e interpretado socialmente como decreto inevitable: “parirás con dolor”⁴.

La demógrafa Shireen Jejeebhoy (2001), experta en temas de género, plantea diferentes dimensiones de la *autonomía*: conocimiento, toma de decisiones, autoconfianza, y autonomía física, emocional, económica y social. La autora señala que la construcción de la autonomía

³ Las juezas fueron: Alda Facio, Alicia Yamín, Catalina Martínez, Gladys Acosta, Julissa Mantilla y Sandra Oyarzo.

⁴ Mi discusión no es que se deba evitar el dolor, pues muchas mujeres deciden experimentarlo, sino que el personal médico cometa abusos en ese momento de vulnerabilidad, como “solicitarles” (obligarlas) que autoricen procedimientos en su cuerpo como la salpingoclasia o que se les coloque un dispositivo intrauterino, sin que ellas estén informadas y convencidas.

dependerá del contexto sociocultural y el orden de género establecido en cada región o grupo de estudio, pues las variaciones en sus determinantes exponen formas diversas de interacción de los ejes de desigualdad por género, clase, etnia y generación, lo que permite comprender la complejidad social del problema.

Enlazando la propuesta de Jejeebhoy con la perspectiva de la *interseccionalidad*, que posibilita vincular la experiencia de género y demás diferencias que se entrecruzan, con las estructuras de la desigualdad (Anthias, 2006; Crenshaw, 2012; Golubov, 2016), se puede identificar el alto grado de vulnerabilidad que vivían las mujeres que acudieron a solicitar atención ginecobstétrica a los centros de salud que se relatan en las recomendaciones de la CNDH y en la memoria de GIRE. La mayoría comparte múltiples formas de discriminación, principalmente género y clase social, y hay casos en los que se añaden la etnia, la edad, o vivir con VIH. Más de la mitad se dedicaban al trabajo en el hogar, la mayoría contaba con estudios de primaria o secundaria, y cursaban su primer embarazo.

El concepto de Crenshaw (2012) de *interseccionalidad estructural*, sugiere que la posición de las mujeres en la intersección de clase y de otras discriminaciones, hace que los abusos que viven sean distintos a los que podrían sufrir mujeres de clase media o media alta, debido a su imposibilidad de pagar un servicio médico privado, lo cual pone en alto riesgo su integridad, su salud e incluso su vida. Pues en efecto, entre las consecuencias de las violaciones que vivieron las mujeres mencionadas, hubo muertes maternas prevenibles, daños a su salud física y emocional, muertes neonatales y fetales. Sin embargo, propongo ver estos casos graves como la punta del iceberg de un problema social que no se agota en este grupo de mujeres. El planteamiento de que contar con un alto nivel socioeconómico no exime vivir violencia obstétrica, es otra de las claves que guio este trabajo.

Aproximaciones al problema: evidencia empírica y aportes teóricos

El problema de la violación al derecho de las mujeres a decidir sobre su parto ha sido abordado desde la academia con estudios empíricos y propuestas teóricas. Lo anterior se ha hecho principalmente desde la sociología de la salud, la antropología médica y los estudios feministas. Con base en los principales aportes, he realizado una ruta teórica que guía mi investigación.

a) La medicalización del embarazo y el parto

La problemática que abordo sucede en el marco del contexto de la medicalización del embarazo y el parto. Me interesan los trabajos que, al aproximarse de manera crítica a la medicalización, cuestionan el efecto de la *mirada médica* sobre las mujeres embarazadas (Ehrenreich y English, 2005; Findlay, 1992). Estas autoras analizan el paradigma biomédico desde la comprensión del papel que juega el poder y el conocimiento médico autorizado que en la práctica se manifiestan con mecanismos de vigilancia y control sobre el cuerpo de las mujeres.

El *conocimiento autorizado*⁵ es el conjunto de saberes legitimados socialmente con el más alto poder para explicar e intervenir, en este caso, en el embarazo y el parto. Este conocimiento, avalado por la comunidad y por las mismas mujeres, suprime los saberes que ellas puedan tener sobre su cuerpo, sus emociones y su proceso mismo (Arguedas, 2014; Belli, 2013; Castrillo, 2014; Sadler, 2003), especialmente si reúne determinadas características como ser joven adolescente y primípara, como se narra en el siguiente caso: “Deja de hacer panchos, no tienes nada, ya te hice el tacto, tu presión está bien, no alarmes a tu familia, es tu primer bebé, es estrés, ve a descansar a tu casa, acuéstate y mañana regresa ...”⁶.

Michelle Sadler (2003) indaga sobre la construcción del conocimiento médico autorizado que se impone como el hegemónico para la atención de partos, que crea y refleja relaciones de poder. Por otra parte, da cuenta de mecanismos de desautorización durante la atención hospitalaria, para referirse a los diferentes tipos de interacciones entre el personal médico y las mujeres, que las despojan de autoridad para intervenir en el curso de su parto.

Diversas autoras consideran que la medicalización puede resultar en la manifestación de *violencia de género*, producida por la confluencia del discurso médico patriarcal, el discurso sobre la maternidad y la construcción simbólica del género.

⁵ Brigitte Jordan (1997) define el “conocimiento autorizado”, como el que confiere a la medicina el poder de regular la vida de los seres humanos desde el momento del nacimiento.

⁶ El relato es de una doctora a una usuaria de 17 años que llegó para atención por presentar dolor en el vientre y cabeza, vómito y sangrado nasal. Al día siguiente tuvo convulsiones, a su hija le provocaron asfixia y nació grave, ella fue trasladada a otro hospital por gravedad, y en el traslado tuvo un paro cardíaco. (CDHDF, Rec. 3/2015, Caso N).

El análisis de Sadler se centra más en develar las condiciones que legitiman la hegemonía del conocimiento biomédico autorizado en la atención de partos en hospitales públicos de Santiago, Chile, que en conectar con cómo la práctica de este conocimiento puede llegar a ser violatoria de derechos. Sin embargo, utiliza categorías que permiten insertar la problemática a nivel estructural desde la teoría de género: la *construcción simbólica del género* para hablar de los sistemas de relaciones sociales o sexuales y como campo primario dentro del cual se articula el poder (Scott, 1996); la perspectiva simbólica de la subordinación de las mujeres (Ortner, 1979); la violencia simbólica (Bourdieu, 2000), y la construcción de las identidades masculinas (Badinter, 1993).

Silvia Bellón (2015) resalta como un aspecto crucial para comprender las razones que se esconden tras el ejercicio de prácticas denunciadas como violencia obstétrica, el análisis del impacto que los estereotipos de género juegan en la práctica obstétrica, y en la atención médica. Por ejemplo, señala que el “sexismo de las sociedades patriarcales que sugiere que los cuerpos de las mujeres pueden ser tratados sin consideraciones en favor de un parto rápido y aséptico, puede ser leído como una de las creencias culturales machistas que impregnan la práctica médica sin apenas ser advertidas o criticadas” (Bellón, 2015: 107).

En la misma línea, Natalia Magnone (2011) reconoce que tanto la violencia de género como la violencia institucional en salud son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de género y de salud interconectados. De manera interesante, esta autora vincula que los mandatos sociales hacia la maternidad se expresan en la práctica obstétrica intensificando las exigencias hacia las mujeres. Señala que “se utiliza el presupuesto de que *toda madre debe sacrificar lo que sea por el bienestar de su prole* para generar mejores condiciones de docilidad ante el sistema médico” (2011: 18).

Un eje de la construcción de género es la *construcción de la maternidad*. Sin duda la percepción de las y los médicos sobre las mujeres-embarazadas-madres toma un matiz especial. Los estereotipos socioculturales de las mujeres como pasivas, ignorantes, mentirosas, son evidenciados en el campo de la obstetricia y se suman los relacionados con la maternidad, como el sufrimiento, el sacrificio, la culpa y la victimización. “Parecería que la “naturalidad” de los dolores de parto ha llevado a una analogía de la maternidad como una vivencia dolorosa: el sufrimiento aparece como elemento indispensable del amor materno” (Lamas, 2001: 25-26).

Por un lado, se idealiza la maternidad como un evento para el que las mujeres están destinadas y preparadas biológicamente, incluso se llega a considerar que el ser madre es intrínseco al ser mujer; como menciona Marcela Lagarde (2011: 291), “el primer parto es el ritual simbólico del nacimiento de la verdadera mujer: la madre”. Por otro lado, se niega su saber y su experiencia durante el embarazo y el parto, se condena su sexualidad, se anula su derecho a decidir sobre los procedimientos que constituyen la atención sobre su cuerpo y se les deja como objetos pasivos ante el discurso erudito médico. El siguiente testimonio lo ejemplifica: “A veces ese tipo de situaciones se dan para que puedas ser una mejor mamá, porque hay personas que no saben ser madres” (cuando después de varias negligencias médicas la culparon por la muerte de su hijo)⁷.

En la mayoría de los discursos sobre la reproducción está implícito que el objetivo de todas las mujeres, la condición para ser mujer es la reproducción. En esta lógica, la institución médica ha tomado el control de los cuerpos femeninos y se ha adjudicado el poder de decidir en qué condiciones las mujeres pueden ser madres y en cuáles no, cómo debe actuar una “buena” madre (desde el embarazo y el parto), cuántos hijos/as deben tener, etc.

Es así que los discursos -médicos, religiosos, culturales, moralizantes- heredados sobre la *maternidad* (Badinter, 1981; Hays, 1993; Lagarde, 2011), se reflejan en la atención medicalizada del parto. El cuerpo de las mujeres es asimilado al cuerpo de otros seres vivos, un cuerpo destinado *para*, apreciado por su utilidad social, que define la existencia, pero no se le distingue por su desarrollo autónomo y su control sobre sí mismo (Lagarde, 2011).

Alicia Márquez (2019) recupera la experiencia de un grupo de mujeres mexicanas de clase media urbana que buscaban un parto fisiológico y por diversas circunstancias terminó en cesárea. La autora destaca en este proceso, la presencia de discursos normativos que acompañan las decisiones que van tomando las mujeres. Uno de dichos discursos es el de la maternidad, el de la “buena madre”, que pasa por llevar a cabo prácticas como acudir con el ginecólogo/a, tomar cursos psicoprofilácticos y cumplir con los mandatos para tener cuerpos saludables.

Márquez (2019) considera discursos expertos los ginecológicos y los psicoprofilácticos (unos biomedicalizados y otros “híbridos”), los cuales, señala, funcionan como normas a seguir y las mujeres se van apropiando de los que consideran adecuados para responder a

⁷ CDHDF, Rec. 3/2015, Caso B.

sus necesidades sobre, por ejemplo, la seguridad, el riesgo o el miedo al dolor. La autora aclara que los discursos mismos entran en disputa y mantienen tensiones con relación a la manera “correcta” de vivir un embarazo y parir. “Los discursos expertos ... pueden producir una especie de cacofonía cuando no son claros, son contradictorios o no respetan las diferencias. En algunas ocasiones esta multitud de discursos silencian o distorsionan la voz de las mujeres; en otras, sus voces logran abrirse paso, manifestarse y ser escuchadas, por la propia mujer y por los otros, de maneras tenues o fuertes” (Márquez, 2019: 28).

La tensión entre los discursos de distintos modelos de atención fue apareciendo en esta tesis como otra clave de análisis, a manera de tensión en las propias mujeres entrevistadas. Asimismo, como un elemento del modelo biomedicalizado, fue surgiendo el *discurso médico del riesgo* en el contexto de la reproducción que, si bien no formaba parte de las categorías de análisis en un principio, se fue constituyendo como central en las entrevistas. La institucionalización y la medicalización del embarazo y el parto han colocado al proceso reproductivo bajo la lupa médica a través de una serie de procedimientos rutinarios para llegar al fin último de un nacimiento en las mejores condiciones de salud para el/la bebé.

Por otra parte, se infiere que el riesgo está latente en cualquier etapa y para prevenirlo se hace uso de tecnologías reproductivas y se somete a las mujeres a una serie de *regímenes reproductivos* (Ettorre y Kingdom, 2012). Sin negar que un embarazo y un parto pueden conllevar riesgos reales, utilizo la categoría del *discurso médico del riesgo* desde la arista del control de los cuerpos de las mujeres que coarta su autonomía ante escenarios donde el riesgo es ambiguo o incierto. A través de los componentes de este discurso se responsabiliza a las mujeres de la salud del feto y se les culpa si algo sale mal, por no haberse ajustado a las indicaciones, y llega a desvaloraciones morales como considerarlas “malas madres”. Esta aseveración también tiene matices y puede ser debatible hasta dónde contradecir el *conocimiento autorizado* puede perjudicar el proceso reproductivo de las mismas mujeres. Sin embargo, retomo la idea de que el riesgo no puede reducirse a una lista estática de regímenes de comportamiento; más bien, es un concepto complejo altamente cultural, a menudo atribuido a entendimientos comunitarios más que individualistas (Fordyce y Maraesa, 2012); y por otra parte, que las mujeres a menudo emplean estrategias para lograr sus propósitos buscando su bienestar y el de su bebé, ejerciendo su derecho a decidir sobre su cuerpo, y no se quedan con el primer diagnóstico atemorizante del riesgo.

b) El enfoque relacional de las prácticas en la atención obstétrica

Un elemento que es transversal en todos los casos de violencia obstétrica son las *relaciones de poder* que se construyen entre las y los médicos y las mujeres. De acuerdo con Castro y Erviti (2015), las relaciones de poder en el ámbito de la medicina obstétrica se fundan en un sistema de jerarquías (médica y de género) que se va construyendo durante la formación profesional del personal de salud y se consolida con la interacción con las pacientes. Hacen alusión a que en la *jerarquía médica* prevalecen el castigo y el disciplinamiento corporal como formas de transmitir, y de inscribir en los cuerpos, el conocimiento; y que en las interacciones durante los años de estudio también se reproduce una *jerarquía de género* que las y los estudiantes incorporan como “normal” en su visión profesional del mundo y en el ejercicio cotidiano de la medicina.

Roberto Castro (2014) ha denominado el *hábitus médico* como un currículum paralelo al oficial basado en la interiorización de jerarquías. En este escenario, donde hay una propensión del personal médico a reprender a las mujeres, incluso a las estudiantes de medicina, las que están en trabajo de parto se ubican en el último eslabón de la cadena; se busca “educarlas” y someterlas.

Un rasgo importante de la conformación del *hábitus médico* es que evidencia que las formas de maltrato, ya sean menores o violaciones de derechos, no se limitan a ser un problema de calidad de la atención que se resuelva con cuestiones técnicas o suficiencia de recursos (económicos y humanos). La práctica médica tiene un vínculo estructural con los rasgos autoritarios emanados de la formación en las aulas y de la especialización en los hospitales, es decir, con mensajes, enseñanzas, clasificaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (de clase, de género, etarias, etc.), que se viven y se atestiguan durante los años de estudio.

Respecto a la jerarquía de género, ésta viene de un orden estructural por encima de las aulas de formación profesional. En este sentido, diversas investigaciones han mostrado que la construcción sociocultural de las *normas de género* y el lugar que lo femenino y lo masculino ocupan en la estructura social, inciden en las prácticas del personal médico y se reproduce en su relación con las pacientes en una base de desigualdad de género (Bellón, 2015; Camacaro, 2009; Castrillo, 2014; Castro y Erviti, 2009; Sadler, 2003). La práctica médica considera a las mujeres como objetos de intervención y control, y las despoja de su rol activo,

en tanto que el personal de salud controla el proceso del embarazo, parto y puerperio (Camacaro, 2009). Hay testimonios de que, ante la presencia de un hombre, la actitud hacia la usuaria se modifica, como el siguiente: “Mi esposo y yo nos dimos cuenta que el personal solo se muestra atento cuando nos ven a los dos juntos pero cuando las mujeres están solas y adoloridas se vuelven groseros, nos insultan y faltan al respeto”⁸. Lo que habla de discriminación de género y de desautorización a las mujeres.

Silvia Bellón (2015) señala que las dinámicas en las instituciones médicas detectadas en su investigación, “son fruto de una intersección de relaciones de poder ligadas a las jerarquías de género, saberes y clase que entran en conflicto en las luchas por la posesión del conocimiento legitimado y control de la asistencia médica del parto” (2015: 95).

c) La *violencia obstétrica* como manifestación de la violación del derecho a decidir

Diversas investigaciones se han enfocado a estudiar *la violencia obstétrica* como mecanismo de disciplinamiento y control de las mujeres y de sus cuerpos durante el embarazo y el parto (Arguedas, 2014; Camacaro, 2009; Canevari, 2011; Castro, 2014; Castro y Erviti, 2015; Pozzio, 2016).

Asimismo, se han documentado prácticas rutinarias e interventoras que en ocasiones adquieren un carácter negativo que deriva en situaciones de violación de derechos, mismas que se dan en un contexto de naturalización de la inequidad de poder, donde el abuso no únicamente deviene de los procedimientos quirúrgicos, sino también de conductas u omisiones que dañan psicológicamente, denigran o discriminan a las mujeres (Belli, 2013; Bellón, 2015; Camacaro, 2009; Canevari, 2011; Castro, 2014; Erviti, et al., 2007; Magnone, 2011).

Por su parte, Sadler (2003) habla de *mecanismos de desautorización* durante la atención hospitalaria, para referirse a los diversos tipos de interacciones que despojan a las mujeres de autoridad para intervenir en el curso de su parto. Este concepto se diferencia de lo que otros autores han referido como violencia institucional, para situarse en las interrelaciones que el personal médico establece entre sí y con ellas.

Con base en las teorías desarrolladas por Foucault, Arguedas (2014) identifica las prácticas que constituyen la violencia obstétrica como “una forma de poder disciplinario específica,

⁸ Cecilia (GIRE, 2016).

ligada a la estructura social de género propia del sistema patriarcal del cual emerge esta forma de violencia como mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad” (2014: 146). En este marco, la autora propone el concepto de *poder obstétrico*, como una forma de poder disciplinario que produce cuerpos sexuados y dóciles. La violencia obstétrica sería un mecanismo de control derivado del ejercicio de este tipo de poder, motivada por considerar que las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas para establecer un diálogo.

Arguedas afirma que “la vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que determina las curvas de normalidad y las técnicas para la administración médico-jurídica del embarazo y el parto, son parte de los mecanismos de control y generadores del poder obstétrico” (2014: 156). A partir de esta tesis foucaultiana, el cuerpo de la mujer embarazada vendría a ser el cuerpo del anormal, un cuerpo alterado que debe ser sometido a un disciplinamiento que permita su control y normalización.

Autoras como Norma Casal y Ma. José Alemany (2013) y Michelle Sadler (2016) han utilizado conceptos como el de *violencia simbólica* de Bourdieu (2007) para explicar el tipo de violencia sin coacción física que los médicos/as, desde su lugar de poder y autoridad, ejercen sobre las mujeres que se colocan en el rol de “pacientes” y depositan su confianza en los profesionales de la medicina sin cuestionar las decisiones que éstos toman por ellas. Estas posiciones en la estructura social, de dominación simbólica masculina y sumisión simbólica femenina, interactúan a través de mecanismos discretos, naturalizados, incrustados en la sociedad, y se reproducen en la vida cotidiana (Sadler, 2016).

Casal y Alemany retoman del concepto de violencia simbólica que se ejerce sobre las mujeres con su complicidad, puesto que no son conscientes de su estado de sumisión, no se sienten obligadas a actuar porque hacerlo significaría ir en contra del orden lógico o “natural” de las cosas. De igual manera, Magnone (2011) establece que la violencia obstétrica que analiza en los casos de su investigación se da en un contexto de naturalización de la inequidad de poder, y para ello la problematiza como violencia simbólica. Este concepto sirvió para analizar ciertos momentos de la experiencia de las mujeres entrevistadas, mas no diría que en todo momento actúan desde la sumisión y la indefensión.

En la línea de los argumentos de Bourdieu, la violencia obstétrica debe abordarse como algo más que el mero acto de maltrato: está rodeada de significados simbólicos construidos

socialmente. Puede implicar el consentimiento de ambos, dominante y dominado, dentro de una relación social donde el conocimiento compartido entre todos los actores solo permite enmarcar la violencia en sí misma como si fuera una parte natural, esperada y aceptada de la vida. Como tal, la violencia obstétrica puede ser notablemente funcional, reforzando una narrativa de género sesgada en la atención de la salud sexual y reproductiva y estructurando la atención de la maternidad (Sadler, 2016).

d) La apropiación subjetiva de los derechos

Una línea que se ha discutido y cuestionado desde el feminismo es la posibilidad que tienen las mujeres en ciertos contextos para ejercer sus derechos, tomando en cuenta los elementos estructurales (y estructurantes) que inciden en sus acciones sociales. En este sentido, Castro (2009) considera que es central utilizar el concepto de ciudadanía en una investigación sobre derechos de las mujeres, y añade que se deben “distinguir las variaciones en la apropiación subjetiva de los derechos y de la posibilidad de hacerlos valer, pues tales diferencias se anclan en las desigualdades de género, de clase y de etnia, por mencionar sólo a algunas” (2009: 4). Para ello propone el concepto de *ciudadanía reproductiva*, que se refiere a “la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva” (2009: 5).

Es así que resulta necesario incorporar el término de *autonomía de género*, se trata del “grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo a su elección y no a la de los otros ... implica un doble movimiento de subjetivarse como sujetos y objetivarse como ciudadanas” (Fernández, 2006 en Magnone 2011: 13). Lo anterior tiene que ver con un proceso subjetivo mediante el cual las mujeres se otorgan a sí mismas la autorización para disponer de sus cuerpos y exigen condiciones sociales, económicas e institucionales que favorezcan el ejercicio de tales decisiones. Asimismo, implica recibir el reconocimiento de los demás como sujetos de derechos.

En las aspiraciones, los deseos y las expectativas de las mujeres sobre su parto, interviene la manera en que cada una se hace cargo de su cuerpo, pero este proceso está vinculado con las condiciones sociales y culturales, y éstas incluyen el ordenamiento de género.

En este sentido, Ana Amuchástegui (2004) reconoce dos ejes a considerar: la *perspectiva de género*, por Scott (1996), que advierte de la presencia de un sistema simbólico que significa de manera inequitativa los universos femenino y masculino y que se imbrica con todas las

esferas de la existencia humana. Y la *subjetividad*, planteada por Butler (2002), la comprensión de que el género se gesta en los encuentros relacionales e intersubjetivos que se dramatizan corporalmente como repeticiones cotidianas de las normas, aunque a pesar del dominio de la repetición coactiva se abre una brecha para los actos subversivos.

Sadler comprueba que “muy pocas mujeres cuentan con herramientas para reaccionar a la imposición del conocimiento biomédico durante la atención, e incluso teniéndolas, muchas veces no se atreven a opinar o intervenir en el curso de los eventos por temor a las represalias” (2003: 153). Aquí es donde me interesa puntualizar: en las tensiones (subjetivas, institucionales y estructurales) que obstaculizan que las mujeres se apropien de sus derechos, que puedan ejercer su ciudadanía reproductiva, o que cuenten con autonomía de género. La lectura de las entrevistas desde este enfoque fue llevando el análisis hacia la exploración de la subjetividad de las mujeres donde las emociones, en particular el miedo y la culpa, jugaban un papel importante en la toma de decisiones y en la negociación con sus médicos/as. Cuando estas emociones, entendidas como formas de subjetividad socialmente construidas, están presentes en relaciones de poder, vulneran aún más la posibilidad de las mujeres de ejercer sus derechos.

Sin que el objetivo de la tesis fuera el análisis de las emociones, no podían quedar de lado cuando lo que está en juego en las decisiones de las mujeres durante el embarazo y el parto es el bienestar y la vida de sus bebés y de ellas mismas. Desde la perspectiva de la *sociología de las emociones* (Ahmed, 2015; Mancini, 2016; Velasco, 2016) fue posible transitar en la construcción sociocultural de éstas, derivadas de un contexto estructural, interaccional y situacional particular.

También se han realizado trabajos, como el de Laura Belli (2013), que constituyen más una reflexión sobre la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y de violación a los derechos humanos, que un análisis sociológico de los condicionantes que posibilitan dicha violación. Estas revisiones bibliográficas ayudan a ubicar cómo distintos países abordan el fenómeno, por ejemplo, desde la vía jurídica con leyes y recordatorios de los derechos de las mujeres que deben respetarse durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto.

Si bien se reconoce que “la relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de la salud revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el

ejercicio de los derechos básicos de la mujer” (Belli, 2013: 28), no se advierte una crítica a que las acciones en materia jurídica no son suficientes para atender esta problemática que, efectivamente, tiene sus raíces en el orden de género estructural. Más aún cuando no sólo el género atraviesa a estas mujeres, sino también su condición étnica o socioeconómica. Esta suma de vulnerabilidades, que puede ser comprendida desde la perspectiva de la interseccionalidad, difícilmente es atendida en las regulaciones normativas.

Una gran cantidad de las investigaciones realizadas en el contexto latinoamericano hacen mención de la falta de insumos, personal y presupuesto con que cuentan sus instituciones de salud, así como la sobredemanda de asistencia que se enfrenta a dicha escasez de recursos humanos y materiales. Por lo general las autoras reconocen que no puede apelarse a esta situación para justificar la violación de derechos de las mujeres, que por encima de ello deben recibir atención de calidad, respetuosa y atenta a los derechos humanos.

El problema: condiciones de posibilidad y tensiones en la experiencia de las mujeres

En las investigaciones analizadas destacan algunas recomendaciones para continuar profundizando en esta temática, tales como conocer la realidad de la atención del parto, tanto en hospitales públicos como privados, tomando como referente la visión de las usuarias (Sadler, 2003). O realizar estudios sociológicos de los mecanismos que hacen posible la violación de los derechos de las mujeres durante su encuentro con el personal de salud; así como explorar los patrones de interacción y las estrategias de comunicación y sometimiento que se activan en ese nivel micro de la realidad que, aunque pueden pasar casi inadvertidas, desempeñan un papel central en la violación de derechos (Castro y Erviti, 2015).

Efectivamente, poco se ha estudiado, desde la sociología feminista, la experiencia de las mujeres con el acento en cómo inscriben el género en sus encuentros con el personal médico, y en las posibilidades reales para ejercer sus derechos durante la atención obstétrica. En este sentido, el objetivo general de esta investigación fue: analizar la interrelación de las condiciones de posibilidad, en sus tres dimensiones (macro, meso y micro), que facilitan u obstaculizan el ejercicio del derecho a decidir de las mujeres durante su embarazo y parto.

Para ello di seguimiento a tres objetivos particulares, que corresponden a cada una de las dimensiones mencionadas:

1. Analizar, en las narrativas de las mujeres, los componentes de los discursos –social y médico- sobre la maternidad y la reproducción, que influyen en las decisiones de las mujeres y transforman sus prácticas con relación a su embarazo y su parto.
2. Analizar la normatividad institucional del embarazo y el parto en México, en relación con el reconocimiento del derecho a decidir y las posibilidades para su ejercicio.
3. Analizar cómo las mujeres (de)construyen sus decisiones, sus expectativas y sus prácticas, durante el embarazo y el parto, en la medida en que internalizan o se resisten a las estrategias discursivas –médicas y sociales-.

En un primer momento, mi interés central era develar si en las instituciones médicas privadas las mujeres también se enfrentan a dificultades, así como en las públicas (documentadas en el análisis que realicé de las recomendaciones de la CNDH y en los casos aportados por GIRE), para ejercer su derecho a decidir. Conforme fui avanzando en la investigación, este objetivo se fue quedando corto ante la riqueza de la información que arrojaban las entrevistas. Fue así que, en lugar de encuadrar el análisis en las experiencias de las mujeres en el sector médico privado, se fue dirigiendo hacia la particularidad del grupo que se fue conformando, caracterizado como de clase media y media alta, de un sector considerado privilegiado, independientemente de dónde hubieran sido atendidas.

Utilizando el término de María Antonia García (1994), estas mujeres pertenecen a “élites discriminadas”, como una minoría poco estudiada que merece la pena ser volteada a ver. Se enfrentan a otro tipo de manifestaciones de violencia y de violación de derechos, pero finalmente en relaciones de poder donde la jerarquía médica y el orden de género están presentes. Dar cuenta de la complejidad de desarticular la desigualdad y la violencia, incluso en estos sectores, permite dimensionar el poder de las fuerzas estructurales e institucionales tanto en éstos como en otros más desfavorecidos en cuanto a recursos económicos, sociales y culturales.

La socióloga argentina Patricia Schwartz (2009) ha estudiado el tema de la maternidad con mujeres de clase media, y ha descubierto que persiste la aceptación de que sean los médicos o médicas quienes decidan libremente sobre sus cuerpos, sin que ellas cuestionen sus indicaciones ni sus decisiones. La autora basa lo anterior en la figura del médico como

propietario del saber y la autorización legal y legítima que la sociedad les otorga de manera cotidiana.

Siguiendo la premisa sociológica de que los *por qué*s están en los *cómo*s, a fin de ofrecer posibles respuestas a la pregunta: ¿cómo operan las condiciones de posibilidad para el ejercicio del *derecho a decidir* de las mujeres durante la atención médica del embarazo y el parto?, opté por trabajar directamente con las narrativas de las mujeres, centrándome en una circunstancia poco explorada: el análisis fenomenológico de la experiencia de mujeres de clase media y media alta. Para ello, utilicé la *entrevista* para obtener relatos de prácticas y después analizar su significado.

Suscribo que las *condiciones de posibilidad* (Bourdieu, 2002) para tomar decisiones están en las condiciones concretas de existencia de las mujeres y que se vinculan con su posición subjetiva, es decir, no se trata únicamente de condiciones materiales. De ahí que mi interés en conocer la experiencia de mujeres de la llamada “clase media” o “media alta”, acercándome a develar la tensión entre sus expectativas subjetivas y las probabilidades objetivas para decidir sobre su parto, en el contexto de ser “pacientes” en una institución masculinizada e inmersas en una relación basada en jerarquías profesionales y de género, donde su *capital económico* sería un elemento a considerar, pero no el único.

Esta propuesta de investigación cualitativa se inscribe en el área de producción de conocimiento feminista, y se realiza mediante las perspectivas de género e interseccional, con un enfoque de derechos humanos. Utilizo al *género* como perspectiva teórico-metodológica y como categoría de análisis, en su calidad de componente fundamental de las relaciones sociales que se manifiestan en el desequilibrio de poder entre los sexos. En particular, con la perspectiva de género abordo esta problemática desde las condiciones sociales que posibilitan el poder médico sobre las mujeres, sus cuerpos y sus derechos.

Mediante el *enfoque de derechos humanos* se ha hecho alusión a las prácticas que desacreditan a las mujeres embarazadas o en trabajo de parto como seres humanos, y que posibilitan la violación de sus derechos. El empleo de este enfoque parte de considerar el desequilibrio de poder entre las mujeres y el personal médico, que coloca a las primeras en un grupo de mayor vulnerabilidad.

Inicio en el *capítulo uno* presentando las herramientas analíticas que utilicé en un primer momento para acercarme a estudiar el fenómeno, con la apertura de que emergieran nuevas

categorías tras el trabajo de campo. Las tres dimensiones principales que acompañaron la investigación son: el *orden de género*, para mirar la construcción sociocultural de las mujeres como “pacientes” en el sistema médico y como madres, así como la relación de poder que se construyó con los médicos/as durante la atención ginecobstétrica; la *medicalización de la reproducción*, desde la óptica de las prácticas que permiten la violación de derechos y el control de los cuerpos de las mujeres; los *derechos de las mujeres*, una discusión sobre la posibilidad de su apropiación, ejercicio y defensa en el marco de la medicalización; y finalmente, un *marco de interpretación feminista* que ofrece una mirada de: el reconocimiento de la violencia obstétrica como problema social y político; la reivindicación de las mujeres como protagonistas de su parto; y la demanda del derecho a decidir durante el embarazo y el parto.

El *capítulo dos* consiste en una revisión de la normatividad institucional sobre la atención médica del embarazo y el parto en México, para comprender en qué contexto y con qué objetivos se han emitido en nuestro país las regulaciones normativas, las políticas públicas y la legislación en materia de salud reproductiva; y en qué medida han favorecido o constreñido el ejercicio de los derechos de las mujeres durante este proceso reproductivo. Una segunda parte de este capítulo contiene información sobre consecuencias de la violación del *derecho a decidir* durante el parto: cesáreas, anticoncepción forzada, violencia obstétrica y mortalidad materna. Finalmente, el análisis de los 36 casos de recomendaciones de la CNDH ante violaciones de derechos reproductivos, como evidencia empírica de la interrelación de las políticas gubernamentales sobre la reproducción y las prácticas médicas durante la atención del parto, con la violación del derecho a decidir de las mujeres en este proceso; y como un registro de las particularidades de un sector de mujeres en nuestro país marcado por la intersección de opresiones de género, de raza y de condición socioeconómica baja.

En el *capítulo tres* planteo la estrategia teórico-metodológica de la investigación. Como he mencionado, la materia prima para acercarme a responder la pregunta de esta investigación, son las narrativas de las mujeres. A fin de contar con el grupo con el que finalmente trabajé, primero diseñé y apliqué una encuesta en línea a tres grupos de mujeres que las vinculaba su pertenencia a redes de maternidad. La información de las 149 encuestas respondidas brindó un panorama sociológico general de las mujeres, así como un primer balance de sus experiencias durante el embarazo y el parto. Por medio de este instrumento se les invitaba

a participar en una entrevista de manera personal, 36 aceptaron y las fui contactando. De éstas, concreté 9 entrevistas y 4 más las obtuve de manera directa porque se enteraron de mi investigación (2 en la presentación de avances de la tesis en los seminarios del doctorado, una después de una plática informal sobre la tesis, y una más por contacto de una amiga en común que le platicó de la investigación) y mostraron interés en participar.⁹

La entrevista se centró, principalmente, en su experiencia durante su embarazo y parto, profundizando en algunas de sus respuestas en la encuesta, en las condiciones que les permitieron construir el escenario para su parto desde la posición social en la que se encontraban, los recursos (*capitales*) con los que contaban, las redes de apoyo, las nociones de género y sobre la maternidad que tenían.

Utilicé el enfoque de la fenomenología para comprender la experiencia corporal e intersubjetiva de las mujeres, y la propuesta de la fenomenología feminista en concreto para mirar los cuerpos como no neutrales y las experiencias vividas en primera persona. Para el análisis de los datos me baso en la *teoría fundamentada*, entendida como “un conjunto de pautas analíticas flexibles que permiten a los investigadores concentrar su recolección de datos y elaborar teorías inductivas de alcance medio a través de sucesivos niveles de análisis de datos y de desarrollo conceptual” (Charmaz, 2013: 271).

Los *capítulos cuatro y cinco* corresponden a los resultados de las entrevistas. El cuarto es un análisis del trayecto de las mujeres desde que inició su embarazo o desde que lo planearon, hasta los últimos días que pasaron en el hospital después de su parto o cesárea; las tensiones a las que se enfrentaron, así como los momentos en los que pudieron ejercer su agencia y tuvieron autonomía para ciertas decisiones. Y en el quinto se develan los factores estructurales, institucionales y subjetivos que dificultaron el ejercicio de derechos, y se rescatan elementos de su experiencia que dan cuenta de condiciones que tuvieron para revertir momentos de tensión o de violencia, en posibilidades de agenciamiento o de apropiación de sus derechos.

Finalmente, me interesa hacer un par de puntualizaciones:

⁹ En el proyecto de la tesis estaba planteado realizar más entrevistas, sin embargo, cuando inició la pandemia de Covid-19, este proceso se vio afectado por la dificultad de reunirse con las mujeres.

Cuando a lo largo de la tesis hago referencia al “parto natural”, lo parafraseo tal como lo relatan las mujeres y como se utiliza en los discursos sociales y médicos, e incluso se refuerza desde el discurso alternativo del parto humanizado. Sin embargo, reconozco la connotación que tiene nombrarlo “natural”, pues remite a un esencialismo del parto como lo ideal, lo innato, lo instintivo, que socialmente ubica a la cesárea en una escala valorativa menor, y esto tiene un impacto emocional en las mujeres que deseaban parto por vía vaginal y tuvieron cesárea.

Cuando me refiero a las “mujeres”, como grupo social que se ve afectado por la violencia obstétrica y por la violación del derecho a decidir sobre su cuerpo, así como las que tuve oportunidad de entrevistar, reconozco que en su mayoría se trata de mujeres *cisgénero*¹⁰; sin embargo, no pretendo asegurar que todos los casos en nuestro país y alrededor del mundo corresponden a esta categoría binaria. Contemplo la posibilidad de que *hombres trans*¹¹ y personas que no se identifican como mujeres ni como hombres que pueden tener la capacidad reproductiva para estar embarazadas, tengan experiencias durante su trayecto del embarazo y el parto como las que ahora estudio y analizo.

¹⁰ Mujeres cuya identidad de género coincide con su sexo biológico.

¹¹ Mujeres que no se sienten conformes con su sexo biológico y con la identidad de género que les fue asignada socialmente; independientemente de su orientación sexual, construyen la identidad con la que se identifican (masculina) con o sin intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos.

CAPÍTULO UNO

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL: LA POSIBILIDAD DE EJERCICIO DE DERECHOS EN EL MARCO DE LA MEDICALIZACIÓN DE LA REPRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Bajo la premisa de que la autonomía de las mujeres no es reconocida a cabalidad en el modelo de atención obstétrica medicalizada y entra en pugna con los intereses de la institución médica, me interesa indagar cómo ello repercute en la posibilidad del ejercicio de su derecho a decidir sobre su embarazo y parto. Por otra parte, intento mostrar que la limitación de dicha autonomía tiene raíces sociales y culturales.

El análisis de esta idea requiere atender distintas dimensiones: el nivel *macro*, donde se ha conceptualizado la reproducción como institución medicalizada, y desde donde interactúan estructuras sociales, económicas, políticas y simbólicas, en forma de normas sobre la maternidad, normas de género, políticas de la reproducción, discursos médicos. El nivel *meso*, integrado por el espacio físico de la institución médica y el espacio social construido por los agentes de la obstetricia, donde confluyen las y los profesionales de la salud y las mujeres usuarias con sus distintas posiciones, roles, intereses, esquemas de percepción y recursos (materiales y simbólicos). Y finalmente el nivel *micro*, es decir, la experiencia intersubjetiva de las mujeres, a través de la que pretendo ofrecer luces para comprender la lógica de la relación de poder que se construye con los médicos(as); y aproximarme a develar la situación social de la violación de derechos de las mujeres durante su embarazo y parto.

En este sentido, las herramientas analíticas que utilizo para acercarme a comprender y a descubrir este fenómeno social, tienen que ver con tres dimensiones: el *orden de género*, como un eje que atraviesa toda la investigación; la medicalización de la reproducción; y finalmente, una discusión sobre la posibilidad de apropiación, ejercicio y defensa de los derechos de las mujeres en el marco de la medicalización.

1. Los cuerpos reproductivos de las mujeres son normados, vigilados y controlados por las instituciones de la medicina y de la reproducción. A su vez, los encuentros entre profesionales de la salud y mujeres usuarias, están mediados por un orden de género que estructura las funciones femeninas y masculinas, a través de la actuación conjunta de cuatro

elementos que plantea Joan Scott (1996): símbolos culturalmente disponibles; normas surgidas de los símbolos; instituciones y organizaciones de las relaciones de género; e identidad subjetiva conformada a través de la socialización.

El planteamiento de Sherry Ortner (1979) ayuda a dar pistas de cómo el rol reproductivo de las mujeres termina generando una serie de símbolos, de estructuras de dominación, que no están justificadas más que por la capacidad reproductiva. La autora pone de manifiesto que al género, la sexualidad y la reproducción, en su calidad de símbolos, una sociedad determinada les asigna significados particulares. En este sentido, la medicina ha dotado de una carga simbólica a los cuerpos reproductivos, que no únicamente se traslada a justificar capacidades sociales e intelectuales distintas entre mujeres y hombres, sino que son jerarquizadas en una escala donde las “femeninas” tienen un valor inferior.

Analizo cómo la institución médica actúa, bajo un esquema bourdieano, como estructura estructurante y estructurada (Bourdieu y Wacquant, 2005), es decir, que involucra en sus prácticas esquemas de percepción resultantes de estructuras sociales de género, pero que también produce conocimiento generizado que facilita la obstaculización de la autonomía de las mujeres, y relaciones de poder que limitan la posibilidad de toma de decisiones de las mujeres.

Siguiendo a Scott, los encuentros entre profesionales de la salud y las mujeres se entienden también como procesos de socialización a través de los cuales se articulan las bases de una desigualdad de poder. Es decir, no interactúan en igualdad de condiciones, al introducir la dimensión de poder será posible advertir cómo se construye la identidad de cada uno(a) a partir de la desigualdad de género y de la desigualdad del poder profesional.

Por otra parte, el análisis que hace Sara Cohen (2015) desde la teoría de género acerca de la mirada médica sobre los cuerpos reproductivos y sus mecanismos de disciplinamiento, inscribe un matiz interesante a este estudio. La autora hace el vínculo de cómo el orden de género a nivel estructural se materializa en la práctica médica a nivel interpersonal. Sostiene que los cuerpos en labor de parto son considerados como opuestos al estereotipo de la feminidad -dependiente, frágil, delicada, pasiva-. Estos cuerpos, en su forma más esencial, socavan el comportamiento femenino estipulado desde el patriarcado, y amenazan así a los poderes hegemónicos, de tal manera que la práctica médica intenta domesticarlos para

regresarlos a su condición de objeto, a menudo mediante prácticas coercitivas y discriminatorias denominadas *violencia obstétrica*.

2. La segunda dimensión de análisis es la *medicalización de la reproducción*, considerada no únicamente como una expansión (intencional o no) del dominio de la jurisdicción médica, sino vista desde la incorporación de las mujeres como blanco de este proceso, a través de los tres requisitos que refiere Kathryn Morgan (1998) en su modelo: el discurso médico dominante (conformado por paradigmas, teorías, investigación, metodologías); las autoridades médicas ejerciendo el control; y la aceptación individual o grupal de las conceptualizaciones dominantes de la medicalización y la participación activa en sus diversas instituciones (macro y micro) interrelacionadas.

Morgan (1998) advierte que algunas consecuencias de los procesos de la medicalización de la salud de las mujeres, tales como la sobremedicalización, los altos índices de cirugías como las cesáreas, la patologización de procesos reproductivos, la ausencia de alternativas a los hospitales para la atención de partos, entre otros; pueden ser vistos como un microcosmos político en relación con la política más amplia de la medicalización occidental, una política que involucra los cuerpos, la salud y los conocimientos de las mujeres.

Para mostrar la dinámica de estas dimensiones, esta autora desarrolló un modelo que muestra la naturaleza multifacética de la medicalización en América del Norte, que articula: la *conceptualización* de la salud y la reproducción, en el marco del conocimiento médico autorizado; la *macro-institucionalización* a través de la interacción de estructuras sociales, económicas, políticas y simbólicas; la *micro-institucionalización* mediante las relaciones médico-paciente; la *micro-institucionalización* en la experiencia subjetiva de las mujeres, que da origen a una agencia medicalizada, es decir, a la internalización de conceptos, discursos y prácticas médicas; y finalmente, la medicalización como mecanismo de control social en la *vida cotidiana*.

A fin de contextualizar el proceso de la medicalización, no basta una descripción histórica de su desarrollo, me interesa construir una mirada de género que permita develar los fundamentos patriarcales de sus raíces, que posibilitan la violación de derechos de las mujeres. Es por ello que, para unir los componentes de la medicalización de la reproducción en México, y mostrar su interrelación, en este capítulo utilizo como base el modelo de

Morgan (1998), y lo complemento con aportes que se han realizado desde la sociología de la salud y desde la teoría feminista.

Analizar la medicalización únicamente desde el lado opresor, deja a las mujeres como pacientes pasivas sin agencia, y aunque ésta puede estar limitada a cierto rango de acción, es importante detectarla para indagar en la posición real de las mujeres como agentes centrales del campo obstétrico. Por ello en la investigación incluyo la premisa del agenciamiento. El mismo Foucault (1976; 2012) que analiza de manera meticulosa los mecanismos del poder que emanan de las instituciones, entre ellas la médica, y que rigen las relaciones de los médicos/as con los pacientes, advierte que aquéllos sobre los cuales se ejerce el poder, intentan sustraerse, escapar, e inventar nuevas formas de respuesta para dejar al represor, aunque sea por un instante, fuera de la jugada. A la obstinación de negarse a ser modelados/as y a expresar la libertad, Foucault le llama *resistencia* (García, 2010).

3. Las condiciones de posibilidad para el ejercicio de derechos de las mujeres no están dadas únicamente por el reconocimiento jurídico de éstos, de hecho están lejos de estarlo cuando hay condicionantes subjetivos, institucionales y estructurales, que más bien generan tensiones.

Un primer elemento necesario para el ejercicio de derechos es el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derecho y el respeto a su ciudadanía, más allá de mirarlas como pacientes en la institución médica y como cuerpos a intervenir. Asimismo, se deben asegurar una serie de derechos sociales que brinden bienestar a las mujeres como base para la posibilidad de otros, como el derecho a decidir. Y en tercer lugar, está el proceso subjetivo de la apropiación de derechos por las propias mujeres, que tiene que ver con que ellas mismas se autoricen disponer y decidir sobre sus cuerpos y exijan las condiciones que favorezcan el ejercicio de sus derechos.

Estos elementos tendrían que estar interrelacionados para su funcionamiento en beneficio de las mujeres, sin embargo, en ocasiones la ausencia de alguno repercute en el impedimento de otros. Es decir, no basta con que las mujeres reconozcan que tienen derechos, por ejemplo, si hay una estructura institucional que no lo hace; o si hay un orden de género que impregna la práctica médica y se manifiesta en la subordinación de las mujeres y en el control de sus cuerpos, aunque existan normas y leyes que exijan que se les trate con respeto como ciudadanas con derechos.

1. ORDEN DE GÉNERO

Esta revisión teórica busca aproximarse a explicar las condiciones que posibilitan que los cuerpos reproductivos de las mujeres sean normados, vigilados (y auto-vigilados) y controlados durante el embarazo y el parto; y con base en ello, discutir qué posibilidades reales tienen las mujeres de que sus derechos sean respetados. Para ello es fundamental utilizar la categoría analítica de *género*, a fin de ir desmenuzando cómo de manera estructural regula los encuentros entre médicos/as y mujeres, y cómo articula dichos encuentros como relaciones de poder, mediante la operación conjunta de cuatro elementos: símbolos, instituciones y organizaciones, normas, e identidad subjetiva (Scott, 1996).

Se parte de que las relaciones de poder entre médicos y mujeres no obedecen a una cuestión personal, sino estructural, y que la forma en que ambos interpretan y representan dicho andamiaje estructural, en el que se han ido construyendo ciertas creencias y procedimientos, condicionará el acceso de las mujeres al ejercicio de los derechos reproductivos en las instituciones de salud.

1.1. Símbolos culturalmente disponibles

En nuestra cultura occidental, judeocristiana y patriarcal, la construcción simbólica de las mujeres condensa atributos que indistintamente tienen que ver con lo “femenino” y con lo “maternal”, tales como: gracia, belleza, tolerancia, dulzura, comprensión, entrega (Coria, 1997). Son tres ideas fusionadas pero confusas, como si mujer, madre y feminidad siempre coincidieran.

Esta confusión lleva a identificar lo femenino con lo maternal y viceversa. Bajo esta lógica patriarcal, se espera que las mujeres durante su parto tengan una actitud pasiva, tolerante, paciente, de renuncia, de entrega (atributos de una “buena madre”) y que no tomen decisiones que pongan en conflicto su imagen maternal al defender intereses personales sin anteponer la autoridad del médico/a.

Lo anterior remite a la investigación de Malin (2003) sobre la evaluación que hacen los médicos/as en Finlandia de las mujeres que optan por la fertilización in vitro, a fin de decidir quiénes son las pacientes apropiadas para recibir el tratamiento, en términos de su estado mental, físico y emocional, y de acuerdo con su estilo de vida. Así, la paciente ideal era una mujer sana, de buen temperamento, de treinta y pocos años, con un problema de infertilidad

médicamente definido. Por otra parte, que viviera en una relación heterosexual estable, y que ninguno tuviera un trabajo absorbente. Además, era preferible que fueran de clase social media, pues se veía como heroico que siendo pobres sacrificaran todo en la búsqueda de tener un hijo/a.

El orden simbólico que construyeron los médicos/as coincide con la asociación de mujer-madre-feminidad que describe Coria (1997), pues las descripciones que se hacían para catalogarlas como futuras “buenas madres” tenían que cumplir con ciertos requisitos asociados a los estereotipos femeninos.

En el citado estudio, las solteras eran consideradas candidatas problemáticas, su salud mental era cuestionable, pues ante el escrutinio médico, su deseo por un hijo/a en realidad era para llenar el vacío de su soledad. Las mujeres que trabajaban fueron calificadas como egoístas, se pensaba que no cuidarían bien a su hijo y que éste para ellas representaba una “necesidad social”; el amor maternal y el estilo de vida centrado en el trabajo se consideraba mutuamente excluyente. Los médicos temían que las mujeres de clases socioeconómicas más bajas no tuvieran los recursos suficientes para hacerse cargo del niño. Y por otro lado, a las de clases sociales más altas se les veía como incapaces de dar amor incondicional a su hijo, a la vez que incapaces de sacrificar dinero y tiempo para los tratamientos de fertilidad (Malin, 2003).

Queda claro que las normas sobre la maternidad empiezan a ser vigiladas desde antes y durante el embarazo, “la mujer al ingresar al hospital para parir como paciente, se está transformando en madre” (Sadler, 2003: 99); pero bajo el planteamiento de Coria (1997) se puede inferir que no únicamente por su evidente condición de madres, sino por la de mujeres en primer lugar, pues los atributos de una “buena madre” resultan ser las expresiones más acabadas de la feminidad.

Bajo la premisa que plantea Estela Serret (2011) una mujer embarazada, que encarna el máximo referente del ser mujer-madre-, está en la categoría central con respecto a las que no lo son; sin embargo, sigue ocupando “imaginariamente un espacio límite entre la humanidad y la animalidad” (Serret, 2011: 87) con respecto al personal médico, que pertenece al mundo de lo masculino, de lo superior, de lo que domina, de lo que se sitúa como la mirada propia que ve a lo femenino como lo externo, y desde una mirada patologizante, al cuerpo embarazado como necesitado de intervención.

Serret advierte que “entre más valencias de feminidad nos sirvan para identificar a una persona, mayor carga de marginalidad estamos imprimiendo en ella” (2011: 87). En este sentido, la simbolización de las mujeres en el ámbito médico resulta paradójica, por un lado representa la esencia de la feminidad e idealiza la maternidad como un evento para el que las mujeres están destinadas y preparadas biológicamente, y que incluso se inclina a considerar que el ser madre es intrínseco al ser mujer; y por otro, es un recordatorio del lugar subordinado que tienen en el orden social, que niega su saber y su experiencia durante el embarazo y el parto, condena su sexualidad, anula su derecho a decidir sobre los procedimientos que constituyen la atención sobre su cuerpo y las deja como objetos pasivos ante el discurso erudito médico.

1.2. Instituciones y normas

Como definición de *institución* retomo la que ofrece Foucault: todo comportamiento más o menos forzado, aprendido; lo que en una sociedad funciona como sistema de coacción, sin ser enunciado, es decir, todo lo social no-discursivo (Fernández, 2015). En este sentido, hablo de las instituciones de la medicina y de la reproducción, sin dejar de lado la propiedad que les confiere Scott (1996), como reguladoras de las relaciones de género. Para esta autora, en las instituciones se viven las interpretaciones de los símbolos, hechas *normas*.

El concepto de *campo* de Bourdieu (2000) permite interrelacionar las instituciones con las normas, entendido como un sistema estructurado de relaciones objetivas que se impone sobre los agentes –grupos o instituciones– que forman parte de él y que es regido por leyes o normas propias que permiten que éste funcione. Los agentes ocupan distintas posiciones (de dominación o subordinación) y luchan para mantener el campo intacto o para cambiarlo (Castro y Suárez, 2018).

Es así que podemos hablar del *campo obstétrico*, integrado por las y los profesionales de la salud en el ámbito reproductivo, las mujeres usuarias, las instituciones de la medicina y de la reproducción, la industria de las tecnologías reproductivas y las normas mediante las que los agentes interactúan para que el campo funcione.

Me centraré en el modelo biomédico (tecnocrático) de atención al embarazo y al parto, caracterizado por el uso de tecnología y protocolos que homogenizan su intervención, y donde operan *normas* que surgen de la interpretación de los *símbolos* antes mencionados.

Para Scott (1996), aunque haya disputas entre las normas, sólo una posición normativa será la predominante y por tanto, emergerá como la única posible. Una vez que el discurso médico se ha colocado en una posición jerárquica superior al saber de las mujeres, éste se ha nutrido de legitimidad social y es visto como producto del consenso social.

Lo anterior facilita que las creencias de género en torno a las mujeres y sus procesos reproductivos como feminizados y subordinados, y a la práctica médica como masculinizada y dominante, se vean reflejadas en los *regímenes reproductivos* (Ettorre y Kingdom, 2012) y en la *mirada médica* (Foucault, 2012; Findlay, 1992), que tienen funciones normativas en la práctica de la atención obstétrica, y funcionan como estrategias de vigilancia y disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres.

1.3. Identidad subjetiva

Finalmente, con relación al cuarto elemento (vinculado a los símbolos, a las instituciones y a las normas), Scott (1996) destaca la importancia de investigar las formas en que se construyen las *identidades de género* a través de la socialización. En la misma dirección, Bourdieu denomina *habitus* a la manera en que las normas sociales se alojan en los individuos, la interiorización de las estructuras objetivas que a su vez permite la reproducción de éstas (Bourdieu y Wacquant, 2005).

Recurro al concepto de *habitus* con el fin de identificar las diferentes identidades que actúan en el *campo obstétrico*. Para los fines de este trabajo es necesario atender la diferencia que el propio Bourdieu hace del *habitus original* y el *habitus específico*. En un texto donde Diana Miller (2016) trabaja con estos conceptos del sociólogo francés, aclara que el primero se forma durante la infancia, basado en experiencias en la familia y en los primeros años de escolaridad, y moldea un cierto comportamiento de las personas en múltiples contextos. Mientras que el segundo es un conjunto de cosmovisiones especializadas y disposiciones formadas por un campo particular, generalmente un campo ocupacional como puede ser el médico.

Huppatz (2012 citado en Miller, 2016) desarrolla la idea del *habitus original de género* para explicar que ciertos campos pueden ser más atractivos para mujeres o para hombres según su construcción de género, como para las mujeres los de trabajo social, enfermería o peluquería. El concepto *habitus de género* ofrece muchas posibilidades para estudiar la

interacción de las y los agentes en cierto campo en concreto, sin embargo, se ha de tener cuidado de no hacerlo desde una postura esencialista que sugiera que las diferencias entre mujeres y hombres son naturales e inamovibles, y que por su naturaleza tienen más inclinación a ciertas profesiones.

No obstante, reconociendo que el campo médico es un campo altamente masculinizado, y que tiene una relación recíproca con el *habitus* de sus agentes, es decir, que a la vez que los estructura es estructurado por éstos, bajo una perspectiva de género, se puede inferir que el personal de salud tiene un *habitus médico* y un *habitus de género* que definen su actuación. Asimismo, que las mujeres usuarias llevan auestas un *habitus de género* mediante el que actúan las normas del ser mujer y del ser madre.

Roberto Castro ha estudiado a profundidad el *habitus médico* y lo ha definido como “el conjunto de predisposiciones incorporadas –esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales— que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano” (Castro, 2010: 59).

Para Castro (2014), el *habitus médico* opera como un currículum paralelo al oficial basado en la interiorización de jerarquías, que pone en evidencia que las formas de maltrato a las usuarias de servicios de salud, ya sean menores o violaciones de derechos, no se limitan a ser un problema de calidad de la atención que se resuelva con cuestiones técnicas o suficiencia de recursos (económicos y humanos). El autor sostiene que la práctica médica tiene un vínculo estructural con los rasgos autoritarios emanados de la formación en las aulas y de la especialización en los hospitales, es decir, con mensajes, enseñanzas, clasificaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (de clase, de género, etarias, etc.), que se viven y se atestiguan durante los años de estudio.

Si bien el concepto de Castro es muy útil en este trabajo, es necesario complementarlo con el del *habitus de género*, pues no únicamente las predisposiciones de la formación profesional están en juego durante la atención obstétrica a las mujeres, sino también las de lo femenino y lo masculino como referentes primarios de significación y comprensión del mundo (Serret, 2011). Por otra parte, hay que admitir que la misma práctica médica reproduce y se alimenta del orden de género como estructura estructurante.

1.4. El carácter relacional del género: relaciones de poder

Ahora bien, la relación de poder que resulta de los encuentros entre médicos y mujeres durante la atención del embarazo y el parto, deviene en dos situaciones que aquí interesa analizar: por una parte, la necesidad del personal de salud de controlar y disciplinar los cuerpos de las mujeres que se recrudece cuando inicia el trabajo de parto; y por otra, la forma como las propias mujeres normalizan e incorporan el autoritarismo médico y se conducen como las “pacientes” que el sistema médico requiere, fenómeno que Bourdieu (Bourdieu y Wacquant, 2005) ha denominado *violencia simbólica*, que más adelante profundizaré con el concepto de *agencia medicalizada* (Morgan, 1998).

La imagen tan peculiar de las mujeres embarazadas como pacientes que ha sido construida por la mirada médica, con toda la carga de género y de la maternidad a cuestas, se tambalea cuando las mujeres inician el trabajo de parto, una tarea extremadamente difícil, a menudo muy dolorosa, que las consume física y psicológicamente.

Sara Cohen (2015) hace un interesante análisis filosófico de la violencia obstétrica y ofrece una explicación desde el feminismo de por qué este fenómeno es diferente a otros tipos de violencia médica, de deshumanización y cosificación, donde la “paciente”, de acuerdo con las ideas cartesianas, se convierte en un objeto pasivo, un cuerpo sin agencia, sin poder y sin decisión. Sin embargo, el cuerpo en labor de parto, activo, no sólo contradice esta idea, sino que además se opone a las expectativas sociales del cuerpo femenino.

Históricamente las mujeres han estado aisladas de sus cuerpos: se espera que no trabajen con ellos, que no los usen para expresar sus capacidades, que no logren cosas con ellos ni que obtengan poder a través de ellos. Por eso la potencial capacidad en un cuerpo embarazado y en trabajo de parto resulta tan amenazante. Entonces, obligarlos a ser objetos pasivos no sólo reconforta al personal médico porque es más fácil manipularlos así, que con deseos y necesidades; sino porque además amenazan su propia esencia femenina pasiva: son cuerpos vivos, irreverentes, vigorosos y sexuales que desafían el patriarcado (Cohen, 2015). Y aunque Cohen reconoce que no siempre son poderosos y ruidosos, son considerados como la antítesis del mito de la feminidad.

Si bien esta explicación corresponde a la mirada médica sobre los cuerpos femeninos, a cómo se desestructura su significante de mujer, hay momentos en los que las mujeres siguen “haciendo género” desde su identidad social, porque los comportamientos aprobados para el

género se internalizan y se encarnan. Para West y Zimmerman (1990), en cualquier interacción se hace género de manera inevitable, con conductas, gestos, posturas corporales, vestimenta, etc. Cuando los médicos/as les dicen qué hacer, cómo comportarse, y las responsabilizan si algo sale mal; y ellas intentan “portarse bien”, “cooperar”, o cuando asumen la culpa, están correspondiendo a la descripción convencionalizada de su ser mujer. Estas respuestas están introyectadas y han sido ensayadas en la vida cotidiana, en todos los espacios de interacción, como producto de las relaciones de poder, por lo que están disfrazadas de naturales. Agudelo (2011) retoma de Carmen Castro (2008), que en la relación entre las mujeres y los profesionales de la salud se puede observar “cómo se producen y reproducen las desigualdades sociales a las que por muchos años han estado sometidas las mujeres y que coaccionan su libertad para la toma de decisiones basadas en información y derechos”.

Por su parte, Casal y Alemany (2013) perciben que en el modelo biomédico jerárquico, en el que el poder y la autoridad recaen en los médicos, las “pacientes” depositan su confianza en ellos sin cuestionar sus decisiones y quedan despojadas de su propio cuerpo. No suele cuestionarse si los procedimientos son adecuados, si hay repercusiones, o si hay alternativas. Pero también, en varias ocasiones se les priva de opinar, preguntar o decidir, no se les proporciona toda la información que requerirían y este vacío permite al personal médico actuar con total autoridad.

El no aceptar o reconocer tales actos como violentos, el normalizar tales *conceptos normativos*, es una forma de *violencia simbólica*, que se ejerce sobre las mujeres con su anuencia, y tiene como efecto contribuir a la creación de imágenes normativas simbólicas del ideal del comportamiento de género femenino. “Se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador [...] cuando no dispone [...] para imaginar la relación que tiene con él, de otro instrumento de conocimiento que aquél que comparte con el dominador [...] y hacen que esa relación parezca natural”. (Bourdieu, 2007:51)

Si bien las mismas mujeres asimilan las relaciones de poder del orden social y las aplican en sus propias relaciones, “el fundamento de la violencia simbólica no reside en las conciencias engañadas que bastaría con iluminar, sino en unas inclinaciones modeladas por las estructuras de dominación que las producen”. (Bourdieu, 2007:58)

El ejercicio de violencia simbólica parece inevitable en relaciones de poder en donde la persona dominada no cuenta con recursos para revertirla y donde las fuerzas estructurales parecen inamovibles a corto plazo; no obstante, el mismo Bourdieu (2007) aclara que siempre queda lugar para interpretaciones de los dominados opuestas a las estructuras de la relación de dominación, que les ofrecen una posibilidad de resistencia contra la imposición simbólica.

Es en esta posibilidad donde Mari Luz Esteban inserta la agencia de los cuerpos: “el paso de la interpretación al uso del cuerpo como víctima, a una interpretación construida sobre su capacidad de agencia” (Esteban, 2004: 10). El paso de víctimas a agentes sugiere no considerar el cuerpo como objeto pasivo receptor de discursos y de prácticas de dominación, o como reflejo de estructuras que lo superan y determinan su identidad, sino como un agente promotor de cambios colectivos. La autora ha reconstruido trayectorias de distintas mujeres, quienes desde sus particulares características corporales e identidades de género, se sitúan de diferentes modos en el mundo.

Después de este debate teórico sigue quedando la pregunta abierta: ¿cuáles son las posibilidades de las mujeres de que sus derechos sean respetados durante la atención del embarazo y el parto?

2. Medicalización de la reproducción

Para mostrar la dinámica de las distintas dimensiones de la medicalización, Kathryn Morgan (1998) desarrolló un modelo que muestra su naturaleza multifacética en América del Norte, que articula: la *conceptualización* de la salud y la reproducción; la *macro-institucionalización* a través de la interacción de estructuras sociales, económicas, políticas y simbólicas; la *micro-institucionalización* mediante las relaciones médico-paciente; la *micro-institucionalización* vivida a través de la experiencia subjetiva de la autonomía medicalizada; y su función como forma de control social en la *vida cotidiana*. (Ver Figura 1).

Figura 1: Modelo de medicalización de la reproducción



Fuente: Elaboración propia, modificada de Morgan (1998)

Utilizo este modelo como base y lo voy adaptando al proceso de medicalización en América Latina, a fin de irme acercando al caso mexicano y en particular, a la medicalización del embarazo y del parto en nuestro país.

Parto de la definición de los procesos de medicalización “como aquellos mediante los que en cada vez mayor número y diversidad de condiciones, conductas y experiencias son categorizados como enfermedades o desórdenes y que por ende se incorporan al campo de los saberes y del ejercicio de los profesionales de la biomedicina” (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016: 636).

2.1. Conceptualización de la reproducción

Para que la medicalización tenga eco, es necesario que el conocimiento médico sea reconocido como el más relevante, el más respetable, es decir, que obtenga el estatus de *conocimiento médico autorizado*, producido por una comunidad de teóricos e investigadores

que definen, desarrollan y emplean los conceptos, teorías, supuestos y metodologías que lo sustentan. Este proceso otorga legitimidad al conocimiento, que se emplea y reproduce en forma de *discurso médico reconocido* (Morgan, 1998)

Ese poderoso discurso sobre la vida, la muerte y el bienestar (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016) ha trastocado esferas que no eran de la competencia médica, como la reproducción femenina, que ahora, desde el modelo de atención hegemónico, es conceptualizada como patológica y está bajo el control y la vigilancia médica.

El parto es un acontecimiento biológico, pero también social y político, y quien asiste a las mujeres en ese momento tiene un reconocimiento especial. Históricamente las mujeres, en todas las culturas, habían sido asistidas en sus embarazos, partos y puerperios, por otras mujeres (parteras, comadronas, matronas) mediante prácticas tradicionales aprendidas y transmitidas de generación en generación, basadas en sus experiencias y en el conocimiento empírico del uso de hierbas y remedios.

Hasta antes del siglo XVIII, los médicos consideraban los procesos reproductivos no dignos para su profesión, eran vistos como un “misterio femenino”. Pero los avances de la investigación experimental en el campo de la medicina despertaron interés en los médicos en el área de la obstetricia y fueron imponiendo las ideas de la práctica médica en la asistencia de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, incorporando los progresos técnicos científicos, y ganando reconocimiento y prestigio social.

Con la Independencia, México inició un proceso que llevaría a consolidar la medicina profesional en el país. Influenciados por la medicina clínica y experimental europea, los médicos mexicanos del siglo XIX lucharon por convencer al Estado y a la población de su saber científico, por medio de asociaciones gremiales y publicaciones periódicas; y combatieron las prácticas que consideraban que invadían su competencia. Al igual que en Europa y Estados Unidos, terminó siendo un asunto de Estado y de estatus económico y social. Buscaban que el Estado autorizara el monopolio de la atención médica profesional (Carrillo, 1998).

Murguía, Ordorika y Lendo (2016) destacan cómo el feminismo ha enfatizado en el carácter autoritario de la medicina y el papel que juegan los profesionales de la salud en la construcción de un orden capitalista y patriarcal. Si en general las feministas han analizado los discursos y las prácticas médicas dirigidas a las mujeres, la reflexión sobre la manera

como la institución médica se apropió de sus cuerpos y experiencias es crucial para este trabajo.

El conocimiento médico autorizado fue ganando terreno en el campo de la ginecología después de tres acontecimientos históricos: la expropiación de la partería a las mujeres, que inició con la persecución de las brujas en la Europa medieval;¹² el auge de la profesión médica masculina en el siglo XIX; y el traslado de los partos del hogar a los hospitales, con lo que se institucionalizó la atención del embarazo y el parto (Camacaro, 2009; Ehrenreich y English, 2010).

El conocimiento autorizado fue moldeando un modelo de atención del parto caracterizado por una serie de procedimientos rutinarios para lograr una “calidad” de parto esperada. A su vez, este sistema, que Davis-Floyd (1993; 2001) denomina *modelo tecnocrático del parto*, se ha posicionado como el dominante. Todos estos elementos fueron dando pie a la conformación del campo obstétrico en México.

Campo obstétrico en México

Aunque de manera somera, con la finalidad de aportar un encuadre a la medicalización de la reproducción, abordaré los principales componentes del campo obstétrico, como un (sub)campo del *campo médico*, de cuya estructura ya han dado cuenta en sus investigaciones Roberto Castro (2010, 2014) y Joaquina Erviti (2010). Para Castro, el campo médico:

está constituido por el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y reglamentos, la *cuestión sanitaria* de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por los agentes que operan aquellas y estas instituciones, como los formuladores de políticas, los médicos, el personal de enfermería, el personal paramédico, así como los profesores y

¹² La caza de brujas, que se inició en Europa a mediados del siglo XV, un siglo después, con la conquista española, alcanzó a mujeres de poblaciones americanas que utilizaban de alguna manera estos saberes empíricos. Las brujas eran las parteras, las médicas, las adivinas y las hechiceras. Se les acusaba de tener magia, de ejercer su sexualidad, de poder dañar la salud, pero también de poder curar, específicamente por sus habilidades médicas y obstétricas. Eran una amenaza al orden político y eclesiástico (Ehrenreich y English, 2010; Federici, 2010).

estudiantes de todas estas especialidades; y, desde luego, por los y las usuarias de dichos servicios. (2010: 56-57).

En términos de Bourdieu (2000) (Bourdieu y Wacquant, 2005), un *campo* lo delimitan sus agentes, sus reglas, sus instituciones, pero lo que le da vida es la disputa por los intereses de los actores que lo conforman, donde suele haber uno dominante con el que compiten los demás. En este sentido, actualmente el modelo tecnocrático es el dominante en el campo obstétrico, que se rige por las políticas de la medicalización, pero hay otros “alternativos” que luchan por posicionar otras formas de atención:¹³ principalmente el del parto humanizado¹⁴ y el realizado por parteras,¹⁵ que podrían asemejarse a los modelos “humanístico” y “holístico”, respectivamente, que categoriza Davis-Floyd (2001).

Es importante señalar que mientras los intereses del modelo hegemónico tienen que ver con cuestiones profesionales y económicas, los de los otros dos están nutridos por la denuncia de prácticas médicas que violentan los derechos de las mujeres y les coartan su autonomía - en el embarazo, parto y puerperio. En esta disputa, los movimientos sociales (feministas y por la salud de las mujeres) y las organizaciones de la sociedad civil -que sitúan a las mujeres como protagonistas con agencia en sus propios embarazos, como ciudadanas con derechos y como participantes activas en su vida reproductiva-, son también agentes que emplean sus propias estrategias en las luchas al interior del campo obstétrico en México.

Como ya mencioné, uno de los intereses que mantienen al modelo tecnocrático en la lucha por su hegemonía, es el económico. Es así que su posición en el establecimiento de los estándares del control del embarazo y el parto es central en este sentido, y es apoyada por las grandes industrias de tecnología médica y farmacéutica, que a la vez se benefician y garantizan su mutua rentabilidad. Estas industrias participan como un agente más que sustenta la existencia del campo obstétrico. Indudablemente los avances en la ciencia médica

¹³ Dentro de cada modelo (de parteras y de parto humanizado) hay juegos de intereses internos, diferencias de enfoques de acuerdo con la población de mujeres que atienden según su clase social y/o etnia, pero su análisis excede los límites de esta tesis.

¹⁴ Sobre el parto humanizado cabe decir que la propuesta es que los mismos médicos del modelo hegemónico reconozcan las necesidades de las mujeres y respeten sus derechos, lo que implica un enfrentamiento con el alto índice de medicalización y los procedimientos rutinarios que fundamentalmente benefician al personal médico. Un parto humanizado (vaginal o vía cesárea) requiere además, y sobre todo, un trato digno, libre de estereotipos de género y prácticas misóginas y el respeto a la autonomía de las mujeres.

¹⁵ En el caso de las parteras, además de integrar el enfoque de respeto de derechos de las mujeres, también exigen que no se les cierren espacios para ejercer su práctica milenaria.

han beneficiado a las mujeres en este proceso, y su existencia en sí debería significar la ampliación de oportunidades para el ejercicio del derecho a decidir sobre su parto. Sin embargo, en la medida en que la tecnología se utiliza como medio de vigilancia y control, ese derecho entra en tensión.

Modelo tecnocrático (medicalizado) del parto

El sistema médico occidental se basa en la ciencia, en procedimientos efectuados por la tecnología, a través de grandes instituciones regidas por ideologías patriarcales, en un contexto económico impulsado por los beneficios que se puedan obtener (Davis-Floyd, 2001).

El modelo tecnocrático es parte de este sistema, la mayoría de sus prácticas son medicalizadas y se realizan por rutina con el uso constante de tecnología.¹⁶ Sin embargo, más que tener como fundamento una evidencia científica que avale su intervención, se llevan a cabo con base en ideologías culturales, y en particular en el campo obstétrico, bajo la prenoción¹⁷ del embarazo y el parto como patologías, y de que por tanto, están en riesgo permanente. Prácticas que además son sustentadas por el valor subordinado que tienen las mujeres socialmente, y por su representación como “pacientes”. En este sentido, la atención se centra en lo fisiológico, en el cuerpo biológico, y en ninguna o en mucha menor medida en otras esferas como sus emociones, sus percepciones subjetivas, sus identidades culturales, sus conocimientos, etc. (Sadler, 2003).

Las rutinas ritualistas tienen un doble efecto: en los médicos/as producen confianza y control sobre resultados inciertos como son los que se presentan en los nacimientos y “eficientizan” la mecánica institucional; y en las mujeres pueden causar afectaciones a su salud reproductiva y psicológica, y coartan su capacidad de agencia. Esto es posible en un

¹⁶ En 1985 la OMS publicó las *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el Nacimiento*, determinando las rutinas que perjudicaban la salud integral de las mujeres, como el monitoreo fetal (para medir la frecuencia cardíaca del feto), la oxitocina (para acelerar las contracciones uterinas), las episiotomías (incisiones quirúrgicas en la zona del perineo que acelera la salida del feto) y las cesáreas.

¹⁷ Las prenociones son “representaciones esquemáticas y sumarias que se forman por la práctica y para ella ... reciben su evidencia y autoridad de las funciones sociales que cumplen” (Durkheim, en Bourdieu, Chamboredon y Passeron 2008).

contexto de naturalización del poder médico sobre las mujeres y de aceptación del conocimiento autorizado.

A través de estos procedimientos, el curso natural del nacimiento se reconstruye como un proceso mecánico, vigilado y controlado por la *mirada médica*. Bajo esta óptica, es característico del modelo tecnocrático que el cuerpo es visto y tratado como una máquina; las mujeres como “pacientes-objeto”; la relación de las mujeres con los médicos es de alienación, en una conceptualización jerárquica de la organización del cuidado, donde el médico tiene la autoridad; por otra parte, hay una sobrevaloración de la ciencia y la tecnología que repercute en una intervención agresiva que busca resultados en corto tiempo, el objetivo es que el bebé nazca sano en el menor tiempo posible (Davis-Floyd, 2001). Es un modelo que resta protagonismo, autonomía y posibilidad de decisión a las mujeres en su parto.

En el siglo XIX, el cuerpo masculino se catalogó médicamente como el prototipo del cuerpo-máquina que funciona correctamente; y el femenino, como defectuoso, bajo la influencia de la naturaleza, amenazado por la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia, y por lo tanto, necesitado de una manipulación constante (Ehrenreich y English, 2005; López, 2007). Si bien la medicalización del proceso reproductivo también pretendía, y sigue siendo un objetivo, evitar la muerte materna, fetal y neonatal; el parto, visto como un proceso mecánico en el cuerpo femenino, llegó a ser considerado un proceso imperfecto y poco confiable. Bajo este precepto se formó el fundamento de la obstetricia moderna (Davis-Floyd, 2001).

Mecanizar el cuerpo conlleva a objetivizar a las pacientes y a homogeneizarlas. De esta manera, la atención es totalmente despersonalizada, no es necesario tomar en cuenta las características particulares de cada mujer. Esta forma de alienación también crea una barrera para lidiar con sus emociones, para no informarlas ni explicarles los procedimientos que se van a seguir, para ignorar su dolor, sus malestares y sus miedos. Entonces, pensar a las mujeres con derechos resulta contradictorio a la medicalización que requiere mirarlas como objetos. Marbella Camacaro (2009) considera que el acto médico usurpa el espacio corporal, sexual, psíquico y afectivo de las mujeres.

Siguiendo con las particularidades del modelo, el término “tecnocracia” expresa no sólo las dimensiones tecnológicas, sino también las jerárquicas, burocráticas y autocráticas de este

modelo culturalmente dominante (Davis-Floyd, 2001). El sistema médico es rígidamente jerárquico en términos del poder de los médicos como grupo, pero también en términos de la subordinación de las necesidades individuales a las prácticas y rutinas institucionales estandarizadas. Es así que la medicalización intensifica la dependencia de las mujeres con la ciencia y la tecnología.

Los diagnósticos que se presentan como más valiosos y confiables son los que provienen de las máquinas de alta tecnología, que se consideran esenciales para cuidar la salud del feto, desde los ultrasonidos en el embarazo temprano hasta el monitoreo fetal electrónico durante el parto. El papel del médico es interpretar los resultados obtenidos mecánicamente, que se consideran más objetivos y confiables que sus percepciones y las de las mujeres.

Medicalizar un proceso natural como el nacimiento, lo hace más predecible, más controlable y por tanto, más “seguro” para quienes lo asisten. Como ilustra Davis-Floyd (2001), si el parto se considera siempre caótico y peligroso, se busca “corregir” con tecnología, desarmándolo en segmentos identificables para poder controlar cada uno, y facilitarlo (con oxitocina, episiotomía, fórceps, cesárea, etc.).

Pensar que la reproducción conecta directamente a las mujeres con lo natural y lo biológico, nos remite al planteamiento de Sherry Ortner (1979), que explica la universalidad de la subordinación de las mujeres por su identificación (social) con la naturaleza, mientras que a los hombres se les ubica como más cercanos a la cultura, una cultura que desvaloriza y domina la naturaleza. La autora aclara que no es un problema de determinismo genético, sino de factores estructurales. Retomando esta reflexión, el control del cuerpo y del parto en el quirófano, puede llegar a ser también el control de las mujeres y de sus vidas. No pretendo plantear esta idea de manera tajante, pues la medicalización también salva vidas, de ahí la legitimidad que ha adquirido el conocimiento médico y su facilidad para actuar de manera autoritaria; y por ende, la complejidad de abordar el tema desde la necesaria perspectiva de los derechos humanos.

En esta estructura jerárquica, el título, la bata blanca y el lenguaje técnico, dotan de una autoridad al médico/a que, de manera automática, resta poder a las pacientes. Así, se tiende a generar una relación en la que los médicos no están dispuestos a discutir alternativas a su paradigma, y las mujeres abdican de sus preferencias a favor de las elecciones del médico/a,

disfrazadas en ocasiones de “conocimiento autorizado”.¹⁸ Aunque todas las partes del sistema embonan para que sea una relación de subordinación, como reconoce Morgan (1998), la vigilancia y el control pueden tener resquicios para la “desobediencia”, lo que puede ocasionar consecuencias negativas, sobre todo para las mujeres, o bien, resultar en algún grado de agencia.

Foucault (2012) investigó la institución médica para analizar la forma como los individuos experimentan su existencia, fue así que mostró cómo emergió el *discurso médico* como un componente institucional inscrito en el saber positivo de la ciencia, pero también como una herramienta que moldea la existencia humana en sí misma.

El discurso médico produce sujetos en el marco de un entramado de mecanismos de poder, de ahí que es fundamental develar el impacto de éste en la atención obstétrica. El *modelo tecnocrático del nacimiento* ha sido nutrido por un discurso *médico-reproductivo*, que engloba los supuestos científicos y las representaciones sociales en torno al cuerpo reproductivo, a la maternidad, y al embarazo y el parto como sucesos patológicos.

Discurso médico-reproductivo

En la segunda mitad del siglo XIX, en el marco de la profesionalización de la ginecología, a la par de un importante avance científico y académico, se construyeron un conjunto de conocimientos sobre el cuerpo femenino en México. Los médicos decimonónicos crearon una nueva realidad sobre la anatomía femenina y su funcionamiento. De esta manera, el discurso médico ayudó a naturalizar, en el nivel ideológico, la estratificación social y de género (López, 2010).

Olivia López (2010) hace referencia a obras médicas mexicanas que dan cuenta del conocimiento ginecológico del siglo XIX, como la *Guía clínica del arte de los partos*, publicada por primera vez en 1869, que puede ser entendida como el inicio de una distancia entre el conocimiento empírico-popular y el conocimiento científico-experimental; y de la construcción de la práctica médica como estructura jerárquica y como ejercicio autorizado. El autor de la Guía, Juan María Rodríguez, describía una serie de signos internos y externos

¹⁸ Algunas demostraciones son: la posición de litotomía que facilita las maniobras del médico y le permite estar en una posición simbólica de poder (arriba), o la programación de cesáreas sin justificación médica.

que hacían presumible el estado de embarazo y sus complicaciones. El dato fisiológico fue la prueba que sirvió para afirmar que “las funciones femeninas eran intrínsecamente patológicas” (Ehrenreich y English, 1990 en López, 2010). Ana Cristina Rosado (2018) menciona que documentos como los tratados de medicina de la época posrevolucionaria dilucidan el discurso médico de aquel entonces, del siglo anterior.

El *discurso médico-reproductivo*, que construyó esta nueva realidad en torno a la reproducción y al papel social de las mujeres, funciona como componente estructurado y estructurante de la medicalización, pero también como dispositivo de control y disciplinamiento de los cuerpos reproductivos. De aquí la importancia de dar cuenta de las representaciones sociales que forman parte de este discurso, que al final operan como códigos que condicionan la interacción de las mujeres con el personal médico dentro del campo obstétrico.

Las representaciones sociales son “... sistemas de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las relaciones sociales; que expresan la relación que los individuos y los grupos mantienen con el mundo y los otros; que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos que circulan en el espacio público; que están inscritas en el lenguaje y las prácticas; y que funcionan como un lenguaje en razón de su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar lo que compone el universo de la vida” (Jodelet, 2000: 10).

Las representaciones del cuerpo femenino, inscritas en el discurso médico, refieren un conocimiento biológico sobre el funcionamiento del cuerpo, basado en la ciencia; pero en otro sentido, consideran los contenidos sociales que posicionan a la mujer en una condición de sujeción (López, 2010). Es decir, que las representaciones son la conjunción del conocimiento científico y del conocimiento colectivo construido históricamente con base en estereotipos de género.

Desde la sociología feminista se ha analizado la construcción de ideas médicas sobre la feminidad y la biología de las mujeres, como producto del imaginario social de género, incluso con bases científicas que dan mayor fuerza a este imaginario, que se han mantenido como legítimas y han permeado a la atención obstétrica durante siglos. A su vez, estas ideas han contribuido a la estructuración del orden de género que mantiene a las mujeres en una posición social subordinada. A ese respecto, Ehrenreich y English (2005) documentaron cómo los médicos del siglo XIX justificaron con el rol social de las mujeres, las causas de

sus malestares, y postularon que la reproducción era central para su vida biológica. Así, argumentaron que los órganos sexuales competían con los demás por el suministro de energía para el cuerpo. Bajo esta lógica, indicaban a las mujeres embarazadas pasar acostadas y quietas la mayor parte del tiempo.

Por otra parte, los médicos decimonónicos argumentaron que el desarrollo reproductivo era antagónico al mental, que demasiado desarrollo del cerebro podría atrofiar el útero, donde se debía concentrar la energía. En este contexto, la idea de la histeria calificada como “enfermedad” proveniente del útero, limitaba a las mujeres a dedicarse a actividades intelectuales, justificaba su incapacidad para ello y las confinaba al espacio privado, como el idóneo para sus labores. La psicología femenina funcionaba meramente como una extensión de la reproducción y se hizo una rígida distinción entre reproducción y sexualidad. Se exaltaron los instintos maternos y la feminidad; y el deseo sexual se catalogó como patológico, como no femenino.

López (2010) señala que la profesionalización de la ginecobstetricia en México y las representaciones técnico-médicas del cuerpo femenino, son dos aspectos de un mismo proceso sociocultural. A los conocimientos empíricos de la partería tradicional, los médicos mexicanos incorporaron nuevos conocimientos con influencia de la medicina europea y estadounidense. Los aportes extranjeros también estaban cargados de un imaginario sobre el cuerpo de la mujer como inferior al masculino, como lo sin razón, lo pasivo, lo enfermo, cuyos procesos fisiológicos la convertían en un ser vulnerable (física y moralmente), avalado supuestamente por la ciencia objetiva, que contribuyó a reforzar las representaciones del cuerpo reproductivo que se construía en México. Estas ideas han permeado la atención médica hasta la actualidad.

A partir de justificar como naturaleza biológica lo que no es más que una construcción social naturalizada, el discurso médico legitimó la primacía masculina y reforzó las ideas acerca de la inferioridad de las mujeres, cuya biología era vulnerable ante los cambios emocionales y fisiológicos. Bajo estos preceptos resurgió la ginecobstetricia como una rama de la medicina, “dedicada a construir un saber acerca de la patología y fisiología femeninas relativas a su anatomía genital y la fisiología del embarazo, el parto y el puerperio, que tiene implicaciones en la regulación y vigilancia del ejercicio de la sexualidad femenina” (López, 2010: 2).

Es decir, la conceptualización de la inferioridad femenina basada en supuestos esencialistas y biologicistas, condujo a construir una imagen de la mujer como “eterna enferma”, amenazada por la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia. Tratar el embarazo y el parto como patologías lleva a suponer que están en constante riesgo y que deben ser monitoreados y medidos de inicio a fin. Al respecto, Herrera (2010) menciona que la mujer no sólo es sospechosa en tanto que “enferma” sino ante todo en tanto que mujer, es decir, a partir del discurso médico “las mujeres no sólo están excluidas temporalmente de la razonabilidad, mientras dura su condición de enfermas, sino de manera permanente, por ser mujeres” (2010: 78).

El incremento de las tecnologías reproductivas facilita la vigilancia de los cuerpos, pues ahora los riesgos obstétricos pueden ser medidos. Desde una perspectiva foucaultiana, el riesgo es construido mediante una serie de discursos, estrategias, prácticas e instituciones (Fordyce y Maraesa, 2012), lo que produce un efecto colateral que repercute en la vida de las mujeres: la existencia de medidas preventivas enlaza las nociones del riesgo a sus elecciones individuales, sus responsabilidades y sus culpas, al ser las depositarias de imperativos morales relacionados con su bienestar y el del feto. La desobediencia está asociada con ser “malas madres”.

Fordyce y Maraesa (2012) hacen una recopilación de estudios en los que mujeres de diferentes lugares del mundo reciben acusaciones por sus conductas durante el embarazo y el parto, y se les culpa si hay complicaciones perinatales, o incluso muerte materna, fetal o neonatal. Por otra parte, las autoras analizan cómo las estrategias del riesgo institucionalizado son incorporadas por las mujeres en sus cuerpos, y señalan que la reproducción ha sido un importante objeto de estudio dentro de la biopolítica, particularmente cómo en la atención al embarazo hay un aumento de las prescripciones para el manejo del riesgo y de tecnologías relacionadas con éste.

En el contexto mexicano actual, Smith-Oka (2012) ha estudiado cómo el Estado mexicano ha promovido la idea de mujer moderna, en el sentido de que si salen de la norma de la reproducción, son señaladas como que están involucradas en prácticas de riesgo y en contra de la modernidad. La autora explora que los esfuerzos del gobierno para producir y reproducir “buenas maternidades” están dirigidos a los compromisos de las mujeres con el cuidado reproductivo biomédico. Por su parte, Murray y Alonso (2018), a partir de un

estudio en Chiapas, dan cuenta de que las mujeres embarazadas son definidas en términos médicos como objetos de medición y riesgo; definición que además es afectada por los prejuicios relativos a la raza, la etnia, la clase y el sexo.

Discurso médico del riesgo

Que el embarazo y el parto sean medicalizados implica que se realicen procedimientos rutinarios para lograr cierta “calidad” esperada. Para ello se hace uso constante de tecnologías reproductivas, lo que facilita la vigilancia de los cuerpos, pues ahora los riesgos obstétricos pueden ser medidos, además de que legitiman el conocimiento y la autoridad de los médicos/as. Los diagnósticos que provienen de las máquinas de alta tecnología se consideran más valiosos y confiables.

Como refieren Murguía, Ordorika y Lendo (2016), un aspecto novedoso de los cambios que ha experimentado la medicalización a partir de la segunda mitad del siglo XX, es que amplía su centro de atención y su influencia, ya no sólo en la enfermedad, sino ahora a la salud y a la prevención. En el campo obstétrico, lo anterior se observa en que, aunado a la intervención injustificada de los cuerpos (como puede ser mediante cesáreas innecesarias, episiotomías, maniobra de Kristeller¹⁹, tactos vaginales excesivos), considerada una forma de maltrato a las mujeres; para controlar el riesgo, o el posible riesgo, este modelo de atención apela a medidas preventivas de las que hace responsables a las mujeres, de su bienestar y el del feto. Es decir, se les exige una “buena conducta”, basada en normas sociales y sobre la reproducción, para tener un “embarazo saludable”, muchas veces mediante un discurso del riesgo atemorizante, derivado del discurso médico (Smith-Oka, 2012).

La responsabilidad adjudicada a las mujeres en el campo médico va mano a mano con su cooperación y obediencia. De no acatar las indicaciones, se convierten en culpables, irresponsables, malas pacientes, y “malas madres”. Las normas sobre un embarazo responsable y sobre la maternidad empiezan a ser vigiladas desde antes y durante el embarazo, porque ante la mirada médica y social, ya se están transformando en madres. No

¹⁹ Consiste en ejercer presión sobre el abdomen de la mujer con el supuesto fin de favorecer la salida del feto; sin embargo, la falta de evidencia científica sobre su uso y que no se puede establecer su efectividad, ha llevado a que autoridades como la OMS recomienden que, dado que no es una maniobra efectiva y que conlleva riesgos para la salud de la madre y su hijo/a, no se realice.

sucede únicamente en el consultorio, la cultura de la medicalización ha llevado esta vigilancia a la calle, a todos los lugares públicos y privados. En su investigación, Márquez (2019) encontró un despliegue de prácticas de salud de las mujeres en sus encuentros y diálogos con profesionales de la salud pero también con familiares o con personas que estaban viviendo la misma situación.

También se les considera irresponsables cuando están fuera de las formas “apropiadas” para la reproducción, basadas muchas veces en aspectos más sociales y culturales, que médicos, como la edad, el estado conyugal, o la orientación sexual. En este sentido, el embarazo de mujeres muy jóvenes o “añosas”, solteras y/o lesbianas, es considerado peligroso y, por tanto, de riesgo.

En México y en particular en la Ciudad de México, la medicalización, a través del discurso del riesgo, ha alcanzado un punto de éxito al lograr que las mujeres y la sociedad en general, acepten, internalicen y demanden el uso de prácticas médicas y de la asistencia tecnológica, que puede repercutir en la afectación de su autonomía y sus derechos, en que no se cumplan las expectativas sobre sus partos. Reconozco que hay casos en los que las mujeres pueden elegir tener una cesárea o hacer uso de la tecnología médica, y que ahí puede estar el ejercicio de la autonomía, en las decisiones para lo que ellas consideran valioso; y que la medicalización no siempre es un proceso de abuso, ésta no es un problema *per se*, sino su práctica en el contexto de un ámbito médico patriarcal, clasista, racista, jerárquico y autoritario.

También está el escenario donde las mujeres pueden abdicar de sus necesidades a favor de las elecciones del médico/a, o tomar decisiones con base en lo que el discurso médico ha definido como más confiable, quizá sin tener toda la información, influenciadas por diagnósticos engañosos, por el miedo al dolor infundido, por la sugerencia de prácticas de prevención para posibles complicaciones, o por argumentos obsoletos como el de la pelvis estrecha²⁰ o el tamaño del cráneo del feto²¹, para justificar la realización de cesáreas.

²⁰ Juan María Rodríguez, autor de la *Guía clínica del arte de los partos*, presentó en 1885 estudios de pelvimetría agrupando medidas de mujeres europeas y mexicanas, sin considerar la variación ósea de las mexicanas, cuyas pelvis que eran comparadas con las medidas de las anglosajonas, por lo que no cumplían con la norma estipulada por la medicina europea y fueron consideradas por los médicos mexicanos como “anormales, contrahechas o abarrotadas” (López, 2010: 193).

²¹ Juan María Rodríguez advertía en 1885 que las dimensiones del cráneo de los fetos mexicanos servían para intervenir en el momento del parto y salvar la vida de la madre y el producto; para ello equiparó las dimensiones

Actualmente hay estudios que demuestran que estas y otras justificaciones, planteadas como riesgos, ya no tienen validez, con explicaciones basadas en la comprobación de que la pelvis es un conjunto de huesos unidos por articulaciones que tienen movilidad, no como se consideraba antaño como un canal rígido; así como que la cabeza del bebé es flexible y se va modelando por la pelvis conforme va bajando. No obstante, aunque se ha demostrado que estas condiciones no son determinantes para valorar si el parto puede ser vaginal o no, hay obstetras que siguen utilizando estos recursos del siglo XIX para indicar cesáreas en las mujeres, señalando que lo más importante es el bienestar del bebé, lo que además conlleva un matiz moral hacia la “buena” maternidad, la responsabilidad y la culpa. Estoy consciente de la complejidad que se presenta al buscar equilibrar la importancia del bienestar del bebé con el de la madre, sin embargo, precisamente la carga de las obligaciones de la “buena madre” induce a que en numerosas ocasiones se les ponga en segundo lugar.

2.2. Contexto social, económico, político y simbólico en el campo de la reproducción

El conocimiento médico autorizado se queda en un nivel de conceptualización abstracto hasta que se concreta en y a través de la práctica por agentes específicos, en contextos sociales, políticos, económicos y simbólicos específicos, lo que en el modelo de Morgan (1998) sucede en formas complejas de institucionalización a nivel macro.

La dirección que toma este conocimiento, con sus discursos reconocidos, está determinada por las prioridades en salud e investigación, así como por los intereses profesionales y económicos que están en juego para dar vida y preservar el estatus de la conceptualización médica dominante.

La medicina se fue convirtiendo en una profesión con prestigio, en un periodo en el que el capitalismo daba lugar a la formación de la clase media burguesa, y se dieron las condiciones sociales, intelectuales e ideológicas para la profesionalización de varios oficios, como un efecto de la modernización (López, 2010), con una lógica de mercado con los sujetos como consumidores, que transforma la relación médico-paciente en el marco de un orden económico concreto.

medias de los diámetros, longitud y peso de los fetos mexicanos y de los alemanes, ingleses y franceses (López, 2010); claro está, sin considerar la variación producida por diferencias socioculturales.

En el contexto de la macro-institucionalización en México, los actores que han definido la atención medicalizada de la reproducción y entre quienes se han construido los planes y programas en salud reproductiva son: el Estado, los organismos internacionales de derechos humanos, las organizaciones feministas y de mujeres, (Berrio, 2013), y yo agregaría al complejo médico-hospitalario, las farmacéuticas y los desarrolladores de tecnologías.

Estos agentes interactúan con base en sus propios intereses, por ello se pueden advertir momentos de pugnas y momentos de alianzas entre ellos. Por ejemplo, los organismos internacionales que luchan por los derechos humanos de las mujeres han cuestionado al complejo médico-hospitalario, donde se instrumenta la medicalización que puede llegar a afectar dichos derechos. No obstante, estos organismos que recuperan lo que las organizaciones feministas y de mujeres han demandado en materia de salud reproductiva, han dejado de considerar las propuestas del activismo para dialogar sólo con los agentes que apoyan la medicalización y los derechos reproductivos pierden visibilidad, como lo muestra Wendy Harcourt (2011).

En términos de Foucault (1976), el hospital se convierte en una maquinaria de observación, de control y de encauzamiento de la conducta de los cuerpos enfermos. El hospital es la espacialización institucional de la enfermedad, donde se pretende crear cuerpos dóciles, es decir, cuerpos analizables pero a la vez manipulables.

Giovanni Berlinguer (1996, en Camacaro, 2009) señala que una de las primeras críticas a la medicalización giró hacia el parto en el hospital, al usurparlo de los hogares, se deja a la mujer sola para sufrir la manipulación de técnicas ajenas, además de que se le constriñe su participación como sujeto activo en la experiencia del parto. Por otra parte, señala que el hospital transforma los tiempos de la vida humana, ahora se dictan horarios y nuevas modalidades para el primer vínculo de la madre con su hijo/a.

La medicalización del cuerpo femenino visibiliza al mismo como objeto de tecnologías. La etapa reproductiva de las mujeres concentra la mayor cantidad de acciones y tecnología en los servicios de salud (Colanzi, 2014). Es así que la interacción institucional materializa los discursos de la reproducción, de la prevención y del riesgo, dirigidos a los cuerpos patologizados.

Foucault (1976) también analiza la arquitectura de los hospitales, que funciona, mediante reglamentos, para permitir un control interior, como un panóptico para hacer visibles a

quienes se encuentran adentro, para operar en la transformación de los individuos, ajustar sus cuidados, impedir contagios, conducir hasta ellos los efectos del poder de la acción médica.

La vigilancia jerarquizada en los hospitales funciona con el ejercicio de un poder disciplinario múltiple, es decir, por una parte, el funcionamiento de la vigilancia es el de un sistema de relaciones de arriba hacia abajo, pero también de abajo hacia arriba, y lateralmente. En este sistema las personas vigilantes son constantemente vigiladas.

Davis-Floyd (1993) ve la atención hospitalaria como una propagación ritual del modelo tecnocrático de nacimiento. Una vez que el trabajo de parto ha comenzado, se lleva a cabo un conjunto de procedimientos estandarizados, con el fin de moldear el proceso de conformidad con las normas tecnológicas. Cabe señalar que estas nuevas tecnologías generalmente son introducidas por sus comercializadores, quienes tienden a describirlas únicamente en términos de su mejor uso y minimizan cualquier efecto perjudicial.

Morgan (1998) agrega que a menudo los sujetos demandan el acceso a la medicalización. Por ejemplo, el derecho de las mujeres a decidir qué tipo de parto quieren tener, está condicionado por el acceso a una red de *instituciones*: clínicas, hospitales, laboratorios; que involucra grupos de *especialistas* como: ginecobstetras, enfermeras/os, neonatólogos/as, anesthesiólogos/as, ultrasonidistas; que a su vez, su práctica está sujeta a la oferta de la *industria tecnológica* de la reproducción (monitoreo del embarazo, pruebas genéticas, medicamentos, analgésicos, anestesia); y a la producción de las *industrias de la mercadotecnia y los medios* en torno al embarazo y el parto. Las narrativas de las mujeres de la investigación de Márquez (2019) muestran el funcionamiento de este sistema como “paquete”, en el que optar por un servicio conlleva otro, por ejemplo, elegir cierto hospital porque incluye el curso psicoprofiláctico.

2.3. Encuentros entre médicos/as - enfermeras y mujeres usuarias

Otra característica del éxito de la medicalización, es que los miembros de la cultura medicalizada industrializada reconozcan a los médicos como los poseedores del conocimiento autorizado (Morgan, 1998). Esta aceptación posibilita las interacciones entre médicos/as y pacientes, de modo que funcionen como sitios poderosos donde la micro-institucionalización de la medicalización puede tomar lugar.

En dichos encuentros se establecen dinámicas y negociaciones particulares que ponen en juego los intereses y las necesidades de cada quién, sin embargo se trata de relaciones de poder mediadas por el discurso médico dominante, la mirada médica, la vigilancia médica, que ponen en entredicho el ejercicio de los derechos de las mujeres.

La mirada médica: vigilancia y control

Ya sea a nivel macro, o en las interacciones a nivel micro, la medicalización efectiva supone a los médicos/as viendo al “otro” a través de una profesional, objetivante y clínica *mirada médica*, una percepción mediante la que el otro se vuelve un “paciente vulnerable”, simultáneamente con el mutuo reconocimiento del médico como el experto (Morgan, 1998).

Para Foucault, el soporte de la *mirada médica* “no es la percepción del enfermo en su singularidad, es una conciencia colectiva encabestrada con todas las informaciones que en ella se cruzan...” (2012: 55). Esta mirada da un nuevo enfoque a las intervenciones que se hacen sobre la enfermedad, que percibe síntomas y que hace interpretaciones sobre los cuerpos desde un discurso científico estructurado que facilita el ejercicio del poder.

Deborah Findlay (1992) aplica el concepto de *mirada médica* de Foucault en los cuerpos embarazados de las mujeres, para señalar que son vistos como contenedores fetales. La autora analiza el paradigma biomédico y coincide con que el poder y el conocimiento están ligados también en especialidades como la ginecología y la obstetricia, en cuya práctica se implementan mecanismos de control social de las mujeres. Al ser consideradas “pacientes”, se les mira con una condición patológica que requiere ser vigilada e intervenida mediante una especialidad médica.

Morgan (1998) refiere estudios que han mostrado que a menudo, los pacientes que comparten afinidad económica y sociocultural con sus médicos, y que reportan mayor nivel de confianza en ellos, son más motivados a participar en formas de vigilancia médica.

La vigilancia médica durante el embarazo no se hace únicamente en el consultorio. La cultura de la medicalización la ha llevado a la calle, los restaurantes, lugares públicos y privados, a través de normas sobre “el embarazo responsable”, que se utilizan para evaluar la conducta de las mujeres y de la promoción de la salud durante el embarazo por agentes del gobierno, medios de comunicación. Esta cultura ha llevado a la sociedad a considerar importante asistir al control prenatal como un recurso preventivo, aunque no tengan

complicaciones. Lupton precisa que “las mujeres embarazadas se han convertido en un objetivo primordial para las estrategias gubernamentales neoliberales dirigidas no sólo al “cuidado del yo”, sino más importante, al “cuidado del (feto) otro”: el valioso hijo potencial” (2012b: 335-336)²².

Así, la vigilancia del embarazo se ejecuta también mediante la tecnología, con el monitoreo del feto durante aproximadamente cuarenta semanas. Los diagnósticos prenatales se han normalizado al grado de que las mujeres asumen que es su responsabilidad realizarlos a fin de asegurar un embarazo saludable. Las y los médicos vigilan en nombre del embarazo responsable “tecnológicamente-asistido” (Morgan, 1998).

Morgan (1998) también califica las interacciones médico/a – paciente como altamente políticas. El poder institucionalizado del médico para diagnosticar, para disciplinar, para llevar a cabo la vigilancia, para esperar el cumplimiento de sus “órdenes”, es primordial para ejercer el conocimiento autorizado construido en estas relaciones jerárquicas. Márquez (2019) identificó claramente el poder de los discursos expertos en la toma de decisiones de las mujeres, en ocasiones en una relación de tensión cuando no son claros, son contradictorios y no respetan las diferencias.

Para Camacaro (2009), “el tacto realizado por médicos/as y estudiantes constituye un evento significativo en la interacción mujer-autoridad médica. A través del tacto técnico, el poder del saber médico dirige y controla el trabajo del parto, calificado como trabajo en la axiología obstétrica... “Señora está lista”, “te faltan tantos centímetros”, “espera hasta que te diga que pujes”” (2009: 149).

En estas relaciones de poder, las enfermeras²³ juegan un papel central en la atención a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto o cesárea, pues son quienes desde su posición subordinada (de género y profesional), instrumentalizan la vigilancia y el control médico.

²² Lupton (2012b) ejemplifica la reproducción de estos discursos en los medios de comunicación, con el sitio web *Healthdirect* de Australia, donde se aconseja a las mujeres embarazadas, entre muchas otras cosas, que “el alcohol puede afectar a su hijo nonato de por vida”, “es importante tener chequeos regulares con una partera o un médico” y “es muy importante tener suficiente ácido fólico en su cuerpo en las primeras semanas de embarazo”.

²³ Al ser la enfermería una profesión feminizada por su labor de cuidado asociada culturalmente a las mujeres, la gran mayoría en México son mujeres, por ello me refiero a “enfermeras” sin negar la presencia de enfermeros que actualmente participan en la atención de partos y cesáreas. Cifras de 2018 muestran que había 86% de enfermeras y 14% de enfermeros en nuestro país. (http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/estado_enfermeria_mexico2018.pdf)

A partir de la profesionalización de la medicina y de la enfermería, la curación se convirtió en área exclusiva del médico, y el cuidado fue relegado a la enfermera, sin poder ni créditos. Se entendían como funciones complementarias, el cuidado como femenino y la práctica médica como masculina. Si la enfermera era la mujer idealizada, el médico era el hombre idealizado, que combinaba intelecto y acción (Ehrenreich y English, 2010).

Ana María Carrillo menciona que la formación de las primeras enfermeras mexicanas incluía, tanto en el aprendizaje como en la práctica, “la importancia de seguir cuidadosamente las prescripciones del médico y sus órdenes, recordándoles siempre que la enfermera no era ni podía ser médico, y en los expedientes de las alumnas se valoraba el que éstas fueran sumisas” (1998: 160-161). Las investigaciones de Castro y Erviti en salas de labor y parto de algunas ciudades de México demuestran cómo las enfermeras reproducen el poder de los médicos, pero desde una posición subordinada (Castro y Erviti, 2015; Castro, 2010).

Finalmente, cabe decir que la interacción en el marco de la vigilancia y el control médicos produce prácticas obstétricas violentas que afectan los derechos de las mujeres, que han sido denominadas bajo el concepto de *violencia obstétrica*.

Sintetizando los primeros tres elementos, el proceso de medicalización implica la creación y la transmisión de conocimiento médico autorizado a través de la mediación de macroestructuras y prácticas dentro de las cuales las relaciones médico-paciente micro-institucionalizadoras se constituyen a través de encuentros personales y se crea una cultura médica del embarazo y el parto. Aquí es donde el cuarto elemento toma importancia. Morgan (1998) señala que cuando se establece una aceptación activa de este proceso de medicalización por parte de los miembros de una cultura en sus mundos de vida ordinarios, la medicalización funciona como una forma política de ordenación y control social. Una finalidad de este proyecto es mostrar cómo opera dicha aceptación en la cultura de la vida cotidiana.

Los regímenes reproductivos

La reproducción como institución social actúa a través de *regímenes reproductivos* que, de acuerdo con Ettore y Kingdom (2012), son sistemas y procesos estructurados alrededor de la regulación de cuerpos reproductivos, embarazados o no.

Las autoras reconocen en la reproducción una intersección entre las dimensiones biológica y social del género y la salud, por tanto, los regímenes reproductivos implican procesos de género que funcionan para controlar a las mujeres durante el embarazo y el parto.

La reproducción está organizada socialmente alrededor de un conjunto de valores, normas, actividades y relaciones sociales que simbolizan nociones de capacidad física, supervivencia, progreso y potencial individual. El cuerpo embarazado es el símbolo de la reproducción como institución social (y régimen regulatorio), y las mujeres son consideradas contenedores reproductivos –bajo una noción de pasividad implícita– que deben vigilarse desde la biomedicina.

El cuerpo embarazado es construido como un sujeto dócil, entregado al escrutinio médico invasivo; y a la vez como un agente activo, responsable de optimizar la salud del feto. Sin embargo, en la práctica, la autonomía de las mujeres está limitada por la prioridad del bienestar de su bebé. Es decir, la “correcta elección” está atravesada por los discursos morales de la medicina que priorizan al feto y por ideas de género respecto a lo femenino, incluyendo los discursos del ser “buena madre”.

3. Derechos de las mujeres en el marco de la medicalización

Los derechos reproductivos continúan siendo un concepto que lucha por su validación en los ámbitos legal, institucional y social. Estos derechos han enarbolado distintas causas sobre el control de la natalidad, el aborto, el embarazo y el parto, la inseminación asistida, entre otras. Basta recordar el slogan “mi cuerpo es mío” que surgió durante la segunda ola del feminismo, presente en las luchas por la legalización del aborto y en la denuncia de la violencia contra las mujeres. Y la consigna “nuestros cuerpos, nuestras vidas”, del Colectivo de Boston en los años setenta, clave para denunciar la falta de control de las mujeres sobre sus cuerpos y los abusos médicos al respecto.

Los movimientos feministas han pugnado porque las experiencias de las mujeres salgan de la esfera de lo personal para convertirse en enunciados políticos de derecho. Y desde la academia, diversas posturas feministas han argumentado que no basta el reconocimiento jurídico de los derechos para su ejercicio, sino que es necesario: que se reconozca a las mujeres como sujetos de derecho (Amuchástegui y Rivas, 2004); que se consideren las condiciones estructurales que restringen sus decisiones reproductivas (Correa y Petchesky, 2001); y que las mismas mujeres se autoricen disponer de sus cuerpos y exijan las condiciones que favorezcan el ejercicio de sus decisiones (Tamayo, 2001; Amuchástegui y Rivas, 2004).

3.1. Posibilidad de apropiación, ejercicio y defensa de los derechos

a) Reconocimiento de las mujeres como sujetos de derecho

Rebeca Cook (en Tamayo, 2001) señala que el discurso de la salud pública no privilegia el respeto, la protección y la realización de los derechos humanos, sino que tiene una visión global en aras de procurar la salud de la población. En este sentido, cuando no se reconoce a las mujeres como ciudadanas, sino como pacientes, o como cuerpos a reparar, las prácticas médicas pueden ser violatorias de derechos.

Por ello, no basta la definición en las normas jurídicas de “sujetos de la ley”, en la que formalmente están incluidas las mujeres, si no se convierten en tales en la realidad; es decir, si no se construye ciudadanía en las prácticas sociales, en las instituciones y en las representaciones culturales (Jelin, 1996 en Amuchástegui y Rivas, 2004).

b) Posibilidad de ejercicio de los derechos vinculada a las condiciones estructurales

Ahora bien, la puesta en práctica de derechos, incluso con la aceptación colectiva de las mujeres como ciudadanas y el propio autoreconocimiento de ellas como tales, puede estar obstaculizada por condiciones estructurales de género, etnia, condición socioeconómica y otras. En este sentido, Correa y Petchesky (2001) recogen las críticas que se han hecho al discurso de los derechos: su lenguaje indeterminado, su sesgo individualista, su suposición de universalidad y su dicotomización de las esferas pública y privada. Argumentan que entender los derechos sexuales y reproductivos como libertades o elecciones privadas, es un

planteamiento escurridizo, pues se ignoran las condiciones estructurales que restringen las decisiones reproductivas.

Las autoras se refieren a estas condiciones como los derechos sociales que incluyen bienestar social, seguridad personal y libertad política. Aclaran que mientras no se aseguren las condiciones de posibilidad a través de los cuales los derechos puedan ejercerse, éstos no tienen sentido por ejemplo, para las personas más marginadas.

Retomando el planteamiento de Nora Jacobson (2009) sobre las condiciones que favorecen los procesos de violación a la dignidad,²⁴ es posible considerar estos componentes en el análisis de la violación de derechos durante la atención obstétrica: la posición que ocupan los actores involucrados; las relaciones asimétricas; el ámbito de la atención de la salud, que se caracteriza por múltiples tensiones -incluidas las necesidades y los recursos, la crisis y la rutina, la experiencia y la pericia, y la retórica y la realidad-; y la inserción de la atención de la salud en un orden social marcado por la desigualdad.

La relación asimétrica entre las y los profesionales de la salud y las mujeres se fundamenta en el poder, en el sistema jerárquico de las instituciones de salud, donde el conocimiento, el lenguaje, las perspectivas y las prioridades de los primeros tienen más valor que los de las mujeres usuarias. Para Jacobson (2009), la violación a la dignidad en la atención a la salud es un problema del plano institucional y estructural, que moldea la atención que brinda el personal médico. Desde este punto de vista, que es un eje transversal en la presente investigación, la violación de derechos de las mujeres no puede entenderse y atenderse como un problema intra e interpersonal.

c) Proceso subjetivo de la apropiación de derechos

Giulia Tamayo (2001) establece que para que los derechos humanos sirvan como instrumento para empoderar, los sujetos deben defenderlos y hacerlos valer mediante sus

²⁴ La importancia de la *dignidad humana*, desde un entendimiento jurídico, radica en que funge como un principio, pero también como un derecho fundamental base para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad. Es así que se establece el mandato constitucional de respetar y proteger la dignidad de toda persona, y ser tratada como tal y no como un objeto, ni ser humillada, degradada, envilecida o cosificada (Tesis 1ª./J. 37/2016 (10ª.) de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Consultada el 02/05/18: <http://sjf.scjn.gob.mx/SJFSist/paginas/DetalleGeneralV2.aspx?Clase=DetalleTesisBL&ID=2012363&Semana rio=0>)

prácticas sociales y políticas. En el mismo sentido, Amuchástegui y Rivas (2004) desarrollan la idea de que la posibilidad del ejercicio de los derechos reproductivos depende del proceso subjetivo mediante el cual las mujeres se otorgan a sí mismas la autorización para disponer de sus cuerpos y exigir condiciones sociales, económicas e institucionales que favorezcan el ejercicio de tales decisiones.

No obstante, Tamayo (2001) pone el acento en que ahí donde las relaciones de poder establecen privilegios, se priva a ciertos cuerpos de la posibilidad de una vida digna.

En las aspiraciones, los deseos y las expectativas de las mujeres sobre su parto, interviene la manera en que cada una se hace cargo de su cuerpo, pero este proceso está vinculado con las condiciones sociales y culturales que incluyen el ordenamiento de género.

En este sentido, Amuchástegui y Rivas (2004) reconocen dos ejes a considerar: la perspectiva de género, planteada por Scott (1996), que advierte la presencia de un sistema simbólico que significa de manera inequitativa los universos femenino y masculino y que se imbrica con todas las esferas de la existencia humana. Y la subjetividad, planteada por Butler (2002), la comprensión de que el género se gesta en los encuentros relacionales e intersubjetivos que se dramatizan corporalmente como repeticiones cotidianas de las normas, aunque a pesar del dominio de la repetición coactiva se abre una brecha para los actos subversivos.

Las y los profesionales de la salud, al actuar como agentes morales, además de como técnicos, influyen en promover o no que las mujeres se sientan seguras de tomar el control de sus cuerpos. En la relación de poder, el “conocimiento autorizado”, acompañado de la dimensión de la desigualdad de género, cobran un papel fundamental en la incidencia para la toma de decisiones.

A fin de articular los elementos anteriores -el reconocimiento de la ciudadanía de las mujeres, el aseguramiento de las condiciones de posibilidad para el ejercicio de derechos y la promoción de que las propias mujeres se autoricen disponer de sus cuerpos- se han hecho aportes para mirar los derechos reproductivos, más como procesos sociales y políticos, que como meros preceptos legales rígidos.

3.2. Autonomía y agencia

Para que las mujeres puedan ejercer sus derechos durante la atención médica en el embarazo y el parto, se plantea que es necesario el respeto de su autonomía, pero ¿qué significa esto en el contexto de la medicina?, y ¿qué posibilidades hay de que ocurra en el marco de la medicalización de los procesos reproductivos?

A fin de acercarme a la comprensión de este fenómeno, tomo las aportaciones feministas sobre el concepto de autonomía, que imprimen la perspectiva de género al utilizarlo para investigar aspectos relacionados con las experiencias de las mujeres en su interacción con otros agentes, en particular la idea de *autonomía relacional*.

El concepto de autonomía, que surge durante la Ilustración, indica que el ser humano occidental y civilizado, que luego será el ciudadano tras la Revolución francesa, ha llegado a la mayoría de edad y que es capaz de tomar decisiones. Sobra decir que las mujeres estaban fuera de ambas categorías. Aunque actualmente tanto varones como mujeres jurídicamente tienen garantizada su condición de ciudadanos/as, y en ámbitos como el de la salud tienen el derecho a recibir la información necesaria para poder tomar una decisión libre y razonada respecto a los procedimientos médicos que se vayan a llevar a cabo, ¿qué tanto estos derechos se hacen efectivos?

Ante estos planteamientos, Carolina Consejo (2017) retoma dos dificultades del principio de autonomía²⁵. La primera, que la autonomía es concebida como una condición ideal, que se basa en el completo autocontrol del individuo; mas, las personas pueden presentar dificultades para controlar actos y deseos. Y la segunda, que la capacidad de razonamiento del individuo puede estar limitada o ausente, o que puede contar con poca información o no entenderla.

Tras una revisión de distintos aportes feministas al concepto de *autonomía*, Alethia Fernández la define como “un proceso cíclico que se desarrolla a lo largo de las trayectorias de vida de las mujeres, y que posibilita en un momento determinado el control sobre sus propias vidas a partir del acceso y uso de recursos materiales, sociales y simbólicos, libertad de movimiento y cambios en las relaciones de poder hacia una mayor equidad, lo cual les permite tomar decisiones sobre aspectos de su vida considerados valiosos” (2018: 43).

²⁵ De Jacob Dahl Rendtorff y Peter Kemp en la obra *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw* (2000).

Con base en ello, retomo tres aspectos de las perspectivas del estudio de la *autonomía* que se han trabajado:

a) *Su aspecto social*, desde la antropología, la sociología y los estudios de género

En el ámbito sociológico, el concepto de *autonomía* se ha referido a la capacidad de las personas para tomar decisiones. Desde una mirada de género e interseccional, es preciso tomar en cuenta las formas en que las desigualdades de género crean condiciones para facilitar o limitar la capacidad de las mujeres para participar en las decisiones sobre su parto. Es decir, el ejercicio de toma de decisiones a nivel individual se define con base en la interacción con las instituciones -médica y de la reproducción- (a nivel macro); y en la interacción con el personal médico (a nivel micro). Y por otra parte, la autonomía también está condicionada por la relación de poder (de género y profesional) que supone la interacción médico/a – paciente.

Estudiar la autonomía desde su dimensión social, permite analizar su interacción con la estructura social y con las trayectorias de vida de las personas. Es decir, se parte de que el ejercicio de autonomía no se desarrolla de forma aislada e independiente, sino que es parte de un orden social que conlleva una socialización y la construcción de una identidad (Fernández, 2018). En este caso, interesa analizar la conformación de la identidad de *mujer embarazada*, en el marco del género como organizador social, presente en la intersubjetividad de las mujeres, en las normas de género y sobre la maternidad, en los discursos médicos; y en este escenario, las posibilidades y límites a su autonomía.

La noción kantiana de autonomía basada en la voluntad racional debe ser incorporada desde una perspectiva feminista, que considere las complejas dimensiones del sistema de género que influyen en la socialización y las relaciones de poder en las que pueden estar inmersas las mujeres.

b) *Su carácter cíclico y relacional*

La autonomía se contempla no como un proceso lineal, sino como un proceso que se expande y se contrae a lo largo de la vida de las personas, que posibilita el control sobre ciertos aspectos de su vida y la toma de decisiones en momentos y espacios determinados. Lo que implica que en otros aspectos no se tenga el mismo nivel de autonomía, como podría ser en la sala de partos.

Para este trabajo son muy pertinentes las aportaciones feministas que reconocen una autonomía relativa a pesar del orden social desigual y de las relaciones sociales cruzadas por el género, la raza, la clase, la etnia. Esta aproximación, denominada *autonomía relacional*, busca “analizar las implicaciones de las dimensiones intersubjetiva y social de la identidad en las concepciones de la autonomía individual y la agencia política y moral” (Mackenzie y Stoljar, 2000: 4, en Fernández, 2018).

Por su parte, Diana Meyers (2000, en Fernández, 2018), considera que a pesar de las estructuras de dominación y subordinación, hay personas que logran ser autónomas en ciertos aspectos de su vida. Por ello es importante analizar las mediaciones entre la interacción de mujeres con el personal médico y las estructuras, a fin de comprender las condiciones de posibilidad de las mujeres para ejercer su autonomía y sus derechos.

El concepto de *autonomía relacional* es central porque permite considerar que las mujeres, situadas en contextos específicos, tienen interacciones constantes en su vida cotidiana que condicionan sus decisiones.

Esta vertiente no niega las formas como el género y las relaciones de poder obstruyen los procesos de autonomía. Alethia Fernández (2018) rescata tres niveles. El primero tiene que ver con la formación de creencias, deseos, preferencias y emociones a partir de la interacción de los sujetos con las normas sociales, las instituciones y las prácticas culturales.

El siguiente nivel corresponde al desarrollo de capacidades, como la autorreflexión y el autorreconocimiento, necesarias para el ejercicio de la autonomía. Agregaría la noción de la posibilidad de que las mismas mujeres se autoricen disponer de sus cuerpos y exijan las condiciones que favorezcan el ejercicio de sus decisiones (Amuchástegui y Rivas, 2004; Tamayo, 2001). Y el tercer nivel tiene que ver con la capacidad para participar en decisiones a partir de deseos autónomos.

Ana Amuchástegui y Marta Rivas (2004) desarrollan la idea de que la posibilidad del ejercicio de los derechos reproductivos depende del proceso subjetivo mediante el cual las mujeres se otorgan a sí mismas la autorización para disponer de sus cuerpos y exigen condiciones sociales, económicas e institucionales que favorezcan el ejercicio de tales decisiones. No obstante, Tamayo (2001) pone el acento en que ahí donde las relaciones de poder establecen privilegios, se priva a ciertos cuerpos de la posibilidad de una vida digna.

En las aspiraciones, los deseos y las expectativas de las mujeres sobre su parto, interviene la manera en que cada una se hace cargo de su cuerpo, pero este proceso está vinculado a las condiciones sociales y culturales que incluyen el ordenamiento de género.

El proceso de autonomía de las mujeres en torno a los procesos de embarazo y parto puede ir recogiendo sus deseos sobre cómo parir, necesidades, preferencias y decisiones; sin embargo, al posicionarse en el ámbito médico frente a un sistema jerárquico, de género y profesional, habría que cuestionar qué tanta autonomía pueden tener bajo la mirada médica en un sistema de atención ginecobstétrica medicalizado. Para dicho fin, incorporo el concepto de *agencia medicalizada* que trabaja Kathryn Morgan (1998), que se refiere a cuando las mujeres internalizan el discurso médico y toman decisiones sobre la atención que desean recibir, con base en éste, así como con el cruce de la dimensión socioeconómica.

Agencia medicalizada

Murguía, Ordorika y Lendo (2016) analizan por qué a pesar de las consecuencias negativas de la biomedicina, con sus riesgos y límites, ésta se ha convertido en el modelo médico hegemónico, y reconocen la capacidad reflexiva y de agencia de las personas, su participación activa, ya sea de resistencia o de promoción de la medicalización. Como aclaran las autoras y el autor, los sujetos no son inermes a estos procesos, sin embargo, sus prácticas y tomas de decisiones ocurren dentro de un rango de opciones dado por el mismo discurso médico.

La mirada y la vigilancia médicas son más efectivas cuando los individuos las internalizan y demandan el uso de conceptos médicos, discursos y prácticas. Morgan (1998) se refiere a este proceso como *subjetividad medicalizada* o *agencia medicalizada*. Cuando esto sucede, la medicalización se vuelve, no sólo una parte significativa del discurso común, sino constitutiva del lenguaje personal de los individuos. Para algunas personas significa un incremento de su poder personal y toma de decisiones.

Las mujeres con *agencia medicalizada* toman decisiones con base en lo que el discurso médico ha definido como “embarazo saludable”, desde un rol de pacientes. A partir de distintas investigaciones, Morgan (1998) reconoce que hay mujeres que se sienten alienadas durante la atención obstétrica, resultado de la asistencia tecnológica de su parto. Aunque otras

experimentan una satisfacción como sujetos que eligieron apropiarse del conocimiento autorizado y de la tecnología de los expertos, al tener un embarazo y un parto monitoreados e intervenidos tecnológicamente, pueden sentir que ellas también tienen cierto control sobre el proceso; estas mujeres declaran haber tenido autonomía.

Por una parte, mediante la vigilancia médica se responsabiliza a las mujeres en forma de “otorgarles” autonomía, pero por otra, al iniciar el trabajo de parto en el hospital se les coarta esa autonomía. En este momento su derecho a la autonomía no es reconocido como parte de la *ciudadanía reproductiva*, que Castro define como “la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva” (2010: 55).

Para los fines de este trabajo, es central enlazar esta definición con el cuestionamiento que hace Lupton (2012b) al discurso de la *ciudadanía reproductiva* que pone el énfasis en la autorregulación de los individuos, en el contexto de un entorno político neoliberal en el que están obligados a asumir la responsabilidad personal por sus acciones, y en el caso de las mujeres embarazadas o madres, para la salud y el bienestar de sus hijos/as.

Lupton (2012b) discute que este discurso que responsabiliza a las mujeres embarazadas, no reconoce el contexto sociocultural y político en el que éstas hacen elecciones sobre sus comportamientos. La autora señala que las mujeres de orígenes socioeconómicos desfavorecidos, por ejemplo, pueden luchar para ajustarse a estos imperativos en un contexto en el que experimentan dificultades físicas, económicas o emocionales.

A este respecto, en el México posrevolucionario, el Estado impulsó una serie de políticas de salud para proteger a la familia y entre otras cuestiones, encomendó a los médicos de la época reorientar la conducta de las madres. Los médicos introdujeron la noción de “maternidad consciente”, mediante la que se buscaba crear en las nuevas madres la consciencia de la responsabilidad que el Estado les había otorgado para que fueran ellas quienes velaran por la salud y la crianza de los recién nacidos, bajo la supervisión del propio Estado (Rosado, 2018).

La medicalización y las prácticas avaladas por el conocimiento autorizado, que las mismas mujeres aceptan y en ocasiones justifican, impacta en el cumplimiento de los ideales y las expectativas que las mujeres tenían sobre sus partos en un principio. Murguía, Ordorika y Lendo (2016) identifican como un indicador de la internalización de la mirada médica, y por

lo tanto, del avance del proceso, el hecho de que se recurra a prácticas y/o saberes médicos para tratar algún síntoma, independientemente del experto autorizado.

Me interesa resaltar que, si bien en los procesos de medicalización la agencia de los y las pacientes juega un papel importante, en el caso aquí estudiado, el orden de género imprime un matiz particular, pues no se trata únicamente de las alternativas que las mujeres puedan tener frente al poder de la medicina, sino al *habitus de género* presente en la construcción de la relación de los médicos/as con las pacientes, que de por sí se caracteriza por restar valor a lo femenino y autonomía a las mujeres.

Cabe agregar que la autonomía también está atravesada por los distintos recursos con que cuentan las mujeres. Si la autonomía es una expresión de la interacción de un sujeto con los recursos materiales y simbólicos con los que cuenta, ¿cómo construyen su experiencia mujeres con capitales sociales, culturales y materiales que les permiten acceder a la atención médica privada, a una preparación especializada para el parto y a información sobre sus derechos?

c) *Su relación intrínseca con la dignidad*

Si se habla de *autonomía* como sinónimo de libertad, autogobierno y libre voluntad, equiparable a la *dignidad* y a la integridad (Fernández de la Reguera, 2018), es difícil pensar a las mujeres en trabajo de parto con estas condiciones.

De acuerdo con el planteamiento de Kant (1980) de que los agentes morales son autónomos a partir de su poder de elección, Alethia Fernández se pregunta si “¿podría esa autonomía implicar que el agente moral decida no ser autónomo?” (2018: 34). Este cuestionamiento resulta relevante en la experiencia de las mujeres durante la atención médica que reciben durante sus embarazos y partos, pues en el esquema de atención medicalizada, se promueve que quien tome las decisiones sea el médico/a, en aras del bienestar de la mujer y el feto, desde la posesión de un saber médico autorizado, es decir, actúa como un protector, lo que se ha denominado *paternalismo médico*.

Por otra parte, es necesario considerar la particularidad de la situación de las mujeres en trabajo de parto, pues desafía el control total de los procesos del cuerpo. Por ejemplo, aunque la mujer haya tomado una decisión durante el embarazo respecto al uso (o no) de algún

método para aliviar el dolor, ésta podría modificarse en el transcurso del trabajo de parto, pues no puede predecir cuál será el desarrollo de éste ni el nivel de dolor que experimentará.

Así, el reconocimiento de la autonomía de la mujer no puede dissociarse del reconocimiento de una posible situación de *vulnerabilidad*, ni del contexto particular de cada una, lo que permitirá respetar su dignidad.

A continuación preciso desde dónde retomo estos dos últimos conceptos:

Vulnerabilidad

Me refiero a ésta en su dimensión social, es decir, la que “se deriva de la pertenencia a un grupo, género, localidad, medio, condición socioeconómica, cultura o ambiente que convierte en vulnerables a los individuos” (Feito, 2007: 8). Se podría decir que, al igual que la autonomía, la vulnerabilidad es relacional, no es estable ni inmutable, puede variar según los espacios, las interacciones, las relaciones de poder, y responde a las condiciones desfavorables que exponen a las personas a la disminución de su autonomía.

Este término se ha incorporado a los discursos de la bioética, a fin de considerar la vulnerabilidad de las personas enfermas en la atención médica. Se considera que la relación entre las y los profesionales de la salud y sus pacientes está basada en aspectos interpersonales del cuidado, en la capacidad de percibir sus necesidades y comprender su situación de vulnerabilidad para tratarlos/as como personas. El embarazo y el parto no son enfermedades, sin embargo, en el modelo de medicalización se les mira como tales, por ello es importante cuestionar qué tanto este discurso ha permeado en la atención ginecobstétrica.

Tomando en cuenta lo anterior, Lydia Feito (2007) plantea tres elementos necesarios que retomo para incorporar en mi análisis: los aspectos socioculturales; las capacidades individuales de las mujeres para enfrentarse a las contingencias y tensiones a las que se ven expuestas en un espacio de vulnerabilidad tan específico como el momento de atención del parto; y el reconocimiento de las personas con quienes interactúan, de dichas capacidades. La falta de capacidades haría referencia a la indefensión, a la ausencia de medios para lidiar con los riesgos “externos” de ese contexto particular. Pero esas capacidades requieren un interlocutor para su ejercicio, para su reconocimiento, como clave de la autonomía, de ahí su carácter relacional.

Paternalismo médico

Actualmente, quienes ejercen la biomedicina se muestran como protectores de sus pacientes y como quienes deben tomar decisiones para su salud; este decidir por el otro, es lo que se ha llamado *paternalismo médico*, y la manera como se lleva a cabo durante la atención obstétrica pone límites a la autonomía de las mujeres. De hecho, la definición misma que han dado algunos autores (Beauchamp, Dworkin, Kleining y Vandever, en Viesca, 2017) sugiere la restricción intencional y justificada de la autonomía del paciente, es decir, en una relación asimétrica de poder con el médico/a, en la que se niega su capacidad para tomar decisiones propias; incluso podría entenderse como un abuso de autoridad.

Así, el paternalismo médico se sustenta y justifica mediante la legitimación, profesional y social, del *conocimiento autorizado* de los médicos/as, y de la aceptación de la ciencia médica como parámetro de progreso. La medicalización del embarazo y el parto abrió las puertas al ejercicio del poder y al control de los cuerpos reproductivos, en el sentido de que el diagnóstico médico dicta procedimientos rutinarios y homogeneizados; pero los regímenes médicos también determinan el comportamiento que deben seguir las mujeres en su vida cotidiana para tener un “embarazo saludable” y un “bebé saludable”, en términos de un modelo patologizado de embarazo y parto.

De acuerdo con el planteamiento de Viesca (2017), la atención de estos procesos reproductivos por un/a ginecobstetra, se ha convertido en una obligación moral y social, y significa sujetarse al cuidado paternal del establecimiento médico.

Carlos Viesca (2017) cuestiona que la definición del beneficio del paciente dependa de lo que el médico considere como tal, incluyendo la prohibición de procedimientos, aun cuando los(las) pacientes lo soliciten. El autor se refiere a píocimas mortíferas o abortivas, pero si se traslada esta idea a las necesidades de las mujeres embarazadas o en trabajo de parto, quienes por su condición de género son infantilizadas, y son vistas y tratadas como ignorantes, como antagonistas en el parto y como cuerpos objetivados, el paternalismo médico se refuerza con el paternalismo social que de por sí ya las subordina a una posición inferior que los varones en la capacidad de tomar decisiones, sin respeto a su ciudadanía reproductiva.

Este paternalismo lleva a ignorar decisiones de las mujeres invocando el beneficio de la acción que resulta de la decisión tomada a su nombre. Es el caso de la imposición de métodos anticonceptivos durante la intervención en el parto o cesárea, argumentando que es lo mejor porque ya tiene suficientes hijos/as o para evitar posibles riesgos en futuros embarazos; la

realización de cesáreas para evitarles dolor o para evitar posibles (hipotéticas) complicaciones; y todas las prácticas para acelerar el parto bajo el argumento de que “ya está en tiempo” (rompimiento de membranas, episiotomía, aplicación de oxitocina, entre otras).

Lo anterior puede resultar problemático para el personal médico si la intervención es en contra de la aceptación de las mujeres. Para ello, hoy en día existe la figura del *consentimiento informado*, que surgió como respuesta tras el nazismo por investigaciones y experimentos en seres humanos sin ningún respeto a su dignidad y condición humana, y que ahora se utiliza en la atención médica; no obstante, parece ser más un medio de defensa legal del médico/a ante la posibilidad de demandas y denuncias de las y los pacientes.

El instrumento del consentimiento informado, desarrollado en el ámbito jurídico como una expresión de la tutela de la libertad y la autonomía, pasó a la práctica médica cuando ésta se modernizó, es decir, pasó a ser la regulación de la relación médico-paciente, que pretendía eliminar el paternalismo como paradigma de su interacción (Martínez, 2017).

Estas consideraciones son tomadas en cuenta para analizar las estrategias que se utilizan para obtener la firma del consentimiento informado de las mujeres en trabajo de parto.

Víctor Martínez (2017) advierte que el consentimiento informado no debe tener un tinte paternalista cuyo objetivo sea tranquilizar al paciente y mantener bajo control su estado de ánimo, pues se posicionaría en un nivel de superioridad moral, sin ser relevante brindarle la información suficiente para que pueda tomar las decisiones necesarias durante la atención médica, sin respeto a su dignidad y autonomía.

Para ilustrar dicha problemática, Martínez (2017) refiere que durante la impartición de un curso a un grupo de médicos sobre la responsabilidad profesional de respetar la autonomía del paciente y la obligación de brindarle toda la información necesaria sobre su enfermedad y posibilidades de tratamiento, un asistente comentó que si dieran toda la información sobre los efectos secundarios de los medicamentos, nadie seguiría los tratamientos. Este médico tuvo el respaldo de los demás y estuvieron de acuerdo en que los pacientes debían confiar y atender sus indicaciones sin cuestionarlas.

3.3. El control social en la vida cotidiana

Finalmente, Morgan (1998) apunta que la medicalización funciona como una forma de control social en los mundos de vida cotidiana de individuos y grupos en una cultura dada. El grado de medicalización presente en la vida de los individuos puede ser muy variable; algunos pueden vivir con un área particular del cuerpo altamente medicalizada, mientras que el resto puede experimentarse sin la internalización de la mirada médica. Algunos sujetos pueden sentirse profundamente medicalizados, mientras otros no, asimismo, su respuesta a la medicalización es distinta.

La medicalización puede funcionar como un poderoso mecanismo de control social; los estudios al respecto de América Latina tienen como trasfondo teórico la propuesta foucaultiana sobre la medicina como estrategia biopolítica del Estado moderno (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016). Comparable a una ley que es capaz de incidir en las personas y sus comportamientos, es “una tecnología que se implanta en la sociedad de manera cada vez más profunda, abarcando el cuerpo y la mente de los sujetos; que tiene dimensiones epistémicas, morales y políticas y que se impone, mediante vías formales e informales, como una de las instituciones cruciales en el ordenamiento de la vida colectiva de las naciones” (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016: 641).

No obstante, hay individuos y grupos que se resisten a la medicalización y luchan para modificar el discurso dominante; otros luchan por resistir a la conceptualización dominante de la medicalización a favor de otro modelo alternativo; otros pueden demandar acceso a la medicalización respetuosa, argumentando que es preciso un cambio en su conceptualización básica, por ejemplo, despatologizar el embarazo y el parto.

El campo obstétrico no escapa a las tensiones propias de la institución médica. Por una parte, la medicina constituye una gama de recursos a la que las mujeres tienen el derecho de acceder y solicitar; y por otra, es un instrumento de normalización y control, que sobre todo en sectores de clase media y media alta, ha orillado a optar por el modelo del parto humanizado que, aunque siga siendo un proceso medicalizado, está basado en el reconocimiento y respeto de los derechos y necesidades de las mujeres, desde una subcultura reproductiva menos invasiva.

Cabe mencionar que los procesos de medicalización adquieren características que se suman a las desigualdades de ciertas regiones, como en América Latina, donde el derecho a la salud

no se garantiza en sectores donde la población tiene un acceso limitado a servicios y medicamentos básicos (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016). En este sentido, la medicina obstétrica en México transita entre los extremos de la exclusión de algunos sectores -como lo muestran las experiencias de las mujeres en las recomendaciones de la CNDH, atendidas en hospitales públicos-, y la sobremedicalización en otros, sobre todo en el sector privado.

Como refiere Berrio (2013), las políticas gubernamentales en salud reproductiva, diseñadas y promovidas por el Estado mexicano, han impactado la vida de las mujeres, así como los ámbitos relacionados con su sexualidad, su salud y el ejercicio de sus derechos. Sin embargo, también participan industrias con intereses privados que van marcando la pauta para las intervenciones médicas.

Murguía, Ordorika y Lendo (2016) señalan que se ha producido una nueva dimensión de la biopolítica, en la que los intereses del mercado han ido transformando los derechos a la salud en bienes de mercado, y por ende, a los pacientes en consumidores. Por otra parte, estas autoras y autor llaman la atención sobre las formas en las que los sujetos se apropian de la medicina. Advierten que investigaciones latinoamericanas ponen en evidencia fenómenos en los que no sólo se trata de la pasividad y verticalidad que supone la biopolítica y conlleva la pérdida de agencia, sino que existen procesos más complejos en los que se produce una mezcla entre el conocimiento biomédico y otros saberes en la vida cotidiana, como sucede en el embarazo y en el parto. Tal como concluye Márquez (2019) en su investigación, las mujeres van ajustando a sus vidas los discursos normativos en torno al proceso reproductivo.

4. Marco de interpretación feminista

Me interesa destacar los aportes de diversas corrientes feministas en tres directrices que impactan desde la base teórica de esta investigación, hasta los resultados del análisis de las entrevistas: el reconocimiento de la violencia obstétrica como problema social y político; la reivindicación de las mujeres como protagonistas de su parto; y la demanda del derecho a decidir durante la atención del embarazo y el parto.

4.1 Aportes de los feminismos a la definición de la violencia obstétrica

El feminismo, como teoría y como movimiento social, ha construido nuevos marcos de referencia para interpretar hechos de la realidad que aquejan a las mujeres, uno que ha recorrido el interés feminista desde los años sesenta es la violencia de género.

Definir la violencia como un problema público, social y político, fue un acierto del feminismo de la *segunda ola*, incorporando la consigna de que *lo personal es político*. Este feminismo que inició en la década de los sesenta representaba varias corrientes que compartían la denuncia de las relaciones de poder desigual entre hombres y mujeres, aunque con diferentes estrategias y planes de acción (Penchansky, 2018). En este tenor, se focalizó la desigualdad en la crítica a una mirada que definía a las mujeres a partir de su maternidad y se empezó a denunciar la naturalización de temas que socavaban su autonomía. Se incorporaron a la agenda feminista temas como la anticoncepción, el aborto, el libre gozo de la sexualidad, como derechos.

Lo anterior implicó el reconocimiento, por una parte, del desbalance de las relaciones de poder en el ámbito privado, que se expresaban con manifestaciones de violencia hacia las mujeres; y por otra, de la violencia en el ámbito institucional, donde los poderes públicos intervenían los cuerpos femeninos, a través, por ejemplo, de las políticas de población, de salud y de planificación familiar. Estas políticas, que en México se empezaron a implementar en los años setenta, han sido identificadas por el movimiento feminista como violatorias de derechos, por lo que incorporó a su lucha el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo.

En palabras de Ana de Miguel (2003), todos los movimientos suponen la subversión de los códigos culturales dominantes, y recupera a Kate Millett para apuntar que el feminista reside en desafiar el orden social y el código cultural más ancestral universal y arraigado de los existentes, en sus diversas manifestaciones (Millett, 1995). En este sentido, la atención obstétrica medicalizada representa un modelo patriarcal hegemónico en el que rige el orden social de género al que hacen referencia estas autoras, se trata de un modelo inscrito en una profesión altamente jerárquica y masculinizada (independientemente de la proporción de médicos y médicas que conformen su campo).

Así, la violencia ejercida sobre las mujeres durante el parto en el ámbito médico institucional también empezó a ser tema de análisis en la academia y en la praxis feminista de la segunda ola, sobre todo en los estudios de la antropología de la reproducción que en los años ochenta

se enfocaron en la atención obstétrica del parto occidental, cuestionando los procesos de tecnologización y medicalización del mismo (Jerez, 2015).

A partir de que ciertas prácticas de la atención obstétrica medicalizada se empezaron a identificar como autoritarias o violentas, diferentes actores sociales las han problematizado y han denominado este fenómeno como *violencia obstétrica*, para referirse a una forma de violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Castro y Erviti, 2015). A la par de nombrarla e identificarla como tal, uno de los efectos ha sido la promoción del parto humanizado (también llamado natural o fisiológico).

Alrededor del mundo se ha intensificado y globalizado la lucha entre el nacimiento como problema médico y el nacimiento por parto humanizado. En América Latina se formó la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) en el año 2000, después del Congreso “Humanización del Parto y el Nacimiento”, realizado en Ceará, Brasil, en noviembre de ese año. México forma parte de dicha Red, y cabe agregar que en nuestro país, las propuestas y debates sobre el parto humanizado han estado atravesadas por las demandas de los movimientos y asociaciones de mujeres, feministas, indígenas y de derechos humanos (Pozzio, 2016).

La antropóloga argentina Celeste Jerez (2015) hace un interesante análisis sobre el cambio en la retórica referente al parto, sobre el pasaje del reconocimiento de los derechos a la identificación de la violencia obstétrica; y plantea el traslado del “lo personal es político”, al “parirás con placer” como acto político de ciertas mujeres.

Sin embargo, reconoce que esta traducción también se plasma en la identificación de la violencia obstétrica como camino para hablar del parto humanizado²⁶, y abre un debate sobre “si el lenguaje de la violencia retroalimenta la victimización de las mujeres, si sirve solo como prevención o si es una puerta para promover experiencias encarnadas que activan la reflexión y la posterior militancia sobre el tema” (Jerez, 2015: 35-36). Si bien mi investigación no versa sobre identificar estos efectos, me parece interesante resaltar la conexión que pueda tener, en las narrativas de las mujeres, el lenguaje de la violencia con el de la victimización.

²⁶ Más que considerar que la violencia obstétrica fue la causa del parto humanizado, sugiero que de acuerdo a los contextos de cada país donde se fue incorporando este modelo de atención, se trató de momentos sociopolíticos y luchas que permitieron que ambas cuestiones emergieran en la agenda política.

La interpretación feminista sobre la victimización que produce el sistema patriarcal es que la experiencia como víctimas no se acota en quienes han sufrido violencia, sino que funciona como una intimidación masculina de la que todas son víctimas. Para evitar ser violentadas, limitan su autonomía. Por ello los castigos, las amenazas y el disciplinamiento a algunas mujeres en las salas de parto, surte efecto para todas las demás. En el estudio de Roberto Castro y Joaquina Erviti (2015) se relatan testimonios de mujeres que recibieron advertencias para que dejaran de gritar y obedecieran a los médicos, una de ellas comenta “Y que los doctores le dicen: ‘si sigues gritando no te vamos a atender’ y ahí te gritan enfrente de todas, y mira, pues mejor no grito y ahí te quedas” (Castro y Erviti, 2015: 97). Si a las mujeres que gritan mucho se les castiga ignorándolas para que aprendan a aguantar el dolor en silencio, ese aleccionamiento es también para todas las demás, y ellas así lo entienden.

La teoría feminista ha expuesto que la violencia hacia las mujeres es un medio para restablecer su conducta cuando no responden a las expectativas de las definiciones sociales que deben representar en las relaciones entre ambos géneros. Es decir, la violencia aparece como un medio de control social sobre el comportamiento de las mujeres (De Miguel, 2003). Desde esta perspectiva se han realizado análisis feministas en el campo obstétrico que muestran el control que el personal médico ejerce sobre las mujeres durante el llamado trabajo de parto, visto desde la mirada médica hegemónica como una amenaza al comportamiento femenino socialmente esperado. La violencia obstétrica tiene la función de reproducción del sistema de desigualdad sexual y su amenaza en el plano simbólico cercena la autonomía de las mujeres.

Asimismo, se ha conceptualizado a la violencia como producto de las relaciones de poder, sobre el axioma de la inferioridad de las mujeres y su subordinación a los hombres. La ideología patriarcal, interiorizada socialmente, funciona mediante una coacción estructural en todos los ámbitos de la vida de las mujeres, que en ocasiones se presenta como si el comportamiento de las mujeres fuera libremente deseado y elegido (De Miguel, 2005), como *violencia simbólica* (Bourdieu, 2007).

Los cambios de mentalidad y culturales, de aspectos que antes se aceptaban como la norma y eran incuestionables, son atribuibles a los movimientos sociales, así, el feminismo ha introducido profundos cambios en la visión social respecto a la violencia contra las mujeres

(De Miguel, 2005). El derecho a un parto libre de violencia ha sido un reclamo de las partidarias del parto humanizado, con base en el discurso feminista, más que un tema de la agenda del movimiento feminista en sí. No obstante, es notoria la influencia del feminismo.

La violencia hacia las mujeres ha tenido formas de legitimación a lo largo de la historia, basada en una supuesta condición de inferioridad de las mujeres y como propiedad de los varones, y ha tenido refuerzo en discursos como el religioso que las presenta como malas y peligrosas (De Miguel, 2005). La deslegitimación del saber de las mujeres sobre sus cuerpos y su proceso de reproducción condujo a un fenómeno de violencia colectiva de “quema de brujas” en el siglo XV, interpretado como un merecido castigo. Cuando la ciencia médica cooptó la atención de los partos, en el siglo XIX, también heredó el discurso católico de la mujer como inferior y causante del pecado original, la falta de Eva llevaría al castigo para todas: *parirán con dolor*.

Por más antiguo que parezca, este referente de violencia de género aparece en las salas de parto en el siglo XXI. Roberto Castro y Joaquina Erviti recuperan, de la observación en campo de su investigación, casos como el siguiente: “Una de las enfermeras pregunta al médico: ‘¿Le van a hacer episo?’’. El médico responde inmediatamente: ‘¡Claro, a todas, de castigo!’” (Castro y Erviti, 2015: 107). El autor y la autora identificaron una permanente propensión del personal médico a reprender a las mujeres por varios motivos relacionados con su conducta, y lo atañen al conjunto de jerarquías (escolares, de género y profesionales) que los médicos incorporan y que luego se vuelve parte constitutiva de los superiores jerárquicos, castigar a sus subordinados.

Respecto a la jerarquía de género que se establece entre la práctica médica (masculinizada) y las mujeres como “pacientes”, hay un componente que va más allá de lo aprendido durante los años de formación profesional, que corresponde a lo aprehendido del orden de género estructural, desde donde el “castigo” a “todas” se naturaliza a lo largo de la vida.

La finalidad de la práctica del movimiento feminista es socavar la reproducción del sistema patriarcal tanto dentro como fuera de las personas, en el espacio privado y en el público; en estos dos niveles que se refuerzan mutuamente en las prácticas de la vida cotidiana y en las macroestructuras (De Miguel, 2003). De acuerdo con la literatura revisada para esta investigación, en el campo obstétrico en México ha habido avances en ambos sentidos: hay leyes que visibilizan la violencia obstétrica; hay organismos como la CNDH que reconocen

la violación de derechos de las mujeres durante el embarazo y el parto y emiten recomendaciones al respecto; existen organismos que acompañan legal y psicológicamente a las mujeres que han vivido este tipo de violencia; hay hospitales que ofrecen un modelo de atención *humanizada*; e incluso médicos obstetras, dentro del modelo medicalizado hegemónico, que practican partos basados en el respeto a las decisiones de las mujeres. Y por otra parte, como se verá en el capítulo de resultados, empieza a haber un cuestionamiento por las mujeres de ciertas prácticas patriarcales, y hay agentes como las doulas²⁷, que han entrado al campo obstétrico a modificar en cierta medida la experiencia de las mujeres en ese micro espacio de interacción que es el parto, sin que su actuación siempre quede exenta de reproducir roles de género.

No obstante, considero que todavía no hay una ruptura clara en la visión establecida por la institución médica a la atención del proceso reproductivo de las mujeres, como podría verse con más claridad en otras manifestaciones de la violencia de género, como la que se ejerce en el ámbito doméstico, que por lo menos hay más consenso en su reconocimiento como problema social y cada vez menos la explicación hegemónica es de corte biologista, psicologista e individualista (De Miguel, 2003). En el caso de la violencia obstétrica sigue siendo confusa la línea entre la relación de poder patriarcal y la legitimación del conocimiento médico autorizado, es decir, hasta dónde se reconoce que es una relación en donde las mujeres están en una situación de subordinación, y en qué medida se justifica el proceder de los médicos/as respaldado por su profesión. Asimismo, sigue imperando la normalidad en las prácticas médicas autoritarias, y se siguen excusando imposiciones durante el embarazo y el parto, que mediante el discurso del riesgo resultan muy efectivas para los intereses médicos, por lo tanto, esta violencia es desapercibida.

4.2 Las mujeres como protagonistas de su parto

La institucionalización y la medicalización del embarazo y el parto modificaron la experiencia corporal de las mujeres. El modelo tecnocrático del parto que describe Robbie Davis-Floyd (1993; 2001), basado en prácticas rutinarias para atender el proceso

²⁷ Profesionales preparadas para acompañar a las mujeres embarazadas (puede ser con su pareja) desde los primeros signos del trabajo de parto, hasta el nacimiento del bebé y algunas incluso en el posparto. Las apoyan con métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, tales como baños de inmersión, masajes, deambulación, cambio de posiciones.

reproductivo como patológico y a las mujeres como pacientes en el sistema médico, empezó a recibir críticas que impulsaron propuestas, desde 1950, para devolver la experiencia y el protagonismo a las mujeres mediante la humanización del parto, que se asienta en dos conceptos: naturaleza y humanización (Jerez, 2015).

Celeste Jerez (2015) recupera los aportes de dos médicos obstetras que en la actualidad han planteado experiencias de preparación para el parto, basadas en ideas del individualismo libertario: Odent y Paciornik. Michel Odent, francés, pionero de la defensa del parto fisiológico, sostiene que hay un saber instintivo de la mujer y defiende que a la hora de parir deben priorizarse las necesidades “mamíferas” de las mujeres y que el proceso debe continuar sin intervención de otras personas, exaltando así la figura de las mujeres como seres cercanos a la naturaleza. El brasileño Moyses Paciornik, que atendió partos de mujeres indígenas en el Sur de Brasil, considera que éstos son superiores a los de los partos occidentales. Exalta el parto en cuclillas, en función de los usos del propio cuerpo que no necesita apoyo externo.

Durante la segunda ola del feminismo, surgió la corriente del *feminismo de la diferencia*, con particularidades en Estados Unidos, Francia e Italia, pero sobre el punto de partida de una concepción esencialista del cuerpo femenino. “Las teorías/filosofías/políticas de la diferencia compran la lógica esencializadora de las ideologías patriarcales y se afirman en la oposición sustantiva entre hombres y mujeres derivada de sus diferencias corporales” (Serret, 2014: 270). Para defender la inclusión de las mujeres en la categoría de individuos autónomos, esta corriente se preocupó por explicar *qué son* las mujeres y trazó una correspondencia del ser intrínseco de la feminidad con la maternidad.

Es así que es notoria la presencia del discurso feminista en modelos de atención alternativos al hegemónico, en los que se desafía el control del cuerpo por el personal médico y se defiende que sean las mismas mujeres las que controlen su proceso del parto. En estos esquemas alternativos entran también las doulas o las parteras como desafiantes del orden patriarcal, más que por ser mujeres, por representar el apoyo al proceso “natural” del cuerpo. “A diferencia de la ciencia médica, la partería profesional no se presenta como neutra, al contrario, se habla del poder de las mujeres, de la autonomía, del derecho a decidir sobre el cuerpo, de tener el poder de parir, esta “no neutralidad” consolida los lazos de confianza en las usuarias.” (Luna, 2018: 112). No obstante, al final no siempre hay rupturas importantes

en el orden establecido de género, pues trabajan desde un sistema patriarcal y procuran que las mujeres comprendan lo que es ser una “buena madre”.

Finalmente, la idea de que la práctica del movimiento feminista supone la conformación de una identidad colectiva feminista, un *Nosotras* articulado en función de los intereses específicos de las *mujeres como mujeres* (De Miguel, 2003) debe tomarse con cautela, pues esa identidad no es homogénea. Precisamente esta investigación da cuenta de cómo la intersección de categorías como nivel socioeconómico, edad, condición étnica, además del género, atraviesa y define las experiencias de las mujeres durante el embarazo y el parto en sus diferentes contextos. Por otra parte, tal afirmación permite reflexionar sobre los riesgos de algunos discursos del feminismo (de la diferencia) que enaltece las cualidades “femeninas”, pues por ejemplo, las mujeres esperan más empatía y un trato más respetuoso de las médicas, esperan que por ser mujeres habrá una solidaridad automática y explican la atención autoritaria de los médicos varones porque “no saben lo que se siente”.

4.3 Componentes del *feminismo neoliberal* en el discurso del derecho a decidir en el embarazo y el parto

Nancy Fraser (2009) y Catherine Rottenberg (2014; 2017) han analizado cómo el capitalismo se ha apropiado de algunas ideas del feminismo de la *segunda ola*, resignificando demandas con el propósito del mantenimiento del sistema; y cómo algunos sectores de dicho feminismo mutaron hacia un feminismo de carácter neoliberal. Por su parte, autoras latinoamericanas (Schild, 2016; Penchansky, 2018) han reinterpretado dichas consideraciones para cuestionar si son aplicables a las realidades materiales y culturales de nuestra región. Retomo algunas ideas del feminismo neoliberal porque hay señalamientos en las entrevistas a las mujeres, que remiten a este discurso, sobre todo al hacer referencia a sus derechos.

El feminismo neoliberal, usando términos liberales clave, como igualdad, oportunidad y libre elección, forja un sujeto feminista individualizado y orientado hacia la optimización de sus recursos, alentando a las mujeres a establecer un equilibrio entre su carrera profesional y la formación de una familia (Rottenberg, 2017).

María Penchansky (2018) resalta que la responsabilización de las mujeres del cuidado y de la exaltación del rol materno, a la par del empuje a la vida profesional, es un mensaje que

refuerza los estereotipos de género que fueron cuestionados por las feministas de la segunda ola, pero además impregnado de la lógica del mercado neoliberal de que el equilibrio entre trabajo y familia les traerá la felicidad. El objetivo no es el cuestionamiento de ambas esferas. Las mujeres a las que se refiere este feminismo son en su mayoría blancas, privilegiadas, de clase alta y con un capital cultural importante, grupo al que pertenecen las mujeres entrevistadas.

Esta corriente feminista reconoce las desigualdades entre hombres y mujeres pero invisibiliza las fuerzas sociales, culturales y económicas que producen esta desigualdad, y alienta el individualismo de las mujeres y la plena responsabilidad de su bienestar y su cuidado personal, basado en el equilibrio trabajo-familia. Es decir, el sujeto feminista neoliberal se moviliza para convertir la continua desigualdad de género, de un problema estructural en un asunto individual (Rottenberg, 2014). En el campo obstétrico, el discurso médico enlaza las posibilidades de riesgo a las elecciones individuales de las mujeres, y ellas introyectan la responsabilidad sobre su propio bienestar y el del feto.

Nancy Fraser (2009) sostiene que el feminismo de la segunda ola luchó por una transformación económica, cultural y política; y a partir de la década de los ochenta, las críticas al economicismo del capitalismo neoliberal, fueron asumidas y resignificadas. La “nueva economía” recibió la crítica al concepto androcéntrico del varón como único proveedor e impulsó el trabajo remunerado de las mujeres, con bajos salarios, pero que normalizaba la familia con dos proveedores (Schild, 2006).

Rottenberg (2017) señala que el discurso del equilibrio neoliberal surgió como una forma de resolver el dilema de la reproducción, así como la doble jornada, al (re)inscribir la maternidad como una parte normativa de las trayectorias de vida individuales de las mujeres; y su conversión en capital humano encaja con la noción de éxito profesional como emancipación. Considero que este aparente empoderamiento sigue sometiendo a las mujeres a dobles o triples jornadas para cumplir con el mandato completo, sin embargo muy pocas mujeres de las entrevistadas reflexionan en este sentido. Como refiere Penchansky (2018: 211): “Esta lucha individualizada no está destinada a dar cuenta de la dominación masculina sistémica, sino que se refiere al impulso de cada mujer de superarse a sí misma”.

Penchansky (2018) recurre a Foucault para dar cuenta de la forma en la que el neoliberalismo se internaliza en las sociedades y se hace parte de los discursos y las

prácticas. Ligo esta idea con el concepto de *patriarcado del consentimiento*, de Alicia Puleo (2005) en el sentido de que esta misma autora lo asocia al *dispositivo de sexualidad*, que en la modernidad funciona más desde la incitación y menos desde la coerción. Es decir, las propias mujeres buscan cumplir el mandato de las imágenes de la feminidad normativa contemporánea, incluida la de la “buena madre”. La imposición se convierte en deseo.

Foucault (1976) resulta fundamental para comprender la construcción de deseos y la voluntad de las mujeres dentro de un marco que es el orden establecido; el poder interiorizado que ya no necesita supervisión, vigilancia, ni penalización; el poder que produce subjetividades alineadas con el orden dominante. En ese sentido, el *patriarcado del consentimiento*, bajo el velo de la libre elección, pretende ocultar la subordinación que permanece inalterada (De Miguel, 2015).

Recapitulación

La premisa que articula las categorías *género, medicalización, reproducción y derechos* en este capítulo, que servirá de piso teórico para el análisis de resultados, es que los cuerpos reproductivos de las mujeres son normados, vigilados y controlados por las instituciones de la medicina y de la reproducción, a través de la mirada médica, el discurso médico del riesgo y los regímenes reproductivos.

La vigilancia y el control de los cuerpos femeninos se cristalizan en la interacción entre las y los profesionales de la salud y las mujeres usuarias en los espacios de salud reproductiva durante la atención obstétrica del embarazo y el parto/cesárea. A su vez, estos encuentros están mediados por un orden de género que estructura las funciones femeninas y masculinas y que sitúa a las mujeres en un nivel de subordinación, por su género y por su condición de “pacientes”, lo que facilita la violación de sus derechos durante la atención obstétrica.

CAPÍTULO DOS

MARCO CONTEXTUAL: LA REGULACIÓN Y LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y EL PARTO EN MÉXICO

Introducción

Este capítulo tiene por objetivo mostrar el contexto en el que se inscribe la atención médica del embarazo y el parto en México; cómo ésta regula el cuerpo de las mujeres tanto en el ámbito institucional como en la vida cotidiana (Berrio, 2013), y cómo puede constreñir o favorecer el ejercicio de los derechos de las mujeres durante el proceso reproductivo, mediante regulaciones normativas, políticas públicas y legislaciones en el ámbito de la salud reproductiva.

El primer apartado corresponde al análisis de algunas políticas clave sobre la reproducción. El propósito no es presentar un listado de normas, leyes y políticas públicas, sino exponer cómo se han traducido en México ciertas demandas y lineamientos internacionales, los intereses y agentes que entran en juego, así como algunas interrogantes sobre cómo este marco regulatorio en México condiciona la atención del embarazo y del parto, y cómo puede favorecer o constreñir el ejercicio de la autonomía y los derechos de las mujeres. Planteo que, a partir de la década de los setenta, con el inicio de las políticas en materia de planificación familiar y en los subsecuentes periodos, ha habido un control normativo de los cuerpos reproductivos para: evitar embarazos, vigilar los embarazos, controlar los partos.

En un segundo apartado del capítulo muestro el panorama reproductivo de las mujeres en México, en tanto usuarias del Sistema Nacional de Salud, mediante indicadores de prácticas médicas que tienen como consecuencia la violación de derechos, tales como: cesáreas, anticoncepción forzada, violencia obstétrica y mortalidad materna.

Finalmente, presento la revisión que realicé de 36 casos de violaciones de derechos durante el embarazo y el parto o de violencia obstétrica, contenidos en Recomendaciones emitidas por la CNDH, formuladas de 2015 a 2017. Todos los casos sucedieron en centros de salud públicos de 17 entidades federativas del país. Entre las características comunes de las mujeres protagonistas de estos casos destaca que: eran de bajos recursos; algunas de ellas además indígenas, y una tenía una situación de discapacidad; unas eran niñas o muy jóvenes

y otras mayores -desde la mirada médica y social, para tener hijos o hijas-; y algunas eran solteras. Desde un análisis interseccional, estas circunstancias las colocaron en una situación de mayor vulnerabilidad, que agudizó el trato adverso del personal médico, identificado en prácticas violatorias de sus derechos y de su autonomía, y de control de sus cuerpos.

Si bien el análisis de las Recomendaciones integra el último apartado del capítulo, hago uso de algunos casos para ir ilustrando lo planteado en las primeras dos secciones, pues la finalidad es mostrar con casos empíricos cómo operan las políticas sobre la reproducción y la práctica médica en los embarazos y partos.

1. Políticas sobre la reproducción en México: ¿derechos de las mujeres o metas gubernamentales?

En México las políticas públicas en materia de planificación familiar y anticoncepción se remontan a los años setenta, cuando la fecundidad y el crecimiento de la población alcanzaron los niveles más altos en la historia del país. Si bien a nivel mundial la sobrepoblación empezó a ser un problema público, en el caso de nuestro país, en la coyuntura política de esa década, confluyeron de una manera particular, donde el elemento catalizador fue un grupo organizado de profesionales y universitarios comprometidos con la planificación familiar, como instrumento de una política de desarrollo económica (Márquez, 1984).

En sus primeros años de existencia, los programas públicos de planificación familiar se orientaron a reducir las tasas de fecundidad y a disminuir el crecimiento de la población. Más tarde las acciones se orientaron a mejorar la salud materna e infantil, y a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, en 1994, el objetivo desde el discurso político ha sido asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, con perspectiva de género y enfoque intercultural (SSA, 2013).

A fin de comprender la posibilidad de acceso de las mujeres a los derechos reproductivos, es importante comprender que las políticas en materia de reproducción no corresponden únicamente al sector salud, lo que se traduce en que la intervención en los cuerpos de las mujeres responde a los intereses, expectativas y lenguajes de un entramado

interinstitucional. La constitución en los años noventa del Grupo Interinstitucional de Planificación Familiar, es una muestra de ello, conformado por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Educación Pública, el Consejo Nacional de Población, el Instituto Nacional Indigenista, el Programa Nacional de la Mujer y la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, así como por organismos de la sociedad civil.

El diseño y aplicación de las políticas de población, de salud y de planificación familiar es resultado de la percepción de cada sector institucional respecto a la población, de su conocimiento de las características de la evolución demográfica y de salud de la misma, de su papel en las relaciones políticas, sociales, económicas e institucionales, y de su percepción de la política global de desarrollo (Figueroa, Aguilar, Hita, 1994). En este sentido, la posibilidad del ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres requiere la oportunidad de acceso a otros derechos sociales, mientras que las prioridades en los debates para definir las políticas pueden dejar al margen los derechos de las mujeres en sus diversos contextos.

En nuestro país se han implementado regulaciones que responden por una parte, a las demandas del movimiento feminista por reconocer los derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo; y por regular, evidenciar y sancionar prácticas médicas que resultan en violación de derechos, como la ahora llamada violencia obstétrica. Y, por otra parte, responden también al hecho de que el Estado mexicano se ha comprometido a cumplir objetivos y metas demográficas en materia de control poblacional y de infraestructura en los espacios de atención de la salud reproductiva de las mujeres.

El análisis de los indicadores de los programas gubernamentales por organizaciones como GIRE²⁸, Ipas²⁹ o Fundar³⁰, ha sido muestra en diferentes momentos de que las metas

²⁸ El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) es una asociación civil que recopila, sistematiza y difunde información sobre derechos reproductivos y apoya a las mujeres o sus familias en las demandas legales. (<https://gire.org.mx/>)

²⁹ Ipas es una organización internacional que trabaja con gobiernos de 17 países para expandir el acceso al aborto seguro y acabar con los procedimientos inseguros de aborto; para que la anticoncepción esté ampliamente disponible y para acercar a las mujeres información basada en evidencia, que les permita acceder a servicios seguros de salud reproductiva y tomar decisiones libremente. (<https://www.ipasmexico.org>)

³⁰ Fundar se dedica a la incidencia en políticas e instituciones públicas a través de la construcción y socialización de conocimiento especializado, de la reflexión crítica y propositiva, así como de la experimentación y vinculación con actores civiles, sociales y gubernamentales; incorpora y promueve la perspectiva de género, la participación ciudadana, la justicia social, la interculturalidad y la sostenibilidad. (<https://fundar.org.mx/>)

gubernamentales difieren de los intereses y necesidades de las mujeres en materia reproductiva, y resultan en la violación de sus derechos, por ejemplo en la imposición de métodos anticonceptivos durante la atención del parto o cesárea, a fin de cumplir con las metas en materia de planificación familiar.

Obligar a las mujeres a aceptar la salpingoclasia³¹ y la aplicación del dispositivo intrauterino (DIU) implica “convencerlas” de firmar un *consentimiento informado*, que el personal médico debe obtener por normatividad. Los mecanismos para obtenerlo, cuando la mujer no acepta en un primer momento, pueden ser violatorios de sus derechos y atentar contra el ejercicio de su autonomía, no únicamente con la imposición de métodos anticonceptivos, sino en cualquier procedimiento durante el parto, que es un momento de especial vulnerabilidad.

Otro elemento que impide la atención oportuna y de calidad a las mujeres, sobre todo en el sector médico público, es la falta de recursos (materiales y humanos). Sin negar la imposibilidad del personal médico para resolver esta situación, a nivel estructural, donde también actúa el orden de género, cabe el cuestionamiento sobre los criterios para la asignación de recursos a estas necesidades.

En este sentido, planteo que los objetivos institucionales en materia de planificación familiar, las formas como el personal médico busca obtener el consentimiento informado de las mujeres, los criterios para asignar o recortar el presupuesto al tema de salud reproductiva, y sin duda, las manifestaciones del orden de género en la práctica médica limitan las condiciones de posibilidad para el ejercicio de derechos de las mujeres durante la atención ginecobstétrica medicalizada.

1.1. La planificación familiar para el control de la fecundidad (70s y 80s). Entre las metas demográficas y el discurso de los “derechos reproductivos”

Durante la década de los setenta la tasa de crecimiento poblacional en México alcanzó sus niveles más altos, la tasa global de fecundidad era de casi siete hijos/as por mujer. Este rápido crecimiento era un fenómeno a nivel mundial, en particular en el llamado Tercer Mundo, donde en el periodo 1965 – 1970 empezaba a declinar la mortalidad (Strobl, 1994).

³¹ Método anticonceptivo femenino en el cual se liga y se secciona la tuba uterina para evitar el encuentro del espermatozoide con el óvulo, e impedir así la fecundación y el embarazo.

La feminista austriaca Ingrid Strobl (1994) reflexiona respecto a las políticas de población, cuando la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo estaba próxima a realizarse en El Cairo, y el tema adquiriría un lugar destacado en los debates políticos. Habla de una retórica controlista hacia los países en desarrollo, pasada la segunda Guerra Mundial, cuando la población se convirtió en un problema objetivo, y la sobrepoblación estaba vinculada al subdesarrollo, a la pobreza y a la destrucción ecológica.

En el Tercer Mundo, la tasa de crecimiento poblacional, comparada con la del Primer Mundo, iba en aumento, y los países ricos del Norte se sentían amenazados en un mundo en el que iban siendo menos en proporción a los pobres del Sur. Se apelaba a prejuicios etnocéntricos de “invasión” de inmigrantes del Sur, achacada a la irracionalidad reproductiva de las masas del Tercer Mundo. Bajo esta óptica, se justificó la adopción de políticas nacionales e internacionales de control de la población. En 1962 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) declaró problema mundial número uno la sobrepoblación de los países subdesarrollados (Strobl, 1994), e influenciada por la tradición neomalthusiana³², apuntó la necesidad de reducir el crecimiento demográfico mediante la planificación familiar. Así, se fue posicionando como un problema público y los Estados indicados por la ONU iniciaron acciones para atender las recomendaciones internacionales.

Lo que me interesa destacar es la vinculación entre cuestiones de fecundidad y problemas de desarrollo económico-social y ecológico que, si bien pueden representar una problemática real que atender, repercuten en una instrumentalización de las mujeres y en un control de sus cuerpos a nivel mundial, como advierte Strobl (1994). La autora describe agresivas técnicas de control de la población, como la esterilización, que se empezaron a emplear sobre todo con mujeres pobres. Señala que el movimiento feminista carecía de suficiente información acerca de cómo reconciliar las viejas demandas de métodos eficaces para gestionar la propia sexualidad con las implicaciones sociopolíticas del control de natalidad propagada por los sectores antinatalistas.

³² El neomalthusianismo de finales del siglo XIX es una teoría demográfica, social y poblacional que considera el exceso de población de las clases pobres u obreras como un problema para su calidad de vida. Recoge en parte la teoría poblacional de Thomas Malthus -la población crece más que los recursos y puede producirse una catástrofe malthusiana o sobrepoblación-. Esa teoría centra el problema en el exceso de familias numerosas y la reproducción ilimitada de las clases pobres que les condena a la miseria. Para su solución, se propone la toma de conciencia social e individual de la necesidad de la procreación limitada o procreación consciente del proletariado.

En el marco de este panorama global, en México se fueron dando las condiciones para que el país se sumara a la institucionalización de la planificación familiar, mas no únicamente como un proceso consecuencia de la política internacional, sino en la interrelación con factores internos particulares, con condicionantes estructurales, y mediante alianzas, tensiones y disputas de los diferentes agentes.

Es importante tomar en cuenta dos componentes del imaginario social en México, sobre todo en los sectores populares. Por una parte, la aceptación de las mujeres de la construcción de su carácter esencialmente reproductor, reforzado por el prestigio social del rol de madres (Lamas, 2001). Por otra, la consideración de los hijos/as como una garantía de solidaridad económica ante el desempleo y el subempleo, así como un sistema de seguridad en la vejez (Márquez, 1984). Estas ideas serían consideradas en la formulación de las estrategias de control de la fecundidad, a fin de que no causara rechazo en la población. Se manejó como un derecho alcanzado para decidir sobre la fecundación, cuando era más una estrategia política que la concesión real de derechos, como se verá más adelante.

Por su parte, algunos economistas y demógrafos argumentaban que la economía no podía generar el número de empleos correspondiente a las necesidades crecientes; y preveían dificultades futuras para alfabetizar, alojar, nutrir y capacitar a los millones por nacer (Márquez, 1984).

En el sector salud, desde la perspectiva materno-infantil, se había construido un argumento de carácter médico que se sumaba al demográfico, había una preocupación de las consecuencias para la salud de las madres y de sus hijos/as ante embarazos demasiado tempranos, demasiado frecuentes y a intervalos demasiado cortos. Cabe señalar que en este sentido, la preocupación institucional por las mujeres era, y sigue siendo, en su calidad de madres.

Un grupo con gran interés en la promoción de la planificación familiar, eran las instituciones que ofrecían estos servicios al público y que realizaban investigación sobre los efectos de los anticonceptivos en la población mexicana. Una de las primeras fue la Asociación Pro Salud Maternal, fundada en 1959. Por su parte, la Fundación para el Estudio de la Población, A.C. (FEPAC), que ofrecía consultas y servicios de planificación familiar, y organizaba programas educativos y de capacitación para el personal médico, llegó a tener 55 clínicas en todo el país, antes de la adopción oficial de la política de planificación.

Era notorio pues que, aunque pudieran tener diferentes justificaciones o intereses, había un consenso para detener el crecimiento poblacional entre demógrafos, economistas, médicos y asociaciones civiles, que sirvió para influenciar la decisión del entonces presidente -Luis Echeverría-, la única figura habilitada para iniciar nuevas políticas, de autorizar la planificación familiar. En dicha coyuntura, Echeverría tenía un proyecto internacionalista de liderazgo del Tercer Mundo en materia de políticas sociales, ambientales, etc. De ahí surgió la oportunidad de presentar una medida concreta que diera visibilidad política a México en la comunidad internacional. Así, la política de población con un fuerte componente de planificación familiar se fue madurando como un paquete de medidas en distintos sectores hasta colocarse en la agenda oficial.

A fin de evitar un enfrentamiento con la población, estratégicamente, la nueva política debía parecer una conquista popular, como un nuevo derecho de las y los ciudadanos de decidir el tamaño de su familia, y los líderes de los diferentes sectores debían describirlo como una concesión obtenida del gobierno. En este contexto, el sector obrero fue uno de los primeros beneficiarios de la planificación familiar, el único habilitado de la época para recibir los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Hasta 1972, las propuestas de las instituciones y personalidades académicas no tenían audiencia pública, la prensa mexicana no abordaba el tema, por lo que “la famosa crisis demográfica de la que se hablaba en todos los foros internacionales no existía en México como discusión localmente relevante, socialmente reconocida y públicamente difundida” (Márquez, 1984: 318).

No obstante, la tesis neomalthusiana, que definía el problema como sobrepoblación y apuntaba a los países del Tercer Mundo como los principales responsables de la situación, se fue colando y aunque su versión más extrema fue descartada por los países de América Latina, la avalancha internacional alcanzó a México y el país no estuvo exento de controversias internas. Fue difícil que México no se abriera al apoyo financiero internacional asociado con el paquete tecnológico, en una época de uso masivo de los anticonceptivos.

En este contexto, para instrumentar las acciones comprometidas por el gobierno mexicano, en 1973 derogó la prohibición de la venta y propaganda de anticonceptivos, y en 1974 incorporó el tema de la *planificación familiar* en su agenda pública: decretó la nueva Ley General de Población, en donde se establecieron las bases para la creación de servicios de

planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud en el sector público. En consecuencia, en ese mismo año se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) como un organismo intersectorial que coordinaría la planeación demográfica del país; y se reformó el artículo cuarto de la Constitución, en el que se estableció el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos/as. Con ello se estableció una obligación para el Estado mexicano de brindar información adecuada para los distintos sectores de la población mexicana, por ejemplo, sobre métodos anticonceptivos para planificar, en número y espaciamiento, su familia. Pero como precisa Ingrid Strobl, “la política demográfica no se practica contra gobiernos, sino contra mujeres concretas” (1994: 51).

Jacqueline Pitanguy (en Lamas, 2001) pone el acento en que el debate poblacional es un campo donde las decisiones públicas intervienen en el territorio del cuerpo de las mujeres. El control de los cuerpos depende de las circunstancias de cada país y de las políticas oficiales, y en México, en un primer momento, el IMSS se abocó a la aplicación masiva y poco diferenciada de técnicas anticonceptivas, donde estaba la mayor parte de mujeres usuarias de estos servicios (Márquez, 1984).

Un actor fundamental en el debate poblacional ha sido el movimiento feminista, que aunque congrega una diversidad de ideologías y posturas políticas, hay puntos en común como el lema que ha movido diversas luchas: “nuestro cuerpo nos pertenece”. Como refiere Marta Lamas (2001), esta frase contiene una discusión conceptual y política relacionada con la ciudadanía de las mujeres y sus derechos sociales y políticos. Es así que es preciso señalar las tensiones políticas que las feministas han reconocido en el campo poblacional, entre: autonomía y coerción; opción e imposición; democracia y autoritarismo (Lamas, 2001).

Sería inocente suponer que la articulación de la política institucional con los derechos establecidos en la Constitución no traería tensiones. Para atender esta complejidad, recorro a la hipótesis planteada por Ariadna Estévez y Daniel Vázquez (2017: 15): “los derechos humanos funcionan igualmente para la sociedad o para el poder de dominación capitalista, en distintos grados, niveles y sectores productivos del capitalismo, dependiendo de variables como el punto de partida epistemológico, los mecanismos de derechos humanos de los que se eche mano, si tienen una función jurídica o política, y los actores o agentes sociales que los instrumentan”.

Es decir, los derechos operan en su constitución dual como discurso empoderador y de dominación (Estévez y Vázquez, 2017). En este sentido, cabe recordar que desde principios del siglo XX surgió el término *control natal* (o de la fecundidad) como una reivindicación política de los movimientos feministas y socialistas de esa época, que luchaban por la libertad sexual y reproductiva de las mujeres. Las feministas de la segunda ola, que inició entre finales de los años sesenta y principios de los setenta, politizaron lo “personal” e incluyeron en su lucha asuntos antes personales como la sexualidad, las tareas domésticas, la reproducción y la violencia contra las mujeres (Fraser, 2009).

Sin embargo, siguiendo la crítica de Nancy Fraser (2014) respecto a que la segunda ola del feminismo emergió como una crítica del capitalismo pero terminó enredándose en una “amistad peligrosa” con éste, la lucha de las mujeres por el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, con el impulso de acciones como el uso de anticonceptivos, fue cooptada por el discurso institucional en forma de planificación familiar, sin límites claros entre el derecho a decidir y las políticas de dominación de un aspecto de la población que interesaba al gobierno.

En México, “el concepto planificación familiar [a diferencia del de control natal] tiene otra connotación y carga ideológica, ya que en sus orígenes hacía referencia al control de la capacidad reproductiva de la pareja como un medio para promover la estabilidad de la familia y contribuir a un equilibrio armónico entre el desarrollo económico y el demográfico” (Figueroa, Aguilar, Hita, 1994: 131). Las políticas de control de la población consisten en influir, planificar y controlar la planificación familiar de cada pareja, pero concretamente significa que determina y manipula la fecundidad de las mujeres (Strobl, 1994), lo que podría definirse como lo que llaman Carmen Barroso y Sonia Correa (1991): *gendering of politics*.

Como ya se había incorporado el concepto de derechos a nivel constitucional, los primeros programas y políticas nacionales enfatizaban el derecho de la población a regular su fecundidad, como fue el caso del primer Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1982, en el cual se definieron metas de cobertura por institución y se estableció además, la meta demográfica de reducir la tasa de crecimiento de población a 2.5% para 1982.

Es decir, parecía que el Plan cubriría los intereses y los derechos de la población, a la vez que las metas del Estado. Si bien al final del sexenio, en 1982, los indicadores mostraban una convergencia entre las intenciones reproductivas de las mujeres mexicanas y las

expectativas de las políticas de planificación familiar, fueron saliendo a la luz una serie de irregularidades en la aplicación de estas medidas, en el sentido de que se les presionaba para modificar su conducta reproductiva o se les imponían métodos anticonceptivos sin respetar el proceso de toma de decisión (Figueroa, Aguilar, Hita, 1994).

A partir de entonces, los servicios de planificación familiar se fueron extendiendo a lo largo del país, al principio en áreas urbanas y posteriormente fueron abarcando áreas rurales, con distintas estrategias, entre ellas, campañas de comunicación educativa y social para difundir los beneficios de la planificación familiar entre la población.

En los años ochenta, el Programa de Planificación Familiar incorporó el *enfoque de riesgo* y se iniciaron programas de anticoncepción post-evento obstétrico, dando prioridad a grupos específicos de la población identificados como vulnerables. Desde una mirada epidemiológica y demográfica, las campañas y las políticas públicas estaban dirigidas principalmente a los grupos de mayor “riesgo” (como indígenas y de bajos recursos).

Este recuento de cómo se ha aplicado la *biopolítica* a los cuerpos de las mujeres mediante la política anticonceptiva, como refiere Foucault (1976), no sólo de manera jerárquica y opresiva, sino producida horizontalmente, ha permeado en los procesos de la vida cotidiana de la sociedad.

1.2. El discurso de los derechos sexuales y reproductivos (90s)

La década de los noventa inició con un importante encuentro global, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto en 1994, que congregó a muchos grupos y dio voz directa a las feministas en el debate público relativo a las políticas corporales. Además, colocó en el centro del debate el tema de los derechos sexuales y reproductivos, y así obtuvo reconocimiento institucional, por encima de las políticas demográficas imperantes hasta el momento, con una perspectiva de equidad de género (Berrio, 2013). Y estuvo seguido de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995 en Beijing, China, que marcó el máximo interés por los derechos de las mujeres en las Naciones Unidas como espacio político (Harcourt, 2011) y como espacio de discusión sobre los derechos sexuales y reproductivos.

A partir de El Cairo (1994), la comunidad internacional se comprometió a desarrollar políticas de población que tuvieran como eje central los derechos reproductivos de las mujeres. Se comenzó a cambiar el foco de la discusión sobre métodos anticonceptivos hacia el reconocimiento de derechos humanos y el ejercicio de una maternidad libre y voluntaria (GIRE, 2015a).

En Beijing se tendió un puente hacia el debate sobre el derecho de las mujeres a controlar los aspectos de su salud reproductiva, en particular lo relacionados con su fecundidad. Asimismo, se ratificó la necesidad de tipificar como violencia contra la mujer toda forma de violencia física, sexual y psicológica en los ámbitos público y privado. En la *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing* se señala que “los actos de violencia contra la mujer también incluyen la esterilización forzada y el aborto forzado, la utilización coercitiva o forzada de anticonceptivos, el infanticidio de niñas y la determinación prenatal del sexo” (ONU Mujeres, 1995: 87).

Los hacedores de políticas han adoptado nociones impulsadas por el movimiento feminista, como los *derechos reproductivos*, tanto en los discursos como en la normatividad de los sistemas de atención a la salud (Erвити, Sosa y Castro, 2007). En la conceptualización de los derechos reproductivos, al estar ligados en este primer momento a la salud reproductiva (que incluía la salud sexual), se retomaron derechos ya reconocidos, tanto a nivel internacional, como nacional (en México, por ejemplo, en el artículo cuarto constitucional), como a decidir libre y responsablemente el número de hijos/as, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, en el informe de GIRE (2015a) se señala que en los últimos años han resurgido tendencias a nivel mundial que buscan rescatar el enfoque del control poblacional, en lugar de abordar el tema del acceso a métodos anticonceptivos como un aspecto esencial del derecho a la autonomía reproductiva.

De acuerdo con el Programa de Acción de El Cairo, también se incluye el derecho “a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia” (párrafo 7.3). El programa establece que el propósito de los programas de planificación de la familia debe ser permitir a las parejas y a las personas decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios

necesarios para hacerlo (párrafo 7.12). Queda claro que los objetivos de garantizar los derechos reproductivos, plasmados en este programa internacional, están dirigidos a las “parejas”, los “individuos” (mujeres y varones), y las “familias”.

Si bien las mujeres se benefician de la ampliación de derechos en este sentido y del enfoque de género que se adoptó en el documento, esta redacción no garantiza el ejercicio de su autonomía cuando, como se verá en el apartado de los casos de la CNDH, la firma del consentimiento informado por el esposo o la pareja de las mujeres basta para aplicarles un método anticonceptivo sin tomar en cuenta su decisión.

Sin negar la importancia de las conferencias internacionales de las Naciones Unidas en el reconocimiento institucional progresivo de derechos de las mujeres, y como consecuencia, del posicionamiento de éstos en las agendas nacionales, considero importante señalar el llamado de atención que hace Wendy Harcourt (2011) a que las discusiones y decisiones políticas en los Estados en materia de derechos de las mujeres, en concreto las políticas sobre sus cuerpos, suelen remitir más a documentos de las Naciones Unidas, en los que puede haber una brecha entre los objetivos de la sanidad pública y las necesidades de los diferentes grupos de mujeres; y consideran menos las aportaciones académicas feministas que podrían dar cuenta de las experiencias encarnadas de las mujeres a quienes van dirigidas las políticas, dado que el *género* es un término analítico fundamental en las políticas corporales. Harcourt (2011) se pregunta ¿qué cuerpos están produciendo conocimiento sobre qué otros cuerpos? Yo agregaría, retomando la propuesta de Judith Butler sobre los cuerpos que importan (2002), ¿para qué fines importan?

Harcourt (2011) menciona que el programa de El Cairo, que prometía ser una victoria para los derechos, para el género y para el desarrollo, entrañaba contradicciones y problemas. Como sugiere Sonia Correa (2006 en Harcourt, 2011), garantizar los derechos en materia de procreación y salud implica “revoluciones” en las relaciones de género, el desarrollo económico y las instituciones democráticas.

En México, las conclusiones de la conferencia de El Cairo dieron lugar al Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, en el que se incorporó una mirada integral desde la perspectiva de género, los derechos sexuales y reproductivos, el mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres y no sólo la reducción de la fecundidad (Espinosa, 2000 en Berrio, 2013).

Sin embargo, Espinosa (2000) destaca la contradicción estructural del propio plan, al señalar que al mismo tiempo que tiene un enfoque de género, plantea propiciar la disminución de la fecundidad de los grupos más vulnerables en las poblaciones y regiones con mayor rezago, lo que contradice el espíritu de El Cairo y aquello que se buscaba evitar en el sentido de subordinar los derechos reproductivos a las estrategias del cumplimiento de metas de control de la fecundidad.

Desde una perspectiva feminista y de derechos humanos se ha buscado hablar de derechos sexuales y reproductivos al referirse a la anticoncepción. GIRE estipula que “es esencial que el concepto de planificación familiar presente en leyes, reglamentos y programas sea interpretado de conformidad con las normas de derechos humanos reconocidas por el Estado mexicano, reconociendo que incluye tanto a los servicios de anticoncepción, como a los de reproducción humana asistida, sin que en ninguno de los dos casos se requiera para su ejercicio contar con una pareja” (2015a: 33).

Previo a El Cairo, se llevó a cabo la Conferencia Internacional de Maternidad sin Riesgos, en 1987, en Nairobi, Kenia, en la cual se acordaron compromisos en materia de la mortalidad materna. En aras de eliminar el riesgo como un mecanismo para reducir la mortalidad materna, surgió en 1993 el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMSRM). Lo anterior es un claro ejemplo de cómo el discurso del riesgo va permeando en programas públicos. Reconozco que las políticas de prevención y atención al riesgo no son negativas en sí mismas, el problema se da cuando se utilizan como instrumento de control y no de desarrollo de la autonomía y de las capacidades de las mujeres.

Estas resoluciones provenientes de la comunidad internacional han sido recuperadas en las políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva en México, en el marco de una fuerte presión de organizaciones feministas y de mujeres, articuladas en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos (Berrio, 2013).

Otros dos documentos normativos, desarrollados por el Grupo Interinstitucional de Planificación Familiar, se publicaron en nuestro país durante la década de los noventa: la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2 *De los Servicios de Planificación Familiar* (NOM-005) en 1994; y el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, de cobertura nacional, con una visión holística, que vinculaba los componentes de planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, salud perinatal y salud de

la mujer. Con estas acciones México fue uno de los primeros países del mundo en adoptar las recomendaciones del Programa de Acción de El Cairo.

La NOM-005 fue actualizada en 2004, las modificaciones “incorporan los avances científicos y tecnológicos en anticoncepción, aspectos epidemiológicos que guían el criterio médico de elegibilidad de los métodos, orientación-consejería, consentimiento informado, derechos sexuales y reproductivos, así como el derecho a la libre decisión” (SSA, 2002: 12).

Estas cláusulas merecen algunas reflexiones. En cuanto al servicio de orientación – consejería, se establece que “la prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo” (NOM-005, 4.1.3). Esta redacción abre la puerta a la imposición de métodos anticonceptivos, tal como se ha demostrado en algunos estudios y como más adelante mostraré con la experiencia de una mujer entrevistada para esta investigación. Ya el hecho de enunciarlo como un riesgo reproductivo es muy sintomático de la dimensión que se le da.

Ahora bien, si la consejería debe impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita y si el personal de salud tiene la indicación de hacerla con la finalidad de que las mujeres acepten y seleccionen un método anticonceptivo, el problema es cuando el derecho de las mujeres a decidir se convierte en una coerción para obligarlas a aceptar el anticonceptivo a juicio del personal de salud que las considera con un posible riesgo reproductivo.

Esta percepción es mayor con la población indígena. Como expone López (2007), desde el siglo XIX el racismo en nuestro país se alimentó del discurso médico. La supuesta inferioridad física y biológica de las mujeres, se atribuyó en doble medida a las indígenas, de quienes se concluyó que tenían características craneales anómalas que incidían en sus facultades como personas, y que la propensión a ciertas enfermedades se debía a su constitución física.

Estas ideas siguen tan vigentes, que Itzel Sosa en una investigación en 2018, al preguntar a médicos obstetras sobre su experiencia al atender a mujeres indígenas, obtuvo comentarios que aluden a una dificultad al trabajar con ellas bajo el supuesto de una inferioridad cultural con consecuencias sobre sus prácticas reproductivas: “es muy difícil ... está la barrera de la

lengua ... no usan anticonceptivos ... se sientan en el piso”; “es más difícil, porque de acuerdo a sus creencias dicen: *voy a tener los hijos que Dios me dé*. La población que ya está más civilizada al contrario te dice: *sólo un hijo o dos porque la economía está dura...*”. Sosa (2018) concluye que estas mujeres son percibidas como más cercanas a la naturaleza y menos “civilizadas”, y así se legitima la imposición de anticonceptivos.

En la NOM-005 se especifica que se debe proporcionar “información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos” (4.4.1.1) y que “no se efectuará ante situaciones de crisis y cuando la capacidad de juicio o raciocinio se encuentren comprometidas” (4.4.4).

Si bien el texto contempla que la consejería se realice en un clima de respeto y libre decisión, tiene al menos dos condiciones limitantes. Por una parte, el propósito claro de cumplir con metas institucionales de control natal, establecidas en programas y planes nacionales, lo que puede llegar a contravenir una negativa en las mujeres para aceptar el anticonceptivo y presionarlas, incluso en momentos donde su capacidad de raciocinio se encuentre comprometida, como es durante el trabajo de parto o en el periodo de expulsivo. Y aquí nos enfrentamos con la segunda limitante, en un nivel más estructural, y por tanto, más difícil de ver: los mandatos de género y el *habitus* médico.

El *habitus* médico, como un principio generador de prácticas, se expresa mediante el *paternalismo* médico, avalado por el conocimiento autorizado de los médicos que limita la autonomía de las mujeres y su capacidad para tomar decisiones propias. A su vez, el *habitus* médico reproduce el orden de género internalizado tanto en los médicos como en las mujeres, que espera de ellas un comportamiento pasivo y de obediencia.

Por otra parte, las prácticas médicas siguen estando condicionadas por las políticas reproductivas de los años setenta y ochenta, que exigían a los médicos/as el cumplimiento de metas, a riesgo de ser penalizados/as. Como refieren Juan Guillermo Figueroa, et al. (1994) se podía conjugar en las y los prestadores de servicios de salud, la convicción de la necesidad de reducir las tasas de natalidad de la población, con la práctica paternalista y de autoridad profesional hacia las usuarias, y la evaluación que recibían de su rendimiento; y así, tendrían “interpretaciones heterogéneas, ambivalentes y fácilmente manipulables

respecto al derecho de la población -y en especial de las mujeres- a decidir libre e informadamente sobre las diversas posibilidades reproductivas y anticonceptivas” (1994: 14).

Para Lina Berrio (2013), en el modelo médico hegemónico se ejercen relaciones de poder en las que se superponen diversas relaciones de micro poder entre sujetos que se saben parte de grupos desiguales (médicos/as y mujeres), y así se actualizan mecanismos de subordinación.

En lo que a las mujeres usuarias se refiere, “la aceptación de un método anticonceptivo permanente debe de manifestarse por escrito en un formato de anticoncepción quirúrgica voluntaria donde se exprese el consentimiento informado, antes de la realización del procedimiento quirúrgico. En este formato se registra que se haya proporcionado al aceptante o la aceptante la información amplia sobre la irreversibilidad del método, así como sus detalles, ventajas y riesgos además de la posibilidad de desistir en cualquier momento antes de que se realice la operación sin represalias de ningún tipo” (NOM-005, 4.4.1.5).

En un boletín dirigido al personal de servicios de salud, elaborado por el IMSS en conjunto con Ipas México, se aclara que el “consentimiento informado se basa en el principio bioético del respeto a la dignidad y autonomía de las personas y tiene que ser un proceso esencial y cotidiano de la atención a la salud” (Moreno, et al., 2003: 2). En el área de la anticoncepción:

está orientado a favorecer la autodeterminación de mujeres y hombres en cuanto a sus decisiones reproductivas, mediante un proceso de comunicación orientado a responder a sus necesidades y expectativas personales, reproductivas, sociales y de salud. Este proceso de comunicación debe ser claro, veraz, oportuno y comprensible, para favorecer la toma de decisiones, y debe registrarse en forma detallada a fin de dejar constancia de la aceptación voluntaria de la conducta de salud propuesta (por ejemplo, aceptación de un método anticonceptivo), así como asegurar el respeto a la misma. (Moreno, et al., 2003: 2)

En el mismo documento se establecen los principios para aplicar este instrumento en el proceso de otorgamiento de métodos anticonceptivos:

a) *Tomar decisiones de manera libre e informada*, basado en el derecho de las usuarias a ejercer su autonomía, al aceptar o rechazar un tratamiento o procedimiento, con base en información que les permita reconocer los beneficios de la propuesta planteada. Este derecho

implica que bajo ninguna circunstancia puede forzarse a una persona a que adopte un método de anticoncepción.

b) *Satisfacer las necesidades de información de las usuarias*, que variarán de una persona a otra, de acuerdo con su contexto cultural, económico, social y político, así como por las experiencias vividas por cada una. En el texto se reconoce que tanto el personal de salud como las usuarias pueden tener sus propias opiniones, que con frecuencia son diferentes y que pueden estar condicionadas por prejuicios. Sin embargo, la información deberá dar respuesta a las necesidades manifiestas o identificadas por las usuarias.

c) *Proporcionar información específica y veraz*, respecto a la posibilidad que tienen las personas de postergar, espaciar o limitar con oportunidad su reproducción, y las características de un determinado tratamiento o procedimiento, como ventajas y desventajas, duración, eficacia y efectos secundarios en el caso de los métodos anticonceptivos.

d) *Dejar constancia de la aceptación voluntaria e informada de un método anticonceptivo y del respeto a la decisión tomada*. La firma del documento debe entenderse como la manifestación, por parte de las personas, de decidir ejercer su derecho, así como también de su compromiso a atender las instrucciones que favorezcan su utilización correcta y satisfacción con el método; y la firma por parte del personal de salud, como el compromiso de que se verificó que la información proporcionada fue comprendida y que la decisión será respetada. (Moreno, et al., 2003)

Gaia Marsico (2003) hace una interesante crítica a la institución del consentimiento informado, en el sentido de que representa el desequilibrio de poder existente en la medicina entre médicos y pacientes, y tiene un valor no sólo jurídico, sino simbólico, que hace más evidente la relación de poder. Lo anterior debido a que, como la autora lo cuestiona, ¿el *consentimiento* significa la *decisión* del/la paciente?; para ella, más bien remite a una posición poco activa, porque se da el consentimiento a opciones que otros establecen. Es así que Marsico propone el término “decisión informada”, que expresa que las personas puedan tomar las decisiones más adecuadas, y no sea sólo un instrumento para justificar al personal de salud.

En cuanto al derecho a la libre decisión, en el contexto de la planificación familiar, reconocido en nuestra constitución política y retomado por normas y políticas, está expresado como un derecho de la población o de las mujeres y los varones por igual. Esta

valoración no contempla que en ocasiones la mujer puede tener una decisión distinta a la de su pareja y que debería ser la que se tome en cuenta; en cambio, deja una puerta abierta a que, si el interés del varón es el que coincide con el del personal médico, sea éste el que se respete.

1.3. Retroceso en los derechos reproductivos (2000)

En 2000, la Cumbre de Desarrollo del Milenio fue crucial para la definición de acciones durante los siguientes años, 189 países integrantes del Sistema de Naciones Unidas establecieron una serie de compromisos que se plasmaron en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En México, en el marco de estos compromisos, los derechos reproductivos quedaron minimizados a la reducción de la mortalidad materna y al acceso universal de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva. La centralidad en la salud materna y del feto, contribuye a que el discurso del riesgo posibilite la violación de derechos de las mujeres.

Harcourt (2011) hace un análisis de cómo para los ODM, a diferencia de las negociaciones de El Cairo y Beijing, los organismos de las Naciones Unidas no consultaron a la sociedad civil y muchos grupos de mujeres quedaron excluidos del proceso. Su crítica va en el sentido de que el resultado fue un discurso sobre género y salud basado en la mortalidad materna, sin enfoque feminista en cuanto a derechos de procreación y salud reproductiva. El objetivo se centró en el suministro de instalaciones sanitarias y de sistemas de atención médica, mas no el derecho de las mujeres a elegir.

Entre las acciones del Estado mexicano, consecuentes a los ODM, en 2009 se lanzó la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna, que incluía, entre otras medidas, la atención universal gratuita de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio en cualquier institución del sector salud, independientemente de si la mujer fuera derechohabiente o no (Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas). A partir de ese año se inició una estrategia focalizada que busca reducir la muerte materna entre 7 y 14% (GIRE, 2013).

Si bien el programa plantea un conjunto de acciones de incidencia —que abarcan desde la mejora en la infraestructura de los servicios de salud materna hasta la coordinación nacional para el registro estadístico de los casos de muerte materna— de acuerdo con la meta nacional,

los porcentajes de reducción de muerte materna han sido inferiores a lo establecido en los ODM, lo que demuestra no sólo su falta de efectividad sino su deficiente implementación en los tres niveles de gobierno (federal, local y municipal) (GIRE, 2003).

Como parte de las políticas de desarrollo social, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 integraba en su estructura programática el desarrollo del Programa de Acción de Salud Reproductiva. Éste estaba constituido por siete subcomponentes que específicamente se traducen en programas operativos de intervención de cobertura nacional: salud sexual y reproductiva del hombre; salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes; salud sexual y reproductiva de la población discapacitada; tecnología anticonceptiva; salud sexual y reproductiva de las comunidades indígenas; atención en el climaterio y la menopausia; orientación para la prevención y diagnóstico de la infertilidad.

El Programa de Acción Específico: Planificación familiar y anticoncepción 2013 – 2018, de la Secretaría de Salud, tenía como uno de sus indicadores la “cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico en instituciones públicas de salud”, que indica “el porcentaje de mujeres a las que se les atendió un evento obstétrico (parto, aborto o cesárea) y adoptan un método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario o bien dentro de los 40 días posteriores a la atención de su evento obstétrico”. (SSA, 2013: 60)

Este indicador calcula el número de mujeres que adoptaron un método anticonceptivo antes de su egreso del hospital en donde se le atendió algún evento obstétrico (partos, abortos y cesáreas). En la misma línea de tensión que he sostenido, es interesante resaltar cómo se pasa de complejas elaboraciones conceptuales sobre los derechos reproductivos, desde el ámbito internacional, a indicadores que reducen mucho esa complejidad.

Lo que cabe destacar de este recorrido de programas y políticas públicas de planificación familiar que se han ido implementando en México es que, aunque respondan al derecho establecido en el artículo cuarto constitucional de decidir el número y espaciamiento de los hijos/as, el discurso de los derechos no opera solo, sino que va acompañado del objetivo de cumplir con las metas sociales, económicas y demográficas de la disminución de la fecundidad. El reconocimiento de los derechos no necesariamente garantiza las condiciones para su ejercicio efectivo. El artículo 4º Constitucional nos iguala en el derecho a la salud, pero en la realidad existen diferencias entre hombres y mujeres y aún entre mujeres de

distintas condiciones socioeconómicas en la calidad de los servicios médicos a los que tienen acceso (Villanueva, 2010).

Si bien la revisión de documentos para esta sección no es exhaustiva, el objetivo es retomar algunos ejemplos para señalar que tales políticas han estado enfocadas en la intervención de los cuerpos de las mujeres desde el discurso médico del riesgo que muchas veces las obliga a aceptar la imposición de un anticonceptivo; así como desde el paternalismo médico que las infantiliza y toma decisiones por ellas.

1.4. Atención del embarazo y el parto

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida* (NOM-007) es el principal instrumento para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, de observancia obligatoria en el país para el personal de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. Esta Norma fue publicada por primera vez en 1993 y sus últimas reformas son de 2016, enfocada principalmente a “corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud, y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal” (NOM-007).

Se incorporó el término de “consulta prenatal efectiva” que indica que los prestadores de servicios de salud deben de brindar información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo (factores de riesgo, estilo de vida, nutrición, lactancia materna y planificación familiar). Asimismo, se modificó la periodicidad de las consultas prenatales, de 5 en 1993 a 8 en 2016. Esta estrategia se enmarca en un enfoque de riesgo, por ello se centra en la atención prenatal como el espacio privilegiado de seguimiento y detección. Algunos criterios de la NOM-007 son:

Durante el embarazo

- Toda mujer embarazada con 41 semanas o más de gestación, debe ser valorada en el segundo nivel de atención (5.2.1.17).
- El personal de salud debe informar de manera completa a la mujer embarazada y a su familia acerca de los signos y síntomas de alarma que ameriten atención inmediata, y elaborar un plan de seguridad al respecto (5.3.1.12).

- En todos los casos de urgencia obstétrica (hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o enfermedades concomitantes graves), el personal de salud debe garantizar atención médica integral con oportunidad y calidad o en dado caso, asegurar el traslado puntual de la usuaria a un establecimiento con capacidad resolutive adecuada (5.3.1.13 y 5.3.1.13.3).

Durante el parto

- Al ingreso de la usuaria para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico* y se integrará el partograma. En caso de necesitarse el traslado a un establecimiento con mayor capacidad resolutive, debe valorarse el traslado oportuno y seguro (5.5.2).
- Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia discriminará o ejercerá algún tipo de violencia a la usuaria durante el trabajo de parto (5.5.3).
- Todas las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben registrarse en el expediente clínico (5.5.13).

En el puerperio

- Se revisará a la paciente cada 15 minutos durante la primera hora del puerperio, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo con su evolución hasta su egreso (5.6.1.2).
- Durante el internamiento y antes del alta médica, se orientará a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona recién nacida, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma de la persona recién nacida o de la madre que ameriten atención médica urgente (5.6.1.9).

En el *Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México* realizado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV, 2016), se menciona que con las nuevas incorporaciones a la NOM-007:

se busca una mayor calidad en la atención a la mujer embarazada, poniendo principal énfasis en aspectos como la interculturalidad, la inclusión de la mujer en la toma de decisiones y el respeto hacia las mismas, además de una mayor atención al estado psicológico y emocional durante el todo el proceso del embarazo, así como eliminar todas las prácticas que puedan generar violencia obstétrica de cualquier tipo. Y que el proceso perinatal sea una experiencia más humanizada en donde la mujer tenga el control sobre su vida y salud sexual. (CEAV, 2016: 134)

En cuanto a la aplicación y efectividad de la Norma, el análisis que realicé de los textos de las Recomendaciones de la CNDH muestra cómo el incumplimiento de estas disposiciones resulta en la violación de derechos de las mujeres. La mayoría acudió al hospital con dolor, en ocasiones por trabajo de parto, pero algunos casos por otras causas y se advierte lo común que es que las regresen a sus casas sin un diagnóstico, sin una revisión o incluso diciéndoles que no tienen nada, que no exageren, que regresen cuando presenten sangrado.

Por ejemplo, Verónica³³ llegó al hospital con escalofríos, vómito y escasos movimientos del bebé, después de 10 horas fue valorada por un médico en turno, quien le diagnosticó “un malestar general compatible con un cuadro gripal” e indicó que presentaba amenaza de parto prematuro y debía ser internada, pero no diagnosticó embarazo de alto riesgo ni solicitó valoración por ginecobstetricia. Al día siguiente le hicieron un ultrasonido, le informaron que la frecuencia cardiaca del bebé era baja y que era necesario intervenirla de inmediato. Después de la cesárea le informaron que el bebé tenía 3 horas de haber fallecido. Sin embargo, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, determinó que la atención otorgada fue adecuada y oportuna, y que sus complicaciones obedecieron a la naturaleza, gravedad y evolución de su padecimiento.

Cabe señalar que existen condiciones estructurales que aumentan la posibilidad de violación de derechos de las mujeres, pero considero que no debe señalarse como justificación sino como un tema de prioridades de asignación de recursos, donde la atención a las mujeres claramente no está. Como Gabriela³⁴, indígena náhuatl, que acudió a un hospital de la

³³ CNDH, Rec. 2015-25, Toluca, Edomex, IMSS.

³⁴ CNDH, Rec. 2016-58, Pahuatlán del Valle, Puebla, SSA; y Tulancingo, Hidalgo, SSA.

Secretaría de Salud en Puebla con dolores de parto. Quien la atendió le señaló que debía ser conducida al hospital de Huachinango porque no contaban con ginecólogo, anestesiólogo ni pediatra. Se indicó el traslado pero no se realizó porque la ambulancia no tenía gasolina y no había chofer.

Desde la versión de 1993, esta Norma establecía que el ejercicio indiscriminado de una serie de procedimientos rutinarios orientados a la aceleración del parto podía resultar perjudicial para las mujeres, que la corresponsabilidad de la paciente y los profesionales que la asistían resultaba deseable para la toma de decisiones concernientes al parto y que la atención “psicoprofiláctica” era una alternativa viable para las mujeres que la solicitaran. El caso de Adriana³⁵ es muy claro en este sentido, llegó a un hospital de la Secretaría de Salud en trabajo de parto, se le indicó que el bebé era muy grande (casi 4 kilos) y que era necesario practicarle cesárea, no obstante, no había anestesiólogo y tuvo que ser parto. Se le condujo el trabajo de parto con oxitocina (“se prolonga el parto debido a que la paciente no puja y a que no hay contracción efectiva...”); le realizaron ruptura de membranas de manera artificial con el propósito de acelerar el trabajo de parto; episiotomía sin haberle informado, extremadamente profunda que le produjo dolor y ardor al miccionar y al evacuar; revisión de cavidad dos ocasiones y otras dos con pinza de anillos porque la paciente “no permitía revisión con la mano”, y maniobras de Kristeller sin justificación.

El caso de Sofía³⁶, una mujer indígena atendida en un hospital del IMSS en Oaxaca, también ilustra la realización de prácticas de rutina, incluso cuando por la situación de las mujeres, ponen en riesgo su salud y su vida: tuvo complicaciones que fueron atendidas por residentes sin supervisión y asesoría de médicos responsables. Tenía una hemorragia y se envió a los familiares para conseguir plasma fresco congelado fuera del hospital, ya que ahí no había. Le realizaron tacto vaginal inadecuado por presentar sangrado; revisión manual de cavidad uterina en cuatro ocasiones que le ocasionaron dolor y aumento del sangrado, limpieza de cavidad con pinza de Forrester. Finalmente falleció, el médico señaló que era una paciente “poco cooperadora” y el IMSS emitió una opinión médica en la que determinó que la atención “fue oportuna y los servicios médicos se le otorgaron con calidad, oportunidad, seguridad y sentido humano”.

³⁵ CNDH, Rec. 2015-51, Acatlán de Osorio, Puebla, SSA.

³⁶ CNDH, Rec. 2015-41, Santiago Jamiltepec, Oaxaca, IMSS.

En la NOM-007 se prioriza la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica; y que se debe ofrecer a las mujeres medidas alternativas para el manejo del dolor antes de hacer uso de la anestesia, mas no en lugar de ello. Entre los casos analizados en esta investigación, hubo mujeres que solicitaron anestesia y les fue negada (en hospitales públicos y privados).

La actualización de la NOM-007 también incluyó el reconocimiento de parteras (técnicas y tradicionales) en el sistema público de salud, para atender partos únicamente de bajo riesgo. Sin embargo, muchos prestadores de servicios y diseñadores de políticas no están al tanto del potencial que ofrece el trabajo colaborativo entre el personal de salud y profesionales de partería, para la atención del embarazo y el parto sin complicaciones (Gynuity Health Projects, 2018), lo que dificulta que se apliquen dichas regulaciones.

Finalmente, la disposición de la Norma de no discriminar ni ejercer algún tipo de violencia a las usuarias, se incumple en todos los casos, la violencia de género es una constante que se recrudece cuando el ser mujer se cruza con ser indígena, muy joven o mayor para un embarazo ante los parámetros médicos, estar en una situación de discapacidad y/o pertenecer a una población de bajos recursos. La discriminación y la violencia aumentan cuando las mujeres no cumplen con lo que médicamente se espera de ellas como “pacientes”, y socialmente como “buenas madres” con rasgos de “feminidad”, y como consecuencia las regañan, las ignoran, las amenazan, se burlan de ellas, les niegan anestesia, entre otras prácticas.

En el siguiente apartado doy cuenta de los diferentes modelos de atención del parto que operan en el campo obstétrico. Se les puede identificar en los sectores médicos público y privado en México, y a través de las medicinas moderna, tradicional y alternativa.

1.4.1. Modelos de atención obstétrica

El traslado de los partos de los hogares a los hospitales en México, derivado de la expropiación de la partería a las mujeres y del auge de la profesión médica masculina en el siglo XIX, ha constituido la institucionalización del embarazo y el parto. Asimismo, su medicalización se ha justificado por la necesidad de incrementar la atención institucional para reducir las tasas de mortalidad materna, en consecuencia, se han desarrollado

programas y acciones para que las mujeres atiendan su embarazo y parto en instituciones hospitalarias (Carrera, 2015).

Como ya se abordó en el capítulo uno, el modelo tecnocrático que describe Davis-Floyd (2001), corresponde al modelo de atención hegemónico en nuestro país, el medicalizado, con prácticas rutinarias, la intervención constante de tecnología (en los lugares donde y cuando hay recursos), el centro de atención en el cuerpo, llevado a cabo desde el conocimiento autorizado, el discurso médico y la mirada médica que trata a las mujeres como pacientes, les resta autonomía y capacidad de decisión, y considera el embarazo como una patología.

Actualmente, más del 90% de los nacimientos en México son atendidos en instituciones de salud (públicas o privadas), la gran mayoría en hospitales. Esto es un indicador del nivel de institucionalización y medicalización del parto en nuestro país. Si bien predomina el modelo de atención hegemónico, no se puede negar que hay al menos otros dos que tienen una presencia importante en ciertos sectores de la población: la partería y el parto humanizado, que, aunque en menor medida, pueden estar dentro del esquema de medicalización, se caracterizan por brindar un trato más personalizado a las mujeres.

La partería sigue atendiendo las necesidades y la preferencia de los saberes locales de mujeres de comunidades indígenas, principalmente (Montes y Freyermuth, 2000; Berrio, 2015; Rangel y Martínez, 2017; Freyermuth, 2018). México es el país de América Latina con mayor cantidad de población originaria. En uno de sus estudios, la antropóloga Lina Berrio (2015) da cuenta de 6,695,228 hablantes de alguna de las 89 lenguas indígenas, más 10,528,322 personas que se consideran indígenas, aunque no sean hablantes de alguna lengua indígena; así como de entre 75,000 y 400,000 personas afromexicanas; así como de más de 15,000 parteras en el país.

En nuestro país también existe la práctica de las parteras profesionales, que no acaban de ser aceptadas por el gremio médico. Su asistencia se limita sobre todo a la atención independiente del parto en casa, dado que no están incorporadas del todo en el sistema público, a pesar de tener un código de contratación (Carrera, 2015), y atender en su mayoría a población con recursos.

En 2007, la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural y el Centro Nacional de Equidad de Género de la Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud se desarrolló el *Modelo de atención intercultural a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio*

para los servicios de salud. Las demandas y necesidades de mujeres y parteras indígenas motivaron su diseño; también se tomó en cuenta la opinión del personal de salud, especialmente de profesionales ginecobstetras, pediatras y enfermeras. En un primer momento, el objetivo fue acercar a las mujeres, sobre todo de origen indígena y rural, a la atención médica, y así colaborar en la lucha contra la muerte materna (Almaguer, et al., 2012). El modelo recoge recomendaciones orientadas a la atención del embarazo y el parto desde una perspectiva que otorga mayor centralidad a las mujeres e integra elementos de otros modelos alternativos de atención, entre ellos la partería tradicional (Berrio, 2015).

La perspectiva de derecho a la salud confluye con la medicina basada en evidencias (MBE) que sustenta las prácticas en torno a la atención, reconociendo que “el primer paso en la humanización de la atención obstétrica es que los servicios sean accesibles y efectivos para todas las mujeres” (CEAV, 2016).

Por otra parte, el modelo del parto humanizado ha ido permeando como una alternativa ante la documentación y las denuncias de violación de derechos en las prácticas del modelo hegemónico. Sin embargo, las posibilidades de este tipo de atención son limitadas, pues se dirige a un sector que tiene acceso a la información y los recursos económicos suficientes para elegir, además de que no se ofrece ampliamente en las clínicas y los hospitales privados (Carrera, 2015), y mucho menos en los públicos.

Reflexiones desde la antropología como la de Claudia Carrera (2015) en su trabajo de tesis sobre la atención del parto humanizado en la Ciudad de México, la de Ana Cristina Alfaro (2015), quien trabaja acerca del carácter elitista de la atención humanizada en Guadalajara, limitada al sector privado, ayudan a visibilizar las tensiones y dificultades que comprende la implementación de un modelo humanizado de atención en el sistema público (Campiglia, 2017).

Entre los antecedentes del parto humanizado está la influencia de aportes como el del obstetra inglés Grantly Dick-Read en 1930, de la implementación del parto natural sin anestesia e intervenciones menores; del médico francés Fernand Lamaze a principios de los años cuarenta, que perfeccionó el método psicoprofiláctico, como alternativa a la intervención médica, privilegiando la respiración y las técnicas de relajación; de Frederick Leboyer, que en 1976 publicó el libro “Por un nacimiento sin violencia”, en el que reflexiona sobre la violencia intrínseca del nacimiento en el modelo convencional y, para mitigarla,

ofrece una serie de claves para un nacimiento sin violencia. En los ochenta, los pediatras Marshall Klaus y John Kenel, el ginecobstetra e investigador francés Michel Odent, y el médico David Chamberlain, profundizaron en la importancia del apego en la salud física y emocional del binomio madre-hijo con diversas publicaciones (Almaguer, et al., 2012).

En América Latina, el modelo del parto humanizado se desarrolló en el campo médico a fines del siglo XX, como una respuesta crítica a las prácticas intervencionistas de la obstetricia moderna en Brasil, retomando como base para su práctica, las recomendaciones que emitió la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 (Carrera, 2015).

Se ha llamado “humanizado” porque toma en cuenta

las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia. (Almaguer, et al., 2012)

Claudia Carrera (2015) destaca que, desde la práctica médica, el modelo del parto humanizado coincide en gran medida con el de la partería. Ambos se enfocan en las mujeres, sus bebés y sus familias, por lo que las necesidades sentidas por las mujeres se toman en cuenta desde la elaboración del plan de parto.

En estos modelos la atención es personalizada y ponen énfasis a la dimensión emocional de las mujeres. Quien asiste el parto por lo general adopta el papel de observador/a activo/a y respeta el tiempo fisiológico y natural del parto, por lo que reduce el uso de sustancias oxitócicas, las intervenciones son mínimas y los recursos clínicos utilizados tienden a ser naturales, como tés, tinturas de hierbas, masajes, auscultaciones manuales, flores de Bach, homeopatía, ejercicios y meditaciones. Aunque en ocasiones sí se apoyan en la tecnología y los estudios de laboratorio para descartar cualquier complicación durante el embarazo y el parto (Carrera, 2015).

Cabe mencionar que, si bien hay numerosas prácticas tradicionales de atención del embarazo y el parto en los pueblos indígenas, las derivadas de la medicina popular, las provenientes de otros sistemas médicos y las de autoatención realizadas por los grupos sociales; éstas

coexisten con las prácticas biomédicas (Montes y Freyermuth, 2000; Berrio, 2015; Murray y Alonso, 2018; Ramírez, 2018), por lo que es interesante analizar cómo experimentan las mujeres los distintos discursos.

Un indicador de lo anterior es el aumento del número de mujeres que acuden a control prenatal y la cantidad de consultas durante el embarazo. Aunque, como aclara Lina Berrio (2015), para la población de regiones indígenas y con bajos recursos, aún persisten barreras económicas, geográficas, de disponibilidad de servicios y culturales, así como prácticas de discriminación y racismo, que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud.

2. Panorama en México: las mujeres embarazadas y las prácticas médicas

2.1. Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud en México se compone por las dependencias y entidades de la Administración Pública —tanto a nivel federal como local—, las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones. En materia de salud, la ley establece competencias tanto para la Federación como para los gobiernos de las entidades federativas (GIRE, 2015).

El INEGI ha hecho una clasificación exhaustiva de las instituciones de salud en nuestro país. Para los fines de esta investigación, retomo las principales del sector público - que comprende al sector social y los servicios estatales-, y del privado, para tener una referencia de cómo está distribuida la atención obstétrica en nuestro país y a qué población se atiende en cada sector.

INSTITUCIONES DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO
1. INSTITUCIONES DE SALUD Y DE SEGURIDAD SOCIAL
1.1 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)
1.2 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)
1.3 INSTITUCIONES DE SALUD Y/O SEGURIDAD SOCIAL DE LOS GOBIERNOS ESTATALES
1.4 INSTITUCIONES DE SALUD DE PETRÓLEOS MEXICANOS

1.5 INSTITUCIONES DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL
1.6 INSTITUCIONES DE SALUD DE LA SECRETARÍA MARINA
1.7 OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
2. INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS
2.1 SECRETARÍA DE SALUD (SSA)
2.2 IMSS BIENESTAR
2.3 UNIDADES DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (SNDIF)
2.4 OTRO TIPO DE INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS
INSTITUCIONES DE SALUD DEL SECTOR PRIVADO
1. INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS QUE BRINDAN SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS A LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS
2. INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
2.1 INSTITUCIONES PRIVADAS DE SALUD
2.2 INSTITUCIONES PRIVADAS DE BENEFICENCIA
2.3 OTRO TIPO DE INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
ASEGURADORAS, BANCOS Y OTRAS INSTITUCIONES DE PREPAGO DE SERVICIOS MÉDICOS
1. ASEGURADORAS
2. BANCOS
3. OTRO TIPO DE INSTITUCIONES DE PREPAGO DE SERVICIOS MÉDICOS

Fuente: Elaboración propia con información del INEGI, consultada el 1 de agosto de 2021 (<https://www.inegi.org.mx/datos/clasificaciones.html>).

Funcionalmente, el Sistema de Salud en México se divide en tres niveles de atención (GIRE, 2015):

1. El primer nivel se compone de una red de unidades médicas que proporcionan atención ambulatoria, es decir, que no requiere hospitalización.

2. El segundo está conformado por una red de hospitales generales en los que se atiende la mayor parte de casos que requieren internamiento hospitalario o atención de urgencias en México. Los hospitales de este nivel de atención se organizan en cuatro especialidades: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología.
3. El tercer nivel es el más complejo. Se trata de una red de hospitales de alta especialidad, en los que bien puede haber un conjunto de subespecialidades que no hay en los otros niveles, o pueden estar dedicados a algún campo específico, por ejemplo los Institutos Nacionales, como el Instituto Nacional de Perinatología.

Eduardo Lazcano, et al. (2013)³⁷ mencionan que la cobertura de atención del parto en unidades médicas es cercana a 94.4% a nivel nacional, pero en entidades federativas como Chiapas (60.5%), Nayarit (87.8%), Guerrero (91.2%), Durango (92.5%), Oaxaca (92.6%) y Puebla (93.4%) la cobertura es menor al promedio nacional. En el caso de mujeres adscritas a la seguridad social, se han alcanzado coberturas cercanas a 99%, y en aquellas afiliadas al SPSS –Seguro Popular– la cobertura de atención médica del parto fue de 92.9%. Por otro lado, hay estados de la República donde la cobertura es total o muy cercana al 100% (Ciudad de México, Nuevo León y Yucatán).

Las derechohabientes a la seguridad social (IMSS, ISSSTE/ISSSTE Estatal, Pemex, Sedena, Semar) han alcanzado las coberturas más altas de atención médica del parto, con cerca de 99%, aunque ésta también se incrementó considerablemente, entre 2006 y 2012, en mujeres adscritas al Seguro Popular³⁸, con cerca de 97% (Lazcano, et al., 2013).

Sin embargo, Lina Berrio (2013) hace una crítica a esta caracterización del sistema de salud, en el sentido de que corresponde solo a la configuración del modelo médico hegemónico descrito por Menéndez (1984, 2003), el cual se centra en una estrategia biologicista e individual, altamente burocratizada, con poca oferta de servicios en zonas rurales e indígenas, y prácticamente una ausencia total de pertinencia cultural en el diseño de sus acciones en estas zonas.

³⁷ Con información de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012.

³⁸ En 2003 se aprobó una reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo era el Seguro Popular de Salud que cubría a la ciudadanía excluida de la seguridad social convencional. En 2020 desaparecieron de las unidades médicas del país los módulos de afiliación al Seguro Popular; las modificaciones de noviembre del mismo año a la Ley General de Salud dieron pie a la creación del Instituto de Salud para el Bienestar que sustituye dicho programa.

Por otra parte, estudios como el de Linda Abarbanell (2019) orientan una explicación a la cobertura de atención del parto para derechohabientes de la seguridad social. La autora realizó una investigación en Chiapas sobre la autonomía y los derechos reproductivos dentro del programa Prospera y obtuvo como resultado evidencia de prácticas abusivas relacionadas con la atención de la salud reproductiva. Señala los esfuerzos del gobierno mexicano para controlar la fertilidad de las mujeres y el interés por engrosar las estadísticas sobre métodos de planificación familiar en los servicios de atención médica, a través de mecanismos de biopolítica y biopoder (Foucault, 2007) con la finalidad de disciplinar a las mujeres, restringiendo su agencia y su autonomía.

Abarbanell (2019) enmarca las acciones de programas como Prospera en un contexto sociocultural en el que la población indígena y los derechos de las mujeres han sido violados rutinariamente para lograr objetivos nacionales de desarrollo. La investigación de esta autora es una evidencia de las tensiones y contradicciones de la política pública mexicana sobre planificación familiar de los años setenta. Señala que el objetivo de dicha política fue eclipsado por los objetivos demográficos para el control de la población, con un estilo intervencionista particularmente en regiones rurales.

Un dato relevante es que cerca de 558,800 partos en el país no fueron atendidos en instituciones de atención médica y que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012, cerca de 241,000 partos fueron atendidos en casa. De estos eventos obstétricos fuera de instituciones de seguridad social y servicios médicos privados, aproximadamente la mitad fueron atendidos por médicos, pero una cifra no despreciable fue asistida por otros profesionales de la salud; de hecho, uno de cada tres de estos partos fueron atendidos por parteras empíricas tradicionales (168,000) o parteras profesionales (85,000) (Lazcano, et al., 2013). Aun cuando se asegure una cobertura casi total de atención del parto en las unidades médicas de salud, y los resultados de las encuestas lo demuestren, investigaciones como la de Lazcano, et al. (2013) demuestran que la atención puede ser muy deficiente, en términos de suficiencia de insumos y de infraestructura básica, particularmente en el nivel primario de atención en las áreas rurales. Incluso bajo la premisa del acceso universal, se soslayan los problemas de infraestructura y equipamiento que afectan la prestación de servicios de salud en las instituciones del sector público (GIRE, 2015).

En el estudio mencionado encontraron que no había correlación entre la reducción por muerte materna y la cobertura de atención en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud (con datos de la Ensanut 2012). Por otra parte, hubo grandes disparidades entre las entidades federativas. La mortalidad materna se considera un reflejo de la inequidad social en México, las tasas más elevadas se observan en estados con menor desarrollo socioeconómico, mayor marginalización y menor cobertura de atención médica obstétrica, como el caso de Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla (Lazcano, et al., 2013).

En México existen diversos problemas de naturaleza estructural del sistema de salud, más acentuados en clínicas públicas y privadas para la población de bajos recursos, que provocan violaciones a los derechos humanos de las personas. Entre otros, están la falta de cobertura de los servicios de salud, la discriminación o exclusión en el acceso a los servicios, la negación o postergación de la atención, la falta de insumos y equipo y disminución de la calidad de los servicios. En uno de sus informes, GIRE señala que “las distintas culturas, momentos históricos, intereses económicos y las luchas de sectores de la población han contribuido a modelar la fisonomía actual del Sistema de Salud mexicano” (2015: 28). En dicho informe se agrega que en el sistema mexicano prevalece una lógica de mercado en la que el objetivo es la maximización de la productividad, y la atención del parto no es la excepción.

Muchas de las deficiencias en la organización de los servicios públicos de salud se derivan de problemas presupuestales que a lo largo de los años han provocado: envejecimiento de la infraestructura, obsolescencia tecnológica, problemas de saturación en diversas áreas, reducción de la investigación y de la formación de personal especializado y técnico, aumento de programas para ser operados por el mismo personal e igual infraestructura y equipo, falta de programas con el alcance y cobertura suficientes para atender apropiadamente las problemáticas con altas tasas de crecimiento o emergentes.

El obstáculo más evidente del sector salud mexicano se encuentra en la falta de integración operativa y de infraestructura de los servicios de las distintas instituciones públicas, que genera duplicidades y una alta ineficiencia en el uso de los recursos, pero también discriminación en la atención, sobre todo de la población no derechohabiente, y discriminación de género y clase en la derechohabiente, con poco énfasis en los derechos humanos, lo que representa un impacto importante en la atención en salud reproductiva.

Aunado a ello, la organización Fundar³⁹ ha constatado la pérdida de prioridad en la agenda pública de salud de la salud materna y perinatal, la cual se hace evidente con el sistemático recorte al presupuesto público en salud en general y en salud materna en particular, contraviniendo las obligaciones establecidas por organismos internacionales de derechos humanos de una asignación progresiva, sujeta a una rendición de cuentas, transparente y orientada a otorgar seguridad a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Ante el panorama anterior, cabe decir que las evaluaciones que se hacen del servicio de salud a las mujeres corresponden al nivel de recursos materiales y humanos, y cuando mucho se extienden a cuestionar el profesionalismo y la cualificación del personal médico, la calidad de la atención obstétrica y la eficiencia de las políticas públicas en la materia. Sin embargo, si se observa en clave sociológica, es posible hacer visibles otros elementos.

Para ello, resulta útil el trabajo de Roberto Castro y Marcia Villanueva (2019) sobre la construcción del *campo médico* en México, con base en la teoría de campos de Bourdieu, el cual definen como:

la red de relaciones objetivas estructuradas en torno a la regulación y conservación del monopolio de los conocimientos y prácticas profesionales legítimas para la preservación de la salud, la identificación y prevención de enfermedades, y su curación. Esta red abarca el conjunto de instituciones y agentes que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de las prácticas de los profesionales de la salud (Castro y Villanueva, 2019: 77).

Comprendido así, como una red de relaciones, y no como prácticas aisladas de agentes aislados, se enriquece su análisis, pues habrá que tomar en cuenta la dimensión de la interacción social en toda su complejidad. Es decir, los capitales que están en el juego, tanto del personal médico como de las mujeres usuarias, en los distintos contextos de la atención obstétrica, entendida como una relación de poder en una estructura jerárquica. Asimismo, las presuposiciones que comparten (la *doxa*) desde sus propios *habitus* (profesionales y de género), que conllevan a manifestaciones de violencia simbólica.

³⁹ Información obtenida de su página web: <http://saludmaterna.org.mx/informacion/>. Consultada el 17 de octubre de 2019.

La propia formación profesional del personal médico y de enfermería se da en un esquema de rangos y jerarquías, con una lógica de funcionamiento basada en la maximización de la productividad, que por sí misma dificulta que las relaciones entre las y los prestadores de salud y las mujeres usuarias de los servicios de salud obstétrica, ocurran en un clima de igualdad y reconocimiento de derechos (Castro, 2014).

Otra dimensión para considerar del trabajo de Castro y Villanueva (2019) en la conformación del campo médico, es su subdivisión en subcampos. La primera subdivisión que interesa la componen las distintas especialidades. En este sentido, está el *subcampo* de la ginecología-obstetricia. Como su estructura es compleja y su dinámica, aunque comparte elementos del campo médico en general, tiene otros muy particulares, considero que podemos hablar del *campo obstétrico*, que surge como una estructura nueva de análisis.

El *campo obstétrico* está conformado por médicos/as ginecólogas-obstetras, así como por el conjunto de personal médico y de enfermería que atiende a las mujeres desde el embarazo o incluso desde antes con el fin de ayudarlas a prepararse para tener un “embarazo sano”; las parteras, tanto tradicionales como profesionales; así como por las instituciones de salud, públicas y privadas; los/las profesores/as y estudiantes; las escuelas de formación, los hospitales – escuela, y los centros de investigación que generan el conocimiento valorado como capital específico de este subcampo.

También los movimientos sociales (feministas y por la salud de las mujeres) y las organizaciones de la sociedad civil –que sitúan a las mujeres como protagonistas con agencia en sus propios embarazos, como ciudadanas con derechos y como participantes activas en su vida reproductiva–, han sido agentes primordiales que emplean sus propias estrategias en las luchas al interior del campo obstétrico en México, así como las mujeres que son atendidas en los espacios de salud reproductiva.

La siguiente subdivisión a tomar en cuenta aquí, es la de la institución de la medicina moderna –en el polo dominante– y las medicinas tradicionales y alternativas –en el dominado–, ambas presentes en la atención del parto. Sus diferentes discursos permean en las decisiones de las mujeres en su vida reproductiva, y aunque en la estructura del campo médico estén separadas, en las prácticas de las mujeres, quienes fungen como un agente central, en ocasiones confluyen de manera conjunta y van moldeando condiciones de posibilidad para que puedan ejercer sus derechos, o no.

Finalmente, es necesario nombrar la dimensión simbólica asociada al género a la que hice referencia en el capítulo uno, pues ocupa un lugar central en la intervención sobre los cuerpos de las mujeres. En la atención obstétrica hay una serie de estereotipos de género que están presentes, que influyen en cómo se les mira como “pacientes”; como mujeres, desde la construcción de la feminidad que establece lo que se espera de ellas como tales; y como madres, con una carga extra de estereotipos alrededor de la maternidad.

La actitud pasiva, obediente y de entrega que se espera de las mujeres en su trayecto de parto, aunado a la situación de alta vulnerabilidad en la que se encuentran en sobre todo en el momento del trabajo de parto, facilita que se ejerzan prácticas autoritarias sin su consentimiento o con la obtención de éste mediante presiones, amenazas o engaños. A continuación presento la situación en México de prácticas médicas que en este contexto tienen como consecuencia la violación de derechos de las mujeres en su vida reproductiva. Las expongo por separado, pero cabe aclarar que las cesáreas no necesarias y la inserción de dispositivos de anticoncepción pueden ser parte de la violencia obstétrica; y la muerte materna, consecuencia de ésta.

2.2. Cesáreas

Prevalencia en México

La institucionalización y la medicalización del embarazo y el parto han contribuido a la disminución de algunas causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal; sin embargo, otro efecto ha sido el incremento en las tasas de cesáreas, que a su vez pueden ocasionar otros problemas de salud no menos importantes (Suárez, et al., 2013).

Atendiendo a las recomendaciones de la OMS (1985), el porcentaje de cesáreas del total de nacimientos debe ser entre el 5 y el 15%, se observa que la prevalencia en México es mucho mayor. La Organización considera que un porcentaje menor al 5% sugeriría una limitación en la realización de cesáreas, mientras que un porcentaje mayor al 15% no representaría beneficios adicionales. Por el contrario, la literatura científica internacional ha demostrado que cuando se utiliza la cesárea sin las indicaciones correctas, los riesgos para la salud sobrepasan los beneficios, y se transgreden los derechos reproductivos de las mujeres (Suárez, et al., 2013).

Por su parte, Bernal y Escobedo⁴⁰ (2018) encontraron que el parto por cesárea tiene 3.6 veces mayor posibilidad de muerte materna. Tomando en cuenta que la cesárea es un acto quirúrgico abdominal, y que la paciente se expone a todas las morbilidades usuales relacionadas con un procedimiento de este tipo, la autora y el autor señalan que existe una mayor probabilidad de que la madre pueda morir luego de una cesárea en comparación que tras un parto vaginal. Este riesgo no se limita a las cesáreas de emergencia, con una cesárea electiva, hay aún 3.6 veces mayor posibilidad de muerte materna (Bernal y Escobedo, 2018).

Con base en las recomendaciones de la OMS, la NOM 007 establece un máximo de 15% en hospitales de segundo nivel de atención y de 20% en los de tercer nivel. La información de las Encuestas Nacionales de Salud⁴¹ muestra una tendencia al alza, a nivel nacional, de 30% de cesáreas en el año 2000 a 45.1% en 2012, lo que representa un incremento del 50.3% en doce años.

Respecto al lugar de residencia habitual de las mujeres, en el trabajo de Leticia Suárez, et al. (2013) se comprobó que todas las entidades federativas, a excepción de Chiapas y Oaxaca (a inicios del periodo), rebasan el límite máximo recomendado (20%) de esta práctica. En el año 2000, los mayores porcentajes de cesáreas los tenían los estados de Nuevo León (38.7%) y Baja California (35.5%), mientras que el resto de las entidades se situaban en el rango de 20 a 35.4%. Después de doce años, suman 22 las entidades que rebasan el doble de la cantidad de cesáreas esperadas, con un rango de 40.0 a 57.5%, entre las que destacan Colima y la Ciudad de México –ciudad con mayor número de hospitales de tercer nivel- (con 57.5% y 57.3%, respectivamente).

No obstante, lejos de que las cifras sobre cesáreas vayan disminuyendo, la siguiente imagen (Figura 1) muestra que durante el periodo 2012 – 2015, en todas las entidades federativas se realizó en un porcentaje mayor al 20%, lo que sugiere un alto número de cesáreas injustificadas en el país.

⁴⁰ La autora y el autor realizaron una revisión de artículos científicos sobre la situación de la cesárea en México publicados en el periodo de 2010-2017. Consultaron las bases de datos de MedicLatina, Medline a través de Pubmed y Scielo. Incluyeron artículos que abordaran partos por cesárea, realizados en mujeres de 20 a 35 años y cuya gestación hubiera sido a término. Finalmente, los datos que ofrecen corresponden a 28 artículos.

⁴¹ Con información de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (Ensa 2000) y de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012 (Ensanut 2006 y 2012) (Suárez, et al., 2013).

Figura 1: Cesáreas por entidad federativa, 2012 - 2015



Fuente: Elaboración de GIRE con datos de la Secretaría de Salud.

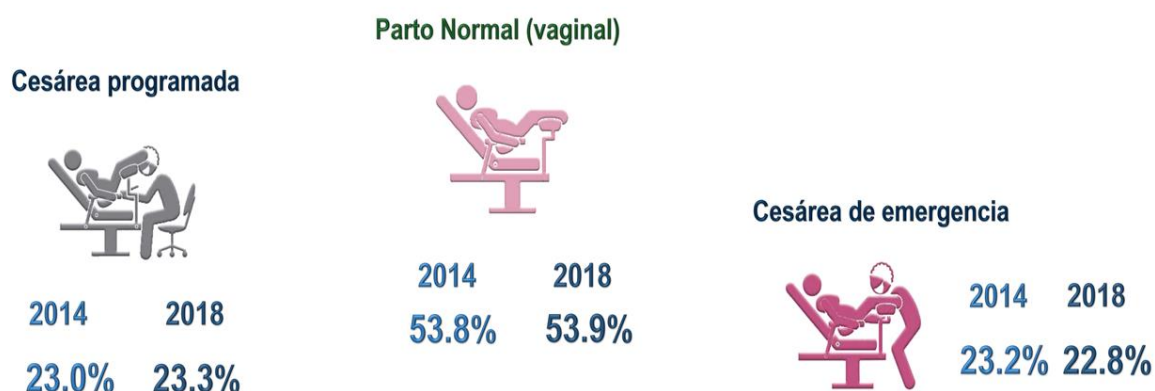
De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) 2016, casi el 43% de las mujeres encuestadas⁴² indicó que el nacimiento de su último hijo o hija fue por cesárea. De éstas (3.7 millones de mujeres), una de cada diez reportó no haber sido informada de la razón para la cesárea, y 9.7% afirmó que no le pidieron su autorización para realizarla, situación que representa una violación a sus derechos reproductivos y que refleja el orden de género que infantiliza a las mujeres como personas incapaces de tomar decisiones sobre su cuerpo. Del total de quienes no les pidieron

⁴² El universo de la encuesta fue de 32.8 millones de mujeres de 15 años y más que tienen entre 15 y 49 años de edad (70.7% del total).

su autorización, la persona que la dio fue: seis de cada diez, su esposo o pareja; y dos de cada diez, su padre, madre o algún familiar (Endireh, 2016).

La Figura 2, con datos de la Enadid (2014 y 2018) muestra una proporción similar de cesáreas, del 46% en ambos años; de las cuales, la mitad fueron programadas.

Figura 2: Distribución porcentual de mujeres con último embarazo ocurrido en el periodo por tipo de parto, 2014 y 2018



Nota: Se considera el último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años. Se excluye a las mujeres cuyo resultado de parto es “no sabe”.

En 2014 la información corresponde a los embarazos ocurridos entre enero de 2009 y septiembre de 2014; para 2018, a los acontecidos entre enero de 2013 a octubre de 2018.

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid, 2014 y 2018). Base de datos, SNIEG, Información de Interés Nacional.

En la Figura 5 se señalan los motivos por los que se realizaron cesáreas en 2018 de acuerdo con la Enadid: un número importante, tres de cada diez fue a sugerencia del médico, y el 6% porque las mujeres solicitaron programar la fecha, algunas porque no querían tener dolor, estas razones podrían haber estado influenciadas también por los médicos y por el discurso del riesgo.

Es de notar que los porcentajes de estos motivos son mayores en el sector médico privado que en el público. Llevando estas cifras a los extremos, están los casos donde para los médicos del sector privado, una cesárea es traducida en más ingresos económicos; y en el sector público hay hospitales y clínicas donde no cuentan con quirófanos suficientes ni con anesthesiólogos, aunque las cesáreas facilitan al personal médico su trabajo y les reduce

tiempo. Como Ximena⁴³, que tuvo su bebé en un hospital del IMSS de la Ciudad de México, le indujeron el parto con dos métodos distintos porque no dilataba, la sometieron a prácticas dolorosas y violatorias de sus derechos, como más de 20 tactos realizados por distintos doctores. Ella solicitó en varias ocasiones que le practicasen cesárea y el doctor le dijo que tenía que aguantarse y que además los iba a hacer “usar la sala de cirugía cuando podemos ocuparla para otra mamá que la necesite”. Tras varias horas de sufrimiento, finalmente le hicieron cesárea, el médico le dijo que “se había salido con la suya”, su hija nació con problemas para respirar y unas horas después falleció. Entonces en cualquier circunstancia, la decisión de realizar o no una cesárea sigue estando más cargada del lado de los médicos y médicas.

Los resultados de las encuestas también ofrecen otros datos, como la edad, el nivel de estudios y el estrato socioeconómico de las mujeres, mediante los cuales es posible tener un panorama de las condiciones de posibilidad para que se les practique una cesárea. Si bien se pueden leer como datos sociodemográficos únicamente, desde una mirada sociológica, traducirlos a *capitales* (en términos de Bourdieu), permite ver su interacción con los intereses de la institución médica en general (diferenciados en el sector privado y en el público), y con los de los médicos en particular, en una relación de poder.

En la Ensanut 2012 se observa que las mujeres con 35 o más años de edad tienen 61% más de posibilidad de ser sometidas a una cesárea, que las de 20 a 34 años. Si se asocia edad y paridad, el riesgo más alto de tener una cesárea está en las primíparas de 12 a 19 y de 35 o más años (Suárez, et al., 2013).

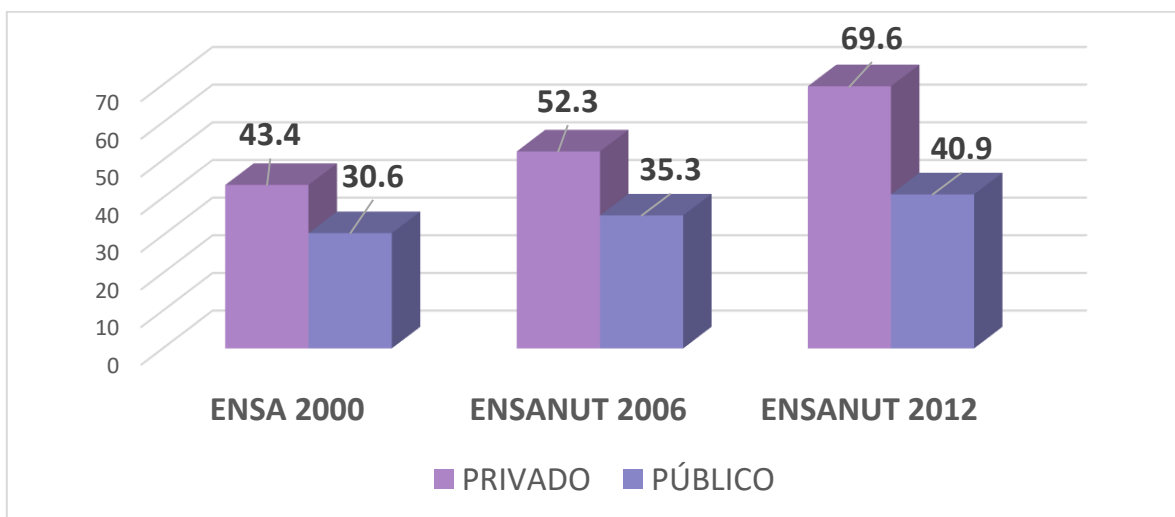
Por sí misma, la edad no es un impedimento para parto vaginal, sino que es un recurso del discurso médico del riesgo para convencer a las mujeres, sobre todo a las mayores de 35 años como se ve en los resultados de la encuesta, de que se les practique una cesárea, o bien, se les prescribe directamente sin tomar en cuenta su decisión.

Por otra parte, un alto nivel educativo y socioeconómico, permite que las mujeres opten por atención obstétrica en el sector médico privado, pero también estarán más expuestas al discurso médico que sugiere y programa más cesáreas, como lo demuestra la misma encuesta: la pertenencia al estrato socioeconómico alto se asoció con 44% más de posibilidad de cesáreas respecto a las del estrato bajo. Lo anterior se vincula con el hecho de que en los

⁴³ CNDH, Rec. 2717-48, Ciudad de México, IMSS.

hospitales privados es más frecuente la realización de cesáreas que en las instituciones públicas, como se ve en la Figura 3. Asimismo, estas gráficas muestran el aumento en el porcentaje de cesáreas de 2000 a 2012, tanto en el sector público como en el privado.

Figura 3: Cesáreas* por sector público y privado reportadas por las mujeres en las encuestas de salud (porcentajes)



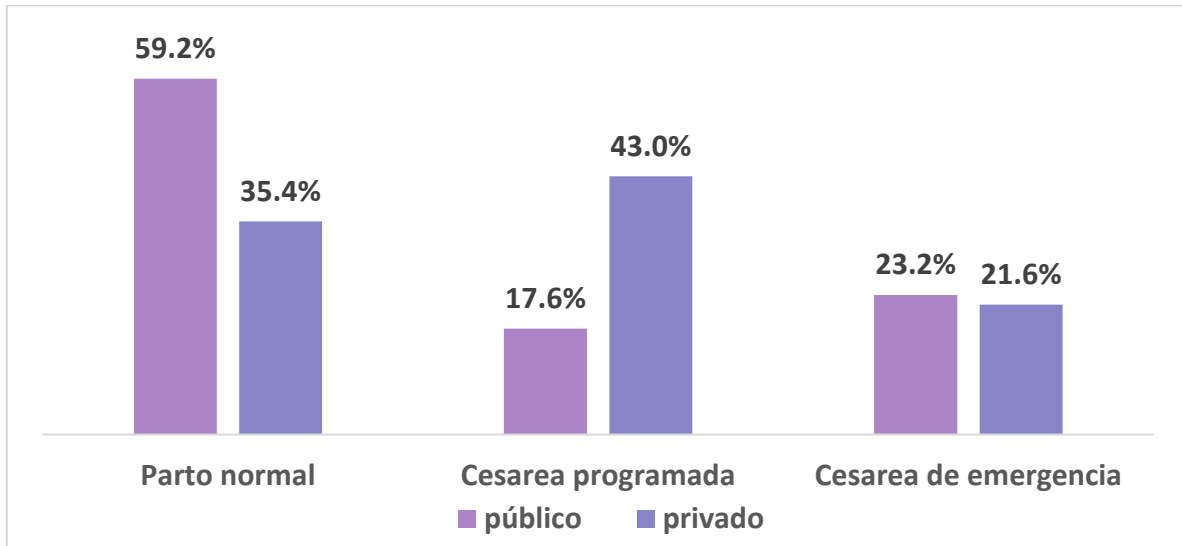
*De los últimos hijos/as nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista, $p < 0.01$.

Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales de Salud 2000, 2006 y 2012.

Algunos estudios revelan que en el sector público es mayor la prevalencia en las instituciones de seguridad social, que en los hospitales públicos para la población no derechohabiente (Suárez, et al., 2013; Ruiz, et. al., 2014; Bernal y Escobedo, 2018). Resulta interesante que las mayores tasas de cesáreas en las instituciones privadas y en las instituciones de seguridad social se debieron principalmente al aumento del parto por cesárea electiva, pues obliga a preguntarse en qué condiciones y bajo qué argumentos médicos las mujeres decidieron la intervención quirúrgica, o si fue por “sugerencia” médica.

La Figura 4 complementa a la 3 en el sentido de que muestra que para 2018 la tendencia de mayor número de cesáreas en el sector médico privado continuaba, sin embargo, cuando desde 2000 había ido al alza el porcentaje total de cesáreas, en 2018 disminuyó un poco con respecto a 2012 en el sector privado, de 69.6% a 64.6%, en el público permaneció prácticamente igual, casi 41% en el privado y en el público.

Figura 4: Distribución porcentual de mujeres con último embarazo según tipo de parto en el sector público o privado (Enadid, 2018)



Nota: Se considera el último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años. La información corresponde a los embarazos ocurridos entre enero de 2013 y octubre de 2018.

Fuente: Estimaciones propias con datos de la Enadid 2018.

De acuerdo con la investigación de Joaquín Ruiz, et. al. (2014), el 63% de los partos por cesárea ocurrió en instituciones privadas. En cuanto a las públicas, durante 2007 los hospitales de PEMEX informaron que el 63% de sus nacimientos fueron por cesárea, mientras que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su área de atención a la población semiderechohabiente (Programa Oportunidades), la proporción de nacimiento por cesárea fue del 20%. Y en 2009 hubo 12% más de cesáreas en pacientes derechohabientes respecto a las mujeres atendidas en los hospitales de la Secretaría de Salud (SSA).

Leticia Suárez, et al. (2013) documentan un incremento de cesáreas del 60.4% (de 43.4 a 69.6%) en el sector privado de 2000 a 2012, en tanto que en el sector público este cambio fue de 33.7% (de 30.6 a 40.9%). En el IMSS/IMSS Oportunidades hubo un incremento de 29.9% (33.4 a 43.4%), en el resto de las instituciones este cambio fue mayor al 50%: en la SSA fue de 51.2% (25.0% a 37.8%), en el ISSSTE/ISSSTE Estatal de 58.5% (43.1 a 68.3%).

Cabe señalar que, si bien en el caso del ISSSTE/ISSSTE Estatal el porcentaje de práctica de la operación cesárea es muy alto, éste sólo representa 3.8% de todas las que se realizaron

en el país en 2012; en cambio, la SSA y el IMSS/IMSS Oportunidades contribuyen con 38.0% y 24.8% al total de cesáreas, respectivamente, mientras que las instituciones privadas aportan 30.5% (Suárez, et al., 2013). Las autoras y el autor observaron que en comparación con las que se atienden en la SSA, las que acuden al sector privado presentan cerca del triple de posibilidad de ser sometidas a una cesárea, en tanto que las del ISSSTE/ISSSTE Estatal presentan un poco más del doble de este riesgo.

¿Riesgo, decisión médica o elección de las mujeres?

Las y los diferentes investigadores que han abordado el tema de la realización de cesáreas en México, su incremento y los porcentajes que exceden de manera significativa los recomendados por la OMS, coinciden en que las razones son multifactoriales.

Entre los factores identificados se señalan los cambios en las características maternas y su relación con la práctica obstétrica que se ha modificado debido a las preocupaciones relacionadas con el feto y la seguridad de la madre, seguido por los factores sociales e institucionales (Ruiz, et al., 2014). Leticia Suárez, et al. (2013), lo atribuyen a cuestiones relacionadas con las instituciones, las prácticas médicas y las características propias de las mujeres y de su entorno.

En la Figura 5 aparecen algunos motivos que se detectaron en la Enadid (2018) para realizar cesárea a las mujeres encuestadas. Es posible notar que la mayor causa en ambos sectores es por complicaciones en la salud, no obstante, en el público el porcentaje (64%) supera al privado (50%), lo que implica que el porcentaje debido a que el personal médico sugiere programar la cesárea es mayor en el privado.

Es interesante el tema del dolor, incluso el hecho de que la encuesta incluya una opción de respuesta con este motivo. Sin negar que las mujeres tienen el derecho a optar por una cesárea para evitar el dolor, también es cierto que la promoción de no padecer dolor o incomodidad, y de programar un día para no alterar otros planes en la vida de las mujeres o de sus familias, es parte del discurso médico en ciertos sectores y del discurso neoliberal; y ambos convergen en la atención privada, donde los honorarios médicos se elevan con las cesáreas y donde las mujeres de clases media y media alta están más cercanas a la influencia de dichos discursos.

Figura 5: Distribución porcentual según los motivos de la cesárea por sector público y privado (Enadid, 2018)

Motivos de la cesárea	Lugar donde se atendió		Total %
	Público	Privado	
Complicación en su salud o la del bebé	63.9	49.6	59.4
Sugerencia del personal médico para programar el parto	25.0	32.1	27.2
Sugerencia del personal médico sin conocer el motivo	3.8	2.2	3.3
Usted no quería tener dolor	1.6	5.0	2.6
Solicitó programar la fecha del parto	2.0	6.8	3.5
Otro motivo	3.8	4.3	3.9
Total	100	100	100

Nota: Se considera el último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años. La información corresponde a los embarazos ocurridos entre enero de 2013 y octubre de 2018.

Fuente: Estimaciones propias con datos de la Enadid 2018.

En 28 artículos sobre la situación de la cesárea en México, Celina Bernal y Cuauhtémoc Escobedo (2018) dan cuenta del miedo al dolor y la falta de información como elementos fuertes de persuasión del médico para que las mujeres acepten una cesárea. En contraposición con el parto “fisiológico” como parte de la naturaleza, hay la creencia de que la cesárea consciente y con cita previa proporcionará un “parto sin dolor”.

Diversos estudios describen que la actitud del médico es lo que determina la predisposición de las mujeres a responder de una manera determinada frente a indicar o no una operación cesárea (Bernal y Escobedo, 2018).

En las últimas décadas, la frecuencia de la cesárea es cada vez mayor, con indicaciones que parecieran no justificables: el temor a una demanda legal o por solicitud de la paciente, o bien porque el médico prefiere la facilidad de la cirugía a la espera (en muchos casos

prolongada) del trabajo de parto (Bernal y Escobedo, 2018); por los beneficios económicos y porque los obstetras consideran que la cesárea es mucho más segura para el recién nacido y más cómoda para la madre, aunque la evidencia científica no lo ha demostrado (Ruiz, et al., 2014).

Como se ha visto, las mujeres que acuden para la atención de su parto a hospitales y clínicas privadas tienen mayores posibilidades de ser sometidas a una cesárea. Lo que se argumenta en investigaciones realizadas en ambas instituciones, son razones médicas y no médicas, como la “comodidad” tanto para el médico/a como para las usuarias, patrones particulares de práctica clínica de las instituciones, la interpretación del proveedor de las condiciones del trabajo de parto, la protección médico-legal de los proveedores y los incentivos económicos (Suárez, et al., 2013).

Entre las razones “médicas”, algunas como el peso del bebé, la edad de la madre, la cadera estrecha o el antecedente de una cesárea previa, han sido parte del discurso médico del riesgo, actualmente sin fundamento científico confiable, que podrían más bien tener la calidad de mitos.

En lo que se refiere al peso del recién nacido, en el estudio de Suárez, et al. (2013) se identificó que las mujeres con bebés de menos de 2.5 kg. presentaron aproximadamente el doble de riesgo de ser candidatas a cesárea. En tanto que aquellas cuyos hijos pesaron 4.0 kg. y más, tuvieron 42% más de posibilidad de que se les practicara la cesárea respecto a las madres cuyos hijos pesaron entre 2.5 y 3.9 kg. al nacimiento.

Desde 1980, ante la iniciativa de parto después de la cesárea, la tendencia a hacer cesárea después de una previa se ha ido modificando. Existen múltiples estudios que han demostrado el éxito de tener un parto vaginal después de una cesárea hasta de un 80%. Por otra parte, la cesárea electiva tras el antecedente de una cesárea previa incrementa el riesgo de mortalidad materna de manera significativa. Se estima que si en México se redujeran anualmente todas las operaciones de cesárea por el diagnóstico de cesárea previa, se reducirían en un 20.8% (Ruiz, et al., 2014).

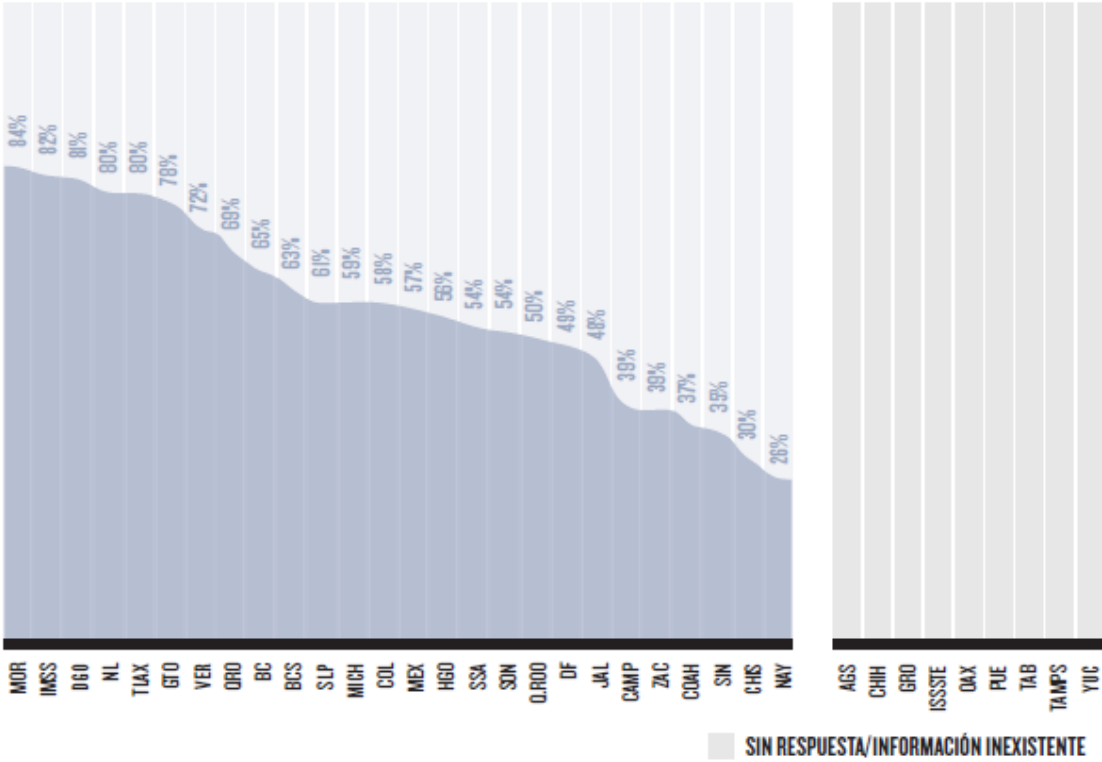
Otro hallazgo relevante obtenido en el estudio de Bernal y Escobedo (2018) es la posibilidad de cesárea cuando las mujeres tienen nivel socioeconómico alto. Este resultado coincide con otros en donde se señala que en las mujeres con este estatus, la operación cesárea es

considerada como una práctica ideal para el nacimiento de un hijo/a y de ahí su demanda frecuente.

2.3 Anticoncepción forzada

Como se mencionó en el apartado anterior, México ha implementado políticas para incrementar el número de mujeres que acepten someterse a métodos de anticoncepción, con la finalidad de disminuir las tasas de mortalidad materna. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, los porcentajes de aceptantes de anticoncepción posterior a un evento obstétrico (APEO) en las instituciones públicas de salud, pasaron de 928,500 en 2006 a 1.26 millones en 2012, lo que representó un incremento de 36% en dicho periodo (GIRE, 2015a).

Figura 6: Aceptantes de anticoncepción posparto (agosto 2012 – diciembre 2013)



Fuente: Elaboración de GIRE con base en datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública (GIRE, 2015a).

Diversas investigaciones e informes (Figuroa, 1994 y 2000; Barroso y Correa, 1991) han señalado que la promoción de métodos anticonceptivos, en el contexto de tener que cumplir

metas demográficas, ha resultado en la imposición de éstos mediante medidas alejadas del marco de derechos, como brindar información incompleta o manipulada, condicionar a las mujeres la atención si no aceptan el método, “convencerlas” sin atender el proceso y el contexto (social, ideológico, económico, político y cultural) mediante el cual las mujeres toman sus decisiones reproductivas. Estas prácticas resultan en que la firma del *consentimiento informado* no cumpla con los principios establecidos, y que en la práctica sea más un medio de defensa legal del médico/a ante la posibilidad de demandas y denuncias de las y los pacientes, que un derecho de las mujeres para que identifiquen, reflexionen, valoren y tomen decisiones respecto a su reproducción.

Lo anterior se nutre de la construcción simbólica de las mujeres como infantilizadas; desde la mirada médica, son vistas y tratadas como niñas que deben ser guiadas y disciplinadas con modelos correctos de conducta (Oakley, 1993). Cabe mencionar que el hospital no es la única institución donde opera la política de sumar mujeres con un método anticonceptivo permanente. Hay estudios en México que documentan casos de esterilización forzada en mujeres privadas de su libertad (Gutiérrez, 2011), con alguna discapacidad (Rodríguez, 2015), indígenas, de bajos recursos o con VIH.

Lo que demuestran estos casos es que alguien más (familiares o la institución) decide por estas mujeres en aras de que consideran que no se encuentran en condiciones idóneas para otorgar su consentimiento. Son infantilizadas, vistas como dependientes o ignorantes. De la misma forma, se busca convencer a las mujeres en los consultorios médicos o en la sala de partos de que es lo “mejor” para ellas y sus familias, y en casos extremos, se les aplica un método anticonceptivo sin su consentimiento.

Asimismo, es necesario reflexionar respecto a la “libre elección” y considerar la interiorización de las normas sociales y del orden de género que imponen valoraciones respecto al número de hijos/as y el papel de la mujer en la reproducción, que estructuran e influyen en las decisiones en materia reproductiva. Y por otra parte, que las y los profesionales de la salud actúan como protectores de sus pacientes y como quienes saben y deben tomar las mejores decisiones. Este paternalismo médico (Viesca, 2017), justificado desde la legitimación del conocimiento autorizado de los médicos/as, pueden limitar la autonomía de las mujeres y su posibilidad para decidir.

El establecimiento de metas numéricas de aceptantes de APEO por institución de salud merma la capacidad de las mujeres para tomar las decisiones que consideren más apropiadas. “Esto, aunado al contexto de discriminación y violencia que enfrentan muchas mujeres al acudir a los servicios públicos de salud, favorece la aparición de presiones y amenazas en contextos obstétricos, pudiendo dar pie a la anticoncepción forzada” (GIRE, 2015a: 22).

La investigación de Linda Abarbanell (2019) da cuenta de la organización estructural alrededor de la anticoncepción forzada y las metas demográficas que obligan a realizarla. Desde la construcción de clínicas para atención de la salud reproductiva de las mujeres (el IMSS construyó más de 3,000 clínicas en zonas rurales), hasta el adiestramiento y la supervisión a las y los profesionales de la salud, mediante reuniones regionales y nacionales. Abarbanell (2019) refiere acerca de la eficacia de este sistema, ya que en un estudio (Potter, 1999) donde se preguntaba a las y los trabajadores del IMSS sobre las prácticas en planificación familiar, las respuestas eran casi idénticas.

Por otra parte, hay estudios que demuestran que el cumplimiento de las cuotas de anticoncepción que el personal debía cumplir, estaba vinculado a su estabilidad laboral, a incentivos económicos (Erviti, Sosa y Castro, 2010; Kirsch y Cedeño, 1999), y los más “improductivos” eran enviados a lugares poco deseables para trabajar. Y la permanencia de las mujeres en programas sociales como Prospera, que es el que estudió Abarbanell (2019), estaba condicionada, en cierta medida, a la aceptación de ciertos procedimientos como pruebas de Papanicolaou, inserciones de DIU y esterilización quirúrgica (Kirsch y Cedeño, 1999). Es decir, la presión a las mujeres para que aceptaran la planificación familiar estaba integrada en la estructura del programa.

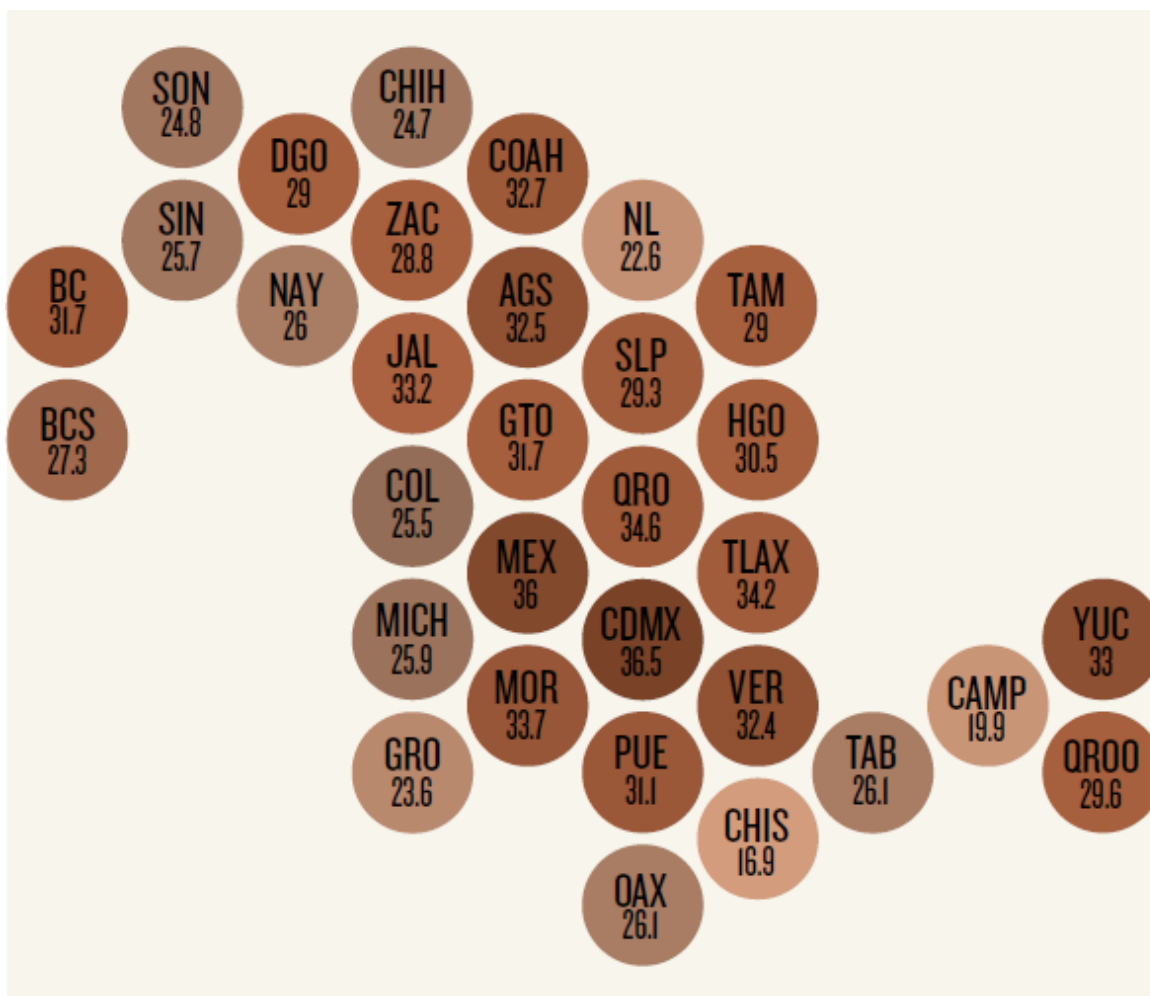
Hasta el año 2015, en México se tipificaba la esterilización forzada en el Código Penal Federal y en los códigos penales de 15 estados de la República, además la Ley General de Salud (LGS) establece en su artículo 67 que “quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran”, y en las leyes de salud de 19 entidades federativas se incluyen artículos para sancionar la esterilización forzada en los mismos términos que la LGS (GIRE, 2015a). No obstante, aunque existe la posibilidad legal, ¿cuáles son las condiciones de las mujeres para ejercer este derecho a demandar?

2.4 Violencia obstétrica

En México, la violencia obstétrica se ha investigado principalmente desde un punto de vista cualitativo para determinar su ocurrencia en las salas de parto, para documentar las actitudes autoritarias del personal de atención médica de obstetricia y ginecología, para describir las experiencias de las mujeres indígenas en violencia obstétrica y para estudiar las estrategias de resistencia empleadas por mujeres que sufren violencia obstétrica (Castro y Erviti, 2015).

Los resultados de la Endireh 2016 muestran que un tercio (33.3%) de las mujeres mexicanas de 15 a 49 años de edad que tuvieron un parto durante los últimos 5 años experimentaron violencia obstétrica, ya sea en forma de algún evento de abuso y violencia, o de atención no consentida. Tomando en cuenta que hay mujeres que, a partir de una mala experiencia, buscan alternativas para que su próximo o próximos partos sean más respetuosos, el investigador Roberto Castro y la investigadora Sonia Frías, de la UNAM, afirman que muchas más mujeres en México han experimentado este problema, tanto en instituciones privadas como públicas de salud (Castro y Frías, 2019b). La Figura 7 da cuenta de que se trata de una problemática a nivel nacional.

Figura 7: Mujeres que sufrieron al menos un tipo de violencia obstétrica (2011-2016)



Nota: Porcentajes de mujeres que reportaron al menos un embarazo en los últimos 5 años.

Fuente: Elaboración de GIRE (2018) con datos de la Endireh 2016.

La violencia obstétrica es una expresión de género, de maltrato y abuso durante el parto, un problema que involucra tanto el género como los derechos humanos y reproductivos. En la Figura 8 se señalan distintas situaciones que expresaron las mujeres encuestadas haber vivido durante la atención de su parto. Lo que cabe destacar es el cruce de la violencia institucional o meramente correspondiente a la práctica médica, con la violencia de género, la mayoría de estas expresiones tienen que ver con el rol social que se espera de las mujeres y de las “buenas madres”.

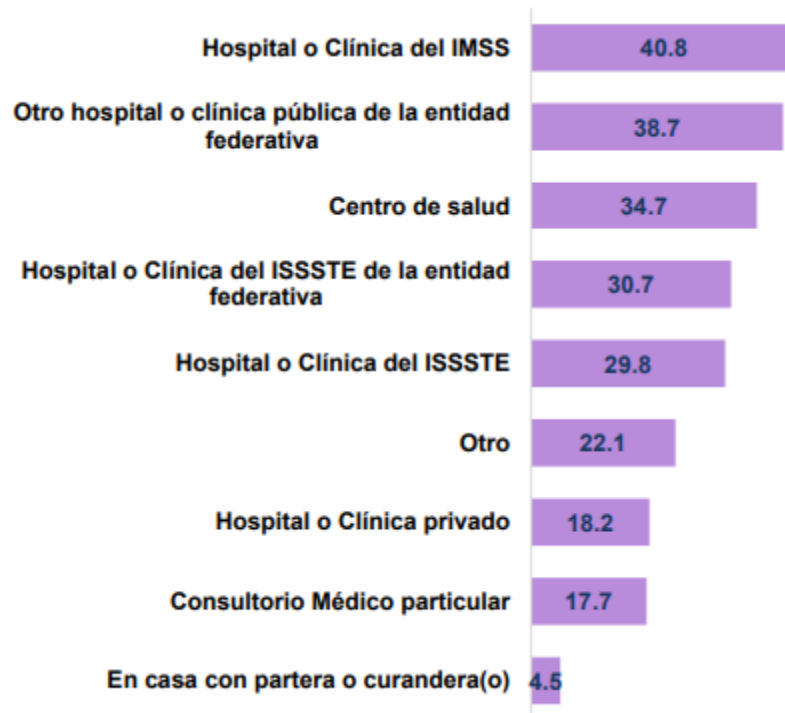
Figura 8: Situaciones que experimentaron las mujeres al ser atendidas durante el último parto



Fuente: INEGI. Endireh (2016)

La Figura 9 demuestra que en todos los espacios de atención ocurre violencia obstétrica. En los hospitales o clínicas públicas ocurre bajo manifestaciones distintas, en parte debido a que en ocasiones la violencia de género se une más con la institucional, lo que se refleja en falta de recursos (humanos y materiales). Asimismo, impera el discurso de gratuidad que permite que los médicos/as disminuyan a las mujeres en su condición de ciudadanas con derechos. Considerando que la mayoría de los hospitales y clínicas privadas no enfrentan dichas limitaciones para la atención, aunque la proporción de mujeres que ha vivido maltrato en este espacio parezca menor (18.2%), la razón de la violencia podría acercarse en gran medida a cuestiones de género y de *habitus médico*.

Figura 9: Proporción de mujeres de 15 a 49 años con maltrato durante la atención obstétrica de su último parto o cesárea en los últimos 5 años por lugar donde la atendieron



Fuente: INEGI. Endireh (2016)

La CNDH emitió la Recomendación general 31 sobre violencia obstétrica a principios de 2017, señalando que el número de denuncias sobre este tema en los últimos 20 años indica sin lugar a dudas un grave problema de violencia obstétrica en los servicios de salud (CNDH, 2017). Las organizaciones no gubernamentales ofrecen evidencia adicional de la prevalencia del fenómeno y reportan datos sobre asesoría legal para mujeres que han sufrido violencia obstétrica. Según fuentes oficiales, estas organizaciones informaron 719 casos desde 2009 hasta mediados de 2012, y 297 casos desde mediados de 2012 hasta finales de 2013 (GIRE, 2013; 2015).

La violencia en los espacios de salud reproductiva tiene relación, por un lado, con un modelo biomédico que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos y, por otro, es inseparable de la violencia de género. Se encuentra naturalizada en nuestra sociedad patriarcal, entendiendo al patriarcado como un orden sociocultural que genera y legitima relaciones de poder de los hombres sobre las

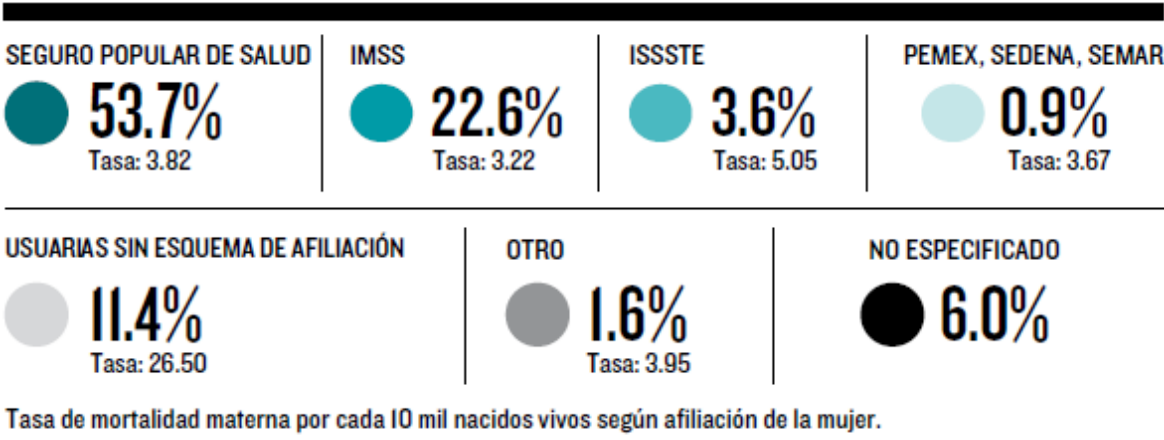
mujeres, que se expresan en múltiples formas de desigualdad, discriminación y violencia (Almaguer, et al., 2010).

2.5. Mortalidad materna

La muerte materna es el fallecimiento de una mujer por causas prevenibles, durante el embarazo, parto o el posparto —hasta 42 días después del parto—. Está relacionada con fallas estructurales en el sistema de salud, por ejemplo: insuficiencia de recursos humanos, técnicos y de infraestructura, saturación del personal y de los servicios existentes, ejercicio inadecuado del gasto en salud, entre otros. (GIRE, 2018). En México, dadas las disparidades territoriales, la heterogeneidad étnica y la marcada distribución de clases, la muerte materna afecta de manera desproporcionada a las mujeres más pobres, a quienes no cuentan con acceso a seguridad social y a las mujeres indígenas.

La Figura 10 muestra que más de la mitad de las muertes maternas ocurrieron a mujeres atendidas en el Seguro Popular y un considerable 22.6% en hospitales del IMSS. Las Recomendaciones de la CNDH analizadas para esta investigación, dan cuenta de manifestaciones de violencia de género y de discriminación que, junto con fallas institucionales, dieron pie a la muerte de algunas mujeres.

Figura 10: Muertes maternas por tipo de afiliación (2015)



Fuente: GIRE (2018) con datos de SINAC, 2015.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) trabajó en el análisis de mortalidad materna ocurrida en el año 2011, con la revisión de 129 expedientes enviados por las diferentes instituciones y hospitales de los sectores de salud público y privado. La distribución por institución en donde las mujeres fueron atendidas y/u ocurrió el deceso es la siguiente: IMSS 47 (36.4%); SSA 59 (45.7%); ISSSTE 8 (6.2%); Sedena 5 (4%); Privado 4 (3.1%); Hogar 4 (3.1%) y, en traslado 2 (1.5%) (Pérez, et al., 2012).

De los 129 casos: 44% de las mujeres tenían 25-30 años, 77% recibieron atención prenatal, las muertes ocurrieron durante el puerperio de cesárea en 41% de los casos; 54% fueron muertes directas, siendo las causas más frecuentes la hemorragia (24.6%) y la enfermedad hipertensiva del embarazo (23.5%). En 43% de los casos se determinó mala práctica; 70% de las muertes eran prevenibles (Pérez, et al., 2012).

En 2010, más de 91% de las fallecidas por una causa materna llegaron a un establecimiento hospitalario y recibieron algún tipo de cuidado antes de morir, lo que habla de una deficiente calidad en la atención de emergencias obstétricas en los servicios de salud. En Oaxaca, Guerrero y Chiapas alrededor de una de cada cuatro mujeres murió en su casa, y en Guerrero y San Luis Potosí 15% fallecieron en la vía pública, cifras que evidencian un serio problema de acceso a los servicios de salud en los estados marginados. La institución que registró mayor muerte materna en los últimos tres años fue la Secretaría de Salud, con una cifra por encima de los 400 casos al año. Cabe destacar, sin embargo, que la misma Secretaría y los servicios estatales de salud son las instituciones que más eventos obstétricos (partos y abortos) atienden.

Los datos anteriores reflejan la precaria protección a la salud materna, particularmente de las mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad, como las indígenas, adolescentes y las más pobres (GIRE, 2003).

3. La violencia obstétrica expresada en las Recomendaciones de la CNDH

A partir de los textos de 33 Recomendaciones de la CNDH formuladas de 2015 a 2017 por denuncias de violaciones a derechos durante el embarazo y el parto en 17 entidades

federativas⁴⁴, en este apartado presento reflexiones sobre la violencia obstétrica que se expresa en éstos; así como evidencias empíricas de la interrelación de las dos secciones anteriores: las políticas gubernamentales sobre la reproducción y la violación de derechos durante la atención del parto.

Se trata de 36 mujeres que acudieron a solicitar atención a un hospital público, con dolores de parto o con señales de alarma en el embarazo, como sangrado vaginal, ruptura de membranas, o percepción de poco o nulo movimiento del bebé. Tras una serie de vejaciones a sus cuerpos, de limitación de sus derechos y a su autonomía, finalmente las causas de sus demandas fueron: 13 por muerte fetal, 10 por muerte neonatal, 8 por muerte materna, 5 por imposición de anticonceptivos y 3 por “nacimientos espontáneos” (fuera del hospital) derivados de falta de atención.

Sólo en 13 de las recomendaciones se estipula que las mujeres llegaron acompañadas al centro de salud a solicitar atención: a 10 las acompañó su esposo, a una su mamá, a otra su tía y a otra más su suegra; lo cual no quiere decir que las demás asistieron solas, simplemente no se señala. En este grupo de mujeres estuvieron 6 de los 8 casos de muerte materna.

La mitad de los casos (18) ocurrieron en hospitales del IMSS, 11 en hospitales de los Servicios de Salud de los estados, 2 del ISSSTE y 5 en otros (hospitales generales, regionales, de especialidades o de Pemex).

En 14 de los casos, fueron las usuarias quienes presentaron la queja sobre las violaciones a sus derechos, en 6 la presentaron sus esposos, en 5 algún familiar, en 7 la CNDH atrajo los casos después de ser publicados en notas periodísticas, y en 4 no se especifica. Las quejas que no fueron presentadas por las agraviadas evidentemente incluyen las de muerte materna.

Hacer investigación situada exige vincular el contexto y las circunstancias de las personas involucradas con las condiciones estructurales que regulan sus experiencias. Las mujeres de los casos aquí presentados eran de bajos recursos; algunas de ellas además indígenas, y una tenía una situación de discapacidad; unas eran niñas o muy jóvenes y otras mayores -desde la mirada médica y social, para tener hijos o hijas-; y algunas eran solteras. Estas

⁴⁴ Oaxaca (6), Ciudad de México (5), Tabasco (4), Chiapas (3); Baja California, Durango, Estado de México, Puebla y Querétaro (2); y Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Sinaloa, Tamaulipas y Veracruz (1).

circunstancias las colocaron en una situación de vulnerabilidad que agudizó el trato adverso del personal médico, que se identificó en patrones de interacción y prácticas frecuentes, en detrimento del ejercicio de sus derechos.

Utilizando el concepto de Crenshaw (2012) de *interseccionalidad estructural*, se identifica que ser mujeres con escasos recursos, las hizo blanco fácil para sufrir abusos de manera distinta a los que podrían vivir mujeres de clase media o media alta, debido a su imposibilidad de pagar un servicio médico privado. Así lo ejemplifica el caso de Fernanda⁴⁵ de 16 años, a quien un médico la envió a realizarse un ultrasonido fuera del hospital, en el estado grave en el que se encontraba, pero por falta de dinero su familia no lo pudo costear. Cuando regresó al hospital, su bebé había fallecido.

El rango de edad de las mujeres era de 16 a 40. La mitad de ellas (19) tenían entre 20 y 29 años de edad (7 de 20 a 24, 12 de 25 a 29); hubo un grupo de 11 que tenía entre 30 y 40 (5 de 30 a 34, 4 de 35 a 39, y 2 de 40); y 6 mujeres tenían 19 o menos. El interés de dividir las en estos grupos quinquenales fue detectar si en razón de su edad hubo alguna particularidad en la atención que recibieron.

Una constante en la atención a las más jóvenes fue que no se hizo un seguimiento de acuerdo con su edad para determinar riesgos en su embarazo. De las seis mujeres con minoría edad, tres eran indígenas: a una de ellas le practicaron la salpingoclasia sin su consentimiento; a otra le realizaron una serie de procedimientos y maniobras innecesarias sin consultarla ni explicarle, que concluyeron en la muerte de su bebé; y la otra tuvo a su bebé en un sanitario fuera del hospital porque aseguraron que todavía no era tiempo y la regresaron. Tres mujeres tuvieron “nacimientos espontáneos” fuera del hospital porque no las recibieron, otra de ellas también era indígena de 40 años.

En total eran 5 mujeres indígenas, las que no hablaban español fueron más ignoradas y en general recibieron regaños. A una de ellas le fue negada la atención porque no atendían “chiapanecos”, finalmente la recibieron pero con un trato violento mediante regaños, insultos y amenazas, además de que la mantuvieron en una habitación sin ventilación.

⁴⁵ CNDH, Rec. 2015-44, Macuspana, Tabasco, SSA.

Karen⁴⁶, de 29 años, tenía una condición de discapacidad intelectual y en el habla, quien fue particularmente violentada, le realizaron prácticas innecesarias sin anestesia, y no permitieron que dada su condición, un familiar la acompañara. Finalmente perdió la vida.

Claudia⁴⁷, indígena de 27 años, encarna la suma de condiciones de vulnerabilidad que favorecieron la violación de sus derechos. El análisis del cruce de categorías, desde la perspectiva de la interseccionalidad, permite comprender los matices que tiene la desigualdad de género en la vida de las mujeres y en el orden social en el que se desarrolla la reivindicación de sus derechos (Anthias, 2006; Golubov, 2016).

Durante su segundo parto, las enfermeras estaban enfadadas con Claudia porque “ya estaba vieja” para quejarse y pidieron a los familiares que pasaran a controlarla, cuando en realidad estaba convulsionando, mientras una enfermera la grababa con su teléfono. Cuando su mamá solicitó ayuda a enfermeras y el médico, porque se dio cuenta que a su hija le sangraba la mano, la ignoraron. Más allá de la atención al parto y a su salud, las enfermeras indagaron sobre su estado civil y se rieron de ella por no tener esposo, pero la burla además condicionó su seguimiento porque tras ésta, la dejaron sola.

Las alusiones indignas sobre ella continuaron incluso después de que murió, resultado de que le dejaron restos de placenta: un médico avisó a su mamá que “había fallecido porque se le había subido el agua de la fuente a la cabeza”, razón además de falsa, imposible.

Si bien el trato que recibieron las mujeres de estos casos no es exclusivo a las muy jóvenes o a las mayores, a las que pertenecen a una etnia, o a quienes tienen alguna discapacidad, al unirse dos o más de estas condiciones su vulnerabilidad aumenta, y puede apreciarse que no las toman en cuenta, que no son reconocidas con capacidades para tomar decisiones. Se une el racismo, el clasismo, la discriminación y la sanción por no cumplir con la normatividad de la edad “adecuada” para ser madres.

3.1. La mirada médica de las mujeres en el parto

Es importante comprender cómo la mirada médica en el modelo de atención medicalizada concibe a las mujeres embarazadas desde su condición de “pacientes”, a partir de asemejar

⁴⁶ CNDH, Rec. 2017-24, Villahermosa, Tabasco, Hospital Regional.

⁴⁷ CNDH, Rec. 2016-46, Ometepec, Guerrero, SSA.

el embarazo con una enfermedad, pues esta imagen condicionará su atención durante el parto.

3.1.1. Como cuerpos objetivados

La forma como el personal médico percibe a las mujeres es totalmente despersonalizada, son un cuerpo más que funge como anfitrión de un ser al que hay que ayudar a nacer lo más rápido posible. Cuando el fin es el nacimiento, por encima de los derechos de las mujeres, este objetivo se consigue interviniendo al cuerpo de manera intrusiva; con prácticas rutinarias, muchas veces violentas, sin tomar en cuenta las características particulares de cada mujer; con desprecio hacia sus cuerpos, con indiferencia hacia ellas como personas, y no como ciudadanas con derecho a que sus decisiones sean tomadas en cuenta. Con base en lo anterior, los cuerpos, en tanto objetos:

a) No es necesario comunicarse con ellos

Muchos casos dieron cuenta de que las mujeres fueron tratadas con indiferencia, de que las dejaron solas sin darles seguimiento, sin informarles sobre los procedimientos que les realizarían, o que se tomaran decisiones sobre ellas sin consultarlas.

Las experiencias de las mujeres muestran que para el personal médico resultó ocioso informar a las madres sobre la condición de sus hijos o hijas, antes y después de nacer; el parto era solo un trámite para darlas de alta. El caso de Ximena⁴⁸ ilustra lo anterior, incluso en el lenguaje utilizado, no solo la ignoró una enfermera cuando le dijo que sentía que su bebé no se movía, sino que cuando nació y se la llevaron a cuneros, preguntó varias veces por el estado de salud de su hija y le dijeron que no le podían dar informes. Más tarde una doctora le comunicó que su hija había fallecido.

De la misma manera a Sara⁴⁹, cuando preguntó por su bebé nadie le contestó. Ella relata que después del parto, cuando estaba en la sala de recuperación todavía somnolienta, sintió que una enfermera agarró su mano y la hizo poner su huella en unos documentos, de los que desconocía su contenido.

⁴⁸ CNDH, Rec. 2017-48 CdMx, IMSS.

⁴⁹ CNDH, Rec. 2016-50, Bochil, Chiapas, IMSS.

Esta situación se acentuó con las mujeres indígenas que no hablaban español, pues no se procuró facilitar la comunicación con ellas, por el contrario, les impidieron ingresar acompañadas, simplemente los médicos preferían trabajar sobre cuerpos aislados. Lorena⁵⁰, indígena que hablaba náhuatl, después de su parto manifestó que “nunca le explicaron el procedimiento para aliviarse”.

El personal médico supone que no es necesario explicar a las mujeres los procedimientos que se les van a aplicar porque no entenderán. Sadler (2003) sugiere que cuando se habla del derecho de las mujeres a estar informadas y a decidir conjuntamente con los médicos la forma como se llevará a cabo su parto, se piensa en las mujeres que acuden a los servicios privados, porque hay el prejuicio de que quienes son atendidas en el público tienen un bajo nivel de escolaridad y que como el servicio es gratis, hay que aguantar. Como si quienes tienen la posibilidad de pagar por el servicio, tuvieran pase automático para entender, opinar y recibir una atención respetuosa de sus derechos.

En el mismo sentido de no ser vistas como personas, fue frecuente que se refirieron a las mujeres despectivamente, como a Patricia⁵¹, que cuando el médico la revisó, expresó “ésta no sale, hasta mañana”.

b) Desautorización de afectaciones emocionales

El dolor, los malestares y los miedos de las mujeres fueron ignorados. Este precepto puede ubicarse en dos situaciones:

1. Cuando los nacimientos ocurrieron en situaciones adversas para las mujeres y la preocupación se centró en el bebé. Es el caso de Lucía⁵², que su bebé nació en la vía pública porque cuando llegó al hospital con dolores de parto, un médico le dijo que regresara en cuatro horas. En la nota médica se reportó “nació por parto fortuito, sin complicaciones ni patologías ... en buenas condiciones, y sin evidencia de lesión ...”, pero que Lucía sufrió trastornos psicológicos a causa del parto, no fue parte del informe.

Mónica⁵³, que acudió dos veces al hospital con dolores de parto, y en cada ocasión un médico le indicó que caminara ya que “todavía no era tiempo para que se aliviara”. Cuando sintió la

⁵⁰ CNDH, Rec. 2015-50, Ensenada, Baja California, IMSS.

⁵¹ CNDH, Rec. 2017-46, Querétaro, ISSSTE.

⁵² CNDH, Rec. 2015-19, Ensenada, Baja California, IMSS.

⁵³ CNDH, Rec. 2016-33-caso 1, Santo Domingo, Oaxaca, SSA.

necesidad de acudir al sanitario, ahí nació su bebé. En la nota de alta consta “alumbramiento espontáneo sin complicaciones”.

Esta respuesta institucional refuerza la idea de los cuerpos como recipientes, que una vez “vacíos”, mientras el bebé esté sano, no es necesario indagar en los sentimientos de las mujeres.

2. Cuando hay muerte fetal y el personal médico atrasó la expulsión sin considerar el impacto para las mujeres de permanecer horas o días con su bebé sin vida en el útero. Tal es el caso de Ligia⁵⁴, cuando regresó al hospital porque una doctora de una clínica particular (a donde la enviaron porque ahí no tenían los aparatos para “chechar bien al bebé”), su bebé tenía 24 horas de haber fallecido. Le dieron una pastilla para que abortara, pero como no sucedió, la operaron dos días después.

Es el caso de Elena⁵⁵, de 16 años, que sufrió la muerte de su bebé antes de nacer debido a que en el hospital no recibió la atención de emergencia que requería, y cuando le indicaron que “el producto ya estaba muerto”, le dijeron que regresara al otro día para realizarle el legrado pues no estaba el ginecólogo, a su papá le indicaron que “tenía que durar con el producto adentro 24 horas”.

Como explica Sadler (2003), la atención se centra en lo fisiológico, en el cuerpo, y en ninguna o mucha menor medida en las otras esferas de las “pacientes”, como sus emociones, sus percepciones subjetivas, sus identidades culturales, sus conocimientos, etc. Por otra parte, el sufrimiento y el sacrificio son exigencias relacionadas con una cierta calidad de maternidad. Sadler (2003) apunta que el sufrimiento que aumenta el nivel de mejor madre se desprende del dolor del trabajo de parto y de las condiciones de atención hospitalarias.

c) Sirven para practicar y enseñar

Los textos muestran que las mujeres se convirtieron en cuerpos a la disposición de los practicantes, que realizaron tactos vaginales a diestra y siniestra como si se tratara de modelos inertes.

⁵⁴ CNDH, Rec. 2016-61-caso 2, Juchitán, Oaxaca, SSA.

⁵⁵ CNDH, Rec. 2015-44, Nacajuca, Tabasco, SSA.

A Sara⁵⁶, de 21 años, le realizaron tactos cada media hora durante todo el día desde que llegó al hospital; y a Ximena⁵⁷, distintos doctores le realizaron más de 20 tactos vaginales, en una ocasión frente a más de seis practicantes, sólo le preguntaban si le dolía. Ella refirió que fue desagradable e incómodo. Por otra parte, a Adriana⁵⁸ un médico le realizó tres revisiones vaginales mientras hablaba por celular; y cuando Claudia⁵⁹ convulsionaba, una enfermera la grabó con su celular.

Estas prácticas evidencian la fragmentación de las mujeres olvidándose de su integralidad, únicamente como objetos de intervención y control. Zola (1999) retoma a Parsons para señalar que la combinación de la indefensión de los pacientes, su falta de competencia técnica y la perturbación emocional en la que se encuentran, los hacen un objeto particularmente vulnerable de explotación.

Estela Serret advierte que “entre más valencias de feminidad nos sirvan para identificar a una persona, mayor carga de marginalidad estamos imprimiendo en ella” (2011: 87). En este sentido, una mujer embarazada simboliza el ejercicio de la esencia de la feminidad, conecta directamente con lo biológico y con la expectativa social de que se convierta en madre, pero también es un recordatorio del lugar subordinado que tienen en el orden social, por lo que ignorar sus derechos en una práctica tan recurrente como los tactos para la enseñanza de los médicos, se vuelve común.

3.1.2. Como cuerpos infantilizados

Ann Oakley (1993) considera que en el paradigma médico, las mujeres no son vistas como adultas, sino como niñas que deben ser guiadas y disciplinadas con modelos correctos de conducta. La manera de referirse a ellas, con el uso de diminutivos o palabras que remiten a una minoría de edad, las construye como inexpertas, como ignorantes, como dependientes. Un ejemplo de mirarlas como incapaces es cuando los médicos realizan la práctica de Kristeller, advierten a las mujeres que les “ayudarán presionándoles el abdomen”.

⁵⁶ CNDH, Rec. 2016-50, Bochil, Chiapas, IMSS.

⁵⁷ CNDH, Rec. 2017-48 CdMx, IMSS.

⁵⁸ CNDH, Rec. 2015-51, Acatlán de Osorio, Puebla, SSA.

⁵⁹ CNDH, Rec. 2016-46, Ometepec, Guerrero, SSA.

A menudo se piensa que ellas no comprenden el lenguaje técnico, entonces o no se les explica, o se hace de una manera casi infantil. Se les considera poco racionales, incapaces de entender (Sadler, 2003). Las consecuencias de descartar su conocimiento, sus habilidades y sus necesidades son por una parte, que socaban su autonomía reproductiva y su dignidad; y por otra, que les condicionan la atención o procedimientos como la anestesia, a que “se porten bien”, a que no contradigan a los médicos/as.

a) No saben, no pueden

A semejar el embarazo con una enfermedad implica suponer que algo está afectando a ese cuerpo. Sadler (2003) recuerda los términos que se utilizan para definir el embarazo y concluye que es un “estado que incomoda, que obstaculiza, que impide”. Cuando es visto así, la noción del parto como un evento que las propias mujeres pueden guiar e ir tomando decisiones durante el proceso según sus necesidades físicas y emocionales, queda totalmente desplazada. Se espera, por el contrario, que acaten las indicaciones de las y los profesionales de la salud, que no opinen y que no decidan en un terreno donde “no saben”, que se comporten como pacientes, como señala Zola (1999), en términos de docilidad y sin autoridad.

Fue el caso de Sara⁶⁰, de 21 años, a quien el médico le aseguró “aún falta para que pueda tener a su bebé”, ella le dijo que tenía fuertes dolores y que sentía que ya iba a nacer, a lo que él respondió que tuviera a su bebé sola. Ella insistió que sentía que estaba teniendo sufrimiento fetal y solicitó que se le realizara cesárea. El médico se la negó y la volvió a dejar sola. Cuando regresaron a atenderla, su bebe había fallecido.

Cuando Elena⁶¹, de 16 años, acudió al hospital con sangrado vaginal y dolor abdominal, la primera vez la mandaron a hacerse un estudio y a guardar reposo, y la segunda, aunque ella manifestó que se trataba de una urgencia, la hicieron “esperar su turno”. Cuando la recibieron, el bebé ya estaba muerto.

Cuando se minimizaron los malestares de las mujeres que acudieron al hospital y las regresaron o las sometieron a largas esperas, pareciera que al perderlas de vista, desapareciera con ellas la responsabilidad del personal médico de atenderlas; sin embargo, los casos anteriores muestran que cuando la voz de las mujeres y el conocimiento sobre su

⁶⁰ CNDH, Rec. 2016-50, Bochil, Chiapas, IMSS.

⁶¹ CNDH, Rec. 2015-44, Nacajuca, Tabasco, SSA.

cuerpo no tienen validez en el terreno institucional, la consecuencia en muchas ocasiones es la muerte de sus bebés o de ellas mismas.

Si bien en estos casos por lo general el argumento médico es la falta de recursos o la ausencia de médicos especialistas, llama la atención que la mayoría de estas mujeres a las que se ignoró por largos periodos de tiempo eran de las más jóvenes o de las mayores de la muestra. De doce, tres eran menores de 19 años; y 6, mayores de 30.

Se nota una tendencia a negar su saber y su experiencia, a anular su derecho a decidir sobre los procedimientos que constituyen la atención sobre su cuerpo y dejarlas como objetos pasivos ante el discurso erudito médico. El cuerpo como sitio de control, vigilancia y regulación política e ideológica (Foucault, 1976), punto focal para el ejercicio del poder disciplinario.

b) Pactos patriarcales

En ocasiones, la autorización de los esposos para intervenir el cuerpo de las mujeres o para tomar decisiones sobre su proceso, fue suficiente para el personal médico, lo que socavó su calidad de ciudadanas capaces de tomar decisiones.

En el caso de Karla⁶², la mala aplicación de anestesia le provocó inmovilidad motora total, además de que le colocaron un DIU sin su consentimiento, pero su cónyuge había firmado un documento de autorización.

Explicaron a los familiares de Amalia⁶³ la necesidad de realizarle una cesárea, el esposo aceptó y solicitó que le hicieran la salpingoclasia para ya no tener más hijos.

Cuando Mariana⁶⁴ solicitó la presencia de su esposo para que la trasladaran a otro hospital, una enfermera le manifestó: “que si podía que se levantara sola ya que su esposo ya había autorizado previamente que permaneciera en el hospital”.

Incluso la CNDH en ocasiones antepuso la práctica técnica “correcta” a la voluntad de las mujeres. Aunque las recomendaciones que emite ya no modifican lo sucedido con las implicadas, sí retroalimentan el orden de género, mediante el que se asume que la institución médica o su personal deben decidir lo que conviene a las “pacientes”, por encima de sus

⁶² CNDH, Rec. 2015-32, Tlaxiaco, Oaxaca, IMSS.

⁶³ CNDH, Rec. 2016-61 caso 1, Juchitán, Oaxaca, SSA.

⁶⁴ CNDH, Rec. 2017-56, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, IMSS.

elecciones. En el caso de Diana⁶⁵, médica del IMSS, que había manifestado su voluntad para programar cesárea, falleció por no recibir una atención adecuada y oportuna; la Comisión señaló que “el médico no contaba con datos que contraindicaran una prueba de trabajo de parto” ... debió indicar un parto vaginal ... expuso a [la usuaria] a un riesgo anestésico innecesario con la práctica de la cesárea”.

3.1.3. Como antagonistas

En la medida en que las mujeres embarazadas son vistas como cuerpos a intervenir, las y los médicos emergen como protagonistas del evento del parto, y por tanto, las mujeres pasan a ocupar un papel secundario o bien, antagónico. En este sentido, se considera que su comportamiento poco cooperador entorpece el trabajo médico; y que son responsables de que el trabajo de las y los profesionales de la salud no salga bien.

a) No cooperadoras

La etiqueta de “no cooperadora” conlleva una connotación de subordinación ante el personal médico que es quien dirige el proceso del parto. Una vez más el carácter social de las “pacientes” se manifiesta, ya Freidson (1978) hablaba de la construcción del rol del enfermo que tenía la obligación de cooperar, pero no en un plano de igualdad, sino para conseguir su propia recuperación; y Sosa (2018) pone el acento en el rol social asignado a las mujeres de autocontrolarse y obedecer, e identifica en su investigación que el personal de salud espera que las mujeres obedezcan y cooperen con ellos, y si no lo hacen, el papel de las y los profesionales es restablecer el control y el orden.

Sara⁶⁶ sentía que su bebé tenía sufrimiento fetal y solicitó que le hicieran una cesárea, pero se la negaron y la sometieron a un trabajo de parto largo y doloroso, sin éxito porque falleció antes de nacer. No obstante, el médico registró “falta de colaboración de la paciente que no pujaba por fatiga materna”. Este discurso condenó a Sara por no colaborar a pesar de su agotamiento y la responsabilizó por la muerte de su bebé, pues para que naciera ella “tenía que cooperar” pujando y no lo hizo.

⁶⁵ CNDH, Rec. 2016-35, Juxtlahuaca, Oaxaca, IMSS.

⁶⁶ CNDH, Rec. 2016-50, Bochil, Chiapas, IMSS.

Los casos de Sofía⁶⁷ y de Adriana⁶⁸ ponen de manifiesto la expectativa médica de que controlen el dolor y sigan obedeciendo desde su rol subordinado. Sofía fue catalogada como “paciente poco cooperadora” después de que tras cuatro revisiones manuales de cavidad uterina que le estaban provocando sangrado abundante, se negó a que lo siguieran haciendo.

Adriana estaba agotada y adolorida durante el proceso de un parto vaginal impuesto por el médico que, por no acceder a hacerle cesárea indicada por el tamaño del bebé, le realizaron una serie de prácticas dolorosas (sin anestesia) para conseguir el nacimiento. Una vez que nació, le hicieron dos revisiones de cavidad con pinza de anillos porque “no permitía revisión con la mano”, antes ya le habían hecho otras dos de esta forma.

Las enfermeras que estaban en el parto de Claudia⁶⁹ manifestaron que “por más que explicábamos la posición que ella debía tener, no nos hacía caso ... se encontraba muy quejumbrosa y renuente ... poco cooperadora” (2016-46 Guerrero, SSA). Este caso también muestra la relación de poder que asumen las enfermeras, ellas imponen la posición “correcta” para parir y condenan las reacciones de las mujeres ante el dolor.

Ana⁷⁰ prefería que le hicieran cesárea porque su experiencia anterior había sido de un parto vaginal con complicaciones que terminó en cesárea, el médico se la negó porque a su juicio, cuando las mujeres no quieren parto “ya no quieren batallar”. Esta frase cargada de estereotipos, que sugiere una maternidad con sacrificios y sufrimiento, pone en tela de juicio a Ana por no acatar su rol social desde la sala de partos y por no obedecer las indicaciones del médico. Esta idea se refuerza con su expresión al hacerle un tacto que la lastimó: “la señora no se deja y no pude sentir nada”.

b) Por su culpa

Cuando los resultados en el parto son positivos, el protagonista y quien se adjudica todo el mérito, es el/la obstetra; pero cuando hay problemas o dificultades, se inculpa a las mujeres. De esta forma el personal médico se sacude la responsabilidad, acusándolas por “no cooperar”, por “llegar tarde”, por “no saber qué hacer”, “por interferir en el proceso”, en un contexto de opresión de género.

⁶⁷ CNDH, Rec. 2015-41, Santiago Jamiltepec, Oaxaca, IMSS.

⁶⁸ CNDH, Rec. 2015-51, Acatlán de Osorio, Puebla, SSA.

⁶⁹ CNDH, Rec. 2016-46, Ometepec, Guerrero, SSA.

⁷⁰ CNDH, Rec. 2017-43, CdMx, ISSSTE.

Mónica⁷¹ buscó ayuda en un albergue una vez que del hospital la mandaron a caminar con dolores de parto, pues el médico le aseguró que todavía no era tiempo. En el baño del albergue nació su bebé y los médicos que la trasladaron al hospital la regañaron “por no haber llegado a tiempo”.

Susana⁷² manifestó en diversas ocasiones que deseaba tener a su bebé por cesárea porque sentía mucho dolor, el parto estaba siendo complicado, intervenido con prácticas dolorosas, y muy hostil. Y aunque incluso un médico sugirió pasarla a cesárea para que ya no sufriera, su jefe se lo prohibió.

Como el parto vaginal impuesto por el jefe de Ginecología no prosperaba y la responsabilidad no podía recaer en él, Susana fue el blanco de la descarga de la mala actuación del equipo médico. El anestesista le dijo “por gorda no podemos ponértela”, “¡no cooperas por eso tu hijo no sale!”; una residente la regañó “por tu culpa sigo aquí, no me dejan ir a casa a descansar”; y tras la muerte de su bebé, el médico le dijo “tú no cooperaste por eso tu hijo murió”.

Susana terminó asumiendo la responsabilidad y sintiéndose culpable por la muerte de su bebé. Como menciona Sadler (2003), se observa cómo la violencia simbólica opera en la introyección de las mujeres del lenguaje y los parámetros del sistema hegemónico, que se apropia de sus cuerpos durante la atención de sus partos.

Además de la inferioridad femenina abalada por el discurso esencialista, éste también supone que dada la función biológica de las mujeres para la procreación, tienen cualidades “naturales” para ser madres. Con ello, además de adjudicarles la responsabilidad única de la crianza, se elabora una serie de expectativas y de asignaciones simbólicas sobre cómo deben ejercer la maternidad, bajo qué condiciones, y lo que es una “buena madre”. Aunque se ha demostrado que dichas cualidades no son innatas, sino una construcción sociocultural, en la práctica médica toman forma de normas que se les empiezan a exigir y a cuestionar desde el embarazo y el trabajo de parto. “La mujer al ingresar al hospital para parir como paciente, se está transformando en madre” (Sadler, 2003: 99) y si no cumplen con dichas expectativas como madres y como pacientes, se les culpa.

⁷¹ CNDH, Rec. 2016-33-caso 1, Santo Domingo, Oaxaca, SSA.

⁷² CNDH, Rec. 2017-41, Ciudad Madero, Tamaulipas, Hospital de Pemex.

3.2. Mecanismos para controlar los cuerpos en el parto

Una vez analizada la forma como desde la mirada médica se concibe a las mujeres en el sistema de salud, ahora hago un recuento de los principales mecanismos identificados que utiliza el personal médico para intentar regresar al orden a esos cuerpos que, a su juicio, no acatan las indicaciones.

Utilizando la propuesta de Scott, se advierte que la construcción simbólica de las mujeres próximas a la naturaleza se incorpora en formas institucionales que, por una parte vigilan dichos mandatos, y por otra reproducen el control de lo masculino sobre lo femenino. En el campo estudiado, la relación de poder entre médicos/as y mujeres que representa esta dicotomía de cultura-naturaleza, toma más fuerza en una institución masculinizada en la que se ejerce mediante el conocimiento autorizado, en la que se atiende a mujeres embarazadas, símbolo meramente conectado a la naturaleza.

3.2.1. Prácticas autoritarias

Casal y Alemany (2013) perciben que en el modelo biomédico jerárquico, en el que el poder y la autoridad recaen en los médicos, las “pacientes” depositan su confianza en ellos sin cuestionar sus decisiones y quedan despojadas de su propio cuerpo. No suelen cuestionar si los procedimientos son adecuados, si hay repercusiones, o si hay alternativas, ya que como señala Sadler (2003), las mujeres están socializadas para acatar las normas médicas a fin de recibir un buen trato.

Los saberes de los médicos, legitimados por la comunidad y por las mismas mujeres, suprimen los que ellas puedan tener sobre su cuerpo, sus emociones y su proceso (Arguedas, 2014; Belli, 2013; Castrillo, 2014; Sadler, 2003). Desde este *conocimiento autorizado*, los médicos se erigen en el poder más alto para explicar, conducir e intervenir el embarazo y el parto; y a las mujeres se les priva de opinar, preguntar o decidir, no se les proporciona toda la información que requieren, y este vacío permite al personal médico actuar con total autoritarismo.

a) *Regaños e insultos*

Elvira⁷³, de 21 años, acudió al hospital con salida de líquido transvaginal y la médica que le hizo un tacto vaginal le dijo que no tenía nada, que qué hacía ahí, y le indicó a una enfermera que le diera cinco pastillas en lugar de tres. Elvira preguntó el motivo y la doctora respondió que no le importaba.

El médico le respondió a Raquel⁷⁴: “que no se supone es su primer hijo, cómo sabe lo que le voy a aplicar”, “si ya viene muy sabionda, entonces alvíese sola”, “se va a hacer lo que yo diga, ella va para parto normal”; “no pujes, que después el bebé va a salir con un chipote, todavía no es momento de pujar, hasta que yo te diga cuándo”. Un médico interno le dijo “ya nos vamos a la sala de expulsión vas a hacer todo lo que diga, vas a cooperar para que tu bebé nazca”. Una vez en la sala de expulsión, un interno le expresó “ya falta poco, ayuda a tu bebé, ya está casi afuera, puja hacia abajo con el abdomen, no con la garganta”.

Estas respuestas por parte del personal médico tienen que ver con la subordinación de las usuarias como mujeres y como pacientes, que embona con la superioridad del universo médico masculinizado, donde la autonomía de las mujeres es censurada porque entra en disputa con el “incuestionable” *conocimiento médico*. En este sentido, Sherry Ortner (1979) habla de la “universalidad de la subordinación femenina”, para referir el valor inferior de las mujeres con relación a los hombres en todas las culturas. La autora explica que, aunque se ha demostrado que dicha inferioridad tiene su raíz en el ordenamiento socioestructural, las mujeres han sido simbólicamente asociadas con la naturaleza –en oposición a los hombres que se les identifica con la cultura-, y en todas las sociedades la cultura es superior a la naturaleza, pues la primera tiene la capacidad de transformar a la segunda.

b) *Imposición de parto vaginal*

En los casos revisados fue recurrente la imposición de parto vaginal aun cuando las mujeres solicitaron cesárea o cuando su estado de salud lo requería. En el modelo de atención hegemónico es común que todos los casos quieran ser tratados igual, con procedimientos estandarizados, y que no se haga diferencia entre los que no requieren cesárea con los que sí. Menos aún que se respete el derecho de las mujeres a decidir si quieren un parto vaginal o por cesárea. Como señala Sadler (2003), se da por hecho que los médicos, con su

⁷³ CNDH, Rec. 2017-05, Metepec, Estado de México, IMSS.

⁷⁴ CNDH, Rec. 2017-06, Gómez Palacio, Durango, IMSS.

conocimiento autorizado, son quienes deciden sobre el proceso concebido como una patología.

A Lorena⁷⁵, un médico le indicó que el producto venía transverso y que requería cesárea de urgencia; otro doctor, aunque sintió “los pies del producto en el canal vaginal”, decidió que tuviera parto vaginal, lo que provocó sufrimiento fetal y el fallecimiento del bebé.

A Adriana⁷⁶, de 25 años, le indicaron que era necesario realizarle cesárea porque su bebé era muy grande, pero un médico decidió que fuera parto vaginal porque no había anesthesiólogo. Como el parto se prolongó, intentaron acelerarlo con prácticas injustificadas y dolorosas.

A Patricia⁷⁷ le indujeron el parto con oxitocina y la dejaron con un monitor sin vigilancia médica durante seis horas, en lugar de realizarle la cesárea que requería, lo que provocó que su bebé falleciera y aun así le informaron que la expulsión sería vía vaginal, a pesar de haber solicitado cesárea.

Ana⁷⁸ manifestó que quería cesárea porque así había nacido su primer bebé por complicaciones para parto vaginal y un médico exclamó “mujer a la que dicen cesárea ya no quiere batallar...”. Por su parte, Mariana⁷⁹, de 26 años, solicitó que le hicieran cesárea y una enfermera le dijo “vas a tener un parto normal y eso duele”.

A Ximena⁸⁰, de 24 años, le indujeron el parto a las 42 semanas porque “ya era un bebé viejito”, como no tuvo dilatación con el gel que le aplicaron cada seis horas en tres ocasiones, le colocaron una pastilla sublingual, pero tampoco avanzaba el trabajo de parto. El doctor la lastimó al meter bruscamente la mano en su vagina, ella suplicaba cesárea y él le dijo que se tenía que aguantar y esperar a que naciera por parto natural, “uuuy no aguantas nada”. Finalmente, cuando la pasaron a cesárea el médico le dijo que se había salido con la suya y que le estaba quitando la oportunidad a otra mamá de usar la sala de operación.

Estos casos ponen en evidencia que las mujeres no pueden manifestar su deseo de cómo parir sobre lo que solo el médico tiene autorización para decidir. Por otra parte, algunos de estos casos podrían estar mostrando la poca preparación de los médicos o su falta de

⁷⁵ CNDH, Rec. 2015-50, Baja California, Ensenada, Hospital Rural Prospera.

⁷⁶ CNDH, Rec. 2015-51, Acatlán de Osorio, Puebla, SSA

⁷⁷ CNDH, Rec. 2017-46, Querétaro, ISSSTE.

⁷⁸ CNDH, Rec. 2017-43, CdMx, ISSSTE.

⁷⁹ CNDH, Rec. 2017-56, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, IMSS.

⁸⁰ CNDH, Rec. 2017-48 CdMx, IMSS.

habilidades y conocimientos; si bien esta indagación no es el centro de la tesis, podría ser una condición de posibilidad más para el ejercicio de la violencia obstétrica.

3.2.2. Vigilancia, represión y castigo

En la atención ginecobstétrica hay una vigilancia constante de las normas de género y sobre la maternidad, que cuando no son cumplidas por las mujeres se les reprende y se les castiga.

a) Castigo por no cumplir como “paciente”

Mónica⁸¹, indígena de 18 años, tuvo a su bebé en el sanitario de un albergue porque no la atendieron en el hospital cuando llegó con dolores de parto y los médicos la regañaron “por no haber llegado a tiempo al hospital”.

Lucía⁸² relató que cuando ingresó al hospital, después de que su bebé nació en la vía pública, a causa de que un médico la regresó con dolores de parto cuando fue por primera vez a solicitar atención, las enfermeras se mostraron enojadas con ella. En este caso el castigo “por no haber llegado a tiempo” al hospital se manifiesta a través del enojo.

Ligia⁸³ sufrió la muerte fetal de su bebé, cuando llegó al hospital por segunda vez ya tenía 24 horas de haber fallecido. No lo expulsó con la pastilla que le dieron, entonces la operaron dos días después, pero durante el proceso recibió un trato grosero y con regaños.

La represión y el castigo a menudo se ejercen mediante actos discriminatorios que dañan la dignidad de las mujeres, son tratadas con repulsión, con enojo.

b) Represión por manifestar el dolor

A Gloria⁸⁴, indígena de 35 años, le negaron la atención en un hospital de Villahermosa porque no atendían “chiapanecos”, cuando finalmente la ingresaron recibió un trato violento, con gritos, regaños, insultos, y la amenaza de suspenderle la atención si se quejaba. Todavía le pidieron dinero para entregarle a su hija.

⁸¹ CNDH, Rec. 2016-33-caso 1, Santo Domingo, Oaxaca, SSA.

⁸² CNDH, Rec. 2015-19, Ensenada, Baja California, IMSS.

⁸³ CNDH, Rec. 2016-61-caso 2, Juchitán, Oaxaca, SSA.

⁸⁴ CNDH, Rec. 2015-45, Villahermosa, Tabasco, Hospital Regional.

Durante el parto de Claudia⁸⁵, indígena de 27 años, las enfermeras estaban enfadadas con ella porque “estaba haciendo feo”, pidieron a los familiares que la calmaran ya que, argumentaron, ellas habían tratado partos de chamacas de doce años, y ella ya estaba vieja para comportarse así. Además, cuando supieron que no tenía esposo, se rieron y dijeron que se irían a dormir un rato.

Cuando Sara⁸⁶ le dijo al médico que tenía fuertes dolores y que sentía que ya iba a nacer, él respondió que tuviera a su bebé sola. Después de un rato ella insistió que sentía que estaba teniendo sufrimiento fetal y solicitó que se le realizara cesárea, pero el médico se la negó y la volvió a dejar sola.

La persona encargada de ponerle la anestesia a Susana⁸⁷ se expresó de ella como “gorda, por gorda no podemos ponértela”.

En estos casos la represión está teñida de discriminación por la pertenencia étnica, la edad, el estado civil o la condición física de las mujeres.

c) El dolor como castigo

A menudo se utilizó la amenaza del dolor como castigo o bien, se impuso como una obligación durante el trabajo de parto y el parto, reforzando la idea de que la buena maternidad inicia en ese momento con sufrimiento y dolor.

Una enfermera le dijo a Raquel⁸⁸: “yo sé que duele, no te estés quejando”. Un doctor lastimó a Ximena⁸⁹ al meter bruscamente la mano en su vagina, él le dijo que se tenía que aguantar, “uuuy no aguantas nada”.

A Mariana⁹⁰, de 26 años, una enfermera le preguntó sobre el método anticonceptivo que elegiría “si ya sabes que duele por qué no te vas a cuidar”. Ella pidió que le hicieran cesárea y le respondió “qué más quieres si ya te revisaron, vas a tener un parto normal y eso duele”.

⁸⁵ CNDH, Rec. 2016-46, Ometepec, Guerrero, SSA.

⁸⁶ CNDH, Rec. 2016-50, Bochil, Chiapas, IMSS.

⁸⁷ CNDH, Rec. 2017-41, Ciudad Madero, Tamaulipas, Hospital de Pemex.

⁸⁸ CNDH, Rec. 2017-06, Gómez Palacio, Durango, IMSS.

⁸⁹ CNDH, Rec. 2717-48, Ciudad de México, IMSS.

⁹⁰ CNDH, Rec. 2017-56, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, IMSS.

Personal médico le hizo comentarios a Brenda⁹¹, de 16 años, como: “a poco duele”, “cuántos más vas a tener”, “a ves que duele”, “qué chiquita estás”. En este caso, se utilizó el dolor como castigo a la edad de la paciente.

Ana⁹² manifestó que quería cesárea porque así había nacido su primer bebé por complicaciones para parto vaginal y un médico exclamó “mujer a la que dicen cesárea ya no quiere batallar...”.

El discurso del pensamiento católico de la mujer como un ser inferior y como la causante del pecado, heredado por la ciencia médica, está presente en los casos de estas mujeres. Dado que la falta de Eva se cometió en el cuerpo, el castigo sería también a través de éste, con penas como *parir con dolor* (López, 2007), como aquí se ve, ya sea como castigo, como condena o como amenaza.

3.2.3. Control de sus opciones reproductivas

Si los cuerpos son vistos como máquinas reproductoras, las y los médicos fungen como los operadores de éstas y deciden cuándo deben dejar de funcionar como tales. Para tal efecto, obligan a las mujeres a aceptar algún método anticonceptivo o bien, se los aplican sin su consentimiento. De tal manera, que el control en las salas de parto trasciende a un control social sobre sus vidas.

A Diana⁹³, médica del IMSS de 29 años, diagnosticada con amenaza de aborto en su segundo embarazo, le colocaron un DIU sin su consentimiento. A Eva⁹⁴, de 32 años, que acudió al hospital con signos de riesgo en su séptimo embarazo, le realizaron la histerectomía durante la cesárea.

A Viridiana⁹⁵, de 26 años, después de dos horas de dolor intenso y casi inconsciente, le dieron un papel para que firmara el consentimiento para colocarle un DIU, aun cuando ella había dejado claro en las consultas que no lo admitía. Hasta que la dieron de alta le informaron que se lo habían colocado.

⁹¹ CNDH, Rec. 2015-20, Tetecala, Morelos, SSA.

⁹² CNDH, Rec. 2017-43, CdMx, ISSSTE.

⁹³ CNDH, Rec. 2016-35, Juxtlahuaca, Oaxaca, IMSS.

⁹⁴ CNDH, Rec. 2016-47, Ocosingo, Chiapas, IMSS.

⁹⁵ CNDH, Rec. 2017-03, CdMx, IMSS.

A Ana⁹⁶, de 34 años, en medio del dolor al anunciarle que su bebé, producto de su segundo embarazo, había muerto antes de nacer, el médico aprovechó su estado de vulnerabilidad para que firmara el consentimiento para realizarle la salpingoclasia.

A Karla⁹⁷, indígena de 26 años, a quien la anestesia le causó inmovilidad motora total, permanente e irreversible, le colocaron un DIU sin su consentimiento, cuando ella había manifestado claramente “que no iba a permitir ningún método de no tener familia”. El resumen clínico indicaba “se llevó ... a esterilizarla ...”.

A Gabriela⁹⁸, indígena de 21 años que entendía poco el español, le advirtieron que volver a embarazarse era riesgoso para su salud, aunque ella se negaba, una doctora le dijo que “no saldría de ahí hasta que se lo pusieran”. La hicieron firmar un documento bajo presión y le colocaron un DIU.

A Amalia⁹⁹, indígena de 19 años, le practicaron la salpingoclasia sin su consentimiento, le hicieron firmar un documento mientras estaba en la mesa de operaciones, con la cavidad abdominal abierta, con efectos de la anestesia, estrés quirúrgico y posible disminución de sus capacidades cognitivas. Ella se enteró que le hicieron este procedimiento dos días después.

Lo que se puede observar en estos casos es que el juicio de las y los médicos para dictar cuándo las mujeres ya no deben tener hijos/as, responde al discurso del riesgo, cuando hay alguna complicación en el embarazo o parto o cuando ya tienen muchos hijos/as. Destaca que a tres de las cinco mujeres indígenas de la muestra, se les impuso un método para frenar su reproducción.

De algunas obtuvieron su “consentimiento” bajo coacción, en el momento de mayor vulnerabilidad: en plena cirugía, bajo el efecto de la anestesia, durante la intensidad del dolor (por las contracciones o porque su bebé había fallecido); y a otras simplemente se les aplicó el método sin que se enteraran, hasta después. Pareciera que siguen operando las medidas de planificación familiar que iniciaron hace más de treinta años, con aquella estrategia de sumar cifras para las metas gubernamentales.

⁹⁶ CNDH, Rec. 2017-43, CdMx, ISSSTE.

⁹⁷ CNDH, Rec. 2015-32, Tlaxiaco, Oaxaca, IMSS.

⁹⁸ CNDH, Rec. 2016-58, Pahuatlán del Valle, Puebla, SSA; y Tulancingo, Hidalgo, SSA.

⁹⁹ CNDH, Rec. 2016-61 caso 1, Juchitán, Oaxaca, SSA.

Recapitulación

Este capítulo ofrece un panorama de las condiciones de posibilidad institucionales para el ejercicio de derechos de las mujeres y cómo en la aplicación de las regulaciones en el modelo de atención hegemónico permean los discursos médicos y sociales sobre la reproducción y la maternidad, permeados por el orden de género, que en ocasiones conllevan a que se incumpla la normatividad existente.

Asimismo, ofrece un contexto de las políticas de planificación familiar que iniciaron en los años setenta en México, que permite comprender desde qué lógica institucional se siguen imponiendo a las mujeres en forma de anticoncepción forzada, constituyendo así una práctica de violencia obstétrica.

Por otra parte, las cifras y la información sobre muerte materna, la anticoncepción forzada y el porcentaje de cesáreas en nuestro país, son evidencia de la magnitud de la violación de derechos de las mujeres en la atención del embarazo y el parto. Estas prácticas actualmente se pueden identificar como coadyuvantes de la violencia obstétrica, lo que agudiza y complejiza su lectura como violencias de género e institucionales.

La revisión y el análisis de los textos de las Recomendaciones de la CNDH fue un interesante ejercicio de identificación de violencia obstétrica en casos donde a través de la denuncia principal que hicieron ante la Comisión, pude extraer una serie de elementos que configuran a un grupo social de mujeres -de clase socioeconómica baja, en su mayoría de contextos rurales y algunas de etnias indígenas- distinto al de las que entrevisté y así observar sus propias condiciones de posibilidad para la violación de derechos durante el parto.

CAPÍTULO TRES

ESTRATEGIA TEÓRICO - METODOLÓGICA

1. Posición teórico - metodológica

Dos sucesos marcaron mi interés por investigar sobre la experiencia de las mujeres en sus partos. Al principio simplemente me intrigaba qué hacía posible la violencia obstétrica, más allá de ser una expresión de la violencia de género cobijada por el sistema patriarcal que la permite y la alienta en todas sus manifestaciones.

En 2013 tuve mi primer parto, elegí al médico que me atendió porque me lo recomendaron como “buen ginecólogo”, en ese momento no conocía más opciones. Alrededor del sexto mes de embarazo me di cuenta de que muy probablemente estaba en sus planes hacerme una cesárea; y al decirle que yo quería parto vaginal su respuesta fue “ya veremos porque ahora las mujeres ya no aguantan el dolor”. A partir de ese día, en cada consulta presentaba justificaciones para la cesárea: el peso de mi hija, una posible vuelta del cordón umbilical, etc. Finalmente fue parto inducido y me realizó la mayoría de las prácticas que yo, aleccionada en el curso profiláctico, le había aclarado que no quería porque no eran necesarias. Con un “ahí veremos si se necesita” como respuesta a cada una de mis peticiones, llegamos al día del parto e hizo lo que quiso.

Seguramente pasaron más cosas pero las dos que recuerdo que tardé meses después del parto en procesar y en que no me pesaran como culpa por no haber cambiado de médico cuando vi que no respetaba mis decisiones fueron: la primera, cuando estaba en el expulsivo, su asistente le dijo que acababa de llegar una de sus pacientes al consultorio y el médico le contestó “dile que me espere, que enseguida voy”, ¿cómo sabía cuánto se iba a tardar?, después me di cuenta de que sí sabía porque me haría episiotomía para acelerar el proceso, para la que sólo le avisó al papá de mi hija “voy a hacer un corte”, al momento que lo hacía; esa fue la segunda, que me sentí como un cuerpo ante el que el médico sólo debía avisar al dueño que le haría una intervención (innecesaria), como un *pacto entre varones*. Fue la única vez que grité, pero fue un grito de coraje y de protesta, más que de dolor físico.

Tantas preguntas me atormentaron durante aproximadamente un año: ¿con base en qué decidió que las mujeres “ya no aguantan el dolor”?, ¿por qué seguí confiando en él?, ¿por

qué no le reclamé que me hizo una episiotomía que no necesitaba, que tardó un mes en cicatrizar y que me causó tanto dolor que apenas podía cargar a mi hija de menos de tres kilos?, pero sobre todo, ¿por qué lo permití si yo conocía mis derechos? En realidad, en el momento solo lo viví como un abuso que fue posible con mi *complicidad*. Haber sido partícipe de esa *violencia simbólica* y más, me hizo sentir muy vulnerable: estar del lado de las mujeres que sufren violencia, en lugar del de las que estudian el fenómeno desde la academia, o las que diseñan y aplican políticas para su prevención, desde la administración pública, dos espacios donde había estado los últimos ocho años.

Para mi segundo parto, en 2015, estaba mucho más informada y consciente de lo que había sucedido, la atención desde el embarazo fue con un médico que practicaba parto humanizado y la experiencia fue completamente distinta. No pretendo idealizar este tipo de parto, porque como más adelante expondré, no comparto plenamente el discurso que lo acompaña, pero definitivamente es una mejor opción en términos de respeto de derechos y de acompañamiento de las mujeres, que privilegia nuestro lugar como protagonistas de un proceso que sucede en nuestro cuerpo. Para mí fue un parteaguas porque comprendí que era posible otro tipo de atención y de prácticas, o de omisión de éstas, por ser simplemente rutinarias, para beneficio del médico y con justificaciones engañosas. Fue entonces que la insatisfacción del primer parto empezó a tener efecto y me motivó a acercarme académicamente al tema de la *violencia obstétrica*.

Ya interesada, asistí al *Tribunal simbólico sobre muerte materna y violencia obstétrica*, que organizó el Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. en 2016. "... frente a un público de más de 300 personas, donde fueron narradas 27 historias de mujeres que sufrieron violencia obstétrica y familiares de víctimas de muerte materna que, de diversas regiones del país, acudieron a la Ciudad de México para presentar sus testimonios de propia voz. "...fue un ejercicio civil de denuncia de las fallas estructurales, conductas y omisiones habituales en los entornos de atención del embarazo, parto y posparto que cada año causan en México violaciones a los derechos humanos de centenares de mujeres y sus familias" (GIRE, 2016: 4).

Los testimonios fueron desgarradores, uno más que el otro, en el público había un silencio absoluto y seguramente varios nudos en la garganta. Aunque no me sentí identificada con las historias de estas mujeres porque sus casos eran de una gravedad extrema, sí me empecé

a cuestionar de qué manera sucede la violencia obstétrica en el sector médico privado, donde yo la viví de una forma sutil, velada, cuidadosa, pero al final con el mismo autoritarismo médico que opera en el sector público. Y por otra parte, si se afirmaba que las mujeres de bajos recursos económicos, con pocas o nulas opciones de acceso a una atención privada de calidad y sin conocimiento de sus derechos, eran las propensas a sufrir este tipo de violencia, ¿qué sucedía con quienes, como yo y otras mujeres con historias similares, teníamos capitales –económico, social y cultural- más altos?, entonces ¿qué limitaba nuestra posibilidad de ejercicio de derechos que quizá compartíamos con las mujeres del *Tribunal*?; la violencia era evidencia de algo, ¿cómo lo podía leer?

Fue así que empecé a indagar sobre este tema enfocado en dicho sector sociocultural considerado privilegiado y la inquietud llegó a consolidarse en un proyecto de investigación doctoral con la finalidad de acercarme a conocer sus experiencias y sus significaciones sobre la atención médico-obstétrica recibida. Si bien más adelante presentaré al grupo de mujeres participantes que hicieron posible este estudio, inicio por situar que su voz fue emitida desde cierta *posición social*, definida por su construcción social con una serie de atributos, por los recursos (materiales y simbólicos) con los que contaban, y por una serie de disposiciones introyectadas en sus ideas y en sus cuerpos. Es decir, iniciaron la atención médica para su parto desde una posición mediante la que se fueron vinculando como mujeres-embarazadas-pacientes con el personal médico, con sus parejas (quienes tenían), con familiares o amistades, en una *red de relaciones* que, a su vez, redefinió esa posición y como parte de esa red tomaron decisiones y ejercieron prácticas respecto a su parto.

En este marco, los relatos de las mujeres sobre su experiencia durante la atención médica que recibieron en el embarazo y el parto, fueron la materia prima a estudiar, a interpretar. Desde cómo fueron construyendo sus expectativas y deseos sobre su parto, pasando por cómo fueron modificándose en la medida en que fueron internalizando o se resistieron a los discursos –social y médico- sobre la maternidad y la reproducción, y finalmente cómo sucedió el parto y su interpretación de éste.

Es así que el enfoque de la *fenomenología*, propuesto por Schutz (1974), que se interesa principalmente en los atributos de la experiencia vivida del cuerpo, del mundo de la vida, del sentido y de la intencionalidad de las acciones (López, 2014), brinda un primer piso de recursos metodológicos y conceptuales para la investigación. Asimismo, recurro a la

relación de la fenomenología con la teoría feminista, y a su relación con la investigación social en salud.

El feminismo ha nutrido a la fenomenología para reconocer aspectos intrínsecos a la construcción de los cuerpos femeninos y masculinos, y para comprender que la experiencia humana es corporal e intersubjetiva, a la vez que está imbricada con sentidos personales y culturales (López, 2014). La fenomenología feminista ayudará a analizar no sólo lo que se manifiesta, sino a descubrir lo invisible en lo visible, a develar lo que no dicen las mujeres en sus relatos pero que los estructuran, es decir, más allá de la privación de derechos en la sala de parto, su experiencia producida por las prácticas subyacentes del discurso médico. “... la fenomenología feminista no sólo es el rechazo de la uniformidad y neutralidad del sujeto. ... describe, además, las experiencias vividas en primera persona con arreglo a tipos, y reivindica el reconocimiento de las mujeres como sujetos con sus diferencias, pero sin discriminación en razón de las mismas” (López, 2014: 63).

Cuerpo embarazado y en trabajo de parto: cuerpo vivido

Mi primera consideración a tomar en cuenta es la que hace Judith Butler (en López, 2014) de que la fenomenología clásica ha descrito el cuerpo como si fuera neutro. Y no obstante que habla de un cuerpo-sujeto con experiencias vividas, éste ha sido definido desde la razón patriarcal, y a la mujer se le asocia con un cuerpo-objeto. Entonces, es preciso atender al *cuerpo generizado* (gendered) y a los actos, para que el sentido de la experiencia se sume a los modos de actuación del significado. Asimismo, considerar en la investigación, la *experiencia generizada* y la jerarquía sexual (Simms y Stawarska, 2013).

Desde la perspectiva de la fenomenología del *cuerpo vivido* (Merleau-Ponty, 1975), “el cuerpo no consiste en una esencia natural inmutable, sino en un proceso histórico y existencial susceptible de ser descrito en sus manifestaciones fenoménicas” (López, 2014: 48). Bajo esta premisa, me interesa comprender la dimensión simbólica del cuerpo embarazado, cómo se conceptualiza, cómo se representa, y cómo lo han significado las mujeres del estudio.

El concepto de *cuerpo vivido* ha sido un desafío para las teorías científicas del cuerpo como máquina en el ámbito de la salud. Freidson (1978) ha señalado que el discurso médico describe al cuerpo humano enfermo como máquina con desajustes estructurales y

funcionales. Y entre otras autoras, Emily Martin (1992), ha relatado cómo desde el discurso ginecológico y obstétrico, el cuerpo reproductivo se atiende como una máquina que periódicamente se daña.

Por otra parte, retomo el análisis fenomenológico de Sara Cohen (2015) que permite comprender cómo el cuerpo en trabajo de parto pone en peligro el *hacer* feminidad, y por tanto, amenaza el poder patriarcal, debido a que es un cuerpo poderoso, que tiene más en común con un cuerpo sano que con uno patológico que necesita curación e intervención. Cohen utiliza las ideas de Iris M. Young (1980), de la construcción de los cuerpos femeninos como “esencialmente discapacitados”, privados de la capacidad de moverse libremente y de forma segura en el espacio, para demostrar que la violencia obstétrica aparece como una herramienta para disciplinar un cuerpo “rebelde” cuando desafía su feminidad. Young afirma que si nuestras posibilidades en el mundo “dependen del modo y los límites del cuerpo "puedo" (según Merleau-Ponty), entonces la existencia femenina bajo el patriarcado, se construye como un perpetuo "no puedo"”.

Sin embargo, los estudios fenomenológico-feministas, exploran el cuerpo vivido como “yo puedo”, sus diversas modalidades de realización y la discriminación. Éstos permiten comprender que la razón no es lo opuesto al cuerpo (López, 2014). Así, retomo el planteamiento de Cohen para explorar en qué medida la violencia obstétrica mantiene a las mujeres en la misma situación de discapacidad y dependencia, en la medida en que “se espera que las mujeres mantengan sus cuerpos tan cerrados como sea posible: siempre son vulnerables, en peligro de ser atacados o penetrados” (Cohen, 2015: 242), y ellas internalizan esta idea y los viven como débiles, incapaces y que requieren soporte y protección. Pero por otro lado, me interesa develar bajo qué condiciones identifican la violencia y emplean estrategias de resistencia para ejercer su autonomía, cuál es su margen de acción, su rango de preferencias que les posibilitan tener agencia.

Construcción social de la reproducción y la maternidad

Aunque diversos estudios fenomenológicos tienden a minimizar el contexto por centrarse en la visión del mundo de los agentes (Castro, 2011), para esta investigación es importante dar cuenta del contexto, tanto estructural como institucional, que incide en la experiencia subjetiva. Es por ello que hago uso de los aportes del *construccionismo social*, impulsado por

Berger y Luckman, como corriente derivada de la fenomenología de Schutz, que permite analizar las actividades de construcción de la realidad en que se encuentran inmersos, lo mismo los individuos que las instituciones sociales.

Si bien es necesario traer a cuenta el proceso mediante el cual se institucionalizó la reproducción y se patologizaron el embarazo y el parto, desde la perspectiva construccionista social, me interesa el planteamiento que subraya Deborah Lupton (2012), de que el poder médico no solo reside en instituciones o individuos de élite, sino que cada individuo lo despliega a través de la socialización para aceptar ciertos valores y normas de comportamiento. Se trata de la *internalización*, cuando los individuos aprenden, mediante la socialización, la “realidad objetiva de las cosas” e incorporan dicha realidad a su acervo de conocimientos, a su sentido común y a su actitud natural (Castro, 2011).

En el campo de la salud, el enfoque del construccionismo social no pone en duda la realidad de la enfermedad o las experiencias corporales, sino que enfatiza que son interpretadas a través de la actividad social y, por tanto, deben aplicarse análisis culturales y sociales. En este sentido, el conocimiento médico se considera una construcción dependiente de los entornos sociohistóricos en los que este conocimiento ocurre y se negocia (Lupton, 2012). De manera consecuente, aplico la filosofía feminista que ofrece un análisis estructural amplio de la situación en la que la experiencia del embarazo y el parto se desarrollan (Simms y Stawarska, 2013), partiendo además, de que no son enfermedades.

Como mencioné, el contexto cultural es relevante para comprender las interpretaciones que hacen los individuos de sus propias experiencias. En este sentido, el concepto *mundo de la vida cotidiana*, de Schutz (1974), es central. Con él se refiere a la esfera de la realidad donde los individuos tienen influencia mediante su conducta y sus interacciones (Castro, 2011), en este tenor, me interesa no solo describir la experiencia de las mujeres, sino explicar, por *comprensión*, sus conductas. Y por otra parte, puntualizar que la medicalización del embarazo y el parto funciona como una forma de control social en el mundo de la vida cotidiana.

Las mujeres, vistas desde esta perspectiva, como constituidas en y a través de discursos y prácticas sociales, reproducen el *sentido común* construido también socialmente. Este concepto, problematizado por Schutz (1974), es un conjunto de saberes prácticos que se acumulan a lo largo de las generaciones, que se heredan y ubican a las y los individuos en “el mundo” de forma inmediata, es decir, se les socializa en este conocimiento (Castro, 2011).

Pero no hay que olvidar que la experiencia de las mujeres es intersubjetiva, es decir, habrá que colocarla sobre los supuestos de sentido común en los que se estructuran sus encuentros con el personal médico y con la sociedad en general. Un fenómeno que identifiqué es que en el sentido común está montado el discurso médico del riesgo, tanto para médicos/as como para las mujeres, es una prioridad durante el embarazo y en el parto, sin embargo, puede permitir y justificar la violación de derechos y la limitación de la autonomía de las mujeres.

Otro rasgo a tomar en cuenta es el discurso social sobre la maternidad y el modelo de la “buena madre” en la cultura mexicana, situada en relación con la identidad que imponen las sociedades patriarcales, como señala Lorena Saletti (2008); pero que no lo experimentan igual las mujeres según su contexto y sus *capitales*. De ahí la necesidad de analizar en qué medida estas representaciones están presentes en la interacción de las mujeres con el personal médico durante la atención obstétrica, cómo sus decisiones son estructuradas por el orden de género que les subyace y cómo a la vez, fortalecen su estructura. Esta idea de *estructura estructurante y estructurada*, acompañará el proceso del análisis.

El trabajo de parto desarticula las propias nociones de las mujeres por ser un suceso desconocido (aunque no sea el primero, cada uno tiene sus particularidades), pero al mismo tiempo lleno de expectativas. La ruptura de la *actitud natural* de las mujeres con la feminidad que se espera y se exige socialmente de ellas, invita al análisis desde la fenomenología y desde la sociología interpretativa (Geertz, 1983; Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2008), con la que los estudios de género comparten métodos de análisis al incorporar el punto de vista de las y los agentes y su propia definición de la situación.

Regresando al punto anterior, sostengo que no es posible una actitud natural en un evento donde el dolor tiene un papel central, que impacta no sólo en el sufrimiento de las mujeres, en la percepción de sí mismas, del control sobre su cuerpo, sino también en la relación de poder con el personal médico. Ante esta realidad compleja, la idea de *descripción densa* que Geertz (1983) retoma de Gilbert Ryle, permite mirar el fenómeno a estudiar como un conjunto de hechos sociales específicos, como pueden ser las decisiones, expectativas y prácticas que las mujeres van construyendo y modificando a lo largo de su embarazo y parto; pero con varias capas de análisis.

Geertz (1983) habla de una descripción interpretativa para desentrañar *estructuras de significación* socialmente establecidas. Utilizo esta herramienta metodológica para acercarme

a interpretar los códigos sociales, los mensajes y los actos simbólicos que entrañan los discursos médico y social, a través de lo dicho por las mujeres entrevistadas. La descripción de la *subjetividad objetivada* (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2008) de las mujeres remite a la descripción de la objetividad de los discursos interiorizada.

Reflexión como agente del campo

La fenomenología feminista es, por definición, una fenomenología crítica, que cuestiona incluso cómo las feministas nos hemos pensado en una larga tradición de conceptos que han definido la experiencia del mundo de los varones como la norma y como el fundamento de sus prácticas epistemológicas (Simms y Stawarska, 2013).

En este sentido, Simms y Stawarska (2013) plantean que las investigadoras feministas deben ser críticas de su propia historia intelectual, así como de las instituciones que producen conocimiento.

Hacer una investigación desde la epistemología feminista implica mostrar una forma particular del orden social, es hacer conocimiento situado que refleje cómo el género sitúa a las personas participantes. Además de la exigencia de no usar el género desde el sentido común, nada más, este estudio me implica importantes retos.

Por un lado, tener presente que al ser un tema sobre la reproducción femenina (una función considerada biológica) los diferentes abordajes pueden estar teñidos del esencialismo que pretendo cuestionar. Es decir, las mismas voces que condenan la violencia obstétrica que se vive en las instituciones médicas y apoyan un parto no medicalizado respetuoso de los derechos humanos, pueden estar nutridas de argumentos esencialistas o biologicistas, que si bien corresponden a una corriente feminista, no a todas y en este trabajo es importante no caer en naturalizar las funciones reproductivas; sino poner el foco de atención en que son cuerpos cuyo “significado biológico se ha producido culturalmente al inscribirlos en los discursos de la maternidad, que postulan a la madre como sujeto, para negar de esta forma a las mujeres” (Saletti, 2008: 172).

Por otra parte, me obliga a revisar mi posición como investigadora de un fenómeno social del que yo fui parte, del que puedo tener *prenociones* que o bien, pueden conectarse con las de las participantes de la investigación, o podrían alejarme de sus experiencias. Esta *vigilancia epistemológica* exige cuestionar mi propio sentido común sobre el embarazo y el

parto, para no obviar la información de las narrativas de las mujeres sin solicitarles que ahonden en temas particulares que creo conocer; pero sobre todo, separar mi *posición* como agente del campo, de mi papel como investigadora que interpreta lo que ocurre en éste, aunque incluya mi posición.

2. Metodología

Es un estudio cualitativo, inscrito en el área de producción de conocimiento feminista, llevado a cabo mediante las perspectivas de género e interseccional, con un enfoque de derechos humanos.

2.1. Selección de la población del estudio

Las participantes del estudio son mujeres pertenecientes a redes de maternidad (de manera presencial y/o virtual) que tuvieron su parto/cesárea en la Ciudad de México, y que aceptaron participar en una entrevista después de responder una encuesta en línea.

Durante mis embarazos (en 2013 y 2015) conocí dos centros de preparación para el parto en la Ciudad de México, que ofrecen principalmente cursos psicoprofilácticos, yoga prenatal, masaje prenatal y posparto, acompañamiento de doulas en el parto, y círculos de crianza posparto.

Seguí en contacto con las doulas encargadas de ambos centros y tuve pláticas sobre mi proyecto incluso antes de entrar al doctorado. Las dos estuvieron muy interesadas y con disposición de colaborar facilitando mi acceso para contactar a mujeres que quisieran participar en las entrevistas. Una vez siendo parte del posgrado, con el proyecto con más forma, las volví a contactar para formalizar el acercamiento con las mujeres; en uno de los centros, por cuestiones de logística interna de manejo de sus grupos, ya no fue posible trabajar con las asistentes. Con la encargada del otro, vimos la oportunidad de realizar una encuesta sobre su experiencia durante el parto/cesárea, que nos daría información general sobre ellas y su vivencia en el parto.

Fui diseñando la encuesta con la revisión y visto bueno de la doula, cuando estuvo terminada, la envié mediante un programa en línea, a tres grupos sobre maternidad que lo autorizaron y de los que yo formaba parte: el centro mencionado (Papaki) y dos de Facebook (Momzillas y Maternidades feministas), en los que se trataban temas desde la preparación para el parto hasta lo referente a la crianza. En este sentido, un hilo que une a estas mujeres

es su posibilidad de acceso a estos grupos –físicos y virtuales-, a la formación y participación en redes que se han construido en torno a la maternidad, que les brindan conocimiento y que van aumentando su autoridad epistémica en sus propios procesos de embarazo y parto.

Es así que este conjunto de mujeres brindó información que condujo a identificar condicionantes estructurales, que operan de manera conjunta, correspondientes al orden de género, a la representación de la maternidad en México y al discurso médico del riesgo, que podrían ser comunes a mujeres de distinta clase socioeconómica. Sin embargo, la particularidad de su posición en el campo obstétrico con capitales que no comparten con otras mujeres, fue uno de mis principales intereses para el análisis.

2.2. Lugar de estudio: el espacio y su contexto

Un elemento constitutivo a definir para implementar la estrategia metodológica, es el espacio donde ocurre la investigación. Si bien el estudio se ubica en un espacio físico concreto (instituciones médicas de la Ciudad de México), lo defino como un espacio social y simbólico, como un sitio intervenido por prácticas sociales.

Las mujeres participantes fueron atendidas en la Ciudad de México durante su embarazo y su parto, salvo contadas excepciones en las que en algún periodo de los nueve meses estuvieron en otra ciudad. Sobra decir que no retomo las experiencias de las mujeres únicamente como casos individuales, sino insertas en contextos estructurales, tomando en cuenta los recursos materiales y simbólicos que los componen. Es así que vale la pena puntualizar algunas características de la ciudad, quizá generales pero que brindan una pauta, que podrían orientar las decisiones de las mujeres sobre sus partos.

Como ya se menciona en el capítulo dos, en 2015 se registró que casi la mitad (48.69%) de los nacimientos en la Ciudad de México fueron atendidos vía cesárea (la OMS recomienda entre el 5 y el 15% y la NOM-007 establece un máximo de 20%), lo que de entrada sugiere una creciente medicalización del parto y un alto índice de cesáreas innecesarias, quizá autorizadas por las mismas mujeres o incluso solicitadas. Por otra parte, también opera el discurso médico del riesgo que promueve las cesáreas para prevenir “posibles” complicaciones (Ruiz, et al., 2014), en un país con una tasa de mortalidad materna alta: de 2012 a 2016 en México murieron un total de 4 mil 283 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; es decir, 857 mujeres al año; dos al día

(GIRE, 2018). Lo que provoca que el discurso del riesgo esté más presente en las mujeres usuarias de los servicios de salud.

Claudia Carrera (2015) comenta en su estudio que la creciente institucionalización y medicalización del parto, y tener la densidad poblacional más alta del país, hacen de la Ciudad de México una entidad particular. "... esto conlleva a: la saturación de los servicios de salud; una infraestructura insuficiente; falta de personal capacitado, camas, materiales y medicamentos, así como maltrato. Lo que se traduce en la violación de los derechos humanos por parte del Estado, al no garantizar una atención segura, de calidad y oportuna" (Carrera, 2015: 7-8).

A través de los medios de comunicación y las redes sociales, las mujeres que acceden a estas plataformas cada vez están más informadas sobre el término de *violencia obstétrica*, sus consecuencias, qué procedimientos son innecesarios en la atención de un parto sin complicaciones, y cuáles son sus derechos (Carrera, 2015). En este escenario, han surgido alternativas a la atención hegemónica y autoritaria del parto, como son los modelos de atención humanizada con un discurso de promoción de derechos. Sin embargo, aunque hay una creciente oferta de estos en los servicios privados de salud, aún no está al alcance de la mayoría de las mujeres (Carrera, 2015).

Entonces, encontramos que ambas tendencias pueden estar presentes, en mayor o menor medida, en las decisiones y prácticas de las mujeres: un parto humanizado y el uso de tecnologías que les den seguridad en los diagnósticos y en los procedimientos durante la atención obstétrica. La escritora Irmgard Emmelhainz (2016) percibió que, tanto en Guatemala como en México, la gente de clase media y alta prefiere lo que asume como lo más "civilizado", que es lo mismo que lo más "seguro" (y muchas veces, lo más caro).

Los hechos que las mujeres entrevistadas en esta tesis narraron ocurrieron en instituciones médicas (consultorios, hospitales y clínicas). Únicamente una de las experiencias estuvo totalmente al margen de atención médica, pues el seguimiento de su embarazo fue realizado por parteras y el parto fue en su casa. Es importante hacer énfasis en este espacio porque no es neutro. Retomando a Foucault, como he insistido, la relación entre los médicos y las mujeres es una *relación de poder*, determinada por la jerarquía profesional y por el orden de género; pero además, al construirse en una institución como la médica, adquiere un matiz coercitivo extra del personal médico sobre las mujeres. Ahí es donde operan con más

evidencia (sostengo que también en el *mundo de la vida cotidiana*), el *conocimiento autorizado*, la *vigilancia médica* y la *mirada médica* (Foucault, 1976; 2012).

Distinguiendo sin fragmentar las distintas dimensiones del espacio, el *espacio social* es en el que centro mi estudio, entendido, de acuerdo con Bourdieu (2000), como el *campo* donde suceden los hechos. Si bien la investigación no es propiamente sobre el campo obstétrico, la aproximación a la *descripción densa* de la experiencia de las mujeres, es mediante la narración de su interacción con el personal médico, analizando sus distintas posiciones, roles, intereses, esquemas de percepción y recursos (materiales y simbólicos).

La interacción de las mujeres con los médicos/as está inscrita en un marco de relaciones que conforman este espacio social, integrado, como ya he mencionado, por las y los profesionales de la salud en el ámbito reproductivo, las mujeres usuarias, las instituciones de la medicina y de la reproducción, la industria de las tecnologías reproductivas y las normas mediante las que los agentes interactúan para que el campo funcione, así como la incidencia de los discursos de los distintos modelos de atención, de los movimientos feministas y por la salud de las mujeres, y de las organizaciones de la sociedad civil.

2.3. Técnicas de recolección de la información

En octubre de 2018 se aplicó la encuesta en línea a tres grupos de mujeres pertenecientes a redes de maternidad (uno con actividades presenciales y dos de Facebook) que tuvieron su parto/cesárea en la Ciudad de México. Se les envió el link con el siguiente mensaje de invitación a participar:

Esta encuesta es parte de un proyecto de doctorado que tiene la finalidad de identificar situaciones, actitudes y prácticas que influyen de manera positiva y otras que causan algún malestar físico o emocional en las mujeres durante su parto o cesárea. Tu experiencia será de gran importancia para dar cuenta de las vivencias de las mujeres, y de ser necesario, promover cambios para procurar partos respetuosos de su dignidad.

La primera parte es sobre tus datos generales y la segunda sobre tu parto/cesárea. Podrás compartir tu experiencia sobre uno o dos partos (si los tuviste), y empezar por el que quieras. Al terminar el primero, puedes seguir respondiendo sobre otro o bien, concluir la encuesta y enviar las respuestas.

Tus respuestas serán confidenciales y tu identidad anónima.

Este instrumento tenía la finalidad de obtener un panorama de la situación socioeconómica y sociodemográfica de este grupo de mujeres, que después me permitiría caracterizarlas sociológicamente. Asimismo, contenía preguntas sobre su preparación para el embarazo y el parto, sobre dónde ocurrió el parto, sobre la atención que recibieron, y acerca de su experiencia ante los procedimientos y las prácticas médicas realizadas.

Respondieron la encuesta 184 mujeres, de las cuales 149 estuvieron completas. En las últimas preguntas se les invitaba a participar en una entrevista de manera personal, que sería la fuente principal de mi trabajo de campo, y por esa vía, 78 accedieron a vernos. A ellas les escribí de forma personal por correo electrónico o por mensaje al celular para acordar la cita, y respondieron 36. Fue así que en febrero de 2019 inicié con las entrevistas formalmente, había realizado dos *piloto* en 2018, que de igual manera incorporé para la sistematización por contener información relevante. Finalmente realicé trece entrevistas, la última fue en junio de 2020.

Las condiciones de los encuentros para las entrevistas fueron acordadas con las mujeres, la mayoría se realizaron en cafés que ellas eligieron, una fue en su casa, otra en su oficina y otras tres por videollamada. En todas hubo algún tipo de interrupción, ya fuera ruido de la calle, gente que les hablaba o sus bebés que necesitaban atención; sin embargo, todas tuvieron mucha disposición para contar sus historias, varias me comentaron que nunca habían hablado de esa experiencia con nadie y les gustó hacerlo.

La entrevista tuvo forma semi-estructurada, con duración de una hora aproximadamente, se centró en su experiencia durante su embarazo y parto, profundizando en algunas de sus respuestas en la encuesta, en las condiciones que les permitieron construir el escenario para su parto desde la posición social en la que se encontraban, los recursos (*capitales*) con los que contaban, las redes de apoyo, las nociones de género y sobre la maternidad que tenían, principalmente. Las entrevistas tuvieron más el formato de una conversación, con la finalidad de producir relatos de prácticas, que el de una técnica metodológica rígida; con ello pretendí evitar el *efecto de asimetría* que se tiende a producir entre entrevistadora y entrevistada.

En las primeras entrevistas les preguntaba sobre el cuidado de su cuerpo antes y durante el embarazo, la preparación para el parto, la experiencia del parto y su relación con el personal médico (en ese orden). Si bien así obtuve información muy valiosa, en las últimas entrevistas

modifiqué el orden, primero les solicité que me narraran cómo sucedió el parto y después regresamos a hablar sobre su preparación, lo que permitió que relataran las prácticas en el sentido de cómo sucedieron los hechos, la *razón del sentido práctico*, sin juicios ni *tomas de posición*. Es decir, así fue más fácil que en la segunda parte reflexionaran sobre cómo fueron construyéndose y modificándose sus decisiones, expectativas y prácticas. Me di cuenta que al guiar las preguntas de forma cronológica, estaba propiciando una *ilusión biográfica* que podía dar como resultado que las respuestas sobre lo que finalmente sucedió, se trataran de ajustar a las expectativas que habían relatado. Era importante reconocer que cuando las respuestas explican acontecimientos pasados, posiblemente se esté explicando para justificar, legitimar o excusarse (Coffey y Atkinson, 2003).

Otro cambio importante fue que a las primeras les pregunté si conocían sus derechos durante el embarazo y el parto y si consideraban que se les habían respetado. Después me di cuenta de que si bien conocer sobre la posibilidad del ejercicio de derechos es el centro de mi investigación, preguntarles de manera directa resultaba irrelevante, pues sus narraciones sobre las prácticas (de ellas y de los médicos) mostraban con más claridad si se les habían respetado.

Las entrevistas fueron grabadas con autorización de las mujeres, con la aclaración de que sus nombres no serían expuestos. Ese registro oral fue transcrito, para, como registro escrito, tras varias lecturas con microanálisis, después ser sistematizado y analizado bajo el método de la *teoría fundamentada* (Charmaz, 2002, 2013; Coffey y Atkinson, 2003; Strauss y Corbin, 2002).

2.3.1 La encuesta: el perfil sociológico de las mujeres

En términos bourdianos, los agentes ocupan una *posición* determinada en la estructura social, definida por la distancia que hay con otras posiciones y por la jerarquía que ocupa en el campo. Asimismo, está definida por los *capitales* con los que las y los agentes interactúan en los diferentes espacios. En este sentido, algunos datos socioeconómicos y sociodemográficos que compartieron las mujeres en la encuesta brindan un panorama de la *posición* que ocupan en la estructura social y de los *capitales* con los que cuentan, pero sobre todo con los que interactúan en el campo obstétrico, en el contexto de la Ciudad de México.

Las 149 mujeres que respondieron la encuesta eran mexicanas y ninguna perteneciente a una etnia indígena. Poco más de la mitad reconoció profesar la religión católica y 40% ninguna religión.

Su situación conyugal, además de brindar el dato de que la mayoría contaba con doble ingreso económico, habla acerca de su posición social en una estructura en la que todavía se valora de manera más positiva que las mujeres tengan una pareja al ser madres: 62% eran casadas y 26% unidas en una relación, y el 12% solteras.

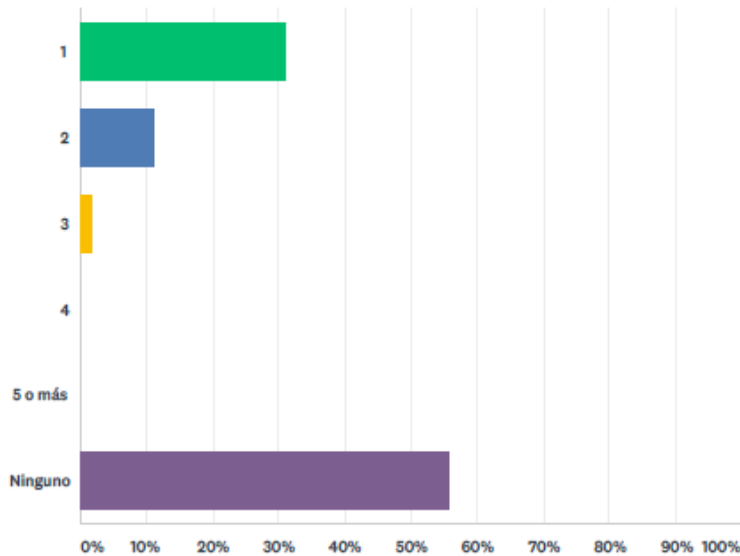
En la sociedad mexicana, ser madre tiene un alto valor social, pero la posición de las mujeres mexicanas ante la institución de la maternidad no es para todas la misma. En el espacio urbano, cada vez es más común que las mujeres tengan pocos hijos/as, esta situación puede marcar una distancia con la exigencia social de la maternidad, pero otra distinta ante la vida laboral de estas mujeres, donde no suele haber políticas de conciliación entre la vida laboral y la familiar, y las actividades del cuidado siguen estando a cargo de ellas. Al respecto, es interesante el número de embarazos y partos que reportaron en la encuesta.

Poco más de la mitad (53%) había tenido sólo un embarazo y fue bajando proporcionalmente, el 39% tuvo 2; el 10%, 3; el 5%, 4; y sólo una mujer 5 y otra, 6 embarazos. En relación con el tipo de parto, 31% había tenido un parto vía vaginal; 11% dos partos; y 2%, 3; pero el 56% no había tenido partos por esta vía. En cuanto a las cesáreas, los porcentajes fueron mayores, casi la mitad (47%) había tenido una; 14%, 2; y 2%, 3. Además, 64% de las mujeres tuvieron entre una y tres cesáreas; mientras que 44% tuvieron entre uno y tres partos vaginales.

En relación con el primer parto/cesárea, 41% de las encuestadas contestaron que fue vía vaginal y 59% por cesárea. De quienes respondieron sobre un segundo parto/cesárea, que fueron 29 mujeres, el 52% lo tuvieron vía vaginal y el 48% por cesárea.

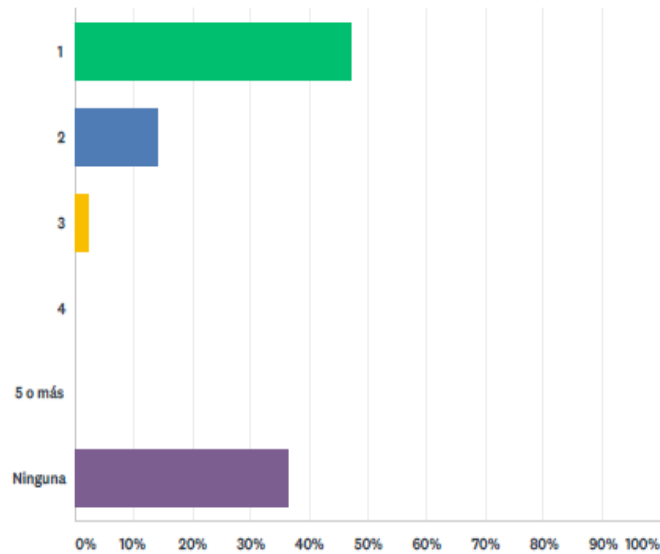
Q13 ¿Cuántos partos vía vaginal has tenido?

Answered: 170 Skipped: 0



Q14 ¿Cuántas cesáreas has tenido?

Answered: 170 Skipped: 0



Respecto a la edad, la mayoría tenía entre 30 y 39 años (73%); cabe resaltar que el rango de mayor porcentaje es el de 35 a 39, edad que ante la mirada médica se considera de mayor riesgo para un embarazo y un parto y es una de las razones ante la que los médicos/as

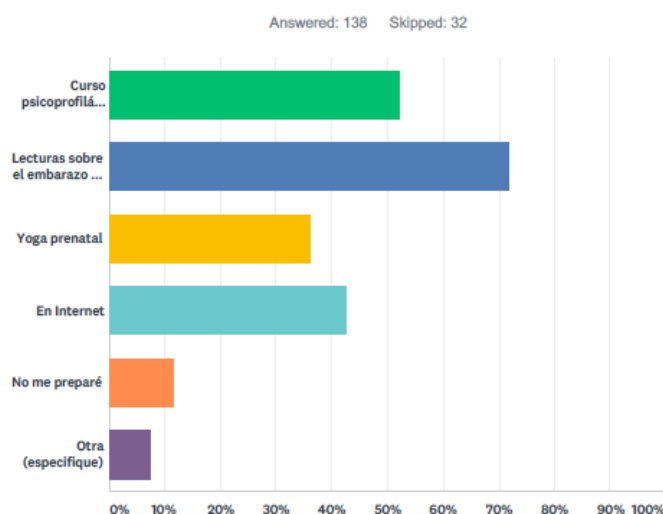
sugieren o programan cesáreas. De acuerdo con la Ensanut 2012, las mujeres con 35 años o más, tienen 61% más de posibilidad de ser sometidas a una cesárea, que las de 20 a 34 años.

En relación con el primer parto/cesárea de las mujeres de la encuesta, lo tuvieron entre 2008 y 2018, sólo el 7%, es decir, 10 mujeres, lo tuvieron entre 2000 y 2006. Casi el 60% narró el parto que tuvo entre 2015 y 2018, lo que estaría mostrando que tenían máximo tres años menos de edad de la que tenían cuando respondieron la encuesta.

Estos datos se vinculan con otros que hablan del *capital cultural* de las participantes. Destaca su alto nivel educativo: más de la mitad (53%) contaban con licenciatura y 36% con posgrado, y sólo 11% terminaron secundaria o bachillerato. Ocho de cada diez mujeres tenían estudios universitarios y de éstas, una de cada tres había realizado estudios de posgrado.

Nueve de cada diez se prepararon de alguna forma para el parto/cesárea, lo que da cuenta, además del conocimiento que pudieron haber adquirido, de la capacidad de acceso a redes sociales de Internet y de pago de cursos psicoprofilácticos o clases de yoga. Es decir, su *capital cultural*, en cierto sentido, tiene más eficacia por su *capital económico*. La siguiente gráfica muestra el tipo de preparación que tuvieron.

Q23 ¿Te preparaste para tu parto/cesárea de alguna manera? (puedes seleccionar más de una)



A dos de cada diez (18%) la acompañó una doula durante el parto, si bien todavía entre esta población el porcentaje es bajo, hay que considerar que para las mujeres de bajos recursos o para quienes son atendidas en el sector médico público, la posibilidad de contar con una

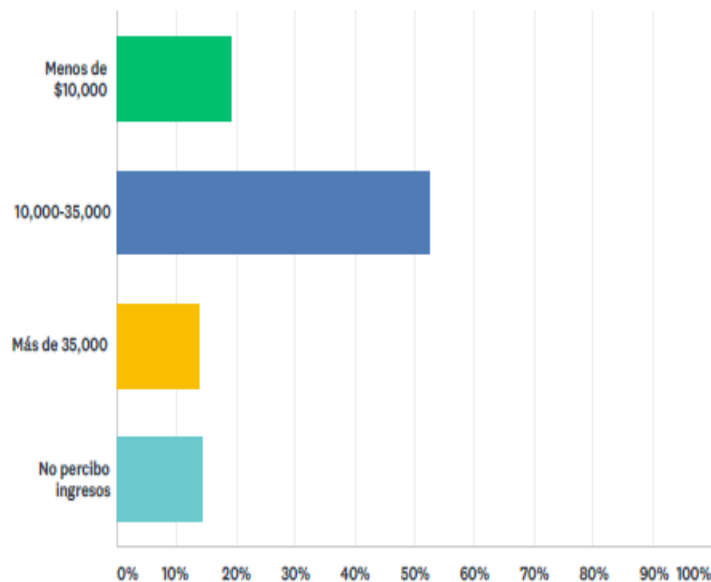
doula es casi nula. Lo anterior debido al costo de sus servicios y a que éstos son más conocidos entre quienes buscan un parto humanizado, que a su vez, es un modelo de atención todavía limitado a pocos hospitales privados. Por consiguiente, la respuesta positiva a esta pregunta de la encuesta revela que su *capital económico* permitió aumentar su *capital cultural y social*, pues las doulas contribuyen al conocimiento de las mujeres sobre el proceso de su embarazo y parto, y son un apoyo emocional y para disminuir el dolor físico.

En cuanto a su ocupación, tres cuartas partes de las mujeres tenían un trabajo remunerado (como trabajadoras subordinadas, por su cuenta o empleadoras); y sólo una de cada diez se consideraron amas de casa o trabajadoras no remuneradas; y el 5% eran estudiantes.

La mayoría contaba con un ingreso propio; el de la mitad de las mujeres era entre \$10,000 y \$35,000 mensuales, y del 20%, menos de \$10,000; pero únicamente el 14% no percibía ingresos. Por su parte, también la mayoría (88%) tenía una pareja que recibía ingresos: 42% entre \$10,000 y \$35,000; 36% más de \$35,000¹⁰⁰.

Q9 ¿Cuál es tu ingreso económico mensual?

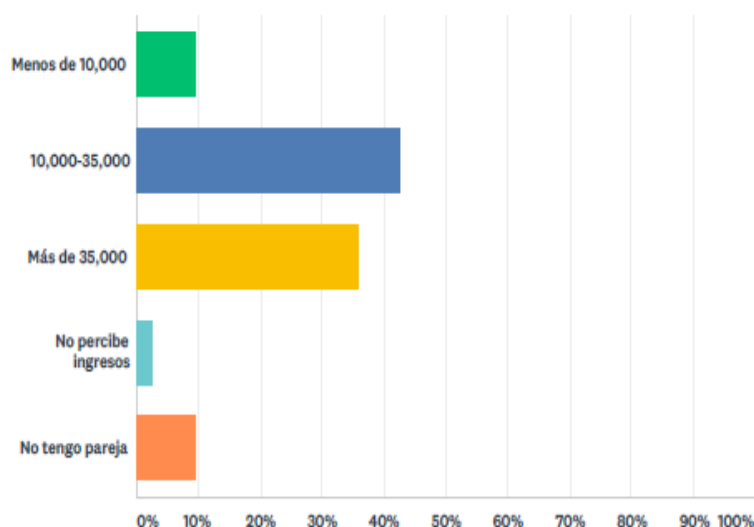
Answered: 166 Skipped: 4



¹⁰⁰ Pesos mexicanos en 2018.

Q10 ¿Cuál es el ingreso mensual de tu pareja?

Answered: 165 Skipped: 5



Los recursos para cubrir los gastos del parto/cesárea, revelan la capacidad económica de las mujeres, ya fuera de manera individual o con la aportación de sus parejas. El costo, entre el cobro del hospital y los honorarios del equipo médico fue de entre \$10,000 y \$40,000 para el 40% de las mujeres; y de más de \$40,000 para otro 40%. Para el 15% no tuvo costo, porcentaje que coincide con el 15% que lo tuvo en una institución pública. La mayoría (82%) lo tuvo en hospital o clínica privada; y 2% (3 mujeres), en su casa.

De este grupo, la mitad utilizó la cobertura de un seguro de gastos médicos mayores, pero un porcentaje significativo, el 30% costó el pago sin seguro. El 16% utilizó algún seguro social (IMSS, ISSSTE o Seguro Popular).

De estas 149 mujeres que respondieron la encuesta, entrevisté a trece.

2.3.2 Las mujeres de las *entrevistas* y sus capitales

Las siguientes tablas contienen los datos que las trece mujeres aportaron en la encuesta antes mencionada¹⁰¹. Resalto algunos atributos que permiten explicar lo que las une como grupo de la investigación, como seres sociales que dan vida a la experiencia del fenómeno

¹⁰¹ Los nombres son seudónimos para la protección de su identidad.

social que se pretende mostrar. La división de los datos en las diferentes tablas no es estricta, los leo como capitales (sociales, culturales, económicos y simbólicos) que se interrelacionan, que se hacen funcionar unos a otros, y con los que las mujeres interactúan en el campo obstétrico con las y los demás agentes.

La Tabla 1 muestra una primera serie de datos que podrían corresponder al perfil sociodemográfico de las mujeres, pero lo que más interesa es cómo se relacionan entre ellos. Por ejemplo, la edad a la que la mayoría tuvo a su primero hijo/a, alrededor de los 30 años, se vincula con sus trayectorias escolares y laborales, así como con su lugar de residencia. Llama la atención el alto grado de estudios del grupo, todas cuentan con educación superior y 9 de las 13 tienen estudios de posgrado concluidos, y una más estaba estudiando la maestría. La mayoría trabaja y percibe ingresos, y todas residen en la Ciudad de México.

En una publicación del CONAPO (2016) se establece que a mayor escolaridad de las mujeres, existe una mayor postergación del nacimiento de su primer hijo/a; asimismo, que la escolaridad les permite un mayor acceso y dominio sobre el uso de métodos anticonceptivos, lo que les permite retrasar el primer embarazo. Aunque a estas condiciones habría que añadir otros ejes como las posibilidades del ejercicio a decidir sobre su cuerpo, retomo la tendencia que señala este Consejo para el análisis de las características del grupo de mujeres.

En esta misma publicación se observa que en México las mujeres urbanas presentan una mayor edad promedio al nacimiento de su primer hijo, y que a pesar de que la Ciudad de México es la entidad en la que esta situación se posterga más, en la generación de 25 a 34, el primer nacimiento ocurre a los 20 años; y en la de 35 a 49, a los 22 años. A nivel nacional, sucede a los 19 y a los 21 años respectivamente, en cada generación (CONAPO, 2016).

Tabla 1. Datos del perfil sociodemográfico de las mujeres entrevistadas

	Nombre	Año entrevista	Lugar de nacimiento	Residencia (alcaldía)	Escolaridad	Ocupación	Edad primer parto
1	Aída	2018	CdMx	Miguel Hidalgo	Maestría	Estudiante (doctorado)	32
2	Lucila	2018	CdMx	Miguel Hidalgo	Licenciatura	Trabajadora por cuenta propia	33
3	Lorena	2019	Morelia	Benito Juárez	Maestría	Trabajadora por cuenta propia	34
4	Carolina	2019	CdMx	Benito Juárez	Doctorado		36
5	Karina	2019	Edomex	Iztapalapa	Licenciatura	Trabajadora subordinada y remunerada	24
6	Talina	2019	CdMx	Benito Juárez	Maestría	Estudiante (doctorado)	38
7	Olivia	2019	CdMx	Benito Juárez	Maestría	Trabajadora por cuenta propia	34
8	Adriana	2019	Edomex	Cuauhtémoc	Licenciatura	Trabajadora subordinada y remunerada	31
9	Anabel	2019	CdMx	Tlalpan	Maestría	Estudiante (doctorado)	22
10	Aitana	2019	CdMx	Benito Juárez	Licenciatura	Estudiante (maestría)	22
11	Julia	2020	CdMx	Benito Juárez	Maestría	Trabajadora por cuenta propia	26
12	Camila	2020	CdMx	Coyoacán	Doctorado	Trabajadora no remunerada	35
13	Pamela	2020	CdMx	Iztapalapa	Maestría	Estudiante (doctorado)	29

Respecto a indicadores que podrían orientar sobre el nivel de desarrollo económico y humano de las diferentes alcaldías de la Ciudad de México y ubicar desde esa perspectiva el espacio geográfico donde habitan las mujeres, retomo el Índice de Rezago Social¹⁰² (IRS) y el Índice de Desarrollo Humano¹⁰³ (IDH).

Entre los diez municipios o alcaldías con menor IRS a nivel nacional, estaban en 2010: Benito Juárez (era el número uno con menor rezago social), Miguel Hidalgo (el 5) y Coyoacán (el 8) (Coneval, 2010). De acuerdo con los datos que reporta el PNUD México de 2010 a 2015, Benito Juárez es la alcaldía con mayor IDH, Miguel Hidalgo la segunda, Coyoacán la cuarta y Cuauhtémoc la quinta, a nivel nacional (PNUD, 2019). Como se observa en la Tabla 1, 9 de 13 mujeres viven en estas alcaldías. De esta manera, el lugar de residencia se convierte en capital social y representa su capital económico, el cual se confirma con sus ingresos y los de sus parejas, mostrados en la Tabla 2.

Así pues, las historias de las mujeres entrevistadas dan cuenta de cómo jugaron estos rasgos en su decisión para ser madres por primera vez y cómo intentan compaginarlo sin dejar de lado sus proyectos profesionales, a la vez que estos datos se van engarzando con los referentes al perfil socioeconómico (Tabla 2). Como Aída que planeó mucho el embarazo porque quería que naciera en las vacaciones de su doctorado, o Talina que estaba embarazada a la mitad del doctorado y decidió parar un año -los últimos meses del embarazo y los primeros después del nacimiento-. Ella menciona que, si bien en la universidad le dieron ese permiso, le cancelaron la beca y pudo organizarse así porque contaba con el sostén económico de su pareja. Aquí entra un elemento más, quienes tienen pareja con ingresos económicos, o familiares que las apoyan, cuentan con ese capital social que se convierte en capital económico que les permite continuar con sus planes e incluso costear los gastos de una atención médica privada y un parto en hospital privado.

Aitana cursaba en sexto semestre de la licenciatura en una escuela católica cuando estaba embarazada. Vivía con su mamá y el papá de su hijo pagó los gastos del hospital privado, e

¹⁰² Es una medida que realiza el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, la cual agrega en un solo índice variables de educación, acceso a servicios de salud, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y activos en el hogar (Coneval, 2010).

¹⁰³ Es un indicador creado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con el fin de determinar el nivel de desarrollo que tienen los países del mundo. Fue ideado con el objetivo de conocer, no sólo los ingresos económicos de las personas en un país, sino también para evaluar si el país aporta a sus ciudadanos un ambiente donde puedan desarrollar mejor o peor su proyecto y condiciones de vida.

incluso contrataron a una doula que la acompañó en el parto y una nana para su bebé cuando tenía que seguir yendo a la escuela.

Si bien estas mujeres cuentan con recursos que de alguna manera les permiten continuar con sus proyectos de ser madres sin abandonar por completo sus carreras laborales y/o académicas, es importante apuntar cómo se manifiesta en sus vidas el orden de género, cuando no son ellas quienes cuentan directamente con un ingreso económico. La suspensión de la beca a Talina es un reflejo del régimen de género institucional que obstaculiza que las mujeres continúen con su vida profesional al ser madres. En su caso pudo hacerlo a costa de la dependencia económica de su pareja. Por su parte, cuando Aitana cambió de hospital y su mamá, con quien vivía, no estuvo de acuerdo, ella argumentó que como el papá de su hijo pagaría los gastos de la institución, él podía decidir. Es decir, se normaliza la transferencia del derecho a tomar ciertas decisiones sobre el proceso reproductivo de las mujeres, al varón que provee los recursos.

Por su parte, Aitana que tenía 22 años cuando estaba embarazada, se enfrentó al estigma social en su escuela al ser estudiante y soltera, recibió comentarios de sus profesores como “tú eras buena alumna, ¿qué pasó?”. Al estar embarazada en sus condiciones, inmediatamente pasó a ser mala alumna en el imaginario social, aunque en la práctica, terminó con el mejor promedio de su generación y en el tiempo establecido.

Aquí entran en juego *principios de visión y división* del mundo que instituyen juicios morales de lo que está bien o mal socialmente. Se establecen equivalencias que responden a los discursos sociales, como embarazo a cierta edad y fuera del matrimonio igual a mala alumna, la cual Aitana pensó contrarrestar con otra equivalencia aceptada socialmente para las mujeres: matrimonio igual a aprobación del embarazo, pues relata “yo decía, igual me pongo el anillo de compromiso de mi mamá para que no me pregunten nada”.

Tabla 2. Datos del perfil socioeconómico y atención del parto en las mujeres entrevistadas

	Nombre	Ingreso \$ mensual	Ingreso \$ de su pareja	\$ hospital y honorarios parto	Seguro utilizado	Tipo de hospital o clínica	Lugar del parto
1	Aída	Menos de 10,000	Más de 35,000	Más de 40,000	SGMM*	Privado	Hospital Español
2	Lucila	10,000-35,000	10,000-35,000	10,000-40,000	SGMM	Privado	Médica Sur Lomas
3	Lorena	Más de 35,000	Más de 35,000	Más de 40,000	SGMM	Privado	Ángeles Santa Mónica
4	Carolina	10,000-35,000	10,000-35,000	Más de 40,000	Ninguno	Privado	San David (Austin, Texas)
5	Karina	10,000-35,000	No tiene	Ninguno	IMSS	Público	Clínica 47 (IMSS)
6	Talina	10,000-35,000	Más de 35,000	Más de 40,000	Ninguno	Privado	Sanatorio Durango
7	Olivia	No percibo ingresos	Más de 35,000	10,000-40,000	SGMM	Privado	Hospital María José
8	Adriana	10,000-35,000	No tiene	10,000-40,000	Ninguno	Casa	Casa
9	Anabel	10,000-35,000	10,000-35,000	Ninguno	IMSS	Público	Clínica 32 (IMSS)
10	Aitana	No percibo ingresos	No percibe ingresos	10,000-40,000	Ninguno	Privado	Sanatorio Durango
11	Julia	10,000-35,000	10,000-35,000	Ninguno	IMSS	Público	Clínica de Especialidades de Ginecobstetricia
12	Camila	No percibo ingresos	10,000-35,000	10,000-40,000	SGMM	Privado	Sanatorio Durango
13	Pamela	10,000-35,000	10,000-35,000	10,000-40,000	ISSSTE	Privado	CIMIGEN

* Seguro de gastos médicos mayores

La Tabla 2 muestra claramente la situación económica del grupo de mujeres. 10 de las 13 cuentan con ingresos propios, a la vez que 10 tienen pareja con ingresos. De las 9 que tuvieron su parto en hospital privado, 4 lo pagaron directamente y 5 mediante un seguro de gastos médicos mayores, lo que refleja sus posibilidades de acceso a dichas prestaciones o recursos.

El caso de Carolina ilustra muy bien la interrelación de capitales. Ella tuvo el seguimiento de su embarazo en la Ciudad de México pero había la posibilidad de que el parto fuera en Estados Unidos, país del que era su esposo, y mes y medio antes del parto él le manifestó que prefería que fuera allá. Aunque parecía que ella no estaba del todo convencida, cuando supo que su hija venía sentada y tras recurrir a las parteras que más le recomendaron en la Ciudad de México y le dijeron que ellas no la podrían voltear, consultó a una partera de Austin, quien le dijo que allá sí lo hacían pero que por los meses que tenía estaban justo en el momento adecuado para intentarlo, y así lo hicieron, viajaron y tuvo a su bebé allá.

Carolina contaba con un alto capital cultural sobre su embarazo que le permitió indagar sobre las posibilidades de parto natural cuando ya le habían dicho que no había de otra más que cesárea, incluso por un diagnóstico previo del que ella desconfió y consultó otras opiniones. Ese capital se conectó con el social, a través de su esposo, que le brindaba la posibilidad de irse a Austin a continuar con su decisión de tener un parto, y con el económico.

Por otra parte, es interesante observar cómo interaccionan los capitales de las mujeres para definir la situación y el cómo de los partos, es decir, éstos no operan por sí mismos, sino que también depende del espacio y las posiciones en el campo. Julia tuvo a su bebé en una clínica de especialidades del IMSS porque su embarazo era de alto riesgo y ahí tendría la atención que requería, además de que el gasto por el medicamento que necesitaba era incosteable para ella en aquel momento. Sin embargo, sus capitales social, cultural y económico, eran superiores a los de la mayoría de las mujeres que eran atendidas ahí, lo que la colocó como una externa en aquel espacio y creó tensiones con el personal médico que, como ella refirió: “creo que no están acostumbrados a que la persona les conteste, porque la gente normalmente es como que lo que diga el médico, es lo que está bien y nadie los cuestiona”. Su capital cultural le daba la disposición a preguntar, a rechazar prácticas arbitrarias y a exigir atención respetuosa, no obstante, ello no le daba legitimidad para decidir en ese

espacio donde la lógica es otra. Ni qué decir de su capital económico, que ahí no era un recurso tan operante.

Tabla 3. Datos sobre el parto / cesárea de las mujeres entrevistadas

	Nombre	Embarazos	Partos	Cesáreas	Experiencia narrada		
					Número de parto/cesárea	Parto o cesárea	Doula
1	Aída	1	Ninguno	1	1	Cesárea	No
2	Lucila	1	1	Ninguna	1	Parto	No
3	Lorena	1	Ninguno	1	1	Cesárea	No
4	Carolina	2	Ninguno	1	1	Cesárea	No
5	Karina	2	1	Ninguna	3	Parto	No
6	Talina	1	1	Ninguna	1	Parto	Sí
7	Olivia	2	1	Ninguna	1	Parto	No
8	Adriana	2	1	Ninguna	1	Parto	Sí
9	Anabel	3	2	Ninguna	1	Parto	No
10	Aitana	2	1	Ninguna	1	Parto	Sí
11	Julia	3	Ninguno	3	3	Cesárea	No
12	Camila	2	1	0	1	Parto	Sí
13	Pamela	1	0	1	1	Cesárea	No

La Tabla 3 muestra el número de embarazos que han tenido, número de partos y de cesáreas. Todas, incluso las que terminaron en cesárea, al principio querían parto natural y lo que hay que rescatar es todo el proceso que las llevó hasta ahí. Como se verá en los siguientes capítulos, influye el discurso del parto humanizado que realza el valor de que sea “natural”, pero en ocasiones no basta el simple deseo si no se cuenta con los recursos para obtenerlo: para contratar al médico que responda al tipo de atención que las mujeres desean, para contar con el acompañamiento de una doula, para asistir a curso psicoprofiláctico o a clases de yoga prenatal (Tabla 4), cambiar de médico/a, investigar por cuenta propia cuando un

diagnóstico no las convence. Una vez más, todas estas estrategias hablan de las posibilidades sociales, culturales y económicas de las mujeres, lo que no necesariamente va ligado a un ejercicio efectivo de derechos. Es importante mencionarlo porque es entonces que hay que mirar hacia las condiciones de posibilidad estructurales e institucionales también, así como al nivel de apropiación subjetiva de derechos de las mujeres.

Tabla 4. Preparación durante el embarazo en las entrevistadas

	Nombre	Curso psicoprofi-láctico	Lecturas	Yoga	Internet
1	Aída				
2	Lucila				
3	Lorena				
4	Carolina				
5	Karina				
6	Talina				
7	Olivia				
8	Adriana				
9	Anabel				
10	Aitana				
11	Julia				
12	Camila				
13	Pamela				

2.4. Análisis de los datos

Para el análisis de los datos utilicé la *teoría fundamentada*, que se refiere tanto al método de la investigación, como al producto de la investigación (Charmaz, 2013). Kathy Charmaz explica que se trata de “un conjunto de pautas analíticas flexibles que permiten a los investigadores concentrar su recolección de datos y elaborar teorías inductivas de alcance medio a través de sucesivos niveles de análisis de datos y de desarrollo conceptual” (2013: 271).

A grandes rasgos, este enfoque requiere identificar elementos comunes en las entrevistas, realizar un ejercicio de codificación (con palabras, frases, párrafos) para ir desagregando los datos y agruparlos de manera jerárquica, a fin de que más adelante los códigos adquieran la dimensión de categorías, y éstas a su vez, se fusionen y surjan subcategorías. El resultado es una “interpretación analítica de los mundos de los participantes y de los procesos mediante los cuales se construyen estos mundos” (Charmaz, 2013: 271).

Me interesaba utilizar la teoría fundamentada para analizar las relaciones entre la agencia humana y la estructura social, para ubicar la experiencia subjetiva de las mujeres en la estructura y acercarme a la comprensión del funcionamiento de ésta. De esta forma, mostrar cómo el género y la clase social, principalmente, se manifiestan en las interacciones de las mujeres con los médicos/as, y cómo construyen y representan las relaciones de poder.

Al construir el plan de análisis interpretativo, las principales categorías que orientaron la indagación en las entrevistas fueron: el *cuerpo reproductivo*, desde la preparación para el embarazo y el cuidado durante éste, los regímenes a los que se sometieron las mujeres; la *maternidad*, desde su nivel discursivo, el significado que ellas le otorgaban a partir del embarazo y la carga social impuesta; el *embarazo*, la experiencia de las mujeres con su cuerpo, con sus emociones, y con la interacción con otros agentes de su familia, comunidad y personal médico; el *parto* en su dimensión médica y social; la *autonomía* para tomar decisiones; y la *agencia* para actuar o no ante determinadas situaciones en el marco de la medicalización.

Este método permite regresar a los registros más de una vez para identificar nuevos códigos, además de la riqueza de ser inductiva y que las narrativas mismas arrojen categorías de análisis (*categorías conceptuales emergentes*). En este sentido, destaco algunas categorías que no formaban parte de mi guía original pero que emergieron en las entrevistas y se fueron

constituyendo como centrales en el análisis: el *discurso médico del riesgo*, presente en la interacción de los médicos con las mujeres de manera particular en la atención de la salud reproductiva; otra, que derivó de la de maternidad pero con más precisión, fue la de “buena/mala madre”, mediante la cual identifiqué los estereotipos de género atribuidos en el proceso del embarazo y el parto; la *autonomía relacional*, que permitió un análisis más concreto de las condiciones en las que las mujeres la ejercen en un campo tan jerárquico como el médico; la *agencia medicalizada*, para comprender el rango de posibilidades que tenían para tomar decisiones y modificarlas en el marco de la atención médica; y las *emociones del miedo, la culpa y el dolor*, desde su construcción social y la vinculación de las mujeres con el personal médico en una relación de poder, a través de éstas.

Asimismo, la teoría fundamentada propone que los conceptos deben abrir camino para el análisis, pero no deben ser importados a las realidades del campo (Charmaz, 2013), sino utilizarse como *conceptos sensibilizadores* (Blumer, 1969) que guíen la exploración. Fue el caso por ejemplo del concepto de derechos de las mujeres, del derecho a decidir en concreto, de violencia obstétrica que, sin ser mencionados en las entrevistas, funcionaron como guía analítica.

En esta fase metodológica resulta muy importante la *vigilancia epistemológica* en un tema como la *violencia obstétrica* (del que se pueden tener preconiciones o posturas fijas desde posiciones feministas o “neutrales”), pues de ello dependerá hacia dónde se dirige la investigación.

Este análisis de los datos, mediante múltiples lecturas e interpretaciones, busca la comprensión de cómo los signos actúan o transmiten un significado en cierto contexto, es así que es posible examinar metáforas que den cuenta de un rasgo generalizado en el pensamiento y discurso de una persona (Coffey y Atkinson, 2003) y en un campo como el obstétrico, donde el discurso médico y social sobre la maternidad permean en la cultura de las mujeres. Asimismo, la identificación de símbolos lingüísticos y culturales puede dar luces de las relaciones de las y los agentes en el campo.

CAPÍTULO CUATRO

DE LAS CONDICIONES DE POSIBILIDAD A LAS TENSIONES EN LA MEDICALIZACIÓN DEL PARTO

En este capítulo se expone el trayecto de las mujeres desde que inició su embarazo o desde que lo planearon, hasta los últimos días que pasaron en el hospital después de su parto o cesárea¹⁰⁴. El objetivo fue rescatar las tensiones a las que se enfrentaron para continuar su plan inicial de parto, conforme entraron al campo obstétrico con toda su normativa y discursos -médicos y sociales- en torno a la maternidad y a la reproducción. Fue posible distinguir momentos de agenciamiento de las mujeres en los que ejercieron cierto nivel de autonomía, pero también otros en los que ésta fue coartada.

La decisión sobre el tipo de parto que querían tener no fue unilateral, sino que en parte estuvo condicionada por sus posibilidades de acceso a determinado tipo de instituciones, a ciertos servicios que actualmente ofrece el mercado de la reproducción, y a conocimientos e información particulares.

Uno de los objetivos de seguir cada trayectoria de parto era detectar cómo se transformó su decisión inicial sobre el tipo de parto que querían. En un primer momento, consideré establecer quién finalmente tuvo parto vía vaginal y quién cesárea. Sin embargo, me topé con que esa clasificación era insuficiente para comprender todos los matices que puede tener la experiencia de las mujeres. Al establecer una tipología es complicado abarcar todas las características porque cada caso es muy particular, desde lo que se planea hasta lo que se modifica durante el “trabajo de parto”, pues aparecen condiciones inesperadas o que no se tomaron en cuenta antes.

En este sentido, aunque todavía generales, identifiqué los siguientes tipos en las trece mujeres entrevistadas: parto fisiológico (medicalizado); parto humanizado sin medicalización; parto humanizado medicalizado (inducido con una pastilla y/o atendido con anestesia u otro analgésico); cesárea programada; cesárea de emergencia; y cesárea humanizada.

¹⁰⁴ Ver Anexo 1 para una breve semblanza de cada una.

En el desarrollo de este capítulo y el siguiente incorporo recuadros con análisis de la situación de las mujeres de las recomendaciones de la CNDH que funcionan como contrapunto en escenarios similares; en unas ocasiones permiten mirar cómo la experiencia de las mujeres difiere entre los dos grupos por sus distintas condiciones de posibilidad, y en otras, cómo se asemejan debido a ciertos factores.

1. La construcción social del parto “natural”

“Yo no quería una cesárea, yo quería parir natural”

Las posibilidades de tomar decisiones durante el proceso del parto en este grupo de mujeres están relacionadas con su posición social y la pertenencia a cierto grupo socioeconómico que, por un lado, como parte de las regulaciones sociales de género, les exige tener un equilibrio entre su dedicación a la profesión y la familia; y por otro, les otorga una serie de recursos que les facilitan el uso de determinadas estrategias para optar por alternativas convenientes a sus elecciones. Sus capitales (económico, social, cultural) se convierten en condiciones de posibilidad para tomar decisiones, para hacer frente a un discurso médico que en ocasiones coarta su autonomía, y para incorporar elementos de otros discursos respecto al parto, vigentes en sus vidas y en su contexto particular.

Es necesario advertir la posición de las mujeres en articulación con su rol como pacientes en el campo obstétrico, desde un lugar subordinado en el orden social jerárquico, profesional y de género; y desde la inscripción simbólica de su papel de madres, siempre en la mira de ser señaladas como “buenas” o “malas” madres, según sus decisiones y sus prácticas. Como plantea Ortner (1979), la capacidad reproductiva genera una serie de símbolos y de estructuras de dominación, que se vieron reflejadas más en la expectativa social de las mujeres como madres.

En las narrativas sobresale que los discursos sobre la maternidad emergen sobre todo en voz de terceras personas femeninas, como las mamás u otras mujeres de sus familias. Las mujeres entrevistadas demostraron cierta crítica a esta construcción social romantizada de la maternidad, esperada desde el embarazo, y algunas encontraron más fácilmente interlocución con amigas para hablar de sus emociones. Aída¹⁰⁵ recuerda que su mamá le

¹⁰⁵ Aída tuvo cesárea a los 32 años en un hospital privado.

contaba que su embarazo fue el momento más increíble de su vida y que el parto no dolía; Aída reconoce que para ella no fue el mejor momento y que socialmente se castiga cuando las mujeres manifiestan dolor o cansancio. El discurso de la “buena madre” está asociado a las prácticas para lograr un parto natural y una lactancia exitosa, consideradas decisiones adecuadas. Así, al hablar sobre por qué quería tener parto y lactar a su hijo, Aitana¹⁰⁶ relata: “quería que mis decisiones de la maternidad empezaran bien desde ahí...”.

En los servicios de atención de salud privados, las pacientes son vistas como clientas y ellas mismas se pueden comportar como tales (cabe recordar que nueve de las trece mujeres entrevistadas acudieron a un hospital privado para su parto o cesárea). Atendiendo a los reportes de distintas encuestas e informes mencionados en el capítulo dos, respecto a que las cesáreas practicadas en México han ido en aumento los últimos años, con mayor velocidad en el sector privado donde los médicos reciben mayores ingresos que por un parto vía vaginal, es posible observar esa tendencia en los casos de las mujeres de este estudio. Sin embargo, fue notorio que creencias tales como “el cliente tiene la razón”, o “el que paga manda”, pierden peso ante el discurso médico del riesgo que vulnera a las mujeres y les infunde temor por su bienestar y el de su bebé por nacer. Y ante la imposibilidad de negociar con algunos médicos o de exigir su derecho a decidir, recurrieron a buscar otro proveedor para el servicio que ellas requerían.

Las mujeres iniciaron su trayectoria hacia el parto con una serie de expectativas construidas desde su subjetividad, conformada sobre todo por el conocimiento que tenían de los discursos vigentes en su contexto sobre los diferentes modelos de parto; por la experiencia de otras mujeres que había impactado en ellas -ya sea de manera positiva o negativa-; y por la información que adquirieron investigando por iniciativa propia con el objetivo de prepararse para el parto.

Me interesaba indagar sobre el relato que tenían de su madre sobre su propio nacimiento. Algunas tenían presente que había influido en sus decisiones sobre cómo querían su parto, otras no, sin embargo, al contarlo encontraron vinculaciones. Este proceso subjetivo resultó revelador, pues en algunos casos las mujeres querían tener una experiencia similar a la de sus madres, pero en otras, todo lo contrario. Aitana nació por cesárea y tomó leche de

¹⁰⁶ Aitana tuvo parto humanizado (con anestesia y oxitocina) a los 22 años en un hospital privado, con el acompañamiento de una doula.

fórmula todo el tiempo, y cuando al investigar durante su embarazo conoció el parto humanizado, decidió que ella quería tener la experiencia de un parto natural. De igual manera, Lucila¹⁰⁷ sabía que cuando ella nació, a su mamá la anestesiaron completamente porque no quería sentir dolor, y comentó que a ella le hubiera gustado saber que nació distinto, entonces se aferró a la idea de tener a su bebé por parto natural sin anestesia.

Como principal expectativa, las mujeres entrevistadas compartían el deseo de un parto “natural” o “lo más natural posible”, con lo que se refieren a un parto vaginal pero no necesariamente libre de intervenciones médicas. De hecho, metafóricamente el embarazo se vuelve un recorrido para llegar a la meta del parto y es visto como un logro; la posibilidad de cesárea fue vivida con cierta frustración, y siguiendo la idea de la metáfora, como un fracaso después de todos los intentos para conseguir tener un parto natural. Se nota en las mujeres un discurso que se puede equiparar con el del *feminismo de la diferencia*, que parte de una concepción esencialista del cuerpo femenino y de la exaltación de sus capacidades “naturales”, planteamiento que está muy presente en el discurso del parto humanizado.

Julia¹⁰⁸ tenía muy claro que tendría que ser cesárea por el riesgo que corría con un embarazo calificado de alto riesgo. No obstante, ella manifestó: “[el parto] me parecía como lo natural y que creo que era lo mejor para mis hijos y siempre sentí una profunda tristeza de que no pudiera ser de esa manera ... eso se lo frustré a los tres, digo, y no se los frustré yo sino...”. Por el contrario, al relatar el momento de su parto, Aitana mencionó “entonces esa parte sí fue, muy, como debía de ser, como naturalmente es”. Lo “natural” se construye también como un imperativo.

Estos testimonios remiten a la correlación entre naturaleza y cultura a la que se refiere Ortner (1979), mediante la que en las distintas sociedades se asocia a las mujeres con la naturaleza y a los hombres con la cultura. Mientras que esta noción sugiere que la cultura es superior a la naturaleza y que tiene la capacidad de intervenir y transformar a la segunda, analogía que podría aplicarse al modelo de atención medicalizado (el cuerpo es intervenido y controlado por la medicina); la humanización del parto sigue reforzando el binomio, pero invertido, correlaciona lo natural con lo superior; sugiere una aparente esencia femenina universal que iguala mujeres y maternidad, y refuerza el binomio de género: hombre – mujer

¹⁰⁷ Lucila tuvo parto fisiológico (con canalización intravenosa) a los 33 años en un hospital privado.

¹⁰⁸ Julia tuvo cesárea en una clínica del IMSS a los 39 años (estos datos corresponden a la experiencia a la que se refirió principalmente en la entrevista).

(Jerez, 2015), y conlleva a una condena social de las cesáreas como no-naturales, no-femeninas.

Una condición de posibilidad para procurar el parto “natural” aun cuando su médico/a les advirtió que tendría que ser cesárea y ellas dudaron de tal diagnóstico, fue su situación económica, que en todas estaba resuelta, la mayoría contaba con ingresos propios y/o tenían el apoyo económico de sus parejas o familia. Aunado a ello, tenían una red social con recursos que les facilitó emplear diversas estrategias para conseguir tener parto. Este “logro” les brindó también cierto prestigio dentro de un círculo de mujeres con las mismas expectativas, donde no todas llegan a esa meta y al final tienen cesárea.

Una vez teniendo un bosquejo del parto que deseaban -aunque sin todos los elementos que deberían considerar porque de muchos se irían dando cuenta con el paso de los meses del embarazo-, entre sus primeras decisiones estuvo la elección del médico o médica que las atendería, de acuerdo con el tipo de parto que querían. Algunas tenían claro desde el principio que preferían un parto humanizado y había que buscar quién lo realizara, y en qué hospital. Cuando su opción era tenerlo en casa, más bien buscaron parteras. En algunos casos, después de unos meses cambiaron al médico/a, debido a que percibieron que sus intereses estaban por encima de los de ellas y que eso sería motivo de que su plan se viera modificado, por ejemplo, cuando las orillaban a aceptar una cesárea innecesaria o al negarse a asistirles en el hospital que ellas habían elegido.

La premisa del *feminismo neoliberal* que llama a las mujeres a que sean profesionistas, responsables de su cuidado y que a la vez equilibren su realización personal con la familia y su rol histórico de madres (Penchansky, 2018), fue evidente en este grupo. Desde su propia subjetividad y contexto, este fue un elemento que tomaron en cuenta dentro de su plan de parto. Si bien todas estudiaban o trabajaban al momento de confirmar su embarazo, ninguna abandonó dicho proyecto, por el contrario, emplearon las estrategias y recursos que estaban dentro de sus posibilidades, dada su posición, para conseguir combinar maternidad y profesión. Hubo quién planeó que el parto fuera durante las vacaciones de su doctorado, otra solicitó pausar un semestre el doctorado, y en otra, su principal motivación para querer un parto natural era que suponía que así se recuperaría más rápido y entonces se podría reincorporar a la escuela y al trabajo.

Como ya he mencionado, el embarazo y el parto son eventos sociales en los que también interviene la familia, amistades y la comunidad en general. En este grupo de mujeres, sus parejas no participaron mucho en la decisión sobre el tipo de parto, por lo general ellas ya tenían una noción de cómo querían que fuera y, al comunicarlo a sus parejas, éstas las apoyaron. Por lo que ellas manifestaron, pareciera que cotidianamente toman decisiones sobre su vida y su cuerpo, por lo que este evento fue uno más. Aída comentó: “Mi esposo, creo que pues, como soy feminista, a su vez se ha vuelto más sensible y más consciente de esos temas, entonces es muy respetuoso de las decisiones que yo tomara...”.

Este rasgo hace pensar en una diferencia con el grupo de mujeres que aparece en las recomendaciones de la CNDH¹⁰⁹, la mayoría de escasos recursos, donde hay ejemplos que muestran otra situación ante el parto y las decisiones en el embarazo, como el caso de cuando el personal médico recurrió a su pareja (varón) a fin de obtener su consentimiento para realizar procedimientos en el cuerpo de las mujeres, o bien, para autorizar o no su movilidad a otro hospital, sin tomar en cuenta o por encima de la decisión de ellas.

La intervención de las familias (de ellas o de sus parejas) en las decisiones de las mujeres durante el embarazo se expresa con claridad en la mayoría de los casos. Ellas manifestaron haberse sentido invadidas, vigiladas o controladas con los regímenes de alimentación, con el peso, con sus rutinas, con la ropa que usaban, con las decisiones sobre el tipo de parto que querían, o incluso con las mismas indicaciones del médico: una de ellas relata que su mamá le dijo “qué va a saber el doctor”. Sin embargo, emplearon distintas estrategias para evadir la injerencia de la familia y continuar con sus planes. Se conjuga que el embarazo se vuelve un evento público, con el funcionamiento de la medicalización como una forma de control implantada en la sociedad y reproducida por ésta, tal como sugieren Morgan (1998) y Murguía, Ordorika y Lendo (2016). Es decir, la comunidad alrededor de las mujeres, y ellas mismas, son una extensión de los regímenes médicos dictados desde la institución, que responde a los planteamientos de Foucault sobre la medicina como estrategia biopolítica del Estado moderno.

¹⁰⁹ De los 36 casos revisados y expuestos en el capítulo dos.

Para alcanzar su objetivo de parto natural, iniciaron una serie de *regímenes reproductivos* (Ettorre y Kingdom, 2012), a veces desde antes del embarazo, con procesos estructurados alrededor de la regulación de los cuerpos, y en ocasiones con la misma lógica antes mencionada de la autoregulación. Lupton (2012b) precisa que las mujeres embarazadas son un blanco para las estrategias gubernamentales neoliberales dirigidas al cuidado del feto, de la valía del hijo/a potencial, en las que ellas mismas reconocen los discursos médicos de prevención y las normas sobre un “embarazo responsable” desde antes, a través de los medios de comunicación y de la experiencia colectiva.

Los relatos dejan ver que consideraban que para parir vía vaginal se requería de una preparación especial. Lucila, que estaba convencida de querer un parto sin anestesia y para eso se preparaba, entre otras formas, haciendo yoga, mencionó: “sabía que eso implicaba que tenía que hacer mucha fuerza en las piernas, para poder tomar impulso para pujar cuando llegara el momento, entonces como que todo lo que yo hice fue para que así fuera. Entonces comía súper bien, así, iba con nutrióloga cada 15 días, llevaba mi dieta así de verduras, nueces y no sé qué, y el ácido fólico”. Por su parte, para Lorena¹¹⁰: “...un parto natural porque eso queríamos y eso lo buscábamos ... cuando empezamos a pensar en embarazarme, sí contraté a un especialista, un servicio de nutriólogos con ejercicio físico, justo que te preparan para antes de; sí, hice fácil como unos 6 meses antes de pensar en embarazarnos”. En este relato Lorena presenta las decisiones en plural (con la pareja) y también en singular (en nombre propio). En general todas se prepararon con lecturas, clases, ejercicio especial, yoga, dietas; regulaciones profesionales y sociales para las mujeres embarazadas o futuras embarazadas. Algunas prácticas fueron dictadas por sus médicos y las adoptaron sin cuestionarlas, basadas en el *sentido común* para ellas fueron “indicaciones normales” de tomar vitaminas, ácido fólico, modificar la alimentación, dejar de consumir ciertas sustancias. Lucila dejó de fumar desde antes del embarazo para cuidar su cuerpo. Lorena, que había contratado a un equipo de especialistas de nutrición y ejercicio para prepararse para el parto, aclaró: “en realidad no me pesó tanto, un poco cambiar los hábitos alimenticios, como tomar café, yo era mucho de tomar café ... sí me costó, pero no más allá de lo que tú sabes que te espera cuando estás esperando un bebé, tú sabes que hay sacrificios”. La introyección de normativas sociales

¹¹⁰ Lorena tuvo cesárea humanizada a los 34 años en un hospital privado.

como el “sacrificio”, asociado a la “buena madre”, se evidencia incluso desde antes del embarazo.

Aunque también ante ciertas imposiciones, las mujeres, confiando en su saber defendieron su postura, como Karina¹¹¹ que tuvo que lidiar con el sentido común de la práctica médica y de su pareja, primero en un hospital privado de un país latinoamericano de donde era su pareja y donde planeaban el parto, y después en una clínica del IMSS, donde finalmente parió porque terminó su relación y se regresó a México. Ella relató: “porque yo era vegetariana y a veces en las consultas médicas pues yo mencionaba que no comía carne y ahí iba el prejuicio de que *¿y por qué no? y ¿quién te dijo que estando embarazada puedes hacer eso?*, era parte también eso de que a veces tienes que cambiar ciertas cosas cuando estas embarazada ... era aún más anormal que no la comiera estando embarazada, era como *no te preocupas porque a tu hijo le vaya a faltar vitamina*”. El discurso médico enlaza las nociones de riesgo a las elecciones individuales de las mujeres, a sus responsabilidades y culpas, al ser depositarias de imperativos morales relacionados en primer lugar con el bienestar del feto.

El curso psicoprofiláctico fue un recurso para lograr un parto natural, donde aprenderían a respirar para el momento de las contracciones y las prepararía para controlar el dolor. Esta era la idea que ellas tenían, sobre todo porque a otras mujeres conocidas les había funcionado. Para algunas fue una condición de posibilidad para estar más informadas, sentirse más seguras de tomar decisiones o identificar cuando los médicos/as les imponían procedimientos innecesarios. También fue un espacio mediante el que incorporaron discursos alternativos que circulan en el campo obstétrico, como el del parto humanizado, que prioriza que las mujeres sean las protagonistas de su parto.

Jerez (2015) destaca que el riesgo del discurso del parto humanizado, presente en textos, artículos y cursos de preparación para el parto, es que atribuye características esenciales y distintivas a cada género, y así hace homogéneo a un grupo –las mujeres– e invisibiliza la posibilidad de diferentes deseos, orientaciones sexuales, cuerpos, actitudes y prácticas. La autora menciona que estos discursos reproducen valores inmutables, esencialistas, que refuerzan mandatos sociales sobre las mujeres, como la maternidad, la heterosexualidad y la monogamia. No obstante, es altamente valorado que este modelo ofrece a las mujeres atención a sus emociones de manera integral en el proceso del embarazo y el parto, lo que

¹¹¹ Karina tuvo cesárea a los 24 años en una clínica del IMSS.

el modelo tecnocrático ha dejado de lado por concentrarse en el funcionamiento de una zona del cuerpo parcelada de las demás.

En este sentido, la metodología de los cursos a los que asistieron no funcionó para todas, algunas hicieron alusión a que no estaba diseñado para su forma de ser: “iba enfocado a otro tipo de mujeres”, “esto no es para mí”, “yo nunca fui así”, “no era lo mío”. Son ejemplos de cómo juega la posición de las mujeres en el trayecto hacia el parto, cómo interfiere su postura crítica ante discursos y prácticas esencialistas o que romantizan el proceso.

Aída buscó un curso porque sabía que su mamá en su tiempo había tomado uno y asumía que le había ayudado a aminorar el dolor en el parto, finalmente una prima le sugirió que fuera al que ella había ido y le había parecido “maravilloso”, pero Aída comentó: “odí el curso con todo mi ser, así desde el día uno, se me hizo horrible, se me hizo como que manipulan a las mujeres en un momento muy vulnerable. ... luego ya como que caí en cuenta de que era esta visión como muy romantizada del embarazo. Nos pedían que hiciéramos como una especie de meditación hablándole a nuestro bebé y que le cantáramos, que escucháramos música, y yo nunca fui así”. Como estaba cursando el doctorado, prefería ocupar el tiempo en escuchar conferencias y no música. En el caso de Lucila, ella relata: “Fui un par de veces a cursos psicoprofilácticos y no me gustó, no me gustó el formato, me parecía que era todo muy ñoño, que era así de *a ver las futuras mamás bailen*, y yo decía, *neta, qué hueva*. ... Y yo dije *no, esto no es para mí*, porque además era como muy de *ay, mamitas*, y yo decía *aahh ¿por qué me tienen que decir mamita?!*, como que sentí que no era lo mío, que yo esperaba otro tipo de cosas”.

La lógica de estos cursos es promover el parto natural, sin embargo, no en todos se considera el impacto emocional que puede tener en las mujeres si al final de la “carrera” no se llega a esa “meta”. Julia, que por su condición de alto riesgo en el embarazo tuvo cesárea programada, comentó “creo que hay mucha expectativa al respecto” pero “a mí me dio mucha, mucha frustración, porque además regresé a ese mismo lugar o casi todas regresamos a estimulación temprana, entonces íbamos viéndonos y después íbamos viendo a esos bebés y a las que estaban súper orgullosas porque les fue súper bien y las que tuvimos cesárea, de ese curso psicoprofiláctico, hubimos un montón”.

Incluso llama la atención que, con Aída, el curso provocó el efecto contrario. Ella señala: “creo que iba enfocado a otro tipo de mujeres... eran mujeres que no trabajaban o que no

hacían actividades, que además de ese curso estaban tomando miles más, ya se estaban preparando para cómo educar a los hijos y entonces sí, nunca me sentí a gusto, me generó mucho malestar y más bien, a lo mejor, y eso como que me llevó a decir es más fácil por la cesárea”. En diferentes momentos de las entrevistas hubo comentarios que dejan ver que están conscientes de que pertenecen a un grupo social y económico alejado de “otro[s] tipo[s] de mujeres”. En ocasiones se refirieron a la distancia de posibilidades para pagar un hospital y una atención privada, y en otras, a la diferencia entre ejercer la maternidad en quienes estudian y/o trabajan, y quienes no. Esto refuerza la conformación de un grupo como el que se refiere Penchansky (2018) con mujeres representantes del feminismo neoliberal.

La elección del médico/a significaba otra decisión importante, pues a diferencia de las mujeres de los casos de la CNDH que no tienen opción, las de aquí tienen un gran abanico y resaltan los valores que toman en cuenta: la confianza, la calidez, la humanidad, la calidad técnica. La mayoría en algún momento evaluó si con quien iniciaron sus consultas prenatales era el/la obstetra que les ayudaría a cumplir sus expectativas o no, en algunos casos hicieron alusión a lo que opinaban de ellos como ginecólogos generales, haciendo una diferencia de su atención como obstetras; o bien, de su papel como médicos, separado de su trato personal. Carolina¹¹², al referirse al médico que la atendió, mencionó “como persona sí es muy lindo, llegas y te apapacha, sí muy buena onda el señor ¿no? ... como médico me dejó un mal sabor de boca, no fue tan bueno que digamos”. Por su parte Aída dijo “se me hizo muy humano, muy cálido, tierno, de toda la confianza”. Paola¹¹³, que tuvo una mala experiencia en su parto y después cambió de médico, comentó del segundo: “platicando, él nos dio bastante confianza, regresamos todavía con él, nos estuvimos atendiendo con él después porque dejé este hospital, se fue a otro, nos fuimos a seguirlo ...”.

El carácter autoritario de la medicina, como señalan Murguía, Ordorika y Lendo (2016), tiene también su veta patriarcal en las prácticas de las y los profesionales de la salud. Las mujeres entrevistadas perciben este rol protector (que puede ser controlador) de los médicos y lo destacan como positivo. No es más que médicos y “pacientes” haciendo género (West y Zimmerman, 1990) en el consultorio.

¹¹² Carolina tuvo cesárea a los 36 años en un hospital privado con parteras en Estados Unidos; casi la totalidad del seguimiento del embarazo fue en México.

¹¹³ Paola tuvo cesárea de emergencia a los 29 años en una clínica privada.

Es interesante la construcción simbólica que hacen del médico o la médica, con base en determinados imaginarios sociales sobre quién es confiable en el ejercicio de la ginecología y obstetricia. La imagen que se crearon de sus médicos/as para confiar en ellos/as estaba conformada por el reconocimiento profesional que tenían, su trayectoria, su experiencia y el equipo tecnológico con el que contaban para monitorear el desarrollo del embarazo; su calidad humana no bastó para explicar su preferencia. Para ellas todo esto los convertía en alguien “profesional” y daba legitimidad a su *conocimiento autorizado*. Al respecto Lucila dijo: “porque él estaba trabajando en el área de ginecología y obstetricia de La Raza ... entonces yo dije, debe tener un chingo de experiencia y yo quiero eso, ¿no? Yo quiero que alguien esté cerca de mí, que tenga toda esa experiencia porque además yo siempre tuve claro que no quería que [mi pareja] entrara al parto, entonces decía, yo quiero tener alguien en quien pueda confiar ciegamente”.

Cuando las mujeres confiaban en el médico/a que las atendió, recibieron sus indicaciones y sus diagnósticos con tranquilidad y en ocasiones con resignación, pero difícilmente con resistencia, como cuando no les tenían confianza. En gran medida, el solo hecho de ser atendidas en el ámbito privado fue considerado por ellas como una ventaja en comparación con el público, consideraban que el trato es más respetuoso y no como en las clínicas públicas, donde allá sí hay “todas esas prácticas que son de violencia obstétrica”.

Lo anterior habla de cuál es su noción de la *violencia obstétrica*, la primera relación que hacen es que sólo sucede en el ámbito público. Por otra parte, es interesante el capital simbólico que construyen alrededor de la atención privada, al otorgarle cierta legitimidad y aceptación, mediante el significado que le da el capital económico. El maltrato es una barrera clave para el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva (Zampas, et al., 2020); por el contrario, si no se respeta el derecho a la no violencia, se atenta además contra el derecho a la salud. No todas las mujeres tienen la posibilidad de acceder a la atención del sector médico privado.

Según el planteamiento de Mary Douglas (1998), dos tipos polarizados de atención médica corresponden, en el imaginario recíprocamente opuesto, a dos tipos diferentes de médicos/as, en este caso, quienes atienden en el sector público y los que lo hacen en el sector privado. Con base en ello es que se construye el vínculo con las “pacientes”.

Pero en otras ocasiones les sorprendió la actuación del médico a la hora del parto o cuando tomaron ciertas decisiones, pues señalaron que confiaban en ellos/as, o tenían buenas referencias porque habían sido los/as ginecólogos/as de alguien más de su familia, pero después resultó que sus prácticas no respondieron a sus expectativas. Es así que las predisposiciones incorporadas en la práctica médica ejercidas en el quehacer cotidiano de los profesionales, fungen como una condición de posibilidad para que las mujeres puedan continuar, o no, decidiendo sobre su cuerpo a la hora del parto. Por ejemplo, que el médico de Lucila fuera amigo de su hermana y de ella desde años atrás hizo que confiara plenamente en él, sin embargo, al preguntarle cuál fue el momento del parto en el que peor se sintió, refiriéndose a él respondió: “cuando me dijo que no pujara así”, que no hiciera ciertos sonidos que ella había aprendido en sus clases de teatro; y por sugerencia de su maestro de yoga de conectar la fuerza con el diafragma, ella decidió utilizar esa herramienta en el parto.

Sobre lo que representa para ellas el médico/a, si bien algunas señalaron situaciones que no les gustaron, al final para todas fue quien les ayudó a traer a sus hijos/as al mundo y eso los coloca en un lugar especial en su afecto, incluso como “sagrado e intocable”.

Por otra parte, está la experiencia de quienes tuvieron su parto en una institución pública, pues ahí no hubo opción de elegir al médico/a ni de construir un vínculo afectivo, por lo que su vivencia fue muy distinta. De quien atendió su parto en una clínica del IMSS, Karina dice: “Era una ginecóloga, nunca la había visto, pasé muchos días ahí por la amenaza de aborto y nunca la había visto a ella”. Julia, profesionista con un ingreso económico propio, tuvo una complicación a su salud durante el embarazo, y un internista le sugirió acudir a una clínica de especialidades del IMSS porque ahí “se la saben de todas, todas”, además en ese tiempo su esposo no tenía trabajo y el medicamento que necesitaba (dos inyecciones diarias durante los aproximadamente nueve meses) era muy caro. En general describió el trato en esta clínica pública como inhumano y despersonalizado, como que “te están haciendo el favor”. Es decir, para estos profesionales, sus ingresos y por tanto su práctica, no está condicionada por la calidez en el servicio.

En los casos de violencia obstétrica de las recomendaciones de la CNDH y del informe de GIRE (2016) es evidente el trato que reciben las mujeres en una institución pública con relación a su posición social. El discurso de la supuesta gratuidad de los servicios favorece que los abusos se normalicen y que la exigencia del respeto a sus derechos se dificulte,

manifiestan que como no tienen dinero, los médicos no se comprometen con su salud. Como señala Sadler (2003), el sistema se apropia de estos cuerpos y decide sobre ellos, con más facilidad que en el sector privado.

Cobra sentido la crítica de Correa y Petchesky (2001) a la supuesta universalidad de los derechos y a la escurridiza libertad de los derechos sexuales y reproductivos; como bien señalan estas autoras, el reconocimiento de las mujeres como ciudadanas puede estar obstaculizado por condiciones estructurales, en este caso, socioeconómicas. Se establecen privilegios a ciertos cuerpos por encima de otros.

Ahora bien, casos como el de Julia resaltan porque su posición social no encaja con la dinámica del campo en las clínicas públicas. Ella no normalizó el trato violento, cuestionó ciertas prácticas, notó la diferencia con el *habitus* de la mayoría de las mujeres atendidas ahí, era consciente de que el servicio que recibía no era “gratis” y enfrentó el regaño de un perinatólogo: “no están acostumbrados a que la persona les conteste porque la gente normalmente es como que *lo que diga el médico es lo que está bien*, y nadie los cuestiona; yo en algún momento cuando se me abrió la herida y me quejé, le dije, *no tienes derecho a tratarme así eh, porque a mí no me sale gratis el seguro social...*”. Queda claro que la atención a la salud está definida no solo por el orden de género, sino por un orden social marcado por la desigualdad.

Como mencioné antes, la elección del hospital no es un asunto menor, pues para quienes buscaban tener un parto humanizado, o más específico aun, parto humanizado en agua, no todos los hospitales concilian con esta filosofía ni tienen las instalaciones necesarias. La gama de posibilidades entre las que tienen para elegir muestra la heterogeneidad en México, basta decir que en el ámbito privado hay hospitales a los que las mujeres se refieren como que tienen “más comodidades y amenidades”, como un hotel o un spa. Contrastante con casos de comunidades donde sólo tienen una clínica pública como opción, aunque enfrenten una emergencia y no tengan los recursos necesarios para atenderla.

La institución médica está cargada de prácticas de violencia simbólica, pero también cada modelo de atención, al imponer ciertas maneras de parir que se van instaurando como las correctas, dejando otras al margen. Si bien en México el modelo de atención hegemónico es el medicalizado -al que Robbie Davis (2001) se refiere como tecnocrático-, para el grupo de mujeres de esta investigación, el discurso del parto humanizado tuvo un peso importante en

sus consideraciones, es decir, es un discurso que también está vigente en su contexto y en sus modelos de vida y los de su grupo. Es notorio que entre más recursos tienen, más opciones y discursos incorporan a sus decisiones y más controladas están por éstos. Hay ocasiones en que también es más la angustia que viven por “hacer lo correcto”, se sienten responsables de “cumplir” con su propia construcción de expectativas, sin duda alimentadas por la comunidad a su alrededor.

El trayecto que fueron experimentando no era un proyecto inamovible, todo lo contrario, se fue transformando. El embarazo se puede considerar un proceso biológico, sin embargo, es también un evento social en el que interviene una serie de condiciones que finalmente posibilitan u obstaculizan el tipo de parto que las mujeres deciden tener en un principio. Así, la expectativa inicial de doce de las trece mujeres de tener un parto natural se fue modificando y concluyó en alguna variación de éste o de cesárea. Adriana¹¹⁴ fue la única que tuvo un parto como lo había planeado, en su casa asistido por una partera; su mamá y su abuela habían sido parteras, ella las ayudaba desde niña y decidió que quería vivir esa experiencia, “yo no quería irme a enfrentar a eso [violencia obstétrica] ... lo quería en un espacio donde pudiera estar libre y tranquila y para mí una clínica no era un espacio donde yo me sintiera a gusto, y mi departamento sí, hice todas las adecuaciones para estar bien”.

“Hice todo lo que pude [para tener parto natural], no se pudo, ni modo”

Como ya se ha visto, las narrativas muestran que las mujeres no son pasivas ante las manifestaciones autoritarias de la práctica médica. No obstante, hay un margen delimitado al rango de opciones dentro del cual pueden decidir, o simplemente dar su visto bueno, es decir, tienen agencia, pero como *agentes medicalizadas* que han internalizado el discurso médico. Por ejemplo, aceptan que les hagan episiotomía para que no les hagan cesárea, aceptan la maniobra de Kristeller para que no usen fórceps para sacar al bebé, aceptan que les induzcan el parto para acelerar el proceso y no llegar al uso de anestesia, o que les rompan manualmente las membranas porque les dicen que tenía que suceder a los 5 centímetros de dilatación y no ha ocurrido.

¹¹⁴ Adriana tuvo parto humanizado en su casa a los 31 años, asistida por una partera.

La *agencia medicalizada* funciona mediante *violencia simbólica*, es decir con la aceptación de las mujeres con los médicos y sus prácticas, desde una posición en la que no son conscientes de todos los elementos, estructurales y subjetivos, que construyen su subordinación en esa relación de poder, y donde actuar de otra forma significaría ir en contra del orden lógico de la institución.

Aída relata “yo traía mi proyecto para poderlo amamantar y pues sí le dieron fórmula, pero está bien porque yo no se lo pude dar cuando nació, porque la cesárea... no puedes, no estás en calidad de amamantar”. Le habían explicado que, por protocolo, las enfermeras le tenían que dar fórmula si después de cierto tiempo el bebé no come. Cuando pidió que la llevaran al cuarto para ver a su hijo, le respondieron que no se podía: “me dejaron ahí en el cuartito (de recuperación), supongo que está bien, no sé, supongo que era lo que tenían que hacer...”.

Lucila tenía muy presente el relato de su mamá de que decidió que la anestesiaran completamente en su parto porque “mi mamá es una mujer que le huye mucho al dolor, su umbral del dolor es muy bajo”, algo que Lucila no compartía, “a mí me hubiera gustado saber que nací distinto”. Fue así que pidió a su médico, que además era su amigo, desde el principio del embarazo que no quería anestesia, pero hubo un momento en el que sentía que no aguantaba más el dolor y le pidió que llamara al anestesiólogo, el médico no lo hizo y después solo le dijo que ya tenía 8 centímetros de dilatación y que la anestesia se tenía que poner a los 7, que ya no se podía. Ella relata “creo que yo me hubiera molestado muchísimo de que sí me anestesiaran, porque yo quería que ‘¡fuera anestesia!’, creo que en ese momento me estaba cegando el dolor, pero también creo que pudo no haberme mentido”. Aquí hay varios elementos: el autoritarismo del médico que le restó autonomía a Lucila, el manejo viciado del discurso médico de lo que se puede y lo que no en cada avance de la dilatación, aprovechado del desconocimiento de las mujeres y de su vulnerabilidad en ese momento, y también queda de manifiesto la violencia simbólica en la reconstrucción de la experiencia, mediante la que las mismas mujeres naturalizan el ejercicio de poder y justifican las acciones del médico por encima de sus decisiones. Hay una doble verdad, si bien ella después mencionó que fue muy importante que su hijo naciera sin anestesia, por la historia de su mamá, no exime la práctica autoritaria del médico.

El ejercicio de autonomía que manifestaron todas tiene una dimensión social, es decir, no se desarrolla de manera aislada, sino que la toma de decisiones se define con base en su interacción

con las instituciones y sus normas, y con el personal médico. Aunado a ello, como sugiere Fernández (2018), son parte de un orden social que conlleva una socialización de género y construcción de una identidad, en este caso, como mujeres – madres – pacientes, imbricadas en una relación de poder frente al *conocimiento médico autorizado*. Por otra parte, su autonomía tiene un carácter relacional, lo cual implica que pueden tener control sobre ciertas decisiones en su vida en espacios determinados, pero en otros no. Las mujeres entrevistadas mostraron un alto nivel de autonomía durante el embarazo, de toma de decisiones para mantener sus expectativas sobre su parto; sin embargo, se enfrentaron a que la sala de partos es un campo controlado por la institución y su personal -los agentes dominantes que delimitan las reglas-, donde ellas tuvieron poco margen de acción.

Las mujeres tenían diferentes motivos para elegir un parto natural, los más recurrentes fueron: para evitar maltrato (esta razón estaba ligada a querer un parto humanizado); para poder iniciar la lactancia más fácil; porque consideraban que la cesárea es una cirugía con más consecuencias para la recuperación; porque no querían ser anestesiadas, o para poder estar acompañadas. Ninguna de estas razones es un absoluto en los partos fisiológicos, sin embargo, muestran el imaginario social que hay alrededor de ellos. No obstante, su motivación inicial las condujo a “agotar todas las opciones” para lograrlo. En la mayoría de los casos, esta idea surgió a partir de la recomendación de alguna amiga que ya había pasado por esa experiencia, por situaciones que querían evitar que habían ocurrido en cesáreas de mujeres cercanas a ellas, o porque tenían una primera noción al respecto e investigaron más sobre los diferentes modelos de atención del parto.

A seis de las trece mujeres en un primer momento les motivaba la opción de un parto en agua, quizá para algunas era un deseo muy idílico: “yo tenía la ilusión del parto en agua”, “primero era como el parto en agua así soñado...”; del que luego cambiaron de opinión. Finalmente, esa idea se fue disolviendo y ninguna lo tuvo de esta forma. Dos terminaron en cesárea, una lo tuvo en el IMSS donde no hay esa posibilidad, otra pidió que le pusieran anestesia después de muchas horas de contracciones y así ya no podía regresar a la tina, y otras dos pensaron que con que fuera parto humanizado sería suficiente, para una, su prioridad era que le entregaran la placenta, y para la segunda, que no fuera medicalizado.

El recorrido para lograr un parto natural inicia con la preparación del cuerpo, como ya se relató antes, con una alimentación adecuada para ese objetivo, con ejercicio, con cuidados

especiales para controlar el aumento de peso, pues tenían claro que su participación en el parto sería más activa y tenían que estar en las condiciones apropiadas. Lucila comentó que la recomendación de su médico fue “no puedes subir muchísimo de peso porque entonces ya pierdes el control de tu cuerpo, tienes que fortalecer las piernas ... tienes que hacer ejercicio, tienes que estar tranquila, concentrarte, enfocarte, tener esa claridad, las respiraciones”.

Los relatos dejan ver que más allá de una elección, el parto fisiológico se convierte en una autoexigencia, desde determinada construcción social y mediante la conformación de ciertos *estilos de pensar*, como plantea Mary Douglas (1998). Esta autora pone el acento en los tipos de unidades sociales que se comunican mediante estilos de pensamiento que se van estandarizando y tiñendo por la tendencia cultural, en este caso, del contexto de las mujeres entrevistadas, que comparten ciertos códigos socioculturales.

Douglas (1998) señala que toda elección “a favor” es también una elección “en contra”. Es decir, adscribirse a la idea de parto natural, fue para este grupo de mujeres negarse a un parto altamente medicalizado o a una cesárea, e implícitamente, también fue rechazar que sucediera en un hospital público. El contexto que las envuelve les permitió acceder a las ofertas en el mercado de la reproducción para tener un parto lo más cercano a sus deseos. Algunas contrataron los servicios de una doula, porque sabían que podría ayudarlas a que se “lograra” el parto natural y a manejar el dolor (con métodos no farmacológicos tales como baños de inmersión, masajes, deambulación, ejercicios, cambio de posiciones, etc.), o porque su mismo médico se los recomendó.

Su conocimiento sobre la violencia obstétrica las hizo buscar alternativas para evitarla; sus redes sociales y familiares, que en algunos casos incluía médicos/as, doulas, asesoras de lactancia, enfermeras, las acercó a información que utilizaron en la toma de sus decisiones; su poder adquisitivo les permitió elegir el tipo de atención que querían o cambiarse de médico/a cuando así lo requirieron. Todo ello en el marco del *estilo de pensar* sobre los beneficios del parto natural y su deseo de vivir tal experiencia.

De las cinco mujeres que tuvieron cesárea, únicamente una, Julia, sabía desde un inicio que así sería, por la condición de riesgo en su salud que tuvo desde el embarazo. Aun así, mencionó que tuvo tres cesáreas y siempre quiso parto: “era una experiencia de vida que yo quería tener, o sea que me parecía como lo natural y creo que era lo mejor para mis hijos y siempre sentí una profunda tristeza de que no pudiera ser de esa manera”. Acerca del

nacimiento de su tercer hijo, comentó: “yo perdí porque la situación de estar anticoagulada pues ahí sí era realmente muy irresponsable de mi parte decir *sí claro, yo voy a tenerlo [por parto]*, porque sí es un riesgo importante”. Destaca la lucha con ella misma, en este caso “ser responsable”, implicó “perder”. El premio para las ganadoras es grande y la sanción para la derrota es dura; ambos, éxito y penalización, son individuales y sociales, y moldean conductas.

Aída prefirió no insistir en que fuera parto. No quería cesárea, pero cuando el médico le dijo que la posición del niño iba a hacer que el parto fuera difícil, que si iniciaba con contracciones lo más seguro era que de todos modos terminara en cesárea y que sería un sufrimiento doble, ella sin dudar mucho, aceptó. En una reflexión posterior comentó que pensaba que el médico no quería tomar riesgos y que prefería asegurar el procedimiento con una intervención quirúrgica. Este testimonio se enlaza con los hallazgos del estudio de Bernal y Escobedo (2018), mencionado en el capítulo dos, que muestran que el miedo al dolor es un fuerte elemento de persuasión del médico para que las mujeres acepten una cesárea, bajo la creencia de que con esta intervención quirúrgica no habrá dolor, pero no les advierten sobre las consecuencias en el posparto. Como Aída, que manifestó que después de la cesárea tuvo mucho dolor.

En ejemplos como éste se demuestra la dimensión social de la autonomía, donde la toma de decisiones no puede ser aislada, sino que está influenciada por la forma en la que los ginecólogos/as explican las opciones y la información a las mujeres; en un modelo de atención, el tecnocrático (Davis-Floyd, 1993), que se caracteriza por implementar procedimientos rutinarios, y por funcionar mediante un discurso del riesgo que transmite miedo e inseguridad, y finalmente en torno a lo que ellas consideran valioso, como su bienestar y el de su bebé. Es decir, la toma de decisiones también está condicionada por la subjetividad y por las emociones.

Así como Julia, las otras tres que tuvieron cesárea manifestaron de alguna manera la frustración o la resignación, principalmente resaltando todo lo que hicieron durante alrededor de nueve meses con otra finalidad. Una de ellas, Lorena, cuando le informaron que no podría ser parto natural porque su bebé venía sentado, sintió la presión de intentar revertir el diagnóstico, “hicimos todo, rebozo, gatear todos los días veinte minutos, o sea todo, natación, fuimos inclusive con un médico en un hospital para que hicieran la maniobra

de internar voltearlo manualmente, todo, flores de Bach, casi casi acupuntura, y no se cambió. Entonces sí fue un poco desmotivante porque nos estábamos preparando todo el tiempo para trabajo de parto y terminó siendo cesárea."

Era el mismo caso de la posición de la bebé de Carolina, ella y su esposo contactaron una partera gringa que les aseguró que podría voltearla, viajaron para eso a Estados Unidos, y sí la voltearon; sin embargo, al momento del parto no tenía la dilatación que esperaban, le dijeron que era mejor prevenir cansancio y sufrimiento fetal, y tras el agotamiento después de 48 horas de trabajo de parto, aceptó que le realizaran cesárea. Ella relata: "creo que ya habíamos cubierto la parte de que fuera humanizado, de que la bebé estuviera lista para nacer, de que mi cuerpo estaba listo, entonces pues dijimos *sí, ya*". Dijo haber estado tranquila al final porque "no nos dimos por vencidos así tan fácil, ¿no?, lo intentamos, hicimos todo lo que estuvo en nuestras manos, ya al final pues no, no se pudo".

Es decir, manifestaron una cuestión de poder o no poder, de lograrlo o no. Quedaron aparentemente satisfechas después de haber utilizado todos los recursos a su alcance antes de ceder a la idea de la cesárea, como una carta de justificación no sólo para ellas y su pareja, sino ante su familia y la gente a su alrededor, como las otras mamás de sus grupos del curso psicoprofiláctico.

2. El discurso médico del riesgo

Me dijo: "creo que es un sufrimiento doble y quiero que estés preparada para eso"

Identifiqué al *discurso médico del riesgo* como un hilo conductor para analizar el cambio de decisiones de las mujeres, ya fuera para adherirse a las sugerencias de los médicos/as sin mayor cuestionamiento, o bien, para buscar alternativas que les brindaran un equilibrio entre sus deseos y su bienestar y el de su bebé, siendo el segundo el que predominó. Este discurso descansa en la afirmación de que el embarazo y el parto son patologías que, como tales, representan un constante riesgo para la mujer y/o el feto, por lo que deben ser vigilados y se deben implementar prácticas de prevención (Mitchell y McClean, 2014).

El discurso médico del riesgo aparece en las mujeres incluso desde antes del embarazo, cuando deciden prepararse para ello, como mencioné antes, inician una serie de prácticas que modifican su rutina diaria y sus hábitos, a fin de tener el cuerpo idóneo para el desarrollo

del futuro bebé. Hablan de alimentarse de manera saludable, de hacer ejercicio, de evitar el sobrepeso, de dejar de consumir ciertas sustancias o alimentos, de vitaminarse, para evitar una serie de “posibles problemas”.

Aunque a algunas de las mujeres les costó trabajo el cambio de rutinas, asumen que ya sabían que habría “sacrificios”. Sus elecciones estuvieron atravesadas por los discursos morales de la medicina que priorizan al feto y por ideas de género muy conservadoras respecto a lo femenino, incluyendo el discurso de la “buena madre”, que las responsabiliza de su bienestar y el del feto. Una particularidad del discurso del riesgo en el espacio reproductivo es su coexistencia con la idea de la “buena/mala madre”, fomentada dentro y fuera del ámbito médico. Debido a la carga sociocultural que esta connotación tiene sobre las madres mexicanas, resulta muy interesante observar cómo se manifiesta.

Como estaban en contacto con el discurso del parto humanizado, desde ahí buscaban un parto lo más natural y con la menor intervención médica posible. Un parto humanizado se caracteriza, según sus discursos, por estar basado en el respeto a los derechos de las mujeres, pero el análisis de los relatos me permitió observar que tiene su propio discurso del riesgo, que en ocasiones coincide con el del modelo de atención hegemónico, pero en particular, pareciera que el más grande riesgo es llegar a una cesárea, así como los procedimientos que alejan al parto de ser “natural”.

Salvo el caso de Lorena, que su mamá era asesora en lactancia y doula, las demás que optaron por prácticas para tener un parto humanizado, se enfrentaron a la resistencia de sus madres que no comprendían por qué sus hijas querían prescindir de los avances tecnológicos que ofrece ahora la medicina, pues lo consideraban inseguro y una regresión, cuando algunas de ellas, y mujeres de generaciones pasadas en su familia, no los tuvieron. Aitana tenía 22 años cuando nació su bebé; su mamá, con quien vivía, le dijo que estaba loca por querer cambiarse con un médico de parto humanizado, que con la que estaba era “más seguro”, incluso sobre el hospital donde quería parir, le mencionó “no, porque no tienen terapia intensiva de bebés y entonces si algo sale mal, qué vas a hacer...”. Es decir, el discurso del riesgo no se transmite únicamente desde los agentes y las instituciones médicas, sino que las mujeres embarazadas también lo reciben de otros sujetos sociales con quienes se relacionan. Por otra parte, este relato muestra el lugar hegemónico que ha alcanzado el modelo medicalizado, si del lado opuesto están otros modelos alternativos, en el imaginario de quien los rechaza

aparecen como primitivos, correspondientes a una etapa anterior de la evolución (Douglas, 1998).

En esta tensión entre discursos, las mujeres transitaron su embarazo: entre que la cesárea era la salida para evitar una serie de riesgos, y que esta misma intervención quirúrgica era un riesgo. Talina¹¹⁵ había intentado un embarazo durante cuatro años mediante reproducción asistida y con inseminación in vitro, cuando dejó estos procedimientos, a los 37 años ya estaba embarazada. Eligió tener un parto humanizado para, entre otras razones, no ser maltratada; durante el trabajo de parto pidió que le pusieran anestesia porque ya no aguantaba el dolor y relata que el médico “no quería, él en toda esta lógica de todo natural, porque ya nos había explicado que la anestesia podía causar riesgo de sangrado y después problemas con el latido cardiaco, o sea, como que tenía muchas desventajas”.

Aplicando la perspectiva de la interseccionalidad para este análisis es posible notar diferencias con los casos de las recomendaciones de la CNDH revisadas en el capítulo dos. El discurso médico del riesgo no está muy presente en esos relatos, y no porque el personal médico no actúe bajo sus lineamientos, sino que pareciera que ni siquiera es necesario que expliquen o informen a las mujeres de posibles “riesgos”, actúan de manera arbitraria violando su derecho a ser informadas sobre su situación y sobre los procedimientos durante el parto. Hay un tema claro de racismo y discriminación con ese grupo de mujeres con bajo nivel económico, de escolaridad y de recursos en general, atendidas en el sector público, donde ellas mismas se posicionan desde la limitación o invisibilidad de sus derechos y el personal médico las considera inexpertas, ignorantes y dependientes, no ciudadanas con derechos, en el imaginario de que por la “gratuidad” del servicio tienen que soportar ese trato. Es claro cómo el *paternalismo médico* se refuerza con el paternalismo social que las subordina a una posición inferior.

Paradójicamente, en la mayoría de las quejas mencionadas, recogidas por la CNDH, las mujeres requerían atención de emergencia que les fue negada, disminuida o ignorada, ante lo que el resultado fue la muerte fetal, neonatal o materna en 31 de los 36 casos.¹¹⁶

¹¹⁵ Talina tuvo parto humanizado (inducido y con anestesia) a los 38 años en un hospital privado, con el acompañamiento de una doula.

¹¹⁶ Esto no significa que así ocurre en todos los casos atendidos en los servicios públicos, sino que estos son casos (auto)seleccionados, pues a partir de estos eventos (las muertes) es que llegan a presentar la demanda en la CNDH.

Entonces ¿bajo qué criterios y con qué finalidad opera el discurso del riesgo en estos distintos escenarios? Un primer hallazgo es que la práctica médica en el sector público tiende a ser más arbitraria y despersonalizada y las mujeres experimentan miedo y/o coraje ante la incertidumbre del desarrollo que está teniendo el parto y la impotencia en una institución que las vigila y las intenta disciplinar, independientemente de su nivel socioeconómico. Tal fue el caso de dos de las tres mujeres integrantes de esta investigación, que tuvieron su parto o cesárea en una clínica pública y la asemejaron en sus relatos como una “cárcel”.

En el sector privado, las mujeres entrevistadas vivieron miedo ante los argumentos que les dieron los médicos/as en el marco del discurso del riesgo. Pero este miedo estuvo acompañado de dudas sobre el diagnóstico y sintieron la responsabilidad de pedir una segunda opinión. Ante la posibilidad de acceso a una alternativa (que difícilmente se tiene en la atención del sector público), sentían el deber de “hacer todo lo posible” para tener un parto natural y no aceptar la cesárea pasivamente. En ambos grupos de mujeres, la emoción del miedo estuvo en juego en la interacción con el personal médico, en una relación de poder que de alguna manera coarta su autonomía, pero con diferentes posibilidades de manejo del mismo.

El discurso del riesgo estuvo muy presente en los relatos de las mujeres cuando los médicos querían justificar la realización de cesáreas; ellas consideraron que quienes harían la intervención quirúrgica buscaban la comodidad de tener una fecha programada, o se sentían más seguros con el procedimiento y preferían no tomar riesgos. Y, aunque ellas no lo mencionaron, la obstinación médica para programar una cesárea, incluso mediante diagnósticos dudosos, podría vincularse con la recepción de mayores ingresos económicos de la que ya se habló antes. Parece haber un abuso por parte de los médicos/as de la legitimidad social de su *conocimiento autorizado*, y de que sea poco cuestionado. Fue posible detectarlo cuando dichos diagnósticos fueron revertidos por otros médicos/as más comprometidos con el respeto al derecho a decidir de las mujeres.

Entre las razones “médicas” para sugerir cesárea, algunas como la posición o el peso del bebé, la circular del cordón umbilical en el cuello, la edad de la madre, la cadera estrecha o

el antecedente de una cesárea previa, han sido parte del discurso médico del riesgo y han resultado con un fundamento científico endeble, como lo demuestra la experiencia de las mujeres en este estudio. Por otra parte, fue recurrente que cuando sugirieron cesárea, los médicos/as acompañaron las supuestas razones con advertencias sobre el dolor, y el sufrimiento para ellas y sus bebés que tendrían con un parto natural, lo que produjo en las mujeres miedo, estrés, angustia y/o culpa. Lucila desde el principio le dijo a su médico que quería tener un parto sin anestesia y él le dijo “pero dicen que duele un chingo”, en su caso, ella no cedió: “sí, pero yo voy a hacer todo para que sea de ese modo, entonces tú dime qué hay que hacer”.

Como muestran los datos de la Enadid (2018) plasmados en el capítulo dos (Figura 5), el motivo del 32% de las mujeres que tuvieron cesárea en un hospital privado entre 2013 y 2018 fue por sugerencia del personal médico para programarla, y de prácticamente la mitad (49.6%) por complicaciones en su salud o del/la bebé. No obstante, con los relatos ofrecidos por las mujeres entrevistadas podrían ponerse en duda los argumentos sobre dichas complicaciones. Llama la atención el escaso o ningún sustento clínico que emplearon las y los médicos para recomendarles o indicarles cesárea.

Por ejemplo, a Carolina su médico, después de un estudio, le dijo que tenía VPH (virus del papiloma humano) y que tendría que ser cesárea porque por parto se afectarían las cuerdas bucales del bebé, al ser revisada por otro médico, le indicó que ni siquiera tenía VPH. En el caso de Talina cada vez que iba a consulta le decían que por los miomas que tenía, seguro su bebé sería prematuro, que estaba muy mal, que no iba a llegar, y que sería difícil que lo tuviera por parto, ella relata que vivía con miedo hasta que pidió la opinión de otro médico, quien le explicó por qué los miomas no eran factor para cesárea. A Anabel¹¹⁷ le dijeron “si tienes VPH olvídate de que sea parto”, ella investigó y vio que no había riesgo, al final tuvo parto sin problemas.

En otro caso, la médica de Aitana le dijo a las 35 semanas de gestación que ya programaría cesárea porque por el diámetro de la cabeza del feto (que como se explicó en el capítulo uno es un argumento que ya no tiene validez) creía que no iba a pasar, ella sintió culpa y dudó de sus propios cuidados: “yo debí haber hecho algo mal para que el bebé esté tan grande, porque no sería natural...”. Esta frase ilustra la amalgama de discursos, el médico que tiene

¹¹⁷ Anabel tuvo parto fisiológico a los 34 años en una clínica del IMSS.

mediciones puntuales de hasta cuántos centímetros de diámetro de la cabeza del feto permite el nacimiento por parto, y el de la “buena madre” con juicios de valor sobre las prácticas buenas o malas durante el embarazo, con la creencia de que éstas pudieron alterar el curso “natural” del crecimiento. Y no fue necesario que un agente externo señalara si Aitana hizo algo “incorrecto”, la socialización de estos discursos opera de manera tal que las mismas mujeres asumen el ser irresponsables, culpables, malas pacientes y malas madres. Es el éxito de la medicalización que funciona como forma de control en la vida cotidiana (Morgan, 1998); como una tecnología, en términos foucaultianos, que se implanta en el cuerpo y en la mente de los sujetos (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016).

Contrariamente, en los casos revisados de la CNDH fue recurrente la imposición de parto vaginal aun cuando las mujeres solicitaban cesárea o cuando su estado de salud lo requería, lo que, según los mismos textos, en algunas ocasiones obedeció a limitaciones institucionales como ausencia de anestesiólogos o de quirófanos, y en otras, simplemente al autoritarismo médico. Los procedimientos rutinarios parecen ser más rígidos en el sector público.

Ante la indicación médica de la realización de cesárea, la mayoría de estas mujeres en esta situación dudó del diagnóstico y optó por cambiar de médico/a, para investigar si había otras opciones y recurrir a segundas opiniones, ya sea de otros médicos/as, de doulas o de parteras. No obstante, su agencia no estuvo exenta en ocasiones de sentir culpa por posibles complicaciones al no acatar las indicaciones médicas o si los resultados no eran los esperados.

La preocupación y el miedo al parto son comunes, sobre todo en el primero, al tratarse de un evento desconocido y hasta cierto punto impredecible. Sin embargo, el miedo es generado en gran medida por el riesgo (Mitchell y McClean, 2014), y la forma particular de cómo se ha construido, incluso cómo se nombran los elementos del embarazo en este marco, dificulta que sea vivido y pensado sin temor. En los relatos de las mujeres aparecen expresiones del discurso médico como: lo que no es “natural”, es un “problema” (como que el bebé venga sentado); hay situaciones “anormales”; hay “incompatibilidad” del bebé con el canal vaginal; la dilatación no es “buena”; se trata de una paciente “complicada”; etc.

Julia tuvo un embarazo diagnosticado como de alto riesgo, por lo que le decían que tenían que hacerle la salpingoclasia para evitar más embarazos y, por tanto, más riesgos. Ella había

decidido que no porque su esposo se haría la vasectomía. Relata que sentía que el trato era agresivo, pues le decían que, si no aceptaba y se volvía a embarazar, se iba a morir; le preguntaban constantemente si se quería morir.

Olivia¹¹⁸ ya se había dado cuenta que su médico era partidario de hacer cesáreas y contrastó ese dato con la información que obtuvo de investigar sobre las recomendaciones internacionales en materia de cesáreas, sobre encuestas y los porcentajes de su práctica en México, para confirmar que la cantidad de cesáreas que este médico practicaba seguramente rebasaba los estándares de las que se consideran necesarias. Cuando le dijo que como tenía incompatibilidad de sangre con su esposo, su cuerpo podría rechazar al feto, tener reducción de movimiento o morir, ella decidió cambiar de médico para consultar este diagnóstico, quien le aclaró que el riesgo era bajísimo, pero ella ya había pasado varios meses con miedo y angustia.

El discurso del riesgo permea a la sociedad y hay una serie de espacios donde se reproduce y de agentes que lo fortalecen, de donde las mujeres lo reciben. En sus narrativas apareció constantemente la intervención de sus madres y suegras principalmente (en ocasiones desde la subjetividad de sus propias experiencias), pero también de amistades u otros integrantes de la familia, para señalarles que ya deben solicitar cesárea o la inducción del parto porque si no, “algo puede pasar”, porque “algo puede salir mal”, o porque “ya están en tiempo”. Por otra parte, fue recurrente que cuando decidieron alejarse de la atención medicalizada, sus familiares les manifestaron sus temores porque consideran que es inseguro o riesgoso. Tal como sugiere Foucault (2012), la *mirada médica* no descansa en la singularidad del enfermo (o la/el paciente), sino que es una conciencia colectiva.

La reproducción es un espacio biopolítico por excelencia. El discurso del riesgo refuerza la noción de que las mujeres son responsables de la salud del feto, se les enseña que ignorar las indicaciones de los expertos podría resultar en el daño al feto o en un mal resultado del parto (Smith-Oka, 2012). Así, las mujeres también introyectan y reproducen este discurso que, en mayor o menor medida, permea en sus vidas reproductivas, no sólo de manera jerárquica y opresiva, sino horizontalmente, mediante la participación de otros agentes sociales con quienes comparten su trayectoria del embarazo y el parto.

¹¹⁸ Olivia tuvo parto humanizado (inducido) en un hospital privado a los 36 años.

Aun cuando las mujeres relataron que su ideal era tener un parto lo más “natural” posible, también utilizaron el discurso del riesgo para solicitar ciertos procedimientos de la medicalización y para apoyarse de la tecnología o del monitoreo que las tranquilizaba ante posibles complicaciones. Como señala Lauren Fordyce (2012), optar por el uso de la tecnología (como los ultrasonidos) proyecta que las mujeres embarazadas son responsables ante posibles riesgos genéticos y lo consideran un gasto necesario. Se podría decir que este grupo de mujeres recae en la categoría que señala Morgan (1998) en su *Modelo de medicalización de la reproducción*, de quienes demandan acceso a una medicalización respetuosa.

Los discursos médicos construyen el riesgo como consecuencia de la asignación de la responsabilidad individual de la salud y la elección del estilo de vida. Al seguir las indicaciones médicas, la salud del bebé toma prioridad y las necesidades de las mujeres quedan subsumidas (Mitchell y McClean, 2014). Julia se sentía encarcelada en el hospital, pedía que la dejaran salir para ir a atenderse a otro, mas no la daban de alta porque no estaba estable y le decían que podría salir “si le echaba muchas ganas”. Hay un juego de transferencia del riesgo y de la responsabilidad hacia las mujeres.

Haciendo alusión al *rol del enfermo* conceptualizado por Parsons, cuando una persona se diagnostica como enferma tiene ciertas prerrogativas sociales para no cumplir a cabalidad con sus obligaciones cotidianas y con lo que se espera de ella; sin embargo, adquiere otras, como acatar las indicaciones médicas, tomar el medicamento señalado en tiempo y forma, permanecer aislada o en reposo, según el caso. Es así que, aunque las mujeres embarazadas no están enfermas, al llevar un seguimiento médico entran en esta categoría. Al ser parte de una comunidad se espera que acepten las normas de ésta y desempeñen el rol socialmente aprobado para su condición (Douglas, 1998).

Bajo la lógica patriarcal que lleva a identificar lo femenino con lo maternal y viceversa (Coria, 1997), se espera que las mujeres desde el embarazo y durante su parto tengan una actitud pasiva, tolerante, paciente, de renuncia, de entrega (atributos de una “buena madre”) y que no tomen decisiones que pongan en conflicto su imagen maternal al defender intereses personales sin anteponer la autoridad del médico. En la misma línea, contradecir dichas atribuciones, repercute en que se les culpe por las consecuencias (Smith-Oka, 2012); asimismo, la biopolítica del discurso del riesgo demuestra que ellas mismas se culpan y se

sienten responsables de manera individual, sin alcanzar a notar las condiciones estructurales que también juegan en su proceso reproductivo.

Por otra parte, para continuar con su decisión de tener un parto natural poco medicalizado, cuando las mujeres rechazaron las indicaciones de sus médicos/as, se sienten responsables de sus acciones y si surgieron complicaciones, asumieron la culpa. Entre las que tuvieron cesárea, unas se culparon por no “haberlo logrado”, por “haberles fallado a sus hijos”; y otras se justificaron argumentando que antes hicieron “todo lo posible” para un parto natural, es decir, cumplieron con luchar, con esforzarse, con agotar las opciones.

En algunos casos revisados de las recomendaciones de la CNDH, se relata que las mujeres asumieron la responsabilidad de las consecuencias de la (mala) práctica médica y se les señaló como culpables o ellas introyectaron la culpa, aunque de otro tipo de consecuencias, como la muerte neonatal o fetal.

Es muy clara la limitación de la autonomía de las mujeres en ambos sectores -público y privado-. La diferencia en el trato aparece en la atención en el ámbito privado, pues incluso las mujeres entrevistadas que tuvieron su parto o cesárea en una clínica pública, aun con una alta preparación académica, siendo profesionistas, con ingresos económicos propios, relatan un trato despersonalizado con imposición de prácticas en contra de su voluntad, como a Julia que la obligaron, de forma amenazante, a “aceptar” que la operaran para no tener más embarazos. En diferentes momentos de la entrevista, ella narra que el trato fue agresivo, inhumano, carcelario, prepotente.

En este mismo sentido, Karina refirió: “cuando llegué ya estaba coronando, entonces fue muy rápido, pero ahí empezó un poco lo que yo ya notaba más violento porque me pusieron la aguja, ésta para ... con lo que me rompieron la bolsa porque no rompí la fuente, entonces, ellos la rompieron ... una aguja gigante ...”.

Quizá una diferencia con el grupo de mujeres de los casos de la CNDH es que este grupo con más recursos hace una lectura distinta de su experiencia, reconocen y nombran algunas prácticas como violentas y hablan de sus derechos. Entonces la institución médica y sus reglas de operación, claramente diferenciadas en los espacios público y privado, son las que prevalecen por encima de la posición de las mujeres, de sus conocimientos y de su condición

de clase. Las relaciones de poder que se establecen en los encuentros médicos mantienen un menor grado de desigualdad jerárquica en los servicios privados.

En varios casos, integrantes de las familias (de ellas o de sus parejas) las presionaron para que les indujeran el parto o para que les hicieran cesárea si consideraban que “ya era tiempo”. La cuestión del tiempo es otro elemento muy presente en el discurso del riesgo, y aunque es ambiguo, las mujeres lo acatan como un indicador incuestionable de la jerga médica. Relataron frases de los médicos como: “ya llevas mucho tiempo [en trabajo de parto]”, “vamos a inducir el parto para que nazca en tiempo”. Ahora bien, si para la lógica del parto humanizado pueden esperar hasta la semana 41 o 42 de gestación, entonces ese tiempo es una construcción de la práctica médica rutinizada que no considera las particularidades de cada mujer, pues la medicina actúa con estandarizaciones que permiten comparar con un caso particular; sin embargo habría que poner el acento en la posibilidad de otros modelos de atención que tomen en cuenta la singularidad de cada paciente a la vez que la detección de riesgos reales.

Otro componente del discurso del riesgo es la presunción de que algunas mujeres están fuera de las formas “apropiadas” para la maternidad, basadas muchas veces en aspectos más sociales y culturales, que médicos, como: la edad, el estado conyugal, la orientación sexual, o incluso si tienen tatuajes o tuvieron abortos previos. En este sentido, el embarazo de mujeres muy jóvenes o “añosas”, solteras y/o lesbianas, es considerado peligroso y, por tanto, de riesgo. Incluso ante elecciones personales como el caso de Karina que era vegetariana, el personal médico le decía que no era normal no comer carne, y menos estando embarazada. Por su parte, Anabel tuvo su primer embarazo a los 21 años y le decían “pero ¿qué hace usted embarazada a esta edad?”, y el segundo, a los 35, y entonces consideraban que “¿por qué se le ocurrió embarazarse?”; es decir ante el juicio médico y social, en ambos momentos había actuado de manera irresponsable.

“Creo que los hospitales no son lugares para que las mujeres tengan hijos”

Independientemente de la información o la preparación con la que las mujeres llegaron al hospital, para la mayoría significó hacer frente a una serie de acontecimientos que no se esperaban y/o con procedimientos que desconocían. Es decir, sus expectativas se siguieron transformando. Por ejemplo, quienes presenciaron las manifestaciones de dolor de otras

mujeres en el hospital antes de que ellas mismas tuvieran una alta intensidad de dolor, relatan que sintieron temor, que se estresaron. Por otra parte, están los protocolos hospitalarios que dictan dejar a las mujeres en cuartos de recuperación, llevarse a los bebés en cuanto nacen, darles fórmula, independientemente de los deseos de la madre; así como los trámites al llegar al hospital, que por lo general corrieron a cargo de sus parejas, lo cual impidió que estuvieran con ellas durante un tiempo que sentían que los necesitaban.

La institucionalización de la reproducción ha llevado a que existan hospitales-escuela en los que las mujeres no tienen la opción de decidir si aceptan o no que una multitud de estudiantes pase a observarlas, a revisarlas, a hacerles tactos innecesarios (para practicar). A través de esta práctica el personal médico dirige y controla el trabajo de parto (Camacaro, 2009), pero puede ser sumamente molesto y violatorio de su dignidad, a la que se refiere Jacobson (2009), como problema del plano institucional y estructural. Aída, que tuvo a su bebé en un hospital privado, contó “si normalmente te pasa a ver al cuarto un doctor tres veces al día, cuando hay estudiantes te pasan a ver ocho veces al día y no sólo te pasan a ver, cuando menos te das cuenta ya te están revisando, invadiendo, cuando no necesariamente eso te ayuda porque ellos nada más están aprendiendo... eso no me gustó para nada, sí lo sentí como violento...”. Esta es una condición que no siempre saben que sucederá y al momento altera las expectativas que tenían de su parto.

Otra situación que compartieron algunas fue que hay condiciones objetivas que no permiten llevar a cabo lo aprendido en el curso psicoprofiláctico referente al manejo del dolor. Todas las que tuvieron trabajo de parto y sintieron dolor por las contracciones, manifestaron que no esperaban tal intensidad, lo que produjo que algunas cambiaran su decisión en un momento en el que sintieron que no aguantarían más, una por ejemplo le dijo al médico que le pusiera anestesia, cuando durante todo el embarazo había dicho que no quería; y otra pidió cesárea después de 36 horas de trabajo de parto. En ambos casos, las convencieron de continuar con el plan original.

En general las mujeres reconocieron y rechazaron el exceso de medicalización y burocratización del parto que implica su institucionalización. Describieron cómo en ciertos hospitales, que pueden parecer hoteles por sus instalaciones, y que venden el servicio como “paquetes”, ellas no pueden tomar ninguna decisión sobre el procedimiento del parto porque depende de lo que autorice el médico, de las políticas institucionales o de las de los seguros

médicos. Este servicio suele incluir lo que las mujeres “necesitan”: “cuando tú ingresas puedes abrir un paquete que ofrece absolutamente toda la atención que requiere una mujer embarazada ... te permitía tener este tipo de curso psicoprofiláctico ... acceso a revisión de nutriólogo para hacer un seguimiento de la dieta durante el embarazo, de la subida de peso ... una revisión odontológica ... creo que también incluía por ahí una clase de yoga” (Paola).

En este sentido, hay lugares donde ellas no pueden decidir no ser amarradas a la cama durante la cesárea, ser trasladadas a la habitación con su bebé antes de cierto número de horas de “recuperación”, o tener alojamiento conjunto con su bebé sin solicitar por escrito la autorización del director del hospital. El hospital aparece como una maquinaria de observación y control (Foucault, 1976) donde a través de la *mirada médica*, de acuerdo con la conceptualización de Findlay (1992), puesta en los cuerpos reproductivos de las mujeres, se conjuga la relación jerárquica de la profesión médica y la relación jerárquica de género. La institucionalización del embarazo y del parto ha otorgado más protagonismo a las y los profesionales de la salud, y hasta cierto punto se ha normalizado esta estructura que legitima la autoridad de los médicos/as por encima de las decisiones de las mujeres. Vale la pena recordar que este proceso inició con la desautorización de la partería y del conocimiento ancestral de las mujeres sobre su propio cuerpo.

En este sentido, Adriana, la única que tuvo parto no medicalizado en su casa, aportó en la entrevista un interesante relato sobre su experiencia en una región de México donde creció ayudando a su abuela y a su mamá que eran parteras. Cuenta que a mediados de los años noventa, mediante una política nacional implementada durante el periodo presidencial de Carlos Salinas de Gortari, se fue desarticulando el esquema de la partería en México, se decretó que a las parteras ya no se les expediría el permiso para ejercer su labor, y empezó a haber límites burocráticos para otorgar las actas de nacimiento. Antes en el registro civil permitían llevar un acta de alumbramiento que las parteras tenían permiso de expedir, y a partir de esta campaña, ya no tuvo validez.

“Empezó el boom de las cesáreas en hospitales privados ... recuerdo las mantotas que decían: 10,000 pesos con anesthesiólogo; o sea era el kit de parto sin dolor, así te vendían toda la idea, metiendo el miedo del dolor” (Adriana). En las clínicas les decían a las mujeres que parir con la asistencia de una partera no era seguro. Como en cualquier tema, las políticas públicas avanzan a un ritmo, y el cambio cultural a otro; pero la entrada del discurso médico

del riesgo no tenía retorno. En algunas regiones, como zonas indígenas, fue mucho más lento el proceso de aceptación. Adriana menciona que muchas mujeres se resistían a ir a las clínicas, “se salían de las casas para que no las llevaran a fuerzas y se iban a parir en el bosque”, donde las parteras las seguían acompañando, cortaban el cordón umbilical, revisaban que la placenta saliera completa y practicaban otros cuidados.

Al respecto de los hospitales, Adriana comentó “creo que ya ven normalizado que te estén gritando y que te tengan horas caminando y que ni te revisen, muchas de mis primas han nacido sus hijas/os en esas condiciones y creo que lo ven muy normal ... yo creo que asocian como su seguridad en materia de salud con el tema medicalizado”.

Las narrativas de esta investigación muestran una tendencia de las mujeres hacia la búsqueda de modelos de atención alternativos al hegemónico que fue implantado en sustitución de la partería, y que trasladó los partos de las casas a los hospitales. En la mayoría de los casos la razón fue que en la institución médica -como estructura estructurante y estructurada (Bourdieu y Wacquant, 2005) y como reguladora de las relaciones de género (Scott, 1996)-, vieron obstaculizada su autonomía para decidir sobre su parto: se toparon con sus normas inflexibles y con el control sobre sus cuerpos para, en ciertos momentos, disciplinarlas como “pacientes” y como mujeres. Lo anterior se extendió a los días que permanecieron en el hospital, posteriores al nacimiento de su bebé.

3. El cuidado institucional de la maternidad

“Lo más difícil es la lactancia”

Inicialmente entre los objetivos de esta tesis no estaba incluir la experiencia en el posparto, sin embargo, las entrevistas arrojaron información interesante que permitió dar continuidad al análisis de las prácticas institucionales y la relación de las mujeres con éstas. Las mujeres hicieron reflexiones sobre sus expectativas también a partir de lo que vivieron después del parto en el hospital, mostraron cómo habían internalizado o cómo se resistieron a los discursos sobre la maternidad. En particular el tema de la lactancia fue revelador en varios sentidos.

Llama la atención la violencia institucional disfrazada de políticas y protocolos. En general las mujeres se quejaron de que una vez que nació su bebé, las apartaron de él/ella, después

de todo el trabajo que hicieron para llegar a ese momento, su bebé no estaba con ellas. Está condicionado a horarios, a que “les toque” comer, o a que ellas le “echen ganas” para poder bajar al piso de los cuneros. Los argumentos en los hospitales que así lo manejan (porque no son todos) suelen ser que necesitan monitorear a los/las recién nacidos/as, por cuestiones de higiene o para que la mamá pueda descansar. Estamos ante un régimen patriarcal que dice a las mujeres lo que requieren, pero que constriñe su autonomía, con normas en las instituciones que se ajustan a los símbolos de género (Scott,1996).

Estas restricciones injustificadas son parte de la violencia obstétrica institucional, que funciona de la mano con expresiones de violencia simbólica, cuando las mujeres asumen que así es la dinámica y aunque intenten revertirla, la mayoría termina ajustándose a ella. Ana relató: “cuando terminó la cesárea, todos se fueron y me quedé con la enfermera, se llevaron a mi hijo ... yo les dije *por favor llévenme al cuarto*, y me dijeron *no, te tenemos que llevar a recuperación*, y yo les decía, *pero por favor yo ya me quiero ir a mi cuarto y quiero ver a mi hijo*, y no, me dejaron ahí en el cuartito, supongo que está bien, no sé, supongo que era lo que tenían que hacer pero se ve que ya están acostumbrados a que las mujeres hagan eso y les den el avión, me decían, *no a ver, cinco minutos...*”.

Lorena refirió: “te hacen mucho menos como mamá, o sea yo creo que las enfermeras te hacen sentir que no eres capaz, y lo notamos desde el momento en que vas a pedir informes y te dicen *no se preocupe, aquí lo bañamos*, entonces como si tú como mamá no fueras capaz de bañar un bebé”.

De manera paradójica, las enfermeras no las dejaban descansar, estas profesionales de la salud encarnan las reglas institucionales bajo un régimen de horarios y técnicas para actividades que fuera del hospital son parte de la vida cotidiana y cada quién ajusta a sus ritmos. Tienen como protocolo revisar a las mujeres cada cierto tiempo, así como a su bebé, aunque no presenten signos de riesgo. La vigilancia jerarquizada en las instituciones hospitalarias funciona mediante un poder disciplinario múltiple, donde las vigilantes (en este caso las enfermeras), desde su posición subordinada (de género y profesional) son vigiladas.

Algunas mujeres se quejaron de esta vigilancia excesiva, y quienes resintieron tanta intrusión comentaron que las hicieron sentir que no eran capaces de atender a su bebé, que lo estaban haciendo mal, o que eran inútiles. Lorena, que tenía un gran conocimiento sobre las características de un parto respetado, pues su mamá era consultora en lactancia y tenía

acercamiento a estas experiencias, comentó: “entraban cada cuatro horas, cada cinco horas, a revisar al bebé, y a revisarte a ti, la verdad es que estaba haciendo colecho con mi bebé, dormido, entraron a las 4 de la madrugada a tomarle la temperatura, a despertarlo, cosas que decías, *a ver, si no hay una razón o un motivo de preocupación para que estén teniendo ese tipo de intervenciones, ¿no!*”. Por su parte, sobre una clínica del ISSSTE, Anabel mencionó “cuando ya pariste dices ya, pero después llegan las enfermeras y te salen con eso y te estresas horrible y ves también a las otras mamás llorando y diciéndole a sus bebés, *ándale, come para que ya nos vayamos*”.

Estas manifestaciones de violencia llegaron al punto de prohibirle a Julia salir de la clínica aun cuando ella lo solicitó, pues el estado de su sangre tenía que ser estable y ella, que conocía el proceso del padecimiento que tenía, sabía que eso iba a ser difícil, pero el costo de tenerla monitoreada ahí implicaba que no podía estar con su bebé, ni amamantarlo como ella quería, ni siquiera tocarlo, únicamente verlo de vez en cuando a través del vidrio de los cuneros, cuando no había una razón médica para tenerlo alejado. Este ejemplo de cómo las mujeres deciden ejercer su autonomía puede poner en entredicho los protocolos institucionales de hasta dónde deben salvaguardar la salud de las mujeres y hasta dónde respetar su derecho a decidir.

Por ello Foucault encuentra similitudes en las instituciones que vigilan y controlan a quienes las habitan, en el hospital como en la cárcel. El caso de Julia muestra cómo el protocolo en una clínica del IMSS puede ser tan rígido e inhumano, que la prioridad es cumplir con la hora estipulada para bañarse, por encima de la condición de las mujeres y lo que ellas expresan. “Me decían *párate* y de verdad sentía que no podía, no podía ni bajarme de la cama, entonces como pude, porque todavía no estaba mi esposo, me dijeron que me parara y me metiera a bañar y les dije, *es que realmente me duele muchísimo al bajarme de la cama*, sentí como si mi espalda se hubiera quebrado, que no me pudo sostener, no sé cómo explicarte eso y me fui hacia abajo o sea mi cuerpo se dobló”.

Como no era hora de visitas, no estaba la pareja de Juila para ayudarle, así pasan por momentos de más vulnerabilidad, sujetas a los dictámenes de la institución. No únicamente le decían qué hacer y en qué momento, sino también intentaban controlar la expresión de sus emociones: “yo me desgarraba porque les enseñas la pulserita [por la ventana de los cuneros], veías a todos los bebés llorando, lo levantaban y me decían *no llores*, me decían

que no llorara y yo veía a mi bebé y yo decía, *no me he ido, no te abandoné, aquí estoy, no me voy a ir*, fue horrible, te juro que fue horrible y yo lloraba, lloraba y lloraba”. El relato de Anabel en una clínica pública también muestra incoherencias de las formalidades institucionales: “...muchas no recibieron visitas ese día porque a las enfermeras se les ocurrió en ese momento tender las camas y decir, *cámbiense porque no pueden recibir así a sus esposos*, entonces mueven las sábanas y a cambiar la bata, se los dijeron a la mera hora que ya estaba entrando la visita, pero no podían entrar los señores porque muchas se estaban cambiando, se pasó la hora y no pudieron recibir su visita”.

Aunque hay un piso común, las políticas en los hospitales varían, y también depende del modelo de atención que ofrecen, los de parto humanizado, por ejemplo, son más flexibles a los deseos y necesidades de las mujeres. Talina tuvo esta experiencia: “entonces ya me la pasaron y mucho en esta lógica que era lo que quería, que luego luego me la dieran, justo fue como yo quería o lo que yo había dicho, estar con ella y que no cortaran inmediatamente el cordón umbilical para que le pasara el hierro...”. Sin embargo, en ocasiones se nota cómo estando en una institución médica, también les es extraño estar totalmente sin guía: “... no se metían mucho, más bien teníamos que estarles diciendo de cómo hacerle, no querían ni bañar a la bebé entonces les dije, *¿nos enseñan a bañarla?*” (Talina). Con las experiencias narradas queda claro que en los hospitales, sobre todo los privados, cuentan con los recursos materiales y humanos para brindar apoyo a las mujeres en el posparto, pero está sujeto a sus reglamentos, no siempre a la consideración de su derecho a decidir. Para Aitana también: “ahorita es cuando más ayuda necesitas, entonces esa parte me ayudó mucho, que en el post la tuve [a la doula] y eso estuvo increíble”.

Este grupo de mujeres tiene la opción de recurrir a un apoyo extra si lo requieren, como la contratación de doulas o asesoras de lactancia, cuando el servicio hospitalario no es suficiente, una oferta más en el mercado de consumo de la reproducción. Adriana también tuvo un parto humanizado en su casa, y su experiencia fue muy distinta: “mi experiencia fue muy amable y muy linda, después de que ya nació, hicimos [con la doula] un licuado de frutas con un trozo de la placenta, hicimos homeopatía de la placenta todas estas cosas posteriores, la impresión de la placenta, que ahí tengo los cuadritos y lo que sobró de la placenta la hicimos cápsulas...”. En cambio Anabel, en una clínica del IMSS, cuenta “...mucho coraje, tristeza, cuando me dijeron que no me podían dar la placenta... que la iban a tirar...”.

Aunque no era parte de la guía de preguntas, la mayoría de las mujeres entrevistadas hicieron alusión a la complejidad de la lactancia. Hay una brecha muy grande entre lo que sabían sobre el tema de manera teórica y lo que experimentaron. Incluso hubo quienes, desde una visión esencialista, no consideraron importante una preparación especial: “di por hecho muchas cosas, así como, *no pues tengo pechos, podré lactar ...* ese tipo de cosas me parecían muy obvias y al final no lo son tanto” (Olivia). Esta idea también la vivieron otras mujeres con las enfermeras: “me decían: *nuestro cuerpo tiene memoria entonces sabemos alimentar a nuestro bebé, pégueselo ...*” (Anabel). También encontré en algunas de ellas la postura contraria, como con Camila¹¹⁹: “suena todo muy fácil e idílico pero no, no es algo natural que tú automáticamente sepas hacer, o sea, es una técnica del cuerpo que se tiene que aprender”.

Independientemente de su nivel de conocimiento del tema, mostraron que les hubiera gustado tener más información, sobre todo porque les sorprendió lo difícil, doloroso y solitario que podía ser. “Fue la cosa más horrible que me pudo haber pasado después del embarazo, yo no le podía dar de comer a mi bebé, yo me tuve que sacar la leche y dársela en biberón porque yo no podía. Hasta que regresé a México y encontré a una asesora de lactancia fue que pude darle de comer, ¡a mí nadie me dijo que eso dolía!” (Carolina). Cuando ya estaban frente a la dificultad, en medio de la presión, el estrés, el cansancio, buscaron apoyo con otras mujeres o contratando a especialistas que las ayudaran.

Se refirieron mucho a “poder” o “no poder” lactar. De las narrativas surgieron principalmente dos ejes interesantes que vinculan los niveles macro, meso y micro: la presión individual y social para amamantar; y las políticas institucionales en torno a la lactancia.

Hay una asociación entre lograr una lactancia exitosa con haber tenido parto, pero además con la “buena maternidad”, como ilustra lo que pensaba Aitana durante el embarazo: “si yo quiero tener una lactancia bien establecida al principio, necesito haber tenido un parto ... quería que mis decisiones de la maternidad empezaran bien desde ahí”. Por el contrario, para Aída fue de la siguiente manera: “como cuando te hacen cesárea te llevan a un cuarto de recuperación y eso, [tenía miedo de] que las enfermeras le fueran a dar fórmula porque yo traía como todo mi proyecto para poderlo amamantar y pues sí le dieron fórmula, pero está

¹¹⁹ Camila tuvo parto humanizado (con anestesia y oxitocina) en un hospital privado a los 35 años, con el acompañamiento de una doula.

bien porque yo no se lo pude dar cuando nació, porque la cesárea ... no puedes, no estás en calidad de amamantar”.

Este deseo individual de la mayoría de las mujeres entrevistadas estaba influenciado por la expectativa social. Una tía de la pareja de Lucila, que era enfermera, cuando tenía apenas tres meses de embarazo le dijo: “¿y la vas a amamantar?, es que es súper importante ... a ver te enseño”. En los cursos psicoprofilácticos y en las consultas prenatales tocan el tema: “[en el curso] se dedican a convencerte de que es lo mejor en la vida poder lactar” (Camila) y tuvieron una pincelada de cómo debían hacerlo, sin embargo, igual que el parto, cada experiencia es muy particular. Sobre todo, la preparación no está enfocada a lo que sucederá después: “te embarazas y crees que lo más difícil es el parto, y no, lo más difícil es la lactancia” (Lorena).

Gran parte de la presión surgió del juicio de que no sabían o no querían. El ejemplo de Aída es muy claro: “por parte de las enfermeras, cuando no podía amamantar, como que esperaban que yo supiera, *es que no es así*, y no me dedicaban suficiente tiempo ... a mí me hacía sentir mal, como si yo ya tenía que haberlo sabido”. De igual manera con Lorena: “en plan de decirte que ellas [las enfermeras] sí saben hacerlo y tú no”.

Ante estos relatos, es útil traer a cuenta el concepto de *habitus de género* (Miller, 2016), que permite mirar que las predisposiciones de la formación médica profesional no son las únicas presentes, sino también las de lo femenino y lo masculino como referentes primarios de significación y comprensión del mundo (Serret, 2011), ligadas a una visión esencialista de las supuestas capacidades innatas de la maternidad, como amamantar.

Mientras seguían en el hospital, sus planes en torno a la lactancia estaban sujetos a las políticas institucionales, que no siempre tienen que ver con los beneficios de la práctica en sí. En términos generales, las prácticas hospitalarias con las que estuvieron en desacuerdo fueron: cuando las amenazaban con que si no podían amamantar a sus bebés no podrían salir de ahí; donde les dijeron que tenían que darles pecho porque no había presupuesto para leche de fórmula; y en los que, sin tomarlas en cuenta, les dieron fórmula porque era más práctico. En todos estos casos es evidente la vigilancia y control de sus cuerpos.

Aída les había pedido a las enfermeras que no le dieran leche de fórmula y lo había dejado por escrito en un hospital privado, aun así, le dieron porque según relata, “ellas tienen estos protocolos, donde les dicen que después de cierta cantidad de tiempo si el niño no come le

tienen que dar fórmula”. No solo eso, sino que hay otras prácticas que quizá no son tan conocidas pero de las que Julia se dio cuenta en el Hospital de Especialidades donde fue atendida: “a mi hijo me lo entregaron muy flaquito porque me enteré que no los amamantaban con mamila, sino con estas tacitas de los jarabes, con eso les daban leche según esto porque evitan infecciones, una enfermera me confesó que porque son muchos y es más rápido...”.

El testimonio de Anabel es muy revelador de una serie de manifestaciones de vigilancia, control y disciplinamiento: “me dijeron, *no se puede ir de aquí hasta que no le baje la leche*, y yo creo como había estado más estresada pues claro ahora tenía un poco más la presión de la lactancia ... estaba escuchando cómo las enfermeras te regañaban si no te bajaba la leche; *no señora, pégueselo*, así como de *a ver señora tontita le voy a explicar cómo es esto*”. Más adelante Anabel continuó hablando de su experiencia con las enfermeras, quienes agregaron: “*aquí no le vamos a dar formula a ningún bebé porque no hay presupuesto para eso y por eso estamos implementando el programa la lactancia, entonces por eso si no le da leche a su bebé se le va a bajar la glucosa, le va a bajar la temperatura, se va a tener que quedar en el hospital y todo, porque usted no le quiso dar leche*”.

Queda de manifiesto la violencia obstétrica que se ejerce para cubrir vacíos institucionales, arropada por recursos de género para crear cuerpos dóciles, para culpar a las mujeres y calificarlas como “malas madres”. También puede deberse a una cuestión de políticas como la de la lactancia materna, implementadas de forma obligatoria y donde el personal encargado de aplicarlas, las enfermeras, la ejercen con violencia (institucional, por escasez de tiempos y exceso de tareas; y de género).

Entonces las opciones de las mujeres están sujetas más a un tema estructural que a sus derechos. O depende del compromiso de los médicos/as y pediatras con la lactancia, desde los que les recomendaron ir con una asesora, hasta los que inmediatamente les sugirieron leche de fórmula. En general parecen coincidir en que “es fundamental tener más conocimiento y apoyo en esta etapa”. Como mencionó Lorena: “yo entiendo a todas las mujeres que terminan dando fórmula, o sea, si no tienes un acompañamiento de alguien que esté ahí, mínimo una semana, no lo vas a lograr, es muy difícil que lo logres, muy difícil”.

Recapitulación

Con lo expuesto en este capítulo queda visto que el derecho a decidir en el parto tiene aristas tanto a nivel estructural, como institucional y subjetivo. Es un desafío que plantea intervenciones en los tres niveles, y hacerlas evidentes es un paso necesario, pues “lo que no se nombra, no existe”.

El reto está en aterrizar el discurso del riesgo que pasa por la institución médica y se ancla en la subjetividad de las mujeres. La intención no es establecer una línea directa de mayor autonomía cuanto más las mujeres vayan en contra de las indicaciones médicas, sino identificar cómo toman decisiones para lo que ellas consideran valioso, cuando su rango de preferencias puede estar muy acotado por la parte emocional (por el miedo y la culpa). Cómo toman decisiones muestra cómo funcionan los regímenes de género, los discursos, las diferentes relaciones de poder, y se materializan en cómo sienten que pudieron participar en las decisiones de su parto.

CAPÍTULO CINCO

DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA A LA APROPIACIÓN DE DERECHOS

Como ya he señalado, no pretendo presentar a las mujeres como víctimas pasivas de la institución médica y de la medicalización del parto. En este capítulo se muestran factores desde estructurales hasta subjetivos que dificultaron el ejercicio de derechos, pero también se rescatan elementos de su experiencia que dan cuenta de condiciones que tuvieron para revertir momentos de tensión o de violencia, en posibilidades de agenciamiento o de apropiación de sus derechos.

Para ello, en una primera parte analizo el papel de tres emociones (dolor, miedo y culpa) que fueron recurrentes en el trayecto del embarazo y el parto, desde una mirada de construcción sociológica y de género; su vinculación en la relación de poder de las mujeres con el personal médico; así como detonantes en ciertas circunstancias que las hicieron buscar opciones de atención médica más acordes con sus necesidades y deseos.

Enseguida recupero elementos de discursos feministas en las mujeres, tales como el reconocimiento del ejercicio de violencia contra ellas, de sus derechos y la defensa de su autonomía y capacidad de agencia. Considero que, aunque no haya habido una ruptura significativa del rígido sistema médico patriarcal, el hecho de que las mujeres tengan prácticas feministas (se asuman como tales o no), es un logro tanto para ellas mismas como para el movimiento.

La última parte corresponde a la construcción de significados que fueron haciendo a lo largo de la entrevista en temas particulares que me interesa resaltar por sus efectos, a partir de su interrelación: la violencia obstétrica, la violencia simbólica, la construcción de género y la medicalización. Si bien ya se fueron retomando en el capítulo anterior, la finalidad aquí es poner el acento en las reflexiones que las mujeres hicieron al respecto, meses o años después de su parto.

1. Las emociones en el parto desde una mirada sociológica

“Es que yo tuve la culpa porque no me atendí”

Es interesante observar cómo se relacionaron las mujeres con el personal médico a través del dolor, el miedo y la culpa. Cómo se fueron transformando sus decisiones en estas relaciones de poder donde el discurso médico del riesgo y las normas sociales de género en torno a la maternidad, condicionan y regulan emociones en las mujeres. Cómo fueron emergiendo las emociones alojadas en las trayectorias y en los relatos de las mujeres, para identificar su trasfondo social y el papel que juegan en la toma de decisiones a partir de su interacción con los médicos/as.

Desde la perspectiva de la *sociología de las emociones* es posible indagar en la construcción social del dolor, el miedo y la culpa, recurrentes en las narrativas de las mujeres; y la “naturaleza” emocional de su experiencia durante el embarazo y el parto. Es decir, no como un efecto meramente psíquico o fisiológico que llevaría a esencializar estas emociones. Este acercamiento permite ubicar puntos de convergencia entre el nivel subjetivo y el social, entre la experiencia individual y las problemáticas estructurales; así como comprender el papel que tienen las emociones en la perpetuación del orden social, cultural y de género, pero también para impulsar transformaciones del mismo (Velasco, 2016). Es decir, resultó relevante para este estudio identificar cuándo las emociones habilitaron la agencia de las mujeres.

Para fines de análisis de cada una de estas emociones, se muestran separadas para ubicar momentos concretos en los que las mujeres las manifestaron, no obstante, en numerosas ocasiones las tres se correlacionan en sus experiencias.

El dolor

Una primera aproximación que hago con esta perspectiva analítica es sobre el dolor como experiencia sensorial. Si bien es un sentimiento que las demás personas no pueden tener ni sentir, si quien lo vive no se los hace saber de manera activa, esta aparente “soledad del dolor está ligada de manera íntima con las implicaciones que tiene en nuestras relaciones con los demás. ... aunque la experiencia del dolor puede ser solitaria, nunca es privada” (Ahmed, 2015: 61).

Las y los testigos conceden al dolor producido por las contracciones de parto, el estatus de “evento”. Aunque la intensidad del dolor no cambie con la sola presencia o ausencia de más gente, las mujeres buscan cierta compañía de algunas personas y, por el contrario, se sienten incómodas ante la mirada de otras. Por lo general prefirieron que en el momento de más dolor estuviera con ellas su pareja, su mamá o una doula. Por ejemplo, Anabel extrañó eso: “lo no tan bueno de que me pusieran sola era eso, que todos andaban por allá y yo estaba aquí sola con mis dolores...”.

Ella misma relata que en la clínica donde estaba, el área de ultrasonidos no era exclusiva para las pacientes de obstetricia, sino para quien lo requiriera. Describe un pasillo donde de un lado estaban los consultorios y del otro, las camillas formadas para ir pasando, “era pasar por todo el público, así tú ibas toda adolorida y toda la gente ya sabes cómo se te queda viendo...”. Como ha descrito Foucault (1976), la arquitectura de los hospitales funciona como un panóptico para hacer visibles a quienes se encuentran adentro. Tal cual describen Anabel y Julia, que fueron atendidas en una clínica pública, el control hospitalario se ejerce mediante dichas estructuras al carecer de privacidad y poder presenciar, inevitablemente, las experiencias de quienes comparten ese espacio.

En un escenario similar, Julia compartió: “... en revisión una mamá que ya no se le movía el bebé y tenía un dolor tremendo, con cero privacidad y humanidad hacia ella, estábamos todas formadas porque nos tocaba ultrasonido ... ella manifestaba mucho dolor, un dolor muy intenso ... la movían y yo tenía la mirada de la mujer así directamente hacia a mí, todas las que estábamos afuera estábamos impactadas, no cerraron la puerta”.

Las mujeres esperan generosidad en lugar de indiferencia ante su dolor, es una emoción que les importa compartir. No obstante, perciben que los médicos, sobre todo los varones, no pueden saber lo que están sintiendo dado que nunca lo experimentarán, por más que lean el dolor en la expresión de su cuerpo. Al hablar de la *socialidad del dolor*,¹²⁰ Sara Ahmed (2015) aclara que se requiere de una ética que implica el cómo actuar en relación con ese dolor que no se puede conocer, en lugar de actuar en tanto se supiera cómo se siente. En este sentido, cobra relevancia el derecho a decidir de las mujeres sobre su cuerpo, pues son ellas quienes están sopesando hasta dónde quieren o pueden continuar con esa sensación o en qué

¹²⁰ Sara Ahmed (2015) utiliza el concepto de *socialidad del dolor* para referirse al “vínculo contingente de ser con otros”, es decir, la experiencia de las emociones ligada a la experiencia de ser con los demás.

momento prefieren aminorarla, y el equipo médico tendría que ser un puente para el ejercicio de tal derecho.

En las entrevistas, sobre todo quienes estuvieron en un hospital público, se refirieron a la actitud del personal médico ante su dolor, como de indiferencia, de dureza, que como lo ven todos los días, no tienen empatía. A Julia le hicieron sentir que “eres una paciente más, aquí les duele a todas”. Anabel mencionó que mientras ella tenía un “dolor horrible” porque la estaban cosiendo, todos [en el quirófano] “echaban relajo”. Si remitimos al estereotipo de la “madre abnegada” que entiende el ejercicio de la capacidad reproductiva más como un deber que como un derecho, cualquier dolor o sufrimiento que acompañe al rol de procrear se considera natural y esperado (Zampas, et al., 2020). Ambas entrevistadas tenían un nivel socioeconómico superior al de la mayoría de las mujeres que acuden a las clínicas públicas, sin embargo, no fue un factor para recibir otro tipo de trato, por el contrario, en ocasiones son más penalizadas por ser una amenaza al poder médico autoritario no acostumbrado a que se le cuestione o que se le exija el respeto de derechos.

El dolor por lo general se describe como una sensación desagradable o negativa, se lee y se reconoce como algo malo. El modo como lo experimenta cada quien implica la atribución de un significado a través de la experiencia. En este sentido, fue interesante la narrativa de Camila sobre la resignificación que le ayudaron a hacer en su curso psicoprofiláctico: “trabajamos una diferencia entre dolor y sufrimiento, un acercarse al dolor de otra manera como ... bueno que generalmente cuando algo te duele tu cuerpo te está avisando que algo te está pasando, y que el dolor de parto era el único que no te estaba avisando algo que estaba mal, sino que al contrario, te estaba avisando que ya estabas lista ... en el curso fue tratar de recibirlo de alguna manera, abrazar un poco más el dolor”.

En otras ocasiones, los relatos mostraron un deseo (o necesidad) de alejarse del dolor, a veces con anestesia, a veces implorando que ya naciera el bebé, como si quisieran empujar hacia afuera de sus cuerpos la sensación incómoda. Lucila exclamó, “me vino una contracción durísima, así, me agarré, casi me caigo de la cama del dolor, fue muy muy intenso, entonces fue la primera vez que [mi pareja] se acercó y me dijo: *¿estás bien, necesitas algo?*, y yo me acuerdo que con voz casi de ultratumba le dije, *¡quiero que nazca!, ¡quiero que nazca ya!*”. Por su parte Carolina: “yo estaba desesperada porque el dolor era impresionante, yo decía *¡ya háganme lo que me tengan que hacer, pero ya!* (refiriéndose a que le hicieran cesárea)”. Hay casos

como estos en los que la medicalización también puede funcionar como una liberación-terminación del dolor.

Quienes tuvieron parto humanizado, sobre todo cuando fue acompañado por doulas, les ayudó a adoptar diferentes posiciones y a realizar algunas acciones para aminorar el dolor. De acuerdo con sus relatos, las doulas fueron un puente importante entre el dolor y su vinculación con el mundo de los demás cuerpos presentes.

La relación entre la intensidad y la severidad de lo que la produce, no siempre es proporcional, tiene que ver con lo que llaman “umbral del dolor” de cada persona. Por tal motivo, es muy difícil que las mujeres que no han vivido las contracciones y un parto, dimensionen el tipo y el nivel que sentirán, lo que en ocasiones las sorprende y las hace cambiar el plan que habían estructurado. Como en el cuerpo construido como femenino se ha naturalizado el umbral del dolor, sobre todo del dolor de parto, social y médicamente se minimizan sus alcances.

Aída, que tuvo cesárea, señaló “la verdad no estaba preparada para que me doliera tanto”. Durante el embarazo ella leyó distintas historias sobre partos y cesáreas en las que no encontró homogeneidad, refiere que algunas mujeres relataban que habían experimentado mucho dolor y otras, nada. Le parecía que dicha literatura no era “genuina”. Cuando a Olivia le dijeron que sólo llevaba un centímetro de dilatación, pensó “*este dolor por diez no lo voy a aguantar, no voy a poder, no voy a poder, cómo que tengo uno*”. Paola lo vivió así: “sí llegas a sentirte acompañada, pero hay veces que te sientes más sola, en el sentido de que creo que la dimensión del dolor es incomprensible si no lo llegas a pasar, si no lo llegas a vivir ... como primeriza no tienes la magnitud del dolor que puedes experimentar frente a una contracción”.

Talina consideró desde antes el posible escenario y pensaba: “*bueno, nunca he tenido un parto y no sé cómo sea, no sé si aguante el dolor o no*, entonces yo decía, *la idea es tenerlo natural, pero si en algún momento yo no lo aguanto pues sí que me den la anestesia*, o sea sí había sido un acuerdo previo”. Por su parte, Lucila mencionó: “como las contracciones eran cada vez más intensas, entonces en el camino dije *no voy a aguantar, o sea si así me está doliendo, no voy a aguantar*, entonces le dije [al médico] *no voy a aguantar, sí está muy cañón, no voy a poder, háblale al anestesiólogo*”.

También utilizaron las descripciones del dolor como parámetro para medir el progreso del “trabajo de parto”. El médico de Lucila le dijo que ya tenía dos centímetros de dilatación y que nacería al día siguiente, ella se sorprendió: “*ah, ¡pero no me duele nada!*”, él le aclaró, “*no, tú tranquila, es más, vete a cenar y ya te duermes temprano para que estés descansada, y cuando sientas la primera contracción con dolor me hablas*”.

Olivia mencionó: “yo empecé a sentir como calambritos que no estaba segura si era una contracción, así como te la pintan en esos cursos de, *se te pone la pancita dura*, porque a mí tampoco me dieron contracciones, éstas de preparación, entonces no distinguía, pero ya después que empezó a aumentar el dolor, ya dije *sí son*”. Para Anabel también fue un aviso: “a las once ya empezaron mis dolores, entonces yo dije, *yo creo que esta bebé no se va a esperar porque con los dolores ya ahora sí ubico lo que le pasa a mi cuerpo*”.

Los relatos revelaron al dolor como una mediación entre lo interno y lo externo, como favorecedor de puntos de quiebre de la presencia consciente de las mujeres en el parto.

Julia recordó: “nunca he sentido un dolor más fuerte en mi vida, o sea no podía haber más y la que seguía [la contracción] te dabas cuenta que era más y decías, no puede ser, eso no puede existir, hasta que me dijo, *mira estás sufriendo un montón, no te dilatas, ya son las 10 de la noche, yo creo que lo mejor es hacerte cesárea*, yo ya estaba, yo creo que yo ya no estaba, dije, *haz lo que quieras*, o sea ahí ya no estaba en posición de decir, todo fue alterado, todo fue estresante y me hizo cesárea y ya todo bien”. Las palabras “yo ya no estaba”, “todo fue alterado” son muy significativas como descripciones de los efectos del dolor, y en este sentido, para la capacidad, o no, que podían tener para defender sus decisiones o negociar que no se les realizaran ciertas prácticas.

Para Olivia: “el parto fue muy bonito, pero creo que entre el dolor de las contracciones inducidas y entre que no sé qué hacer, quizás no estaba tan consiente de mi cuerpo, a lo mejor estaba más concentrada en el dolor o en lo que estaba pasando, que en mí”. Camila utilizó la metáfora de una “cueva” (que le enseñaron en el curso) para describir el momento más “oscuro” del trabajo de parto, “en el que ya es como un cansancio, la desesperación, el dolor o sea muchas cosas, yo empecé a decir que quería cesárea pues ya no me importaba y así como que trataban de tranquilizarme”. Finalmente, su doula sugirió un poco de anestesia para que descansara en lugar de recurrir a la cesárea inmediatamente, como ella ya pedía.

Por distintos motivos, algunas mujeres continuaron con dolor en el posparto, principalmente por la cesárea, por la salpingoclasia, por la lactancia, y ahora tuvieron que lidiar con la sensación del cuerpo, con las necesidades de su bebé y con su propio proceso de asimilar la experiencia. Cuando la doula visitó a Camila después del parto, llorando le dijo: “*no voy a poder con esto, está horrible, yo sentía que no podía dormir, no podía reponer mi sueño, sentía todavía el cuerpo adolorido, hinchado y encima tener que dar de lactar cuando pues al principio en lo que se acostumbra tu cuerpo te duele*”.

Los relatos de las recomendaciones de la CNDH muestran que en su mayoría el dolor de las mujeres fue ignorado por el personal médico para centrarse en el nacimiento del bebé, al grado de etiquetarlas como “poco cooperadoras” al no responder a las indicaciones médicas a causa del dolor. Por otra parte, se muestra que se les reprime la manifestación del dolor de manera más evidente que en hospitales privados. Y se utiliza el dolor como amenaza y castigo, para que tengan un “buen” comportamiento y se ganen la atención que requieren para disminuirlo.

Ahora bien, hablando de la *política del dolor* (Ahmed, 2015), ¿qué papel juega esta emoción en diferentes sectores de mujeres?, la manera en que se relacionan a partir del dolor en diferentes contextos (sector médico público o privado, por ejemplo), permite identificar distintas manifestaciones de la distribución del poder. Un mayor acceso a recursos podría significar una mayor posibilidad de lidiar con el dolor, pero como se ha visto, no es el único factor en juego.

El miedo

Mancini (2016: 202) explica que “la relación sociológica que se establece entre emociones morales, estructura y control social, no puede entenderse a cabalidad sin la incorporación de una emoción básica: el miedo”. Implica una vivencia subjetiva y un sufrimiento psicológico.

El miedo, como el dolor, es una emoción desagradable. Sin embargo, el primero se experimenta en función de algo que todavía no existe, es como una anticipación del daño. En las mujeres surgió de: la posibilidad de resultados futuros que consideraron dependiendo las historias pasadas de asociación que tienen de otros partos (de ellas mismas o de otras

mujeres); la legitimidad que le otorgaron al médico que les planteó un determinado diagnóstico; y del nivel de confianza o desconfianza de sus propios recursos para modificar ese posible futuro.

En las mujeres embarazadas, los miedos más recurrentes sobre su futuro próximo que era el parto (o cesárea) fueron: al dolor, a ser maltratadas, a las consecuencias de la anestesia, y a no saber qué pasaría. Lucila recuerda a su mamá quejándose todo el tiempo de la raquia, un dolor que le quedó de manera permanente después del parto. Lucila pensaba: *“yo no quiero toda la vida cargar con el dolor de la raquia, ¡qué miedo! ... yo pensaba, y si me la ponen mal, me voy a quedar parálitica ... me daba más miedo la raquia que cualquier otra cosa, entonces yo desde el primer momento decidí que iba a ser natural sin anestesia”*.

En su mayoría, los miedos no únicamente fueron experimentados, sino que incitaron a las mujeres a tomar alguna acción para evitar la situación que los ocasionaba. Así como Lucila, Aitana también temía pasar por el dolor que sufrió su mamá y entre otras razones, por eso se rehusó a pasar por una cesárea: *“tiene una histerectomía y yo sí sé lo que es que te hagan una operación y que te abran por ahí, porque justo fue arriba de la cesárea donde le abrieron, y entonces me acuerdo del dolor”*.

En los casos de la CNDH, los miedos que de alguna manera quedaron manifestados en las recomendaciones de la institución, tuvieron un efecto distinto que con las mujeres entrevistadas. En las primeras fue más común que se quedara como un efecto paralizante, pues ante diagnósticos de riesgo o ante las amenazas de dolor, no tenían muchas opciones. Únicamente se refuerzan las relaciones de dominación con el personal médico.

El estudio del miedo puede ayudar a mostrar los procesos implicados en la conformación del estatus social. En las mujeres con recursos para emplear medidas alternativas, el miedo muchas veces actuó como motor de agencia. Lo anterior remite al planteamiento de Mari Luz Esteban (2004) sobre el paso de víctimas a agentes, mediante el que sugiere no considerar a los cuerpos como objetos pasivos. Sin embargo, esta idea invita a ser aplicada en los diferentes contextos, incluso para identificar estrategias de resistencia en mujeres con posiciones socioeconómicas más desfavorecidas.

El tema del miedo al maltrato venía de historias que les habían contado otras mujeres o de información sobre violencia obstétrica que habían leído, y las relacionaban sobre todo con la atención en el sector público. El miedo a vivir esta experiencia las orilló a buscar un parto

humanizado en un hospital privado. Talina comentó “me daba miedo que me maltrataran ... he leído artículos de violencia obstétrica ... y como estas historias que te dicen, lo que suelen decir *ay madrecita pues si abrió las piernas*, o sea el clásico...”. Los recursos de la mayoría de las mujeres les permitieron pagar una atención en el sector médico privado, que en cierta medida aminoró su temor a ser violentadas y gestionó de otra manera sus experiencias.

También es importante notar que los miedos son alimentados por el propio contexto y subjetividad de cada una, como, por ejemplo, Aitana estudiaba pedagogía y dijo entender muy bien el proceso de la gestación y en qué momento podían surgir problemas neurológicos o síndrome de Down en el bebé, ante ello dijo “al principio, los primeros tres meses era volverme en verdad loca de, *es que puede suceder esto*, y pasaron los tres meses y se me olvidó”. Las mujeres también asumen la responsabilidad del monitoreo del feto. En el caso de Paola, su papá era médico y por él sabía de historias de complicaciones en las cesáreas, por lo que quería evitarla lo más posible.

Están supeditadas al poder del conocimiento médico. La incertidumbre de cómo ocurriría el parto les generó angustia y miedo, no tener certeza de en qué momento ya podían considerar que iniciaba el “trabajo de parto”, en general mostraron una necesidad de saber todo acerca del proceso, desde cómo serían los dolores, hasta saber si ciertos movimientos del bebé eran “normales” o no. Esto las llevó a buscar asesorías (con doulas o en los cursos psicoprofilácticos) o a leer sobre el tema. Carolina había estudiado un doctorado, en ese sentido, tenía una disposición a investigar y a buscar información. Desde esta subjetividad expresó: “yo tenía que saber, o sea, yo decía, *es que tenemos que buscar a alguien que nos apoye porque ¡qué miedo!*, o sea, qué terror el no saber absolutamente nada de eso”.

A Camila le ayudó hablar con su doula cuando sentía que estaba cerca del parto y se puso nerviosa: “me dijo *¿qué tienes, tienes miedo?*, y empezamos a hablar de eso ... me ayudó mucho hablar con ella en ese espacio antes de irnos al hospital, hizo con los tres como un cierre, y ya me liberó ... sentí mucha energía, mucho poder, como que me empoderé y dije *sí se puede*”. Estar acompañadas por alguien en quien confiaran o avanzar en el embarazo con información, apaciguó algunos de sus temores. Paola, que su papá era médico y por el que conocías historias de cesáreas, mencionó “al principio yo también evitaba cualquier tipo de intervención quirúrgica ... como una cesárea ... jamás había ingresado a un quirófano, me

daba terror toda esa cuestión; sin embargo, ya estando en el proceso de embarazo te ayuda a irte mentalizando para lo que va a pasar”.

Hay un lazo emocional entre la incertidumbre y el miedo. Y el miedo en parte proviene del riesgo. El *discurso médico del riesgo* llena de contenido y de significado el temor de las mujeres del desenlace que pueda tener su parto. Talina tenía la presión de que le decían “*no vas a llegar, o a ver si no nace prematuro*”, cuando todavía faltaba muchísimo, me hacía sentir miedo, sí me daba miedo porque al final era como que habíamos buscado tanto tiempo [el embarazo], nos ponía en crisis”. A Olivia, el médico le dijo que necesitaba unos estudios urgentes porque podía requerir una cesárea de emergencia, “pues claro, te meten miedo y el médico así, *mañana tiene que ser o quién sabe qué pase con tu bebé*”, el profesional del servicio de ultrasonidos le aseguró que todo estaba bien, que podía continuar con sus planes de parto. Cuando la tecnología se utiliza como medio de vigilancia y control, entra en tensión el derecho de las mujeres a tener acceso a los avances de la ciencia médica, y se va enlazando el planteamiento de que el riesgo se lleva a las elecciones individuales, a las responsabilidades y a las culpas (Fordyce y Maraesa, 2012). Es decir, el diagnóstico médico no se queda en eso, sino que tiene implicaciones sociales y emocionales para las mujeres que tienen que decidir si acatarlo o no. La “desobediencia” asociada a ser “malas madres”.

El mismo personal médico utiliza un lenguaje que transmite el miedo a las mujeres, quienes confían en ellos. A Carolina le dijeron: “*lo estuvimos evaluando y pues no hay dilatación ... estamos preocupados, el bebé no tiene sufrimiento fetal, está bien, sin embargo, tenemos miedo de que vaya a tener cansancio, entonces más bien sugerimos una cesárea, ya para ese entonces ya llevaba 48 horas de trabajo de parto y dije, ya por dios, ¡ya sáquenlo!*”. El miedo indica, en un sentido, la amenaza al bienestar del bebé y de ellas, pero también la alteración a su plan de parto.

Por otra parte, el miedo resulta de la interacción de las mujeres con los médicos/as, que están en una posición de poder superior a ellas. El diagnóstico basado en el *conocimiento médico autorizado* las hizo dudar, temer y ver amenazadas sus expectativas. Al respecto, Paola mencionó “yo también era consciente de que yo iba a aceptar lo que los médicos me indicaran si yo empezaba a sentir o a tener un riesgo, pues yo estaba abierta a recibir una cesárea aun con mi miedo, para mí lo más importante como para todas, es que el bebé naciera bien y que también nosotras estemos bien”. Finalmente, el ejercicio de su autonomía se circunscribe en estos escenarios donde ven amenazada la seguridad de su bebé y actúan para protegerlo.

Resulta fundamental comprender no sólo el funcionamiento individual del miedo en las mujeres, sino la estructura cultural y los patrones sociales en los que se inscribe. Esta emoción en el parto las hace tomar decisiones considerando diferentes escenarios de acuerdo con los elementos de información que tienen en ese momento. Sus recursos (su preparación académica, la asistencia a cursos, los consejos de sus redes sociales, los discursos predominantes en su contexto, su independencia económica, entre otros) les permitieron no quedarse calladas ni pasivas. Se podría decir que el miedo fue un motor para la acción, que habilitó su agencia.

El miedo alinea el espacio corporal y social. A ciertos cuerpos se les otorga más libertad para moverse que a otros, pero también el campo en el que se interrelacionen establece por sí mismo las reglas de movilidad. La impotencia, el enojo y la frustración de Julia son emociones que permiten observar el miedo en su relato, que proviene de un entorno amenazante. El temor de que no le entregaran a su bebé, de que no lo alimentaran de manera suficiente y no le permitieran a ella hacerlo, y la desesperación de que no la dejaran salir de la clínica, la movió a idear una estrategia para que le dieran el alta haciéndose responsable, mediante una firma, de su salud.

A partir de estas emociones las mujeres negocian con los factores externos. Julia estaba en una posición estructural donde su alto capital económico no tenía validez, y no tenía poder frente a los factores institucionales de la clínica en la que fue atendida. En su caso, aludía al miedo como salida emocional de la vulnerabilidad en la que se encontraba. La vulnerabilidad muestra una forma de relación corporal con el exterior, el sentimiento de susceptibilidad es como un sitio de peligro, anticipa un daño, y puede ser que los cuerpos se encojan, o bien, se preparen para una acción. Remitiendo al carácter relacional de la autonomía (Fernández, 2018), y que ésta no puede dissociarse del reconocimiento de una posible situación de vulnerabilidad, ni del contexto en el que se encuentran las mujeres, se advierte una violación de derechos en cadena en la que entran distintos factores macro y micro.

“El miedo funciona para contener algunos cuerpos de modo que ocupen menos espacio” (Ahmed, 2015). Esta idea es reveladora del comportamiento de las mujeres que, por miedo a ser castigadas o ignoradas, se callan, se aguantan el dolor, no solicitan apoyo. Se hacen invisibles para no ocupar espacio, para no “habitar” la sala de partos, un claro efecto de la violencia de género que constriñe la agencia de las mujeres. Desde un enfoque feminista, en

este caso la gestión del miedo es una respuesta a la amenaza de la violencia, más que una consecuencia de la vulnerabilidad.

Anabel compartía la sala de labor de parto con otras mujeres, las oía comentar que llevaban muchas horas ahí y que a dos de ellas les avisaron que ya las llevarían al quirófano porque el bebé “no sale”. Al ver eso sintió miedo y agradeció cuando en medio de aquella angustia, se le rompió la fuente, dijo “qué suerte tuve, porque yo iba preparada para eso, dije *voy a tratar de no gritar, levantarme si me duele mucho, concentrarme, ...* porque no me estuvieran diciendo cosas ... como que no quería enfrentarme a eso entonces dije *no, me porto bien*”. Es decir, prefirió ajustarse a las normas hospitalarias durante el parto. Este relato también remite a las normas sociales de la feminidad que construyen a las mujeres como pasivas y silenciosas; y como remite Coria (1997), los atributos convencionales de lo femenino se fusionan con los de la maternidad. Este caso, como muchos en los que las mujeres optan por “portarse bien”, es revelador del cuestionamiento de Fernández (2018) sobre si la autonomía que ejercen podría manifestarse en la decisión de no ser autónomas y asumir el comportamiento que se espera de ellas.

Si bien se ha estado hablando del dolor físico, el que se siente en el cuerpo, las mujeres también temían enfrentar posibles situaciones futuras de pérdidas, que además en el contexto de la construcción exaltada de la maternidad, resulta en un miedo paralizante. Olivia tenía una prima que llegó a las 40 semanas de gestación, al ir a revisión la regresaban a su casa y cuando finalmente nació, a los pocos minutos falleció el bebé, “eso me quedó muy grabado y además porque yo estuve yendo a hacerle compañía a mi prima unos de los primeros días o semanas ... no me imagino dolor más fuerte que perder a un hijo”.

Fiorella Mancini (2016) propone incorporar la interacción social de los individuos con las instituciones para estudiar las emociones, pues también regulan su comportamiento y sus condiciones de posibilidad para ciertos objetivos. En este caso, es claro que la institución médica juega un papel fundamental en las emociones de las mujeres, para algunas de ellas, el solo hecho de pensar en parir en una clínica del sector público, les causa miedo.

Regresando a la experiencia de Olivia con su prima, piensa que no tuvo un buen seguimiento de su embarazo, “eso me aterraba ... lo atribuía a que [en el sector público] hay mucha gente, poco personal y como que acá [en el sector privado] digamos que el que paga manda por ponerlo así y pensaba que era menos por el hecho de que tú pagas por un servicio”. Lo

narrado por Aitana es contrastante en este sentido, pues cuando pidió informes en un hospital privado le dio “miedo estar sumisa por completo”, le respondieron que si llegara a ser cesárea la tendrían que amarrar, que, aunque el bebé no necesitara incubadora, por “razones higiénicas” lo tendrían ahí y no con ella, como quería; que no podría comer antes del parto. O en todo caso, que estas decisiones dependían del médico, ante lo que ella expresó “¿y qué depende de mí, qué sí puedo decidir, hasta dónde llega mi injerencia de lo que mi médico puede o no hacerme?”. En su caso, aunque pagara, no podía “mandar”.

La culpa

La culpa es una emoción moral, en tanto implica sentimientos de aprobación o desaprobación (Mancini, 2016). Identifiqué principalmente tres razones por las que las mujeres sintieron culpa en su trayectoria de parto: a raíz de una transgresión al principio de la “buena” maternidad, altamente valorado en la sociedad; por no llegar a su meta de tener un parto fisiológico no medicalizado; o por no haber exigido que sus derechos fueran respetados.

Para sentirse culpables no es necesario que alguien más lo señale, basta la evaluación que hacen ellas mismas sobre sus decisiones y sus acciones. Sin embargo, estas observaciones devienen de una supervisión moral social. Como refiere Foucault (2007) respecto a la *biopolítica* de los cuerpos, la opresión no sucede solo de manera jerárquica, sino también horizontalmente, permea en los procesos de la vida cotidiana y a nivel personal con la autoculpabilización. La evaluación es referencial, es decir, tiene que ver con un desajuste en sus expectativas iniciales, que como se ha mostrado, fueron influidas principalmente por los diversos discursos con los que las mujeres tenían contacto, por la experiencia colectiva de embarazos y partos de otras mujeres, y por el conocimiento que fueron buscando y adquiriendo en el proceso.

Un atributo que acompaña a la culpa es la responsabilidad de la acción, es decir, cuando hubo una (“mala”) decisión previa. En el contexto de esta sociedad neoliberal que promueve el individualismo, las mujeres asumieron la responsabilidad de hacerse cargo de sus decisiones y expresaron con preocupación las consecuencias de algunas de ellas, en las que no sólo intervinieron otros agentes, sino que estuvieron condicionadas estructuralmente por un “deber ser” en torno a su maternidad.

Cabe incluir aquí la discusión de Lupton (2012b) sobre la responsabilidad a la que se ven sujetas las mujeres desde el contexto sociocultural y político en el que toman sus decisiones. Si bien esta autora se refiere más a que en sectores socioeconómicos desfavorecidos pueden estar luchando por ajustarse a los imperativos sociales y médicos desde sus propias dificultades físicas, económicas y emocionales, es importante situar a las mujeres de este estudio que buscaban cumplir los mandatos de ciertos modelos de atención del parto, como el humanizado o el no medicalizado.

Un elemento de la culpa es la afectación a terceros, en este caso al bebé que está por nacer o que ha nacido, desde una posición de control y de poder. Dada la cercanía de esta relación y su valoración social, mayor es la sensación de la culpa, pues no la comparten con nadie más, como expresó Aída: “lo saqué mucho de mi mamá, de los niños son primero y tú pasas a segundo plano”. En este sentido, la culpa se mostró cuando rebasaron las normas sociales o desafiaron la instrucción médica, cuando privilegiaron sus deseos de cómo querer parir -que finalmente tiene que ver con ejercer su derecho a decidir sobre su cuerpo-, pero algo se salió del plan previsto y emergió un posible riesgo.

La cultura emocional establece un sistema de códigos corporales, lingüísticos y valorativos comunes para una sociedad; sin embargo, también establece diferencias entre el modo como los sujetos deben sentir, de acuerdo con su condición y posición social (Velasco, 2016). En este sentido, la clase socioeconómica, la edad, el género, intervinieron no solo en lo que se esperaba que las mujeres hicieran, sino también en lo que sintieran.

Paola se había preparado para tener un parto humanizado en una clínica privada atendida por enfermeras obstetras, tuvo una complicación que le detectaron en el último momento y la médica que estaba presente no le quiso practicar la cesárea que requería porque su turno había terminado, lo que agravó el riesgo al tener que esperar al médico del siguiente turno, que no había llegado. Durante el embarazo, su papá que era médico le había sugerido atenderse en otro hospital. Al nacer, a su hija le hicieron una intervención por la que se sintió culpable: “me parece que aun así nosotros debemos ser capaces de anteponer digamos tu salud y la del bebé por encima de tener o no un parto humanizado como lo que tú esperabas ... sí me daba miedo el ver a mi niña y decir *es que tal vez no está bien, es que yo tuve la culpa porque no me atendí o algo*, ... sentí un poco de culpa frente a mi niña o sea yo lloraba y yo le pedía perdón le decía, *es que tal vez fue mi culpa que te hicieran lavados gástricos*”. Y respecto a

mantener hasta el final su decisión de dónde parir, comentó: “ahora que lo veo tal vez sí hubiera escuchado un poco o tal vez los hubiera involucrado más [a su familia], probablemente hubiéramos ido a otro hospital...”.

No fue el único caso donde el costo social por desajustarse de las expectativas de sus familias sobre sus partos se reflejó en la auto represión. La culpa aparece como una emoción que entraña sentimientos hacia ellas mismas, pero a la vez que amenaza su identidad y su imagen pública (Velasco, 2016). En el caso de Paola, llama la atención que la culpa hacia ella misma en su relato desdibujó la violencia ejercida por la médica al irse y dejarla con aquella situación de riesgo.

Asimismo, los relatos muestran que los médicos/as intentan revertir la culpa de cualquier situación por adelantado, advirtiendo a las mujeres un escenario poco alentador. El resultado es previsible, si ellas se mantienen firmes en su deseo inicial y algo “sale mal”, será su culpa.

En cuanto a la segunda razón, referente a no “lograr” un parto natural, cuando su trayectoria culminó en una cesárea, parece haber un desbalance entre la inversión de recursos que destinaron a intentar que fuera parto y el resultado: “después de todo lo que hicimos ...”.

La falta de correspondencia entre sus expectativas y el resultado final se puede explicar mediante dos vías que propone Fiorella Mancini (2016). La primera se refiere al estatus de las mujeres, en función de “lo que se espera” de ellas de acuerdo con su contexto y a sus recursos (sociales, culturales y económicos). La segunda, con la verificación o negación de la imagen de ellas mismas, como identidad individual, con la identidad social o grupal, asignada estructuralmente.

La frustración que manifestaron se puede leer como culpa al poner el acento en expresiones como “no lo logré”, “se los frustré”. Este sentimiento se potencia en la exposición pública, cuando regresaron al círculo de mujeres con las que compartieron el curso durante el embarazo, y hacían un recuento de las que iban teniendo parto o cesárea, las que lo lograron y las que no. Al respecto, Julia compartió: “a mí me dio mucha, mucha frustración, porque además regresé a ese mismo lugar o casi todas regresamos a estimulación temprana, entonces íbamos viéndonos y después íbamos viendo a esos bebés y a las que estaban súper orgullosas porque les fue súper bien y las que tuvimos cesárea, de ese curso psicoprofiláctico, hubimos un montón ... se vuelve esto como, *yo lo hice mal*”.

Por su parte, hubo un momento durante su trabajo de parto, que Camila sentía que ya no aguantaba el dolor y el cansancio y pidió que le hicieran cesárea, le sugirieron probar con un poco de anestesia para que continuara y al final, después de muchas horas, tuvo parto. Le pregunté si creía que hubiera cambiado algo en cómo se sintió después si hubieran accedido a hacerle cesárea, a lo que respondió: “a pesar de que hubiera salido bien, quizá hubiera sido un poco de *bueno, hice lo que pude, pero estuvo bien, pero no tanto*, como poca frustración creo hubiera sentido”. Se refleja la metáfora de la carrera, de la que ellas son responsables de llegar a la meta, que es el parto natural.

El tercer motivo recurrente por el que después expresaron cierta culpa es ambiguo, porque ni si quiera es que la sintieran por no haber exigido sus derechos, sino por no haber contado con un capital cultural suficiente para poder hacerlo, cuestión que consideran que dependía de ellas subsanarlo.

La limitada comprensión del entramado social del campo médico, y obstétrico en particular, proyecta en las mujeres la sensación de frustración, impotencia, traducidas en culpa. Cuando argumentaron que como no sabían no exigieron, más que con la estructura de oportunidades, tiene que ver con el *self*, con la valoración que hacen de sus recursos individuales. En este caso, la culpa no es por el daño a “otros/as”, sino hacia ellas mismas, por el cambio de la experiencia de parto para la que se prepararon y de la que les queda la duda si pudo ser diferente si ellas se hubieran informado más o si hubieran exigido que la atención médica fuera distinta.

A Lucila no le gustó cómo su médico le dijo que no hiciera ciertos sonidos, con los que ella intentaba manejar el dolor. En la entrevista reflexionó: “ahora a la distancia veo cosas que no estuvieron bien, que debieron ser de otro modo y que él mismo pudo haber actuado de otra manera y yo también, yo también pude haber sido más activa en las decisiones, pero también qué tan activa puede ser una persona que está sedada la mitad del tiempo”. En este caso, ella misma reconoce que estaba en una condición extra de vulnerabilidad, aunque después agregó “tampoco eres capaz de saber cuáles son tus derechos porque los derechos están inmiscuidos ahí como en el bajo fondo de toda la información y si algo no quieres, o no puedes o te cuesta trabajo enfrentar, el derecho queda escondido”.

Se lamentó no haber estado más informada sobre el parto: “pensaba que mi abuelita sí me hubiera podido decir, que era una mujer de pueblo y además sobaba niños, a lo mejor las

hermanas de mi papá me hubieran podido decir, *el parto es así, pasa esto, duele así, debes hacer así, te debes poner al niño*, o sea yo me tardé mucho en recurrir a ellas y cuando recurrí a ellas dije, *qué tonta, es que debí buscarla antes*, pero son cosas que no sabes, no se te ocurre”.

Karina comentó “si en algún momento me planteo volver a ser madre, va a ser completamente diferente ... también con mis propias decisiones, de ahora sí ir a un lugar donde ya no me pase lo que en el IMSS...”. La violencia obstétrica institucional tiene un dejo de responsabilidad en las mujeres de evitarla, el mensaje en el imaginario social es que hay que pagar un servicio privado para que no suceda.

“En cada época, toda sociedad fomenta determinadas emociones que le son características y -según el momento histórico- tales emociones pueden adquirir un carácter diferente y particular.” (Mancini, 2016: 228). En este estudio resignificaron las emociones que habían sentido mujeres de generaciones pasadas, como sus madres o sus suegras, dado el orden social y cultural de su contexto.

El dolor, el miedo y la culpa tienen sentido en la medida en que las mujeres como individuos, se reconocen en contacto con un mundo social. El componente sociológico de estas emociones se explica por: la multiplicidad de factores sociales que impactan y modulan las experiencias emocionales; las emociones tienen efectos concretos y directos en las dinámicas y conductas sociales que condicionan las disposiciones futuras de los sujetos que participan en la interacción (la naturaleza emocional como variable explicativa de lo social); y el papel que desempeñan como reguladoras de las relaciones sociales, la culpa en particular, como generadora de control y censura social. En este caso, la culpa puede funcionar como un elemento de sostenimiento y reproducción del orden de género.

Como se ha visto, el tema de la violencia obstétrica tiene un vínculo con el dolor, el miedo y la culpa. Aunque no la hayan experimentado directamente, la asocian con más dolor (físico y emocional); temen vivirla en ciertos contextos que evitan, como las clínicas y hospitales públicos; y asumen como suya la responsabilidad de impedirla, de lo contrario les genera culpa. Es así que fue relevante que las mujeres nombraran la violencia obstétrica o se refirieran, en desacuerdo, a las prácticas que la componen; lo que muestra el complejo entrettejido de emociones, relaciones de poder y violencia de género.

2. Aportes feministas en la voz de las mujeres

“Desde ahí empecé a vivir la violencia obstétrica”

Como se ha relatado en el capítulo uno, el movimiento feminista, desde sus distintas corrientes, ha puesto en la agenda pública el tema de la violencia de género, que se caracteriza por estar anclada en relaciones de poder. Un efecto deseado de la lucha feminista en este sentido, al definir la violencia como un problema público, social y político, es que las propias mujeres reconozcan cuando se ejerce en su contra, incorporen en su vida cotidiana un lenguaje de derechos, objeten prácticas que coartan su derecho a decidir y cuestionen mandatos sociales sobre el embarazo, el parto y la maternidad.

Siete de las trece mujeres entrevistadas se asumieron feministas, tuvieron una formación académica en estudios de género, algún acercamiento en ámbitos laborales con perspectiva de género, o eran parte de grupos feministas en redes sociales; sin embargo, es notorio que las otras seis también tenían condiciones de posibilidad para no normalizar algunas prácticas patriarcales en su vida cotidiana y en su trayectoria del parto.

Normas sociales y médicas sobre el embarazo y el parto

En las narrativas de las mujeres sobre su experiencia durante el embarazo y el parto, subyace también la manifestación de normas sociales sobre estos procesos -y sobre el “ser mujer”-, que fueron incorporando a lo largo de su vida cotidiana. En este sentido, cabe evocar el planteamiento de Lupton (2012) al respecto de que el poder médico no solo reside en las instituciones y en el personal de salud, sino que cada individuo lo despliega a través de la socialización para aceptar ciertos valores y normas de comportamiento. Algunos de estos preceptos los cuestionaron o los compararon con la experiencia de mujeres de generaciones anteriores y notaron diferencias.

Las mujeres relataron cómo la gente les decía lo bien que se veían embarazadas y cómo demostraban amabilidad al cederles un asiento o al impedir que hicieran ciertas actividades. Se nota una exaltación social por el significado de un cuerpo embarazado, es decir, por la maternidad. Algunas hablaron de su *baby shower*, un evento social en el que la mujer embarazada es la protagonista y es colmada por las invitadas de consejos, recomendaciones y buenos deseos. Otras narraron que personas de su familia, sobre todo sus mamás o tías les

decían qué debían comer y qué no “porque le hace daño al bebé”, cómo deberían vestirse, que no hicieran ciertas actividades físicas “porque no te vaya a hacer daño o no se te vaya a salir el niño”. En aras de promover la salud y el bienestar de los futuros bebés, se espera de las mujeres que participen en regímenes de autorregulación y disciplina de sus cuerpos (Lupton, 2012b).

Sin negar la validez de estas preocupaciones, lo que quiero resaltar es que las mujeres identifican que “ahora” es diferente, que ellas tienen otra información porque han investigado por su cuenta o simplemente estos consejos no las hicieron cambiar sus rutinas, reconocían que estaban embarazadas, no enfermas. Aunque sí hubo consenso entre las que consumían alcohol, cigarro, drogas o café, de que debían dejar estas sustancias que “afectan el embarazo”, algunas lo hicieron incluso desde antes para ir preparando el cuerpo, una de ellas se refirió a las “restricciones estándares”, es decir, a las que no iba a oponerse.

Un aspecto en el que fue notorio que se siguen alineando a los estereotipos sociales de la apariencia femenina, fue la vivencia con su cuerpo. Algunas de ellas, durante el embarazo soltaron la exigencia social de mantener una figura específica: “porque [embarazada] ser gorda está bien (se ríe), fuera de eso ser gordo no está bien”... “obviamente te sientes enorme”. Es decir, solo durante este trayecto está permitido, y se permiten, no cumplir con tener un cuerpo “femenino”.

No obstante, médicamente no está permitido el sobrepeso. Varias de las mujeres fueron sometidas a rutinas específicas para controlar su peso y para “mejorar sus hábitos”, mediante ejercicio y regímenes de alimentación. El mercado de consumo de la reproducción ha hecho alianza con la institución médica y ofrece este servicio de diferentes formas, guiado por “profesionales”, como *Fit Mommy* (un equipo de nutriólogas y entrenadoras de fitness pre y postnatal), a donde fue canalizada una de las mujeres entrevistadas, donde obtuvo un seguimiento y una preparación desde antes del embarazo y después del parto.

Otro tema que surgió respecto a la expectativa de la apariencia de las mujeres embarazadas fue la vestimenta. Así como históricamente la ropa ha sido un medio de control de la actividad física de las mujeres, durante este periodo es notoria esa tendencia. Si bien actualmente hay más opciones, las mujeres que hablaron de ello, comentaron que la ropa disponible era en su mayoría para estar cómodas, “como que vas a estar en tu casa”, una de ellas entre risas expresó: “¿cómo llegas con una bata al trabajo?, no lo entiendo”. Entonces,

socialmente hay una exigencia para este grupo de mujeres de combinar su vida productiva con la reproductiva, con mensajes contradictorios de que embarazadas son improductivas. Y, por otra parte, de lucir “femeninas”. Lucila compartió que su mamá le decía “ay, pero por qué no te pones otra ropa, unos zapatitos ... por qué no te pones un vestido”.

La cuestión médica de la edad “adecuada” para tener un embarazo es extrapolada a la vida cotidiana. A las mujeres les afecta desde el juicio social, hasta el sistema estructural que no es conciliador con su vida reproductiva. A Julia le preocupaba que la iban a juzgar por estar embarazada a los 37 años. Por su parte, Lorena planeó su embarazo tomando en cuenta su edad “porque nuestro plan sí era tener más de un hijo, entonces yo estaba muy consciente de lo que implica ser mujer y embarazare, el tema de tu perspectiva laboral, y que hay que hacer pausas, etc.”. En general representan a un grupo de mujeres que buscan insertar en su vida la maternidad y la profesión, y para ello la edad es un factor a considerar.

En contraparte, de las 36 mujeres de los casos de las recomendaciones de la CNDH, la mitad de ellas (19) tenían entre 20 y 29 años de edad; y 6 tenían 19 años o menos (de éstas tres eran indígenas). Es decir, se trata de un grupo con otras características, en el que iniciar la maternidad a corta edad dificulta un desarrollo profesional o académico, el que quizá ni siquiera está en sus planes.

La mirada que define a las mujeres por su maternidad y que romantiza el embarazo como una etapa de plenitud, ha sido criticada por el feminismo, que ha abierto una veta para que al menos en ciertos sectores o espacios, se vivan estos procesos con otra perspectiva. Hay mujeres que reconocen que su experiencia fue distinta a la de sus madres u otras mujeres de generaciones anteriores. Aída reflexiona: “como que está muy romantizada la maternidad y bueno el embarazo específicamente. Me acuerdo que mi mamá me decía que fue el momento más increíble de su vida, y yo cuando me embaracé dije ¿qué es esto? Esto no es para nada el momento más increíble de mi vida. Entonces creo que se castiga mucho ser honesta y que te sientes mal, que te duele, que ya quieres que nazca el hijo, que estás cansada...”.

Para la mayoría era importante tomar un curso psicoprofiláctico como parte de su preparación para el parto. Sin embargo, fue interesante notar que algunas esperaban un curso que les ofreciera recursos prácticos y concretos para manejar el dolor, las respiraciones, el trabajo de parto en sí y la lactancia; pero rechazaron otras actividades que les parecieron innecesarias o que sólo les quitaban tiempo.

Talina comentó: “sí nos decían como de posiciones o de estrategias, pero creo que me hubiera gustado que guiaran más” ... “tenían una lógica más de *lo que tú creas está bien o como tú te sientas está bien*”. A Lucila no le gustó el formato, “me parecía que era todo muy ñoño, que era así de *a ver las futuras mamás bailen*, y yo decía, neta, qué hueva. Para Aída eran sesiones largas con una “visión como muy romantizada del embarazo ... creo que iba enfocado a otro tipo de mujeres, que no trabajaban o que no hacían actividades, que además de ese curso estaban tomando miles más”. Y Julia recordó que quien dirigía el que ella tomó les decía que había tenido un orgasmo en uno de sus partos; considera que hay mucha expectativa del parto natural en los cursos, pero que hay circunstancias que pueden ser peligrosas. Finalmente, entre un parto con orgasmo y una complicación que pueda terminar en cesárea, hay una gran gama de posibilidades.

El mandato social de la “buena madre” fue cuestionado por las mujeres en ciertos momentos, en ocasiones tiempo después del parto, o incluso al momento de la entrevista, después de haber hecho una significación distinta de su experiencia. Parece que lo más complicado es anteponerse ellas al bienestar del bebé, cuando consideraron que había un riesgo, estuvieron dispuestas a modificar su plan inicial, que en la mayoría significó aceptar una cesárea, la inducción del parto, anestesia para poder transitar las horas restantes del trabajo de parto, o una episiotomía. Para la mayoría esta resignación no fue inmediata, antes buscaron alternativas. A Aída no le costó trabajo decidir que fuera cesárea cuando el médico le dijo que la posición del bebé haría difícil el parto y sufriría más; ella relata “mi prioridad es que el niño estuviera bien y como que me enfoqué en eso”. Sin embargo, más adelante comenta “creo que hice mal quizá en no ver cuál era el mejor escenario para mí, en términos de la recuperación. Cien por ciento me enfoqué en que fuera como algo seguro para mi hijo...”.

Haciendo referencia al capítulo uno, en las mujeres está presente una fusión de discursos: el del parto fisiológico y el del feminismo de la diferencia. Ambos defienden que las mujeres tienen un saber instintivo para parir. Tal como el médico francés, pionero de la defensa del parto fisiológico, Michel Odent (2004), se refiere en su texto a “el nacimiento de los mamíferos humanos”, durante la entrevista, Aitana hizo alusión a que su parto “fue como muy salvaje, fue mucho de vocalizar todo ... sí creo que fue muy mamífero en el sentido que fue lo más respetado que se pudo hasta las últimas instancias en donde en verdad ya no era viable ... fue a oscuras, sí fue muy de vocalizar ...”. Aitana no es la única que en algún momento hizo alusión a la incorporación del discurso del feminismo de la diferencia que

exalta las capacidades de la “naturaleza” femenina, y a haberse documentado con este tipo de textos; pero también a la categoría central que ocupa el parto en contraposición a la cesárea.

Estos discursos forman parte de los modelos de atención alternativos al hegemónico, en los que se desafía la medicalización y el control del cuerpo por el personal médico y se defiende que sean las mismas mujeres las que controlen su proceso del parto. Pero el carácter esencialista que se les adjudica a las mujeres trasciende a la esfera de la maternidad. Dado que el *instinto materno* es una construcción social, la idealización de varios de sus procesos hace que las mujeres se enfrenten a situaciones que no esperaban.

Entre las expectativas sociales que no se cumplieron que más relataron están: la conexión con su cuerpo durante el embarazo, “creo que muchas mujeres se sienten más conectadas con su cuerpo en el embarazo y yo justamente me sentí más desconectada, los cambios fueron muchos, muy abruptos, como para poderlos asimilar”; el vínculo inmediato con el bebé, “esta lógica de que sientes el amor incondicional ... pues no, yo para nada, estaba muy agotada y esta parte del vínculo a mí me costó mucho trabajo las primeras semanas”; y la lactancia, “la lactancia es difícil, creo que siempre le he dicho a todo mundo, es que te embarazas y crees que lo más difícil es el parto, y no. Lo más difícil es la lactancia, o sea, el parto, ya, es un día y ya estás, o sea, no pasa nada, la lactancia son 20 días muy intensos, muy desgastantes, muy estresantes, para que funcione”. Si bien sus relatos desmitifican la idea de lo instintivo y lo innato, ellas se sentían erróneas al referir que otras mujeres sí lo vivían como se esperaba que lo hicieran.

Esta postura también da cuenta de que están insertas en la dinámica de ser madres y profesionistas; sin embargo, de alguna manera cuestionan el orden estructural de género - tema primordial del feminismo-, que no favorece la conciliación de ambas esferas de su vida, que las somete a dobles y triples jornadas de trabajo, y que las coloca bajo un techo de cristal que les obliga a hacer ajustes en los tiempos de su trayectoria académica y profesional. Y quizá su posición como profesionistas las hace tener la disposición a prepararse también para ser madres, es una decisión que planean, evalúan e insertan en su vida a la par de otros proyectos. Lorena planeó ser mamá regresando de su doctorado en el extranjero, comentó: “sabíamos que la maternidad era algo que iba a cambiar nuestras vidas radicalmente, y

obviamente más a la mujer, o sea para mí, entonces de cierta forma, sí nos preparamos un poco en el sentido de saber un poco qué esperar...".

Talina vivió lo antes mencionado: "yo creo más bien que socialmente no está para nada organizada la vida social para ser mamá ... yo pude tomar el año [en el doctorado], creo que sí está en el reglamento que puedes tomarte un año, pero la beca sí me la suspendieron, o sea simplemente sí te dan permiso, pero no te están apoyando como un derecho para sostenerte económicamente...". Ella misma, en otra parte de la entrevista comentó que recordaba una imagen de Facebook referente a que, si las mujeres no trabajan, se les cuestiona por ello, porque solo son amas de casa y no tienen aspiraciones, pero si trabajan, son malas madres que abandonan a sus hijos/as. En su mayoría, las mujeres entrevistadas aceptaron que en ese sentido es difícil la conciliación, aunque compartan gastos con sus parejas, o tengan los recursos suficientes para contratar a otra mujer que cuide a sus hijos/as. Lo que interesa puntualizar es que esta generación, a diferencia de otras anteriores, lo nombra.

Socialmente se alienta a las mujeres a invertir primero en ellas, en sus profesiones y a posponer la maternidad, sin embargo, el objetivo último es que a la par de establecer una carrera exitosa, formen una familia (heteronormativa), que les permita disfrutar de ese "equilibrio" (Rottenberg, 2017). Este binomio está presente en las mujeres de esta investigación, la mayoría tuvo a su primer hijo cerca de los 30 años, cuando ya tenían un trabajo remunerado o estaban estudiando un posgrado, y defienden tanto su derecho a seguir trabajando y/o estudiando, como el de ser madres. Entonces, las decisiones que tomaron durante su embarazo y sobre el tipo de parto que querían, se inscriben en este contexto.

El reconocimiento de la violencia

Entrando al tema de inicio, las narrativas de las mujeres ofrecen evidencia de haber vivido manifestaciones de violencia de género, es difícil separar las prácticas por su tipología porque más bien se presentan como una combinación, pero sí es posible identificar violencia obstétrica y violencia institucional, por el lugar donde se ejerce. El movimiento feminista ha señalado como violatorias de derechos, ciertas políticas de población, de salud y de planificación familiar. Actualmente, por el contexto mismo de algunos sectores de mujeres,

son ellas quienes hacen uso de métodos anticonceptivos o de la interrupción legal del embarazo (herencias feministas) por decisión propia, lo que es claro por la cantidad de hijos e hijas que tienen las participantes de este estudio: 10 tienen un hijo/a; dos de ellas tienen dos, y otra tiene tres.

No obstante, su derecho a decidir tendría que abarcar la aceptación, o no, de una intervención quirúrgica (salpingoclasia o colocación de DIU) para evitar futuros embarazos, pero sobre todo en clínicas del sector público las siguen imponiendo a las mujeres. A Julia la obligaron a firmar el consentimiento para la “ligadura de trompas” unos minutos antes de la cesárea. Desde que iba a las consultas a una clínica del IMSS, cada 15 días le preguntaban si se operaría y ella les decía que no porque su esposo se haría la vasectomía; ya no querían tener hijos, además de que ella sabía que un próximo embarazo podía ser riesgoso. Esta imposición de método anticonceptivo se asemeja a las de los casos de la CNDH.

En los cinco casos de la CNDH cuya queja fue por la imposición de anticonceptivos en su cuerpo (de las cuales tres eran indígenas), las obligaron a aceptar o se los aplicaron sin su consentimiento. Fue observable el juicio del personal médico para establecer de forma arbitraria cuándo las mujeres ya no deben tener hijos/as, porque hay alguna complicación en el embarazo o parto o porque ya tienen muchos/as.

Lo que compartía Julia con aquellas mujeres era el espacio institucional público, donde el *paternalismo médico* es más evidente al decidir en nombre de ellas invocando un supuesto beneficio. Julia buscaba apropiarse de su cuerpo decidiendo sobre su reproducción, pero fue difícil la negociación en una institución patriarcal, altamente masculinizada que decide por ellas y donde la opinión médica tiene primacía.

La institución médica violó sus derechos con base en sus políticas, los médicos ejercieron *paternalismo médico* al infantilizarla y tratarla como ignorante de su cuerpo y de su propio proceso. Julia relata que el personal le insistía con actitud amenazante: “¿te quieres morir? ... te tienes que operar, pero estás desnuda, están a punto de sacarte a tu bebé y de verdad la actitud y la presión, tenían la hoja para que yo la firmara y decía, es que la verdad mi esposo se va a hacer la vasectomía, yo ya no quiero tener más hijos, pero yo no quiero operarme”. De igual manera, cuando le dijeron a Paola que tendría que ser cesárea, sin explicarle los

riesgos le dieron a firmar una hoja en la que, comenta, “tenía que dar consentimiento, en realidad no sé bien qué era”.

Cabe mencionar que en las entrevistas no hice alusión a la palabra “violencia”, sin embargo, algunas mujeres la nombraron. Considero que el lenguaje de la violencia en las mujeres es un avance en su identificación que las puede orientar a tomar decisiones para evitarla, permite ponerle nombre a una serie de abusos que, igual que otros tipos de violencia de género, por mucho tiempo se han normalizado. Llama la atención que, para ellas, la violencia obstétrica se ejerce sobre todo en el sector público, lo que hizo que aumentaran sus expectativas de la atención en el sector privado, así como la confianza en sus médicos. Sobre todo, vincularon este tipo de violencia con el “clásico”: “ay señora no esté gritando, pero cuando lo estaba haciendo seguro lo disfrutó”¹²¹ o “ay madrecita pues si abrió las piernas”; con la realización de episiotomía por rutina de la práctica médica; y con el hecho de que muchos practicantes entraran a revisarlas. Hay un componente que va más allá de lo aprendido durante los años de formación profesional, que corresponde a lo aprehendido del orden de género estructural, desde donde el “castigo” a “todas” se naturaliza a lo largo de la vida.

Asumían que todo esto sucede en hospitales y clínicas públicas y les asustaba la posibilidad de vivirlo. La interpretación feminista sobre la victimización que produce el sistema patriarcal es que la experiencia no topa en quienes han sufrido violencia, sino que funciona como una intimidación masculina de la que todas son víctimas. Para evitar ser violentadas, limitan su autonomía. Por ello los castigos, las amenazas y el disciplinamiento a algunas mujeres en las salas de parto, surte efecto para todas las demás. Incluso saber de experiencias de otras mujeres impacta en sus decisiones para evitar ser víctimas de la violencia que las demás vivieron. Olivia cuenta: “yo por ejemplo tenía algunas experiencias de primas cercanas que habían sido mamás mucho antes y de pronto te cuentan del sector público y yo sabía que no quería...”.

Haciendo un acercamiento a lo que sucede en los hospitales privados de la Ciudad de México, de las 113 mujeres que respondieron en la encuesta que tuvieron su parto en uno de ellos, a

¹²¹ He encontrado testimonios sobre este tipo de expresiones condenando la sexualidad de las mujeres en estudios de diversos países. Sorprende que en el siglo XIX el deseo sexual femenino fue catalogado como patológico y esta idea ahora retrógrada siga vigente en las formas de interacción de los médicos/as con las mujeres durante el parto.

una de cada cinco le realizaron episiotomía; a la mitad de ese total, sin su consentimiento. Habría que analizar la forma en la que la otra mitad “consintió” este procedimiento que la OMS recomienda no hacer. Una de las que reportó haberla aceptado, relató en la entrevista: “y entonces [el médico] le dijo a [la neonatóloga]: *-¿cómo ves? ¿todo va bien?-, -sí, sí, todo va bien-, -pero qué, ¿le hacemos episio?-,* y le dijo ella *-yo preferiría que no pero como tú veas-, -no, yo creo que sí-,* entonces se volteó y me dijo *-¿te hago episiotomía?-,* y le dije *-no, pero...-* y me dijo *-no te va a doler, te voy a poner un puntito de anestesia...”.*

Otra de ellas, también en un hospital-escuela privado, refiriéndose a los estudiantes, contó: “cuando menos te das cuenta ya te están revisando, invadiendo, cuando no necesariamente eso te ayuda porque ellos nada más están aprendiendo y están viendo a ver qué pasó. Eso no me gustó para nada, sí lo sentí como violento...”. Así como Aída, que en esta situación sufrió una violación a su privacidad, fue claro que otras mujeres cuestionaron prácticas violentas, patriarcales o que coartaron su autonomía. Las que fueron atendidas en clínicas públicas reclamaron sobre todo por el trato inhumano y grosero, y por la imposición de procedimientos sin su consentimiento. Las experiencias de violencia en el sector privado fueron más sutiles, pero aun así algunas las detectaron, como Lucila que en sus clases de teatro había aprendido a conectar la fuerza del diafragma con la voz, al ponerlo en práctica durante el parto: “[mi médico] paró y me dijo *-es que si tú gritas no vamos a poder hacer nada, o sea, lo mismo pero sin gritar ¿no?, necesito que pujes de verdad porque si tú gritas toda la fuerza se va a la boca y necesitamos la fuerza abajo-,* lo sentí súper... o sea eso fue como feo, eso sí fue muy feo”.

La teoría feminista ha expuesto que la violencia hacia las mujeres es un medio para restablecer su conducta cuando no responden a las expectativas de las definiciones sociales que deben representar en las relaciones entre ambos géneros. Es decir, la violencia aparece como un medio de control social sobre el comportamiento de las mujeres. Desde esta perspectiva se han realizado análisis feministas en el campo obstétrico que muestran el control que el personal médico ejerce sobre las mujeres durante el llamado trabajo de parto, visto desde la mirada médica hegemónica como una amenaza al comportamiento femenino socialmente esperado. La experiencia de Lucila, como muchas otras, recuerda el análisis de Sara Cohen (2015) respecto al poder de las mujeres al parir que socaba la idea de la mujer frágil y, por consiguiente, la necesidad del aparato médico de disciplinarlas y regresarlas a su condición en el orden de género.

En el caso de la violencia obstétrica sigue siendo confusa la línea entre la relación de poder patriarcal y la legitimación del conocimiento médico autorizado, es decir, hasta dónde se reconoce que es una relación en donde las mujeres están en una situación de subordinación, y en qué medida se justifica el proceder de los médicos respaldado por su profesión. Asimismo, sigue imperando la normalidad en las prácticas médicas autoritarias, y se siguen excusando imposiciones durante el embarazo y el parto, que mediante el discurso del riesgo resultan muy efectivas para los intereses médicos, por lo tanto, esta violencia es desapercibida. Las mujeres, aunque demostraron cierto desacuerdo con algunas prácticas, asumieron que el médico es el que sabe y el que tiene que decir qué hacer. A Lucila el médico le preguntó si estaba de acuerdo en que le pusiera una pastilla para acelerar el proceso, es decir, que le indujera el parto, porque ya llevaba mucho y para que el bebé naciera “en tiempo”. Ella mencionó: “entonces pues yo dije que sí, o sea sí dije que sí, pero no sabía...”.

Aída dijo: “...me había explicado que esa era la forma más segura para poder sacar el bebé, que los fórceps podían ser como muy riesgosos y justamente me explicó por qué quería que su papá fuera y que él empujara ... Entonces sí sabía que iba a pasar eso”. Por su parte, Lorena mencionó que fue “horrible” en su cesárea el hecho de que “...te ponen en la plancha que está toda fría, te duele horrible la anestesia, pero pues también no hay mucho más que puedas hacer”, al preguntarle si en algún momento sintió la necesidad de pedir algo, respondió: “no, o sea sabes que, asumes que todo eso es necesario y que ellos saben”.

Se ha conceptualizado a la violencia como producto de las relaciones de poder, sobre el axioma de la inferioridad de las mujeres y su subordinación a los hombres. La ideología patriarcal, interiorizada socialmente, funciona mediante una coacción estructural en todos los ámbitos de la vida de las mujeres, que en ocasiones se presenta como si el comportamiento de las mujeres fuera libremente deseado y elegido (De Miguel, 2005).

Los tres ejemplos anteriores muestran que en el momento del parto las mujeres estaban más sujetas a la voluntad de los médicos que durante el embarazo, donde sí tuvieron más margen de agencia. Este momento en el que se sienten vulnerables, en posible riesgo, y sin el conocimiento para defender sus elecciones, es un campo propicio para el ejercicio de poder, para que ellas “acepten” lo que el médico decide hacer sobre sus cuerpos. Vale la pena recurrir a la acotación que el mismo Bourdieu (2007) hace de la *violencia simbólica* que aquí se manifiesta, en el sentido de que ésta ocurre en relaciones de poder donde la persona

“dominada” no cuenta con recursos para revertirla y donde las fuerzas estructurales pueden parecer inamovibles, sin negar que siempre queda lugar para posibilidades de resistencia, como se ha visto en otros ejemplos, incluso de ellas mismas.

Una consecuencia de evidenciar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, ha sido el fomento de otros modelos de atención del parto más respetuosos del proceso mismo y de las decisiones de las mujeres. Incluso, con la politización de la violencia en el parto, hay grupos que plantean “parir con placer”. Tres de las mujeres en la entrevista mencionaron que en su curso psicoprofiláctico les compartieron que se podía tener un orgasmo durante el parto, “o sea, no solo no te duele, te va a gustar”. Estas reivindicaciones del cuerpo femenino son importantes y necesarias, aunque planteadas sin matices, aumentan la brecha entre lo “correcto” del parto fisiológico y lo “incorrecto” de la cesárea, y, por lo tanto, las exigencias del mandato social sobre el parto.

El derecho a un parto libre de violencia ha sido un reclamo de las partidarias del parto humanizado, con base en el discurso feminista, más que un tema de la agenda del movimiento feminista en sí. No obstante, es notoria la influencia del feminismo en el discurso del parto humanizado a partir del rechazo a la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y como un reclamo de derechos para las mujeres a ser protagonistas de su parto. En general entre las entrevistadas, fue notorio que preferían poca o nula medicalización y defendieron, con los recursos a su alcance, la forma en la que decidieron parir.

Cuando las mujeres eligen un parto humanizado o sin intervención médica, ponen de relieve la experiencia corporal que quieren vivir, lo que muchas veces es cuestionado, juzgado o criticado, por el personal médico, por sus familiares y por ellas mismas cuando algo “sale mal”. Paola iba a tener un parto fisiológico en una clínica privada de primer nivel donde no atienden casos con complicaciones; en el último momento, cuando la doctora le rompió las membranas, se dio cuenta que tenía meconio y le avisó que tendría que ser cesárea pero que esperara al siguiente médico porque su turno había terminado. El papá de Paola era médico y quería llevársela a un hospital donde por sus contactos le darían acceso inmediato, pero ella consideró el tiempo de traslado y prefirió quedarse.

Finalmente, su hija nació por cesárea después de algunas horas de miedo y angustia. Sobre el posparto ella relata: “no que haya caído en depresión total pero sí me daba miedo el ver a mi niña y decir es que tal vez no está bien, es que yo tuve la culpa porque no me atendí o

algo”. Aquí el poder del que habla Foucault (1976) opera a través del discurso médico del riesgo y tiene efectividad cuando las mujeres se sienten responsables y culpables por las decisiones que tomaron, ignorando la fuerza estructural que subyace en sus elecciones.

3. Construcción de significados desde la subjetividad

En las entrevistas, cuando narraron situaciones que tenían que ver con la violación de sus derechos, éstas estaban ligadas al exceso de medicalización, a los procesos inherentes a la institucionalización, y a las prácticas que obstaculizan su autonomía. Algunas veces se atribuyeron ellas mismas la responsabilidad de buscar y obtener información sobre el embarazo y el parto, en un mundo de posibilidades, enfoques, métodos de atención, en el que a veces tanta información las confundía.

Siendo que para varias era la primera vez que hablaban de cómo vivieron el parto e iban construyendo los significados de su experiencia durante la narrativa, la vinculaban con información y experiencias posteriores, de forma que en el momento de la entrevista algunas sugerían que quizá su parto pudo haber sido distinto, reconocieron que no investigaron más, o que no preguntaron ciertas cosas al médico porque no sabían que sucederían, porque no se les ocurrió preguntar, o que se enfocaron únicamente en el bienestar del bebé.

Algunas de ellas normalizaron, apoyadas en los relatos de sus propias madres, que la atención debía ir dirigida a que el bebé estuviera bien y que lo que sucedía en sus cuerpos y en sus emociones, era secundario.

Lo que quizá no estaba al alcance de su mirada era todo el sistema estructural que obstaculiza que como ciudadanas se apropien totalmente, como lo indican Amuchástegui y Rivas (2004), de su derecho a decidir sobre su embarazo y su parto. El proceso subjetivo mediante el cual se otorgarían a sí mismas autorización para disponer de sus cuerpos, como sugieren estas autoras, no puede ser lineal al ser atendidas en un sistema médico con sus propias lógicas y normas. Se trata de un proceso con muchas coyunturas, con eventos que resultan sorprendidos, pero que para el modelo de atención medicalizado son prácticas de rutina y estandarizadas que difícilmente se flexibilizan, donde el discurso del riesgo opera en un sentido casi infalible al contener como ingredientes el temor, la culpa y la responsabilidad.

Las mujeres entendían que la institución tiene su propia lógica, también la mayoría reconoció que tenía derechos sobre su proceso y que el rol del médico era ayudarlas al nacimiento y tendría que ser un tanto periférico, En ocasiones, muy rápido se dieron cuenta que intentar solicitar algo diferente implicaba salirse de la norma y creaba tensiones, y asumieron que “no se puede”. En otras, sintieron que podían tomar ciertas decisiones distintas a las que el médico/a imponía. Y hubo varios casos en los que fluctuaban entre estar en desacuerdo con las prácticas médicas durante el parto, pero después de alguna manera las justificaban o se resignaban suponiendo que ellas habían sido cómplices por no exigir otra cosa.

Aída comentó que pensaba que el proceso [de la atención médica] era perfectible, que hay mucho por hacer. Señaló que quizá tomó una decisión apresurada al aceptar la cesárea, que se pudo haber “aventado” a tener parto, pero que en aquel momento se sentía muy vulnerada y confiaba plenamente en el médico. Dudó sobre si ella fue partícipe de que se hiciera como el médico sugirió al no proponerle que se intentara parto.

Sin entrar a la discusión de si la intervención quirúrgica era necesaria o no, el ejemplo sirve para plantear cómo el ejercicio de la violencia obstétrica, que puede ser tan sutil como plantear un diagnóstico convincente para que una mujer acepte sin reservas que le realicen una cesárea, funciona más por tres condiciones: por la presencia de violencia simbólica mediante la que ellas se alinean al ejercicio de poder; por la construcción de género que limita la acción de las mujeres frente a una figura masculina; y por el éxito de la medicalización cuando llega al punto en el que las “pacientes” confían plenamente en el conocimiento médico autorizado, y no lo cuestionan (Morgan, 1998). Esta situación se puede observar también en el siguiente caso.

A la distancia, Lucila piensa que hubo cosas que debieron ser de otro modo: "Yo creía que tenía que ser pasiva, que tenía que responder a las órdenes porque él era el doctor y era el que sabía cómo tenía que ser el proceso y eso fue lo que hice, ahora sé que pude ser activa [en las decisiones] ... pero también qué tan activa puede ser una persona que está sedada la mitad del tiempo”.

Cuando nació el hijo de Lucila el médico le informó que traía doble vuelta en el cuello del cordón umbilical, por tal motivo no salía, aunque ella pujara, y por esa razón le había realizado episiotomía. Con el tiempo ella se cuestionaba si tal situación habría sido cierta, lo

que demuestra que se sintió inconforme; sin embargo, añadió: “pero también pienso, qué chido que no haya dicho: *no, trae doble vuelta, cesárea*, o sea que también fue chido que haya sido respetuoso de esa decisión [de que tuviera parto]. También señaló que hubiera preferido que no le pusieran oxitocina. Ella había insistido durante el embarazo que fuera sin anestesia, pero en el momento de las contracciones “cegada por el dolor” pidió que le pusieran. No obstante, piensa que el médico le hizo creer que llamó al anesthesiólogo, cuando no lo hizo, y aunque en el momento Lucila se molestó, en la entrevista comentó: “yo creo que yo me hubiera molestado muchísimo de que sí me anestesiaran, porque yo quería que fuera sin anestesia”.

Entre otros elementos que al pasar el tiempo admitieron que les molestaron, está el exceso y/o los efectos de la medicalización innecesaria, y la presencia de residentes o practicantes en un momento que ellas consideran, tendría que respetarse la intimidad de su proceso. En este sentido, a Aída no le gustó que por la anestesia hubo un rato durante la cesárea del que no se acuerda, después añadió: “no sé si me hubiera gustado estar consciente, pero sí te sientes un poco fuera de control, que de repente despiertas y no sabes si ya nació, no nació ...”.

Aída estuvo muy inconforme con la intromisión de los residentes, tenía muy claro que tantas revisiones que le hacían eran porque estaban practicando, no porque ella lo necesitara. Consideró que su aprendizaje está “por encima de la autonomía, la voluntad y la privacidad de la mujer”, y que deberían estar sensibilizados “como con cursos de género” para que no las traten como si fueran “animales”. No obstante, ante la posibilidad de exigir un trato distinto, ella misma respondió: “de pronto decir algo, pedir algo diferente, se siente como fuera de la norma”.

La mayoría de las mujeres entrevistadas habló sobre su primer parto o cesárea, quienes tuvieron un segundo, lo vivieron o planearon diferente con base en la experiencia del primero, dijeron haberse sentido más empoderadas y con más herramientas para hacer cumplir sus derechos. Hicieron alusión a cómo cambiaron algunas decisiones o prácticas, para el segundo se prepararon más, buscaron más información. También las que pensaban tener más hijos/as, mencionaron situaciones que no les gustaría repetir. Karina se refirió a que estaría más presente con sus propias decisiones y que iría a recibir atención a donde no le pasara otra vez lo que en el IMSS.

Aunque sin duda, trasladando el análisis que hace Velasco (2016) de las emociones, la reivindicación de un discurso de derechos de las mujeres las coloca con mayores posibilidades de apropiación de su cuerpo y las lleva a buscar alternativas para enfrentar la normatividad cultural, presente en la institución médica, que reconocen que las subordina.

En su teorización sobre la violencia simbólica en el parto, Casal y Alemany (2013) destacan la plena confianza que las mujeres otorgan a sus médicos, que se ponen en sus manos sin dudar, que no suelen cuestionar los procedimientos a los que se verán sometidas y que, incluso, “se convierten en su objeto de control desde el momento en el que se les confirma el embarazo hasta el mismo alumbramiento” (2013: 63). Sin duda esta aseveración debe tener matices. Si bien en muchos sectores del país puede prevalecer un acercamiento a esta realidad, no sucede en todos igual. Las mujeres de este estudio mostraron un deseo por estar informadas, incluso lo llegaron a manifestar como una “necesidad”, lo que las coloca en una posición distinta a la de entregarse ciegamente al control del aparato médico.

Quienes buscaron información desde un principio, así lo manifestaron, en el sentido de que era importante para ellas saber qué sucedería durante todo el proceso desde el embarazo hasta el parto, incluso saber cómo sería el dolor. En general son mujeres que, por su condición sociocultural, ya estaban habituadas a leer, a acercarse al conocimiento de los temas de su interés.

Las que reconocieron que no tenían tanta información, vincularon esta situación con que las colocó en una posición de más vulnerabilidad para recibir un trato sin respeto a sus derechos y autonomía. Zampas, et al. (2020) han señalado que el tratamiento médico a menudo se justifica con base en supuestos intereses del feto o el mejor interés de las mujeres, pero en el fondo refuerza el estereotipo de que las mujeres no pueden tomar decisiones informadas y las reduce a objetos de intervención sin agencia.

Por otra parte, sus reflexiones también tocaron el punto de reconocer que su posibilidad de pagar servicios médicos privados no es la de todas las mujeres en México. Fueron conscientes incluso de que su capital económico hizo posible en cierta medida la apropiación de derechos. Hablaron de tener privilegios, de sentirse afortunadas, de que tuvieron suerte. Lucila dijo “mis derechos fueron respetados por las condiciones en las que yo estaba, yo estaba yendo a un hospital particular, me estaba atendiendo un médico al que yo conocía,

también conocía a la pediatra, como que en términos generales yo siento que respetaron mis decisiones”.

Talina pensaba que pudo acceder al parto que tuvo (humanizado) “porque pudimos contratar el hospital, pero pensaba que si fue súper caro ... sí me siento afortunada de que en este momento sí pudimos acceder a eso y pudimos elegir y sí elegimos, o sea pudimos cambiar de médico, pudimos elegir al médico que nos gustaba, elegimos el hospital ...”.

Ella misma hizo referencia a una amiga que “está en esta lógica de derechos de las mujeres, pero no tenía [condiciones] económicamente y tuvo que irse a un hospital público y obviamente no es lo mismo, por eso aunque puedas tener la ideología y quererlo, si no tienes las posibilidades económicas no puedes acceder a esto”.

Es cierto que en los hospitales públicos también existen barreras estructurales que posibilitan la violencia durante el parto, como falta de personal médico o de insumos básicos como medicamentos o anestesia para aminorar el dolor. Sin embargo, no exime la responsabilidad del personal médico de brindar un servicio libre de violencia. Como mencionan Zampas, et al. (2020), los abusos durante el parto ocurren como parte de un *continuum* de estigma y discriminación contra las mujeres en la sociedad e implican a una serie de derechos que a menudo son negados, así como su autonomía.

Recapitulación

Ante este escenario, hay modelos de atención alternativos más respetuosos del reconocimiento de las necesidades de las mujeres, de sus derechos, de la no intervención innecesaria y del cuidado de la dimensión emocional (sin decir que dichos modelos siempre cumplen con un esquema de atención libre de violencias, pues también opera la dimensión subjetiva de quienes atienden los partos). Sin embargo, el costo de un parto humanizado que se ofrece en hospitales privados, por ejemplo, no es asequible para la mayoría de las mujeres en México, por lo que cabe cuestionarse si tener un parto o cesárea con este tipo de atención, es un derecho o un privilegio.

Se puede decir que en general, en este grupo las mujeres se reconocieron como sujetos de derechos. Sus relatos fueron mostrando condiciones subjetivas, institucionales y estructurales que generaron tensiones, acompañadas de violencia simbólica, en la

posibilidad de apropiarse de tales derechos. Sin embargo, también hubo posibilidades de agenciamiento. Emergieron en sus narrativas elementos que permiten comprender cómo tomaron decisiones en el momento de sus embarazos y partos, de acuerdo con su realidad y su subjetividad de aquel momento, y que si bien ahora fueron construyendo explicaciones sobre sus acciones y prácticas, queda claro que cuando sucedió, las condiciones de posibilidad para que fuera distinto, no dependían únicamente de que ellas hubieran investigado más o de que hubieran podido preguntar lo que en aquel momento no se les ocurrió.

REFLEXIONES FINALES

Con los resultados de esta investigación pretendo aportar un acercamiento a la experiencia durante el embarazo y el parto de un grupo de mujeres poco estudiado hasta ahora: residentes en la Ciudad de México (donde tuvieron su parto), de clase media y media alta, profesionistas con educación superior concluida (9 de las 13 con estudios de posgrado), y con ingresos económicos propios. Así como un análisis, a través de sus relatos, de las condiciones de posibilidad para ejercer sus derechos en el ámbito de la atención obstétrica medicalizada.

Este objetivo general tuvo tres particulares que fueron dando forma a los tres niveles de análisis -macro, meso y micro- que finalmente se articularon para dar cuenta de su impacto en la toma de decisiones de las mujeres en su trayecto de parto y en la relación de éstas con el campo obstétrico y sus agentes. A *nivel estructural* estuvieron presentes los discursos social y médico en torno a la maternidad y la reproducción, bajo el orden de género que impone estereotipos a seguir como mujeres y como madres, añadidos al rol que el sistema médico espera que cumplan como “pacientes”. En general estos discursos se manifestaron en el accionar del personal médico, de la comunidad alrededor de las mujeres, y de ellas mismas.

Aquí es donde entra el *nivel institucional*, que en un principio lo había considerado en el segundo objetivo particular como una indagación en la normatividad institucional del embarazo y el parto en México para asociar su nivel de cumplimiento con la posibilidad de las mujeres de decidir sobre su parto. En el transcurso de la investigación surgieron otros componentes de este nivel, es decir, no fueron solo las políticas públicas y la normatividad nacional, sino también los propios protocolos institucionales de cada hospital o clínica; y otras quizá menos formales, pero no por ello menos presentes, como la institución de la familia y de la comunidad.

El *nivel subjetivo* lo pensaba abordar desde el análisis de la construcción y deconstrucción de decisiones, expectativas y prácticas de las mujeres durante su embarazo y parto, al ser atendidas bajo el modelo hegemónico medicalizado. Este abordaje no podía ser lineal en el sentido de únicamente recuperar los momentos de toma de decisiones y de cambios de éstas, sino que era preciso articularlas con los dos niveles anteriores: con la internalización o rechazo a los discursos sociales y médicos, y con las prácticas institucionales casi siempre inalterables.

Dado que puse el acento en las particularidades de la experiencia de este grupo de mujeres por su posición social y sus capitales (sociales, económicos y culturales), con base en los textos de las Recomendaciones de la CNDH que revisé, en los que las mujeres que protagonizaron esos casos pertenecían a un grupo socioeconómico más bajo, me fue posible identificar condiciones que comparten y otras que se presentan de manera muy distinta. El objetivo nunca fue hacer una comparación, sino que tener de referencia a ambos grupos permitió destacar las especificidades del de las mujeres entrevistadas, dadas por su posición y condición social.

El derecho a decidir condicionado por los discursos y la medicalización

En general, fue notorio que a nivel estructural, es decir, lo discursivo referente al género, a la maternidad y al “riesgo” en la reproducción en el ámbito médico, suele ser rígido para ambos grupos. Lo que cambia son las posibilidades de las mujeres para modificar ciertas imposiciones en su accionar a nivel micro, para lo que tienen que ver sus recursos económicos, sus redes sociales y sus conocimientos sobre el embarazo y el parto. Otra particularidad fue la influencia en las mujeres de clase media y media alta del discurso del parto humanizado, ausente totalmente en los textos de la CNDH, cuyas historias ocurrieron en hospitales y clínicas públicas donde no se ha incorporado este modelo de atención, que en el ámbito privado suele tener un costo monetario de difícil acceso para gran parte de las mujeres en México.

La experiencia individual de estas mujeres, aunque no aislada, da cuenta de que el campo obstétrico, con normas dictadas por el modelo de atención hegemónico medicalizado, altamente jerarquizado y con una estructura poco flexible, también ha estado en movimiento y se han incorporado nuevos agentes que disputan su legitimidad. La propuesta del parto humanizado en México, a partir de la década de los noventa, ha significado un elemento para que las relaciones de fuerza con el modelo hegemónico se muevan.

Asimismo, se ha ido incrementando la participación de las doulas en los partos, como agentes emergentes con un discurso distinto (que comparten algunos/as médicos/as), más apegado al respeto de los derechos de las mujeres durante el embarazo y el parto y a que éstos se vivan sin violencia. Como ya aclaré antes, no pretendo transmitir que un parto humanizado esté libre de tratos que vulneren derechos y autonomía de las mujeres, o que

no se impongan otro tipo de prácticas apegadas a un discurso feminista esencialista, alrededor de un parto “natural” sin alternativas, sin embargo, aunque también tiene su “deber ser”, ante la evidencia de la gravedad de la violencia obstétrica ejercida sobre todo en el modelo de atención hegemónico, sí resulta una opción atractiva para un parto más respetuoso.

Continuando con los discursos, el precepto principal del de la maternidad, en ocasiones expresado explícitamente en las entrevistas y en otras de manera implícita, fue que las madres deberían sacrificar lo que fuera por el bienestar de su bebé y con ello encajarían en el presupuesto de ser “buenas madres”. Para el grupo de mujeres participantes en esta investigación, la primera forma en la que se tradujo dicha exigencia, por parte de su médico/a y de su círculo social cercano, fue en preparar su cuerpo desde el embarazo para que albergara a su bebé de manera saludable, aunque implicara modificar sus estilos de vida, de alimentación o de ejercicio; algunas asumieron que era un sacrificio necesario.

Sin embargo, estas indicaciones no siempre eran necesarias, se dieron cuenta cuando otro médico/a se los confirmó, sin embargo, por lo general las mujeres no las cuestionaron en un primer momento, dieron por hecho que así debía ser y pusieron como prioridad el bienestar de su bebé. Cabe destacar la posibilidad que tenían de cambiar de médico/a o de acudir con alguien más para una segunda opinión.

El discurso médico del riesgo estuvo entrelazado cuando la indicación o sugerencia médica de una cesárea iba en el sentido de prevenir el sufrimiento para ellas o para su bebé. Para ellas, parte de la buena maternidad era tener un “parto natural”, lo que significaba en primer lugar, vía vaginal que, de acuerdo con el discurso del parto humanizado, era lo mejor para ellas pero también para sus bebés. Consideraban que parir con una mínima o nula intervención médica las haría tener más conexión con su cuerpo, con el proceso y favorecería el desarrollo natural del parto. A sus bebés les beneficiaría el paso por el canal vaginal, la oxitocina segregada por las contracciones y favorecería la lactancia. La consecuencia de que la decisión de tener un parto vaginal conllevara a complicaciones, fue la culpa, por lo general autoimpuesta.

Para articular esta reacción de las mujeres fueron de gran aporte las propuestas sobre la construcción de la maternidad desde una perspectiva de género de autoras como Badinter

(1981), Hays (1993), Lamas (2001) o Lagarde (2011). El sufrimiento y la culpa se naturalizan, las mujeres lo viven sin un cuestionamiento real de su construcción.

Otro elemento interesante fue la articulación del discurso médico del riesgo con el ejercicio del poder-saber por una parte, y con la parte emocional de las mujeres, por otra; lo que hizo tambalear tanto las decisiones de las mujeres como el propio análisis de su autonomía en la investigación, correspondiente a su interacción a nivel micro, subjetivo.

Identifiqué dos vertientes del discurso médico del riesgo que repercuten, una, a nivel micro en las experiencias de las mujeres entrevistadas, y otra a nivel estructural: la pretensión de mantener bajo control el embarazo, desde la patologización, con prácticas rutinizadas que brindan cierta seguridad a las y los médicos durante el proceso, pero que violentan la autonomía de las mujeres; y el fortalecimiento del orden de género al evitar que las decisiones y las prácticas de las mujeres atenten contra su “esencia femenina” y su calidad de “buenas madres”.

Las experiencias de miedo, de sensación de vulnerabilidad o pérdida de control durante el embarazo no las paralizó, sino que en varias ocasiones las llevó a modificar sus decisiones y expectativas. Utilizar el concepto de *autonomía* para analizar en qué medida las mujeres ejercían su derecho a decidir, podía poner en conflicto la identificación de cuándo estaban siendo autónomas en sus decisiones y cuándo actuaban como resultado de la incorporación del discurso médico en sus vidas. No obstante, no se puede hablar de una autonomía total para decidir sobre su parto en un campo regido por relaciones de poder y por prácticas institucionales ajenas a las mujeres usuarias. Fue así que el concepto de *autonomía relacional* (Mackenzie y Stoljar, 2000, en Fernández, 2018) permitió resolver que en la individualidad, en los contextos específicos, las dimensiones intersubjetiva y social tienen una implicación.

De tal manera que, lo que ellas consideraron valioso defender durante su proceso, fue lo que identifiqué como una forma de consentimiento legítimo. Principalmente, sus prioridades fueron: procurar tener un embarazo saludable que les garantizara un parto en las mismas condiciones; salvaguardar el bienestar y la vida de su bebé; y lograr tener un parto “natural”. Las tensiones fueron surgiendo cuando para defender una de estas elecciones tenían que claudicar a otra, con costos físicos, emocionales y económicos. Estas decisiones por lo general las tomaron en forma de *agencia medicalizada* (Morgan, 1998), es decir, con un componente de internalización del discurso médico, quizá buscando otras alternativas pero

sin salirse totalmente de los regímenes de la medicalización. En la priorización de estas elecciones entraron en juego las valoraciones sociales y médicas hacia cada una, así como la influencia de los diferentes discursos alrededor del embarazo y el parto con los que estaban en contacto.

Las acciones dirigidas a proteger al bebé fueron de las que recibieron más validez tanto de la institución médica como de sus familiares y la comunidad en general, aunque para ellas significara ceder a su ideal de tener una experiencia determinada en el parto. Es decir, aunque algunas reconocieron que el nacimiento de forma “natural” traería más beneficios a sus bebés que por cesárea, lo que buscaban con ese tipo de parto era vivir la experiencia de conexión con su cuerpo, pues incluso la mayoría en un primer momento había optado por no ser anestesiada. Fue aquí donde hubo mayor cuestionamiento, lo que pone el acento en la complejidad del derecho a decidir en el cuerpo propio, aunado al bienestar de sus bebés.

Por otra parte, destacó en las mujeres una tensión constante entre desear un parto natural y buscar la tranquilidad que les daban los análisis, los diagnósticos médicos y el cuidado en el hospital. Había un empuje del discurso del parto “natural” a la obligación de prescindir de la medicalización, pero a la vez la incorporación del discurso médico que para ciertas circunstancias les creaba una dependencia con la institucionalización. Sin embargo, la disyuntiva no fue tan tajante como decidir si medicalización sí o no, sino qué tipo de recursos utilizar. Esta situación planteó la interrogante de hasta dónde podían ejercer su autonomía o en qué medida era coartada.

El parto y la violencia obstétrica

Ese transcurso desde que el cuerpo anuncia que está próximo el nacimiento del/la bebé (mediante contracciones dolorosas, ruptura de membranas o “de la fuente”, sangrado), ya sea de manera natural o inducido médicamente, hasta el parto/cesárea como culminación, es la ruptura entre el embarazo y la maternidad. En las entrevistas manifestaron que hubo periodos de alegría, de tranquilidad, de conexión con su cuerpo, pero también otros de mucho dolor, incertidumbre, incomodidad, miedo, sentimiento de soledad (aunque estuvieran acompañadas), es decir, de mayor vulnerabilidad.

Esta vulnerabilidad, aunada a la práctica médica rutinizada sostenida en el conocimiento médico autorizado, es una condición de posibilidad para la violencia obstétrica. Ese

momento alrededor del parto pone en juego el disciplinamiento de los cuerpos, es contrastante con la sublimación del embarazo y de la imagen “femenina” porque es escandaloso, desbordante, en ocasiones fuera de control y con sucesos inesperados, y es cuando menos flexibilidad hay del personal médico para atender las elecciones de las mujeres que van en contra de los protocolos. Para entender este fenómeno fue de gran utilidad el aporte teórico de Sara Cohen (2015), para comprender la violencia obstétrica como un problema sociológico y como un mecanismo que pone a prueba la “buena maternidad” de las mujeres y no como un asunto de malas prácticas médicas individuales.

Es importante partir de que la violencia obstétrica es una forma de violencia de género, sistémica y con un componente estructural, que se da en relaciones de poder, que vulnera una serie de derechos durante la atención del parto, pero que puede tener repercusiones incluso para el resto de la vida de las mujeres. En este sentido, es difícil pensar que no suceda en el sector privado, solo porque hay un pago de los servicios de por medio. La CNDH (2017) ha reconocido que con esta violencia se afectan al menos siete derechos humanos¹²². Yo agregaría el derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

La violencia obstétrica puede ejercerse mediante agresiones físicas, verbales o psicológicas por parte del personal médico (como un trato contrario a la dignidad, poco respetuoso; conductas discriminatorias, sexistas; maltrato, atención no confidencial, abandono durante la atención, detención en las instalaciones), al no brindar la atención que las normas mexicanas establecen como obligatorias, o al llevar a cabo intervenciones médicas sin el consentimiento de las mujeres, sin su autorización o en contra de su voluntad.

Para que esto ocurra influyen, como he insistido, factores estructurales, institucionales y subjetivos, los cuales varían según el contexto de cada caso. De una manera muy general ubiqué algunas características en estos tres grupos: mujeres de bajos recursos atendidas en el sector médico público, mujeres de altos recursos atendidas en el sector privado, y mujeres de altos recursos atendidas en el sector público.

Las primeras corresponden a los casos de los textos de la CNDH, a ellas las “escuché” a través de otros, es decir, leí sus testimonios integrados en las recomendaciones y eso planteó

¹²² El derecho a una vida libre de violencia, el derecho a la protección a la salud, el derecho a la información y al libre consentimiento informado, el derecho a la libertad y la autonomía reproductiva, el derecho a la igualdad y no discriminación, el derecho a la integridad personal, y el derecho a la vida.

cierta distancia con las mujeres entrevistadas. Eran mujeres de escasos recursos, algunas de ellas con pertenencia indígena, unas muy jóvenes o incluso menores de edad. En las clínicas y hospitales públicos no les permiten estar acompañadas durante el parto o cesárea -ni en casos excepcionales como el de una de ellas, indígena que no hablaba español y tenía una condición de discapacidad- lo que puede facilitar el trato violento en una sociedad machista donde la construcción de género coloca a las mujeres “solas” como desprotegidas y como blanco para ser agredidas. Estas mujeres o sus familiares denunciaron que por negligencias médicas sus bebés murieron antes de nacer o a las pocas horas de nacidos/as, que tuvieron su parto en espacios fuera del hospital porque les negaron la atención cuando acudieron a solicitarla y las regresaron, que les impusieron métodos anticonceptivos, o que ellas murieron por una inadecuada atención.

Los relatos están atravesados por una marcada discriminación, racismo y violencia de género. Prevalció el trato inhumano e infantilizado, mediante el que no solo el personal médico tomaba decisiones sobre su cuerpo y el proceso sin consultarlas, sino que incluso en ocasiones actuaba en contra de su voluntad o con engaños, como en la imposición de DIU o al practicarles la salpingoclasia. La elección de las mujeres de querer tener más hijos/as o simplemente de no querer un método de anticoncepción permanente fue ignorada y rebatida con argumentos simplistas como que ya tienen suficientes hijos/as o que un siguiente embarazo podría ser riesgoso, sin más explicaciones.

Las expresiones de dolor y de temor regularmente fueron ignoradas o acalladas, en ocasiones mediante amenazas, burlas o sarcasmos. Fueron sometidas a múltiples prácticas innecesarias y dolorosas como tactos vaginales recurrentes, limpieza de cavidad manual, episiotomía; así como al abandono por varias horas sin ser atendidas cuando lo requerían. Asimismo, reportaron haber sido regañadas por no cooperar con el/la médico/a, por no saber cuándo pujar, por no saber amamantar a su bebé, y culpabilizadas por consecuencias que no dependía de ellas evitar. También hubo quien fue criticada por su edad (menor de edad) o por su condición conyugal (soltera).

Las instituciones suelen argumentar una sobredemanda de atención y la falta de recursos materiales y humanos en estas clínicas y hospitales. Sin embargo, estos textos demuestran que si bien esto puede ser cierto, no siempre es la causa o bien, está acompañado de violencia de género. Por ejemplo, cuando les niegan la atención como “castigo” por quejarse del dolor,

por cuestionar las indicaciones médicas o por manifestar que saben lo que sucede con su cuerpo, lo que es tomado como un atrevimiento, pues en el campo obstétrico el conocimiento médico es el único autorizado.

En el siguiente grupo mencionado estuvieron tres de las mujeres entrevistadas, con un alto capital cultural, económico y social que fueron atendidas en una clínica pública, del IMSS o del ISSSTE. De cierta manera fueron testigos de algunas de las situaciones como las relatadas en el grupo anterior, y otras las vivieron directamente. La diferencia con ellas fue la lectura que dieron de estos eventos a partir de su capital cultural, es decir, de su formación académica, de su preparación para el parto, del saber sobre su cuerpo, de la información que tenían sobre prácticas médicas que se llevan a cabo de manera rutinaria pero que no son necesarias, como la episiotomía, y de su conocimiento sobre otros modelos de atención del parto más respetuosos, con los que podían contrastar el trato. Fue así que, con este bagaje, pudieron identificar manifestaciones de violencia con claridad.

Una de ellas era psicóloga con cinco formaciones más de su especialidad, su embarazo fue de alto riesgo por una condición de salud que ella conocía y comprendía y, por tanto, podía cuestionar los procedimientos médicos que le imponían en el hospital; otra socióloga, con un claro entendimiento sobre las relaciones de poder que se ejercen en la institución médica y de la violencia obstétrica; y la tercera era maestra en estudios de género interesada en temas del cuerpo y la maternidad.

Así, fueron capaces de detectar la violencia hacia ellas mismas, relataron un trato poco respetuoso, inhumano, frío, consideradas una “paciente” más, muy mecánico sin atención a sus expresiones de dolor. Destaca que notaron que la mayoría de las mujeres atendidas ahí, normalizan dicho trato, mientras ellas advirtieron el abuso. También fueron observadoras del maltrato a sus compañeras en trabajo de parto, pero no como simples espectadoras, sino como parte de ese campo amenazante en el que la violencia a otras era una amenaza a ellas mismas, con este componente de la violencia de género como sistémica y estructural, que de manera indirecta también les provocó miedo, angustia, estrés.

Por los relatos de quienes tuvieron su parto en una institución pública y de quienes fue en privada, pude detectar tres elementos que los distinguen: la atención en el sector público se apegó mucho más al *modelo tecnocrático del parto* que describe Davis-Floyd (1993; 2001), un modelo basado en procedimientos estandarizados que resta protagonismo, autonomía y

posibilidad de decisión a las mujeres en su parto, con una marcada jerarquía en términos del poder del personal médico, incluidas las enfermeras, y de la subordinación de las necesidades individuales de las mujeres.

Otro conjunto de elementos fue el que posibilita la violencia institucional (como componente de la violencia obstétrica) que, aunque parezca ajeno o independiente del proceso del parto, no lo es. La alta burocracia por la que tienen que transitar desde las consultas prenatales en ocasiones estuvo marcada por un trato grosero y poco respetuoso de sus decisiones, se enfrentaron a políticas institucionales como no poder estar acompañadas durante el parto por quienes ellas decidieran y a no poder estar con su bebé por varios días durante el posparto sin una justificación válida, simplemente por “políticas” del hospital. Por otra parte, la estructura de las instalaciones, como describe Foucault (1976), promueve el control y el disciplinamiento de los cuerpos; son espacios abiertos donde hay varias mujeres en trabajo de parto, sin privacidad y donde los dolores, los gritos, los “castigos” que reciben unas, afecta a las demás en su propio proceso del parto. El ejercicio del poder está a la vista de todas.

Una de las entrevistadas relató cómo le impactó presenciar la escena de una mujer a la que le anunciaron con total frialdad que ya no tenía movimiento fetal y su bebé había muerto, mientras sufría por el dolor, físico y emocional. Unos minutos antes de entrar a quirófano para que le realizaran su cesárea, esta mujer participante de mi investigación, relató que le afectó mucho ver aquel suceso en el que la otra mujer la veía fijamente en medio de su dolor.

El tercer factor se refiere a que los mandatos de género fueron más exacerbados en este espacio. Los elementos de los que habla Joan Scott (1996) que conforman el orden de género, sirvieron para ubicar desde dónde los cuerpos reproductivos son normados, vigilados y controlados por la institución médica bajo los símbolos de la “buena maternidad” y del rol de las mujeres como “pacientes” subordinadas al conocimiento autorizado. Recordando los textos de la CNDH, en los que fue notorio que el personal médico suele tomar decisiones sin consultarlas bajo la premisa de que no es necesario porque no saben o no entienden (una construcción de género), la experiencia de las mujeres entrevistadas fue similar. Fueron ignoradas ante cuestionamientos que tenían sobre su cuerpo o el bienestar de su bebé, o les respondieron de manera autoritaria como si no tuvieran derecho a preguntar; también fueron chantajeadas para que siguieran las indicaciones médicas poniendo en duda su calidad de buenas madres.

Fue interesante advertir que las diferencias que puede haber en el trato que reciben las mujeres están más definidas por el lugar donde son atendidas, es decir si es público o privado, que por los recursos económicos de éstas y el conocimiento de sus derechos. Por el contrario, pueden jugar en contra de ellas pues son vistas como externas en un espacio que opera bajo ciertas lógicas donde no se espera que las mujeres cuestionen o soliciten que sus necesidades sean cubiertas. Para una de ellas no fue suficiente conocer sus derechos y querer tener autonomía sobre su cuerpo, pues fue víctima de anticoncepción forzada. El capital económico ahí no es un recurso operante, solo las hace notar como ajenas, y el uso de su capital cultural, cuando muestran que saben lo que está sucediendo en el proceso del parto y ponen en entredicho al personal médico, como “desobedientes”.

Finalmente, el tercer grupo corresponde a las otras 9 mujeres entrevistadas, atendidas en el sector privado. La violencia que vivieron fue más velada, en ocasiones incluso imperceptible para ellas, la jerarquía de género y profesional estuvo presente, pero con una estrategia distinta a la que relataron las mujeres en el sector público. No relataron formas tan explícitas como regaños, burlas o humillaciones.

La confianza que tenían en sus médicos/as, a diferencia de los dos grupos anteriores, hizo todavía más difícil que identificaran manifestaciones de violencia, y facilitó que de alguna manera cooperaran con las decisiones médicas, aunque fueran opuestas a lo que ellas habían manifestado que querían, como el uso o no de anestesia, la realización de episiotomía, o una cesárea. Esto se puede leer como *violencia simbólica* (Bourdieu y Wacquant, 2005), algunos relatos de las entrevistas muestran que en su momento confiaron en las decisiones médicas, que no eran conscientes del ejercicio de poder, más bien fue normalizado, y se sintieron más tranquilas aceptando ciertas imposiciones que yendo en contra de lo que asumieron era lo lógico, ya fuera por el conocimiento médico o por las políticas del hospital.

Otro elemento que les dio confianza fue que la mayoría asoció que la violencia obstétrica ocurría en clínicas públicas, entonces estaban convencidas que sus experiencias no atravesarían por eso en la atención privada. A diferencia de las que tuvieron su parto en el sector público, que tuvieron una actitud más reactiva al menos para después nombrar actos violentos por parte del personal médico, las de este grupo no consideraron que fueran tales, por el contrario, fue más común que trasladaran la responsabilidad médica a ellas mismas y

asumieran la culpa de ciertas situaciones, como por no haber optado por otro hospital con más recursos para atender una emergencia.

A diferencia del primer grupo, que estudié solo a través de los textos y que se referían al momento del parto, en este tercero tuve la oportunidad de indagar sobre su experiencia desde el embarazo. Considero que desde ese momento hubo manifestaciones de violencia obstétrica hacia todas las que su médico/a les incitó a tener una cesárea sin respetar su derecho a decidir sobre su parto, a través de diagnósticos y argumentaciones inciertas, que más tarde fueron desmentidas por otros médicos/as.

En este grupo fue muy evidente el manejo del discurso médico del riesgo para sugerir cesárea y así evitar dolor, “posibles” complicaciones, “posible” sufrimiento al bebé, lo que en un primer momento produjo en las mujeres miedo, estrés, angustia, y de manera paralela inversión de tiempo y dinero extra para buscar otras opiniones y emplear recursos por su cuenta, como la contratación de doulas, para seguir intentando tener parto fisiológico. La mayoría no se quedó pasiva ante la primera indicación de cesárea porque sabían que estaban en un campo donde hay un abuso de la práctica de las cesáreas y prefirieron comprobar si estaban siendo parte de este abuso o si realmente se requería por razones médicas. La tensión se generaba porque tenían conocimiento de que en ocasiones seguir las indicaciones médicas era lo mejor, pero a la vez sabían que podían optar por cambiar de médico/a o de modelo para no arriesgar su salud, su vida y las de sus bebés de atención, pero más acorde con la experiencia de parto que querían tener. Sin embargo, sabían que un “error” en sus decisiones podía tener graves consecuencias por las que se sentirían culpables.

Pocas veces apareció en sus narrativas la inclusión del posparto en su plan de preparación, fue así que con lo primero que se enfrentaron, la lactancia, significó un gran desafío que a la mayoría tomó por sorpresa, y dejó al descubierto el gran peso simbólico de género que hay alrededor de esta práctica, con una idea esencialista de que “naturalmente” o por “instinto” podrían hacerlo, pero que no fuera así les causó frustración, angustia y culpa ante la exigencia médica y social de que debían lograrlo.

Engranaje de lo empírico con la estadística

Los hallazgos de esta tesis aportan una evidencia empírica que podría ser la interpretación cualitativa de los datos cuantitativos que ofrecen instrumentos como la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh), de gran valor para aproximarnos a la magnitud del problema de la violación de derechos de las mujeres, en este caso, durante la atención del parto en los servicios de salud públicos y privados. En ese sentido, ofrezco algunas reflexiones a manera de diálogo con los hallazgos de Castro y Frías (2019) en su estudio sobre los resultados de la Endireh 2016, en la que por primera vez fueron incluidas preguntas para detectar violencia obstétrica.

El autor y la autora destacan que “la prevalencia de la experiencia de haber sido presionada para aceptar la esterilización o la colocación de un DIU presenta la mayor prevalencia en el estrato socioeconómico bajo, y decrece a partir de ahí en la medida en que se incrementa el estrato, de modo que la prevalencia más baja se presenta en el estrato alto (Castro y Frías, 2019: 374-375). Si bien esto está comprobado mediante la posición socioeconómica de las mujeres, es importante considerarlo con el cruce del lugar donde fueron atendidas, pues los resultados de esta tesis demuestran que más que el estrato de las mujeres, lo que determinó la presión para aceptar la esterilización fue el protocolo de la clínica pública donde sucedió, aunque las mujeres tuvieran un alto nivel socioeconómico y académico.

Otras premisas interesantes para el análisis, obtenidas de los datos de la encuesta fueron que los años de educación, el trabajo fuera del hogar, y vivir en un ámbito urbano, son un factor de riesgo para sufrir abuso y violencia durante el parto: por cada año adicional de escolaridad aumenta 2% el riesgo de sufrir este tipo de violencia; y “las mujeres que trabajan fuera del hogar registraron una prevalencia mayor en comparación con las que solo trabajan en el hogar, así como entre las que viven en un ámbito urbano, en comparación con las que viven en un medio rural”, la población urbana tiene un riesgo relativo 21% superior a la población rural (Castro y Frías, 2019: 376).

Para el primer caso, Castro y Frías sugieren que “es posible que al aumentar los años de escolaridad aumente también la capacidad de identificar y reconocer el abuso y maltrato de que se es objeto” (Castro y Frías, 2019: 376). Coincidió con esta inferencia no solo para el primer caso, sino también para los otros dos que señalan como un factor de riesgo para la violencia obstétrica pues, con base en los resultados de mi investigación, podría sugerir que

trabajar fuera del hogar, como todas las participantes de las entrevistas que realicé, y vivir en un ámbito urbano, promueve el aumento de capital social y cultural para ser conscientes de las manifestaciones explícitas de violencia, que otros sectores de mujeres normalizarían o no tendrían la opción de comprobar si fue abuso o no.

Es decir, no es que quienes tienen menor nivel educativo, trabajan en el hogar y viven en zonas rurales no padezcan este tipo de violencia, sino que por sus contextos no la identifican como tal, sino hasta que tiene consecuencias graves como muerte fetal, neonatal o materna, tal como se demuestra con los casos de las recomendaciones de la CNDH.

Y finalmente, no sorprende el dato de que “las mujeres que se atienden en las instituciones estatales de salud tienen un riesgo 353% mayor de sufrir abuso y violencia en el parto en comparación con las que se atienden en clínicas privadas” (Castro y Frías, 2019: 376), yo añadiría, independientemente de su nivel socioeconómico.

Últimos apuntes

Una riqueza de los trabajos de investigación en las ciencias sociales es descubrir nuevos ejes de análisis que no se tenían considerados en un principio, así como efectos no esperados que aportan elementos para el cambio social. En ese sentido, la herramienta que utilicé para la recolección primaria de información, que fue la entrevista, resultó ser un espacio para las mujeres para hablar de un tema del que difícilmente tienen oportunidad de expresar, de ser escuchadas y comprendidas, entre otras razones, porque socialmente no se busca recuperar una experiencia de inconformidades cuando lo “importante” es la atención al recién nacido/a. Sin embargo, es satisfactorio que las entrevistas no solo hayan sido un puente para obtener información, sino también un espacio político para dialogar sobre un problema altamente invisibilizado de violencia normalizada, que permitió la reflexión de las mujeres entrevistadas para, en algunos casos, resignificar su propio proceso, identificar y nombrar violación de derechos, y abrir la posibilidad para que este conocimiento construido conjuntamente, tenga un impacto positivo en sus vidas.

Finalmente, no puedo dejar de mencionar que el último año y medio de elaboración de la tesis ocurrió durante la pandemia por la Covid-19, lo cual implicó nuevos retos para concluirla, desde empíricos en la investigación misma por la dificultad de continuar haciendo

trabajo de campo¹²³, hasta individuales al tener que combinar y equilibrar en el mismo espacio físico, en un horario completo, la vida personal, la académica y la maternidad. Si bien hubo momentos de mucha complejidad para avanzar en tiempo y forma, esta condición me llevó a la inquietud de incluir en la investigación experiencias de partos durante la pandemia, lo cual por los mismos inconvenientes de la nueva dinámica, ya no fue posible.

Sin embargo, me gustaría dejar esta propuesta para futuras investigaciones. Hay evidencias de que la violencia contra las mujeres en los hogares aumentó durante la pandemia, por diversos factores que el encierro detonó; y el otro espacio donde la población compartió el confinamiento por muchos meses fue la institución médica. En este sentido, haciendo alusión al análisis de la jerarquía profesional y de género de esta tesis, que posibilita el ejercicio de la violencia de género, planteo el cuestionamiento de cómo se ha manifestado la agudización de la violencia obstétrica; cómo se ha jerarquizado la atención a las y los pacientes en las instancias de salud (públicas y privadas) y qué lugar ocupan las mujeres con necesidad de atención ginecobstetra; y cómo se movió el índice de cesáreas en un campo donde se ha priorizado la celeridad de los procesos médicos. En sí, qué nuevas condiciones de posibilidad -estructurales, institucionales y subjetivas- se presentan para el ejercicio del derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo en este contexto que sigue mostrando el impacto de lo estructural en lo personal, y viceversa.

¹²³ Las últimas dos entrevistas las realicé por Zoom, sin embargo, considero que el resultado no es el mismo, pues a otras posibles interrupciones se suman las fallas en la conexión y la dinámica familiar del espacio donde se encontraban, es decir, no podían estar totalmente aisladas para la entrevista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarbanell, Linda (2019). Mexico's Prospera Program and Indigenous Women's Reproductive Rights. *Qualitative Health Research* 00(0), 1-15.
- Agudelo, Marcela (2011). Reseña de "De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud" de María del Carmen Castro Vásquez. *Estudios Sociológicos*, 85, 308-313. México: El Colegio de México.
- Ahmed, Sara (2015). *La política cultural de las emociones*. México: UNAM - PUEG.
- Almaguer, José, Hernán García y Vicente Vargas (2010). La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud. *Género y salud en cifras*, 8, 3, 3-12.
- Almaguer, José, Hernán García y Vicente Vargas (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y salud en cifras*, 10, 2/3, 44-59.
- Amuchástegui, Ana y Marta Rivas (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 57, 543-597. México: El Colegio de México.
- Anthias, Floya (2006). Género, etnicidad, clase y migración: interseccionalidad y pertenencia translocalizacional. En Rodríguez, P. (ed.). *Feminismos periféricos*, 49-68. Granada, España: Alhulia.
- Arguedas, Gabriela (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 1.
- Badinter, Elisabeth (1981). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós-Pomaire.
- Badinter, Elizabeth (1993). *XY La Identidad Masculina*. Madrid: Alianza.
- Barroso, Carmen y Sonia Correa (1991). Servidores públicos versus profesionales liberales. *Estudios Sociológicos*, 25, 75-104. México: El Colegio de México.
- Belli, Laura (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética / UNESCO*, 7.
- Bellón, Silvia (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 145-169.
- Bernal, Celina y Cuauhtémoc Escobedo (2018). Cesárea: situación actual y factores asociados en México. *Revista Salud Quintana Roo*, 11, 40, 28-33. México.
- Berrio, Lina (2013). *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*. México: UAM, Tesis de doctorado.

- Berrio, Lina (2015). *Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas*. México: CIESAS.
- Berrio, Lina y Elyse Singer (2016). La salud sexual y reproductiva: Un ámbito de disputa en la construcción de ciudadanía para las mujeres en México. En Cejas, Mónica, *Mujeres frente a las paradojas de la ciudadanía*. México: UAM.
- Bohren, Meghan, Joshua Vogel, Hunter Erin, et al. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12(6), 1–32.
- Bourdieu, Pierre (2000). Algunas propiedades de los campos. En Bourdieu, P. *Cuestiones de sociología*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre (2002). Condición de clase y posición de clase. *Revista Colombiana de Sociología*, 1, 119–141.
- Bourdieu, Pierre (2007). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre y Loïc Wacquant (2005). El propósito de la sociología reflexiva. En Bourdieu, P. y Wacquant, L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Argentina: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron (2008). *El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. México: Siglo XXI.
- Brown, Josefina (2009). Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 2, 10–28.
- Budgeon, Shelley (2015). Individualized femininity and feminist politics of choice. *European Journal of Women's Studies*, 22(3), 303–318.
- Butler, Judith (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- Camacaro, Marbella (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14, 147–162.
- Campiglia, Mercedes (2017). *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*. México: CIESAS. Tesis de doctorado.
- Canevari, Cecilia (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública* (1a ed.). Santiago del Estero: Barco Edita; Facultad de Humanidades Ciencias Sociales y Salud y UNSE.
- Cárdenas, Rosario (2002). La mortalidad materna: ¿Un problema de salud en vías de control?. *Estudios demográficos y urbanos*, 18, 1, 63–93.

- Carrera, Claudia (2015). *La elección de una atención humanizada en tiempos de violencia durante el parto en la Ciudad de México*. En https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/RE_CDMX.pdf. Consultado el 20 de diciembre de 2019.
- Carrillo, Ana María (1998). Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX. *Asclepio*, 2, 149-168.
- Carrillo, Ana María (1999.) Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *Dynamis Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 19, 1-24.
- Casal, Norma y Ma. José Alemany (2013). Violencia simbólica en la atención al parto. Un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Valencia: Index de Enfermería*, 23(1-2), 61-64.
- Castrillo, María Belén (2014). *Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto*. I Jornadas de género y diversidad sexual. La Plata, Argentina.
- Castro, María del Carmen (2008). *De pacientes a exigentes: un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. México. Colegio de Sonora.
- Castro, Roberto (2010). Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México. En Castro, Roberto y Alejandra López, *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: UNAM-CRIM.
- Castro, Roberto (2011). Teoría social y salud. Cap. 4: *La mirada de la fenomenología sociológica en salud*. Buenos Aires: El Lugar Editorial.
- Castro, Roberto (2013). Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva, en Agoff. María Carolina, Irene Casique y Roberto Castro (Coords.). *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. México: Miguel Ángel Porrúa y CRIM-UNAM.
- Castro, Roberto (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 168-197.
- Castro, Roberto y Hugo Suárez (2018). *Pierre Bourdieu en la sociología. El uso del campo y habitus en la investigación*. México: UNAM-CRIM.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti (2009). *Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. Congreso 2009 de la Asociación de Estudios Latinoamericanos. Río de Janeiro, Brasil.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista Conamed*. 19(1), 37-42. México.

- Castro, Roberto y Joaquina Erviti (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: UNAM.
- Castro, Roberto y Marcia Villanueva (2019). El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu. *Sociológica*, 34(97), 73-113.
- Castro, Roberto y Sonia Frías (2019). *De parejas, hogares, instituciones y espacios comunitarios. Violencias contra las mujeres en México (Endireh 2016)*. México: Inmujeres, CRIM-UNAM.
- Castro, Roberto y Sonia Frías (2019b). Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence against women* 00(0), 1-8. México. En: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801219836732>. Consultado el 15 de agosto de 2019.
- CEAV (2016). *Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México*. México: Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.
- Charmaz, Kathy (2002). *Qualitative interviewing and grounded theory analysis*. En Gubrium, Jaber y Holstein, James, Handbook of interview research. Thousand Oaks: Sage.
- Charmaz, Kathy (2013). La teoría fundamentada en el siglo XXI. Aplicaciones para promover estudios sobre la justicia social. En Denzin, Norman y Yvonna Lincoln, *Manual de investigación cualitativa*, 3, 270-325.
- CNDH (2017). *Recomendación general 31/2017*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Coffey, Amanda y Paul Atkinson (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Cohen, Sara (2015) Making loud bodies feminine: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Hum Stud*, 39, 231-247.
- Cohen, Sara (2019). Amigas, Sisters: We Are Being Gaslighted: Obstetric Violence and Epistemic Injustice. En Pickles, Camilla y Jonathan Herring, *Childbirth, vulnerability and law. Exploring issues of violence and control*. Nueva York: Routledge.
- Colanzi, Irma (2014). *De brujas y parteras: Disciplinamiento y violencia obstétrica*. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP. Ensenada, Argentina.
- CONAPO (2016). *Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana*. México: Consejo Nacional de Población.
- CONEVAL (2010). *Índice de Rezago Social 2010*. En <https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/%C3%8Dndice-de-Rezago-social-2010.aspx>. Consultado el 17 de mayo de 2020. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

- Connell, Raewyn (2002). *Gender*. Wiley.
- Connell, Robert (1987). *Gender and Power. Society, the Person, and Sexual Politics*. Stanford University Press.
- Consejo, Carolina (2017). La toma de decisiones en el ámbito de la atención a la salud y el consentimiento informado. En Martínez, V. (coord.), *Consentimiento informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. México: UNAM – IIJ – Programa Universitario de Bioética.
- Coria, Clara (1997). *Amor y dinero, ¿Altruismo maternal versus especulación varonil?. El sexo oculto del dinero*. Formas de la dependencia femenina. Buenos Aires: Paidós.
- Correa, Sonia (2003). *Los Derechos Sexuales y Reproductivos en la arena política*. Montevideo: Aportes al Debate.
- Correa, Sonia y Rosalind Petchesky (2001) en Figueroa, Juan Guillermo (coord.) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: UNAM y Porrúa.
- Crenshaw, Kimberlé (2012). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color, *Stanford Law Review*, 43 (6), 87-122.
- Davis, Laura (2008). Reconocimiento jurídico de los derechos sexuales - un análisis comparativo con los derechos reproductivos. *Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos*, 5(8), 60-83.
- Davis-Floyd, Robbie (1993). The technocratic model of birth. En Feminist theory in the study of folklore. En Tower, Susan, Linda Pershing y M. Jane Young, *Feminist Theory in the Study of Folklore*. University of Illinois Press.
- Davis-Floyd, Robbie (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, 5-23.
- De Miguel, Ana (2003). El movimiento feminista y la construcción de marcos de interpretación. El caso de la violencia contra las mujeres. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 35, 127-150.
- De Miguel, Ana (2005). La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 231-248.
- De Miguel, Ana (2015). *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Valencia: Cátedra- Publicacions de la Universitat de València.
- Douglas, Mary (1998). *Estilos de pensar. Ensayos críticos sobre el buen gusto*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Dreher, Jochen (2012). Fenomenología: Alfred Schütz y Thomas Luckmann. En: *De la Garza Enrique y Gustavo Leyva, Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales*, México: FCE, UAM-Iztapalapa.

- Ehrenreich, Barbara y Deirdre English (2005). *For her own good. Two centuries of the experts' advice to women*. Nueva York: Anchor Books.
- Ehrenreich, Barbara y Deirdre English (2010). *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers*. Nueva York: The feminist press.
- Emmelhainz, Irmgard (2016). *Neoliberalismo y embarazos: hacia un nuevo feminismo*. En: <http://www.eligered.org/neoliberalismo-nuevo-feminismo/>. Consultado el 16 de noviembre de 2019.
- Endireh (2016). *Resumen ejecutivo*. México: INEGI. En https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf. Consultado el 1 de marzo de 2020.
- Erviti, Joaquina (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. En Castro, Roberto y Alejandra López, *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: UNAM-CRIM.
- Erviti, Joaquina, Itzel Sosa, Roberto Castro (2007). Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. *Salud Pública de México*, 49, 161-165.
- Escalante, Fernando (2015). *Historia mínima de El neoliberalismo*. México: El Colegio de México.
- Espinosa, Gisela (2000). *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, El Atajo ediciones, Foro de Mujeres y Políticas de Población.
- Esteban, Mari Luz (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Estévez, Ariadna, y Daniel Vázquez (2017). Introducción. Los derechos humanos frente al capitalismo neoliberal: la raíz de la (des)confianza. En Estévez, Ariadna, y Daniel Vázquez (coords.) *9 razones para (des)confiar de las luchas por los derechos humanos*. México: FLACSO México; CISAN, UNAM.
- Ettorre, Elizabeth y Carol Kingdon (2012). Reproductive regimes: Governing gendered bodies. En Kuhlmann, Ellen, *The palgrave handbook of gender and healthcare*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Federici, Silvia (2010). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Feito, Lydia (2007). Vulnerabilidad. *An. Sist. Sanit. Navar*, 3, 7-22. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos.

- Fernández, Domingo (2015). La mirada médica. Revisitando la interpretación de Michel Foucault. *Anales Médicos*, 60, 306-310.
- Fernández de la Reguera, Alethia (2018). Autonomía. En Moreno, H. y Alcántara, E. (coords.) *Conceptos clave en los estudios de género. Volumen 2*. México: UNAM – CIEG.
- Figueroa, Juan Guillermo, Blanca Aguilar y María Hita (1994). Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos. *Estudios Sociológicos*, XII, 34, 129-154. México: El Colegio de México.
- Findlay, Deborah (1992). The medical gaze: medical models, power and women's health. *Atlantis*, 18, 104-124.
- Fordyce, Lauren y Aminata Maraesa (2012). Introduction. The development of discourses surrounding reproductive risks. En Fordyce, Lauren y Aminata Maraesa, *Risk, reproduction, and narratives of experience*. Tennessee: Vanderbilt University Press.
- Foucault, Michael (1976). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- Foucault, Michael (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. México: FCE.
- Foucault, Michael (2012). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, Michael (2017). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.
- Fraser, Nancy (2009). Feminism, capitalism and the cunning of history. *New Left Review*, 56(56), 97-117.
- Fraser, Nancy (2014). De cómo cierto feminismo se convirtió en criada del capitalismo. Y la manera de rectificarlo. *Debate feminista*, 50, C, 131-134. México, CIEG, UNAM.
- Freedman, Lynn, et al. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ*, 92, 915-917.
- Freidson, Eliot (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Ediciones Península.
- Freyermuth, Graciela (coord.) (2018). *Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. México: CIESAS.
- García, María Antonia (1994). *Élites discriminadas (Sobre el poder de las mujeres)*. Anthropos Editorial.
- García, María Inés (2010). *Foucault y el poder*. México: UAM.
- Geertz, Clifford (1983). *Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- GIRE (2013). *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*. México: Grupo de información en reproducción elegida, AC.

- GIRE (2015a). *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*. México: Grupo de información en reproducción elegida, AC.
- GIRE (2015b). *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. México: Grupo de información en reproducción elegida, AC.
- GIRE (2016). *Memoria: Tribunal simbólico sobre muerte materna y violencia obstétrica*. México: Grupo de información en reproducción elegida, AC.
- GIRE (2018). *La pieza faltante. Justicia reproductiva*. México: Grupo de información en reproducción elegida, AC.
- Golubov, Nattie (2016). Interseccionalidad. En Moreno, Hortensia y Eva Alcántara, *Conceptos clave en los estudios de género*. México: UNAM.
- Gutiérrez, José Luis (coord.) (2011). *Mujeres privadas de libertad ¿Mujeres sin derechos? Diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres privadas de libertad en los estados de Guanajuato, Guerrero, Puebla y Querétaro*. México: ASI Legal, Instituto de Derechos Humanos Ignacio Ellacuría SJ.
- Gynuity Health Projects (2018). Evidencias sobre la partería. Tareas compartidas para la atención de la salud materna y neonatal. La salud sexual y reproductiva. En Freyermuth, Graciela (coord.) *Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. México: CIESAS.
- Harcourt, Wendy (2011). *Desarrollo y políticas corporales. Debates críticos en género y desarrollo*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Hays, Sharon (1993). *The cultural contradictions of contemporary motherhood: The social construction and paradoxical persistence of intensive child-rearing*. San Diego: University of California.
- Head, Janus (2013). Introduction. Concepts and methods in interdisciplinary feminist phenomenology. En Simms, Maria y Beata Stawarska, *Feminist Phenomenology*. Estados Unidos: Trivium Publications.
- Herrera, Cristina (2010). De “pacientita” a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México. En Castro, Roberto y Alejandra López, *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: UNAM-CRIM.
- Jacobson, Nora (2009). Dignity Violation in Health Care. *Qual Health Res*, 19, 1536-1547.
- Jejeehboy, Shireen y Zeba Sathar (2001). Women’s autonomy in India and Pakistan: The influence of religion and region. *Population and Development Review*, 27(4), 687-712.
- Jerez, Celeste (2015). *Partos “humanizados”, clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

- Jodelet, Denise (2000). Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En Jodelet, Denise y Alfredo Guerrero, *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales*. México: UNAM.
- Jordan, Brigitte (1997). "Authoritative knowledge". En Davis-Floyd, Robbie y Sargent, Carolyn (eds.) *Childbirth and Authoritative Knowledge*, Berkeley, University of California Press.
- Kirsch, Jonathan y Marcos Cedeño (1999). Informed consent for family planning for poor women in Chiapas, Mexico. *Lancet*, 354, 419–420.
- Lafaurie, María, et al. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 18(36).
- Lagarde, Marcela (2011). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Siglo XXI editores.
- Lamas, Marta (2001). Mujeres y población: la construcción de la conciencia reproductiva. En Lamas, Marta, *Política y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir*. México: Plaza Janes.
- Lamas, Marta (2018). Aborto. En Moreno, Hortensia y Eva Alcántara (coords.) *Conceptos clave en los estudios de género. Volumen 2*. México: UNAM – CIEG.
- Lazcano, Eduardo, et al. (2013). Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública México*, 55, 2, S214-S224.
- López, Ma. Carmen (2014). Phenomenology and feminism. Daimon. *Revista Internacional de Filosofía*, 63, 45-63.
- López, Olivia (2007). *De la costilla de Adán al útero de Eva. El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX*. México: UNAM-FESI.
- López, Olivia (2010). *El dolor de Eva. La profesionalización del saber médico en torno al cuerpo femenino en la segunda mitad del siglo XIX en México*. México: UNAM-FESI.
- Luna, Ana (2018) *Discursos de la partería. Experiencias y significaciones de la atención del parto en parteras profesionales en la Ciudad de México*. UNAM – Tesis de maestría.
- Lupton, Deborah (1997). Foucault and the medicalisation critique. En Petersen, Alan y Robin Bunton, *Foucault, health and medicine*. Londres y Nueva York: Routledge.
- Lupton, Deborah (2012). *Medicine as culture. Illness, disease and the body*. Londres: SAGE.
- Lupton, Deborah (2012b). Precious cargo: foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health*, 22(3), 329-340.
- Magnone, Natalia (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo.

- Malin, Maili (2003). Good, Bad and Troublesome. *The European Journal of Women's Studies*, 10, 301-319.
- Mancini, Fiorella (2016). Emociones en riesgo. Miedo, vergüenza y culpa en tiempos de incertidumbre laboral. En Ariza, Marina (coord.) *Emociones, afectos y sociología: diálogos desde la investigación social y la interdisciplina*. México: UNAM – IIS.
- Márquez, Alicia (2019). Enfrentando dilemas: práctica de cesáreas en los últimos momentos del embarazo. *Secuencia* (104) e1751.
- Márquez, Viviane (1984). El proceso social en la formación de políticas: el caso de la planificación familiar en México. *Estudios Sociológicos*, 11, 2-3. México.
- Marsico, Gaia (2003). *Bioética: Voces de mujeres*. Madrid: Narcea.
- Martin, Emily (1992). *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon.
- Martínez, Gerardo, et al. (2015). Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(5), 608-615.
- Martínez, Víctor (2017). Elementos esenciales del consentimiento informado. En Martínez, V. (coord.), *Consentimiento informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. México: UNAM – IIJ – Programa Universitario de Bioética.
- Merleau-Ponty, Maurice (1975). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península.
- Miller, Diana (2016). Gender, field, and habitus: How gendered dispositions reproduce fields of cultural production. *Sociological Forum*, 31, 330-353.
- Millett, Kate (1995). *Política sexual*. Madrid: Cátedra.
- Mitchell, Mary y McClean, Stuart (2014). Pregnancy, risk perception and use of complementary and alternative medicine. *Health, Risk and Society*, 16:1, 101-116.
- Montes, María Jesús y Graciela Freyermuth (2000). Creando el nacimiento. Valores reproductivos en el estado de Chiapas. *Cultura de los cuidados*, IV, 7 y 8, 111-115.
- Morgan, Kathryn (1998) Contested bodies, contested knowledges: women, health, and the politics of medicalization. En Sherwin, Susan (coord.) *The politics of women's health. Exploring agency and autonomy*. Philadelphia: Temple University Press.
- Murguía, Adriana, Teresa Ordorika y León Lendo (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23(3), 635-651. Río de Janeiro.
- Murray, Jenna y Cristina Alonso (2018). Riesgo o aliento: la experiencia de una Casa de Partos. Una mirada a las maneras en que las mujeres de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, negocian la atención prenatal y del parto. En Freyermuth, Graciela (coord.)

Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación. México: CIESAS.

- Oakley, Anne (1993). *Women, medicine and health.* Edinburgh University Press.
- Oakley, Anne (2016) The sociology of childbirth: an autobiographical journey through four decades of research. *Sociology of Health & Illness*, XX, 1–17. Londres.
- Odent, Michel (2004). El nacimiento de los mamíferos humanos. *El mundo de la maternidad*, 15, 23-29.
- OMS (2006) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Documentos básicos*, suplemento de la 45a edición.
- ONU Mujeres (1995) *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.* Naciones Unidas.
- Ortner, Sherry (1979) ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?, en Harris, Olivia y Kate Young, *Antropología y feminismo.* Barcelona: Editorial Anagrama.
- Penchansky, María (2018). Aproximaciones teóricas al feminismo neoliberal. *Astrolabio. Revista Internacional de Filosofía*, 22, 204-215.
- Pérez, Iñiga y Cristina Castañeda (2012). *Antecedentes históricos de las parteras en México.* En <http://enfeps.blogspot.com.es/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>. Consultado el 2 de mayo de 2019.
- Pérez, Jorge, et al. (2012). Análisis de 129 casos de mortalidad materna 2011 en la CONAMED. *Revista CONAMED*, 17, 1, S32-S36.
- PNUD (2019). *Informe de Desarrollo Humano Municipal 2010–2015 Transformando México desde lo local.* Ciudad de México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Potter, Joseph (1999). The persistence of outmoded contraceptive regimes: The cases of Mexico and Brazil. *Population and Development Review*, 25, 703–739.
- Pozzio, María (2016). La gineco-obstetricia en México: Entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas*, 24(1), 101–117.
- Ramírez, Alba (2018). El parto en los modelos público institucional y partería tradicional: motivaciones de las mujeres del istmo oaxaqueño. En Freyermuth, Graciela (coord.) *Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación.* México: CIESAS.
- Rangel, Yesica y Alexia Martínez (2017). Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. *Revista CONAMED* 22(4), 166-169.
- Rodríguez, Priscila (2015). *Abuso y negación de derechos sexuales y reproductivos a mujeres con discapacidad psicosocial en México.* México: Disability Rights International y El Colectivo Chuhcan.

- Rosado, Ana Cristina (2018). De la práctica a la reglamentación: la partería frente al discurso médico en México, 1931-1945. En Freyermuth, G. (coord.) *Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. México: CIESAS.
- Rottenberg, Catherine (2014). The rise of neoliberal feminism, *Cultural Studies*, 28(3), 418-437.
- Rottenberg, Catherine (2017). Neoliberal Feminism and the Future of Human Capital, *Journal of Women in Culture and Society*, 42(2), 329-348.
- Ruiz, Joaquín, et al. (2014). Cesárea: tendencias y resultados. *Perinatología y reproducción humana*, 26, 1, 33-40.
- Sadler, Michelle (2003). *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*. Tesis para optar al título de antropóloga social. Chile.
- Sadler, Michelle, Mário JDS Santos, Dolores Ruiz, Gonzalo Leiva, Elena Skoko, Patricia Gillen, Jette Clausen (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24:47, 47-55.
- Saletti, Lorena (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad, *Clepsydra*, 7, 169-183.
- Schild, Verónica (2016). Neoliberalismo en América Latina. *Revista Nueva Sociedad*, 265, 32-49.
- Schraiber, Lilia y Ana d'Oliveira (2014). La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Salud Colectiva*, 10(3), 301-312.
- Schutz, Alfred (1974). *El problema de la realidad social*. Cap. 1: El sentido común y la interpretación científica de la acción humana. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Schwartz, Patricia (2009). La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. *Argumentos. Revista de crítica social*.
- Scott, Joan (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas, Marta (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM-PUEG.
- Sedano, Manuel, Cecilia Sedano y Rodrigo Sedano (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 866-887. Chile.
- Serret, Estela (2011). Hacia una redefinición de las identidades de género. *GénEros*, 9, 71-98.

- Serret, Estela (2014). Libertad contra igualdad. Algunas precisiones sobre los derechos de las mujeres, en González, Luis y Julieta Morales (coords.) *Derechos humanos: actualidad y desafíos*. México: Fontamara, Universidad de Guanajuato.
- Simms, Eva y Beata Stawarska (2013). Introduction: Concepts and Methods in Interdisciplinary Feminist Phenomenology. En Hanus, Jead, *Feminist Phenomenology*. Estados Unidos: Trivium Publications.
- Smith-Oka, Vania (2012). They don't know anything: How medical authority constructs perceptions of reproductive risk among low-income mothers in Mexico. En Fordyce, Lauren y Aminata Maraesa, *Risk, reproduction, and narratives of experience*. Tennessee: Vanderbilt University Press.
- Sosa, Itzel (2018). Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. *Alteridades*, 28 (55), 87-98. México.
- SSA (2013). *Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*. En <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-accion-especifico-planificacion-familiar-y-anticoncepcion-2013-2018-10070>. Consultado el 4 de noviembre de 2019.
- Strauss, Anselm y Juliet Corbin (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Strobl, Ingrid (1994). *Fruto extraño. Sobre política demográfica y control de la población*. Barcelona: VIRUS editorial.
- Suárez, Leticia, Lourdes Campero, Elvia De la Vara, Leonor Rivera, María Hernández, Dilys Walker y Eduardo Lazcano (2013). Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Pública México*, 55, 2, S225-S234.
- Tamayo, Giulia (2001). *Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Centro de la mujer peruana.
- Vallejos, Alfonso, et al. (2016). ¿Las mujeres prefieren las cesáreas?. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(3), 127-129.
- Velasco, María de Lourdes (2016). Emociones, orden de género y agencia. Vergüenza e ira entre mujeres indígenas originarias de Los Altos de Chiapas. En Ariza, Marina (coord.) *Emociones, afectos y sociología: diálogos desde la investigación social y la interdisciplina*. México: UNAM – IIS.
- Viesca, Carlos (2017). Paternalismo médico y consentimiento informado. En Martínez, Víctor (coord.), *Consentimiento informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. México: UNAM – IIJ – Programa Universitario de Bioética.

- Villanueva, Luis (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Género y Salud en cifras*, 8, 3, 21-26.
- West, Candace y Don Zimmerman (1990). Haciendo género. En Navarro, Marysa y Catharine Stimpson, *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Young, Iris (1980). Throwing like a girl: A phenomenology of feminine body comportment motility and spatiality. *Human Studies*, 3, 137-156.
- Zampas, Christina, et al. (2020). Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth. *Health and Human Rights Journal*, 22:1, 251-264.
- Zola, Irving (1999). *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Colombia: Universidad de Antioquía.

ANEXO 1

PERFILES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

1

Aída tenía 32 años cuando tuvo a su hijo, planeó que naciera en las vacaciones de su doctorado, de donde recibía una beca. Estaba casada y su pareja también contaba con un ingreso mensual. Se asume feminista, inició sus consultas con un médico que consideró un machista y decidió cambiarse con otro. Su hijo nació en un hospital privado por cesárea, la acompañó su esposo. Los gastos fueron cubiertos por un Seguro de Gastos Médicos Mayores (SGMM). Ella había tomado un curso psicoprofiláctico, que no le gustó, para prepararse para el parto antes de que el médico le dijera que lo más conveniente era realizarle una cesárea, y leyó varios libros sobre embarazo e historias de cesáreas y partos naturales.

2

Lucila es profesionista, estaba casada y contaba con un ingreso económico propio, tenía 33 años cuando nació su hijo. El médico que la atendió era amigo de su hermana -que es médica- y lo conocía de muchos años atrás. El parto fue en un hospital privado y los gastos fueron cubiertos por un SGMM, decidió que quería entrar sin su pareja. Desde antes del embarazo hacía yoga y continuó haciendo con el propósito de fortalecer su cuerpo porque quería parto natural sin anestesia. Probó en un par de cursos psicoprofilácticos pero no le gustaron, entonces buscó información para prepararse en libros, en Internet y mediante una aplicación móvil se enteraba del desarrollo del embarazo cada semana.

3

Lorena planeó ser mamá regresando de su doctorado en el extranjero. Tenía un trabajo con ingresos económicos propios, al igual que su esposo. Cuando decidieron que quería embarazarse, seis meses antes contrató a un equipo de especialistas (Fit Mommy) que le dieron un plan de nutrición y de ejercicio (como natación y yoga) para prepararse. Además, tomaron un curso psicoprofiláctico y buscó información en internet. Su mamá es asesora de lactancia y doula, y le sugirió buscar una ginecóloga afín al parto humanizado. Finalmente

fue cesárea en un hospital privado que pagaron con un SGMM. Tenía 34 años cuando nació su hijo (siempre había pensado que después de los 30 sería un buen momento).

4

Carolina tiene un doctorado y tenía un ingreso económico propio, desde que tenía 30 años quería ser mamá pero lo aplazaron para que su esposo se estabilizara económicamente. Cuando estaba embarazada se preparó para tener un parto natural cambiando hábitos alimenticios, haciendo yoga, fue a un curso psicoprofiláctico y buscó información en internet porque necesitaba saber todo lo referente al embarazo y al parto. Su esposo es extranjero y sugirió que el parto fuera en su país. Cuando el médico le dijo que tendría que ser cesárea, en donde tomaba el curso le recomendaron pedir otra opinión con un grupo de parteras, como tampoco le resolvieron su situación, se fueron a Estados Unidos, donde fue asistida en un hospital privado por una partera que logró voltear a su bebé, pero por otra complicación finalmente nació por cesárea, ella tenía 36 años.

5

Karina estaba cursando el último semestre de la licenciatura cuando estaba embarazada y también trabajaba, tenía 24 años. Había trabajado con una ginecóloga que practicaba partos humanizados con una perspectiva feminista. Quería tener un parto en agua acompañada por el papá de su hija, que era extranjero y lo conoció en su país, para ello empezó sus consultas en un hospital privado de allá, pero se separaron y al regresar a México continuó la atención en una clínica del IMSS, donde tuvo su parto, pero no en agua. Se preparó por su cuenta con lecturas sobre embarazo y parto, y a través de Internet, pues quería enterarse de lo que le iba a pasar y cómo era el dolor. Durante el proceso la acompañó su mamá.

6

Talina y su pareja intentaron un embarazo durante cuatro años, primero solos, después mediante reproducción asistida y luego con inseminación in vitro; cuando dejaron de intentarlo, un año después, a sus 37 años, se logró el embarazo. Ella estaba estudiando un doctorado, se tomó un año de pausa que estaba permitido en el reglamento de la universidad, pero le suspendieron la beca. Pudieron continuar con los gastos de su plan de parto en un hospital privado con el ingreso económico de su pareja. Por recomendación de su médico contrataron a una doula. Quería tener un parto humanizado porque no quería que la

maltrataran y porque quería que su pareja estuviera con ella, por eso buscó un curso psicoprofiláctico desde que inició los intentos de fertilización.

7

Olivia y su pareja se prepararon para su primer embarazo desde cuestiones legales y económicas: se casaron, se dio de alta en el SGMM y planearon el tiempo para que el seguro pudiera cubrir los gastos del parto en un hospital privado. Empezó a ir con el ginecólogo que la había atendido los últimos siete años, pero decidió tener un parto humanizado y ese médico era partidario de las cesáreas. Por su formación académica en la maestría se le facilitó investigar sobre las recomendaciones internacionales en materia de cesáreas, sobre encuestas y los porcentajes de su práctica en México; con base en esa documentación, cambió de médico. Buscó un curso psicoprofiláctico al que también pudiera asistir su esposo de acuerdo con sus horarios de trabajo. Su primer hijo nació cuando ella tenía 34 años, y el segundo, cuando tenía 36.

8

Adriana, quien se asume feminista, decidió tener una hija desde cinco años antes de estar embarazada, soltera, cuando cumplió 30 años empezó a tomar ácido fólico, dejó de fumar marihuana y de consumir alcohol y decidió llevar una dieta guiada por una nutrióloga para no descalcificarse, pues es vegana. Buscó a una excompañera de un diplomado que era partera, vegana y feminista, quien fue la que la acompañó durante su embarazo y quien asistió su parto en casa. Para fines de la “incapacidad” que requería en su trabajo, iba a consultas en el IMSS, pero más allá de eso no quería intervención institucional, su abuela y su mamá habían sido parteras, ella les ayudaba desde que tenía nueve años y estaba convencida de que así quería su parto. También se preparó con lecturas, por medio de internet y practicó yoga prenatal.

9

Anabel tuvo a su primer hijo a los 22 años y cuando tenía 35 decidió junto con su pareja que querían otro. Embarazada del primero, trabajaba en un hospital de maternidad por lo que tenía conocimiento de varias recomendaciones que tenía que seguir, y aunque hubiera querido practicar yoga y tener más actividad física, su embarazo fue diagnosticado de alto riesgo y no pudo. Con el segundo, se sentía con más información, había hecho una maestría en estudios de género y había trabajado cuestiones de menstruación en un colectivo. Al

principio quería la asistencia de una partera, luego le recomendaron un hospital de parto humanizado, donde inició su seguimiento, pero por un “problema” que no podían atender ahí, continuó en una clínica del ISSSTE, donde contaba con esa prestación por la beca del doctorado que estaba cursando. Por su edad y por el diagnóstico que le hicieron le aseguraron que tendría cesárea, pero ella investigó por su cuenta y continuó con su plan para tener parto.

10

Aitana tenía 22 años cuando nació su hijo, era soltera, estaba en el último semestre de la licenciatura y continuó hasta graduarse. Se autonombra feminista, tomó un curso psicoprofiláctico, yoga prenatal y se documentó sobre el embarazo y el parto. La empezó a atender en el embarazo su ginecóloga de siempre, a quien le dijo que quería un parto humanizado, aceptó en un primer momento, pero después de unos meses le dijo que por el tamaño del bebé tendría que ser cesárea. Su cuñada le recomendó una doula, quien le dio acompañamiento, la asesoró y le ofreció información científica sobre el argumento obsoleto de la médica; asimismo, le sugirió pedir la opinión de otro médico, así fue que se cambió y tuvo un parto en un hospital privado que pagó el papá de su hijo.

11

Julia tiene tres hijos que nacieron por cesárea, el primero fue cuando ella tenía 26 años, la segunda cuando tenía 38 y con el tercero tenía 39. En la entrevista habló principalmente de su última experiencia, en la que tuvo cesárea programada en una clínica de especialidades del IMSS porque su embarazo fue diagnosticado como de alto riesgo. Los primeros dos los había tenido en un hospital particular. Estaba casada. Tiene una licenciatura y 5 formaciones más de su especialidad, con un ingreso económico propio. Había tomado un curso psicoprofiláctico durante su primer embarazo, esperando que fuera parto natural, y tanto ella como su pareja investigaban en libros y en una aplicación móvil sobre el desarrollo del bebé cada semana.

12

Camila decidió tener un parto en agua porque sabía que la recuperación de la cesárea era más lenta, además de que podía tener otras implicaciones. La empezó a atender su ginecólogo de siempre y cuando tomó un curso psicoprofiláctico con una doula, que después la acompañó en su parto, ésta le recomendó un médico de parto humanizado. En el curso

obtuvo información y ella buscó más por su cuenta ante dudas que fue teniendo, como la práctica de la episiotomía. Practicó yoga prenatal. Durante el trabajo de parto pidió que le pusieran anestesia, por lo que tuvo que salir de la tina y el parto no pudo ser en agua. Tenía 35 años cuando nació su hijo, acababa de terminar su doctorado, vivía con el papá de su hijo que contaba con un ingreso económico y cubrieron los gastos del hospital con un SGMM.

13

Paola tiene una maestría, estaba casada, ambos tenían un trabajo remunerado. En un primer momento se informó sobre el parto en agua, no la convenció, pero sí quería un parto humanizado, para el que se preparó. Tuvo seguimiento médico en el ISSSTE, de donde obtuvo su “incapacidad”, pero contrató un paquete en un hospital privado que incluía un curso psicoprofiláctico, seguimiento durante el embarazo por enfermeras obstétricas, asesoría de un nutriólogo, revisión odontológica y clases de yoga. Como parte de las políticas hospitalarias, sólo podía entrar un acompañante al parto, entonces estuvo su esposo con ella, su papá que es médico se comunicaba con ellos por celular para estar monitoreando la situación. Por una emergencia tuvo que ser cesárea y en lo que llegaba el médico que la haría, su papá consideró trasladarla a otra clínica, pero ella se negó. Tenía 29 años cuando nació su hijo.