UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Violencia obstétrica. La partería tradicional en zonas urbanas, como una estrategia para disminuir la violencia en las mujeres durante el parto, una mirada desde la Promoción de la salud

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A

ESTHER GUERRERO SALAZAR

DIRECTORA

DRA. FANNY ESCOBAR MELO

Ciudad de México, octubre de 2023

UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

CA Coordinación Académica

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

ÍNDICE

		Páginas
Introducción		1
Desarrollo Capitular		
Capítulo I. Marco general de la Violencia Obstétrica:		
Fundamentos teóricos, contexto actual y Marco jurídico		
1.1	Promoción de la Salud	4
1.2	Modelo Médico Hegemónico	6
1.3	Historia de la medicalización del parto en México	8
1.4	Historia del concepto de violencia obstétrica	15
1.5	Cifras de violencia obstétrica en México	20
1.6	Marco jurídico en contra de la violencia obstétrica	25
1.7	Experiencia de partería tradicional	30
1.8	Relación con el tema de violencia obstétrica y partería tradicional	54
Capitulo II. Formulación del trabajo		
2.1	Planteamiento del problema	59
2.2	Pregunta de investigación	60
2.3	Justificación	60
2.4	Hipótesis	61
2.5	Objetivos generales	61
2.6	Objetivos específicos	61
Capitulo III. Metodología		
3.1	Procedimiento Metodológico	63
3.2	Métodos	63
3.3	Técnica	64
3.4	Escenario de estudio	65
3.5	Sistematización y descripción del proceso metodológico	66
Capitulo IV. Análisis de resultados		
4.1	Características generales y servicios de salud a los que están afiliadas	77

4.2	Conocimiento sobre violencia obstétrica	79
4.3	Violencia obstétrica durante la atención en el embarazo	82
4.4	Violencia Obstétrica como causa por las que se cambia de institución para la atención.	83
4.5	Experiencias de violencia obstétrica durante la atención de trabajo de parto y parto.	84
4.6	Conocimiento sobre las parteras tradicionales	96
Entrevistas a parteras tradicionales		
4.7	Características generales y servicios de salud al que están afiliadas	99
4.8	Inicio de la partería	103
4.9	Conocimiento y práctica de partería tradicional	104
4.10	Dificultades para ejercer la partería	108
4.11	Reivindicación de la partería	110
4.12	Circunstancias por las que las mujeres se atienden con parteras tradicionales	111
4.13	Experiencias de identificación y atención de las parteras tradicionales sobre violencia obstétrica	113
Capitulo V. Conclusiones		116
5.1	La partería tradicional como un recurso para la disminución de la Violencia obstétrica una mirada desde la Promoción de la Salud.	118
5.2	Reconocimiento y dificultades para la partería tradicional	121
5.3	Propuesta	122
	Reflexión sobre los aprendizajes	123
Bibliografía		125

INTRODUCCIÓN

La atención en el parto desde hace mucho tiempo se ha medicalizado, debido a las características del Modelo Medico Hegemónico y de la organización hospitalaria se han generado condiciones que hacen posible la violencia obstétrica que padecen las mujeres a la hora de parir en las clínicas y hospitales públicos. Al pasar de los años se ha perdido la esencia del parto y de todo lo que la mujer en periodo de gestación y su familia puede sentir al esperar un nuevo integrante de la familia. Así mismo se ha olvidado a la mujer como dadora de vida y se omiten sus necesidades y miedos a la hora de parir ya que el parto se mira como una patología más.

Es por eso que el presente trabajo desde el enfoque de la Promoción de la Salud describe los procesos de medicalización de la gestación y el parto, y cómo esta medicalización cambió la manera de atender los partos pasando de ser una actividad de mujeres parteras que atendían en los domicilios a ser una actividad atendida en clínicas y hospitales por médicos y enfermeras; con estos cambios también se genera lo que actualmente se denomina Violencia Obstétrica. Otro elemento que aborda este trabajo se refiere a la partería tradicional, la cual, forma parte de las expresiones culturales de los pueblos indígenas y tiene una importante presencia en comunidades rurales y urbanas, estas prácticas, de acuerdo a su manera de concebir el parto y posparto, así como otras etapas del embarazo aparece como una opción de atención que recupera el trato digno, respetuoso y el ejercicio de los derechos hacia las mujeres, sus hijos y sus familias.

El concepto de violencia obstétrica se enfoca en las actos violentos que el personal de salud realiza al apropiarse del cuerpo de la mujeres a la hora de parir como lo describe el texto de *Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile* el cual retomamos más adelante, con esto se visibiliza la violencia que las instituciones de salud a través del personal sanitario ejercen hacia las mujeres; como resultado de esta visibilización se ha avanzado en la elaboración de legislación que protege a las mujeres durante esta etapa; sin embargo, la violencia aún existe.

Por otro lado, la partería tradicional es una parte muy importante de este trabajo ya que es un saber tradicional que se ha utilizado desde tiempos remotos, tan así que la historia de la humanizado no puede ser contada sin el quehacer de la partería como la forma del acompañamiento a las mujeres a la hora de parir. Como promotora de la salud encuentro a la partería tradicional como un saber que es necesario preservar y reproducir para que las mujeres dejen de sufrir violencia en las clínicas y hospitales ya que la partería tradicional crea un entorno favorable y respetuoso para las mujeres desde el comienzo del embarazo hasta el momento del parto y el posparto, donde a la mujer se le hace sentir segura, querida y acompañada, sobre todo se respeta cada proceso del parto y el cuerpo de las mujeres ya que el dar vida es un acto que toda mujer debería de vivir de la mejor manera.

A continuación, se presenta un pequeño resumen dé cada capítulo:

En el capítulo uno de este trabajo se puede encontrar todos los subtemas que son base para este trabajo como lo es la Promoción de la Salud y un poco de la historia de cómo nace este concepto, así mismo se hace una pequeña reseña del Modelo Médico Hegemónico, para poder explicar el comportamiento de los médicos hacia los pacientes, la historia de la medicalización también forma parte de este capítulo y como este proceso hizo que la forma de ver el embarazo y parto cambio completamente hasta llegar a las primeras denuncias por parte de mujeres por la violencia que se vivía en el parto dentro de las clínicas y hospitales y con esto el nacimiento en América Latina del concepto de Violencia Obstétrica y todos los Marcos Jurídicos que se crearon para frenar, erradicar y sancionar la violencia hacia las mujeres.

En el capítulo dos se presenta la formulación del trabajo, se describe el planteamiento del problema, en el cual se hace una breve reseña de los datos de interés para realizar este trabajo, las preguntas de investigación, que establecieron de manera más clara el problema que se quería resolver, la justificación en donde se exponen las razones por las cuales se realizó este trabajo, la hipótesis, esta ayudo a dar un rumbo fijo a la investigación debido a que indica que es lo que se estaba buscando en este trabajo y

por último el objetivo general y los específicos que ayudaron a responder las preguntas de investigación y la hipótesis.

En el capítulo tres se describe el abordaje metodológico y los procedimientos, técnicas, planes y estrategias que guiaron el trabajo. Por lo cual en este capítulo se muestran las actividades que se realizaron para recabar los datos necesarios para este trabajo, posteriormente la forma en la que se realizó el análisis de los datos, todo esto utilizando una metodología cualitativa.

En el capítulo cuatro, se procesa toda la información que recopile de las mujeres que han sido atendidas en clínicas y hospitales de los servicios de salud públicos, así como de las mujeres parteras tradicionales.

Para finalizar en el capítulo cinco, se presenta la conclusión de este trabajo en donde se puede justificar de mejor forma la conexión que existe entre la hipótesis los objetivo general y específicos, así como una propuesta desde la mirada de la Promoción de la Salud para poder disminuir la Violencia obstétrica que viven las mujeres dentro de los hospitales y clínicas de los servicios de salud pública, para la participación de las mujeres parteras en los procesos de salud sexual y reproductiva de las mujeres y algunas estrategias para sensibilizar a los médicos que atienen a las mujeres durante el embarazo y parto.

CAPÍTULO 1.

MARCO GENERAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS, CONTEXTO ACTUAL Y MARCO JURÍDICO

En este capítulo se retomaran todos los conceptos y definiciones que son base para este trabajo como lo es el concepto de Promoción de la Salud, también se retoma el concepto del Modelo Médico Hegemónico, para poder explicar el comportamiento de los médicos hacia los pacientes, la historia de la medicalización que forma parte importante de este capítulo ya que este proceso hizo que la forma de ver el embarazo y parto cambiara completamente hasta llegar a ser denunciadas por parte de mujeres y de esta manera se pudiera llegar al concepto de Violencia Obstétrica y todos los Marcos Jurídicos que se crearon para frenar, erradicar y sancionar la violencia hacia las mujeres.

1.1 Promoción de la Salud.

El concepto de Promoción de la salud (PS) surge a través de una necesidad de darle un nuevo significado al concepto de salud ya que se concebía a la salud como " La ausencia de la enfermedad" y por enfermedad se entendía algún signo o síntoma causado por algún virus o bacteria que podía afectar el cuerpo y por ende la salud, con esto se descartaban otros aspectos de la vida que también ocasionaban enfermedades como el estrés, la mala alimentación, la calidad de los alimentos, fumar, hacinamiento etc. las cuales también son importantes por su impacto en la vida de las personas.

Para poder llegar al concepto de Promoción de la Salud que hoy en día conocemos es importante retomar el informe Lalonde (1974) titulado "Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses" y elaborado por el ministro de salud de Canadá Marc Lalonde, presentado ante el Gobierno de Canadá.

El informe Lalonde marcó el inicio de nuevos conceptos para analizar y determinar los problemas de salud, ya que mostró que los servicios de salud solo se dedicaban a atender enfermedades y muy poco a incidir en las causas de las enfermedades más comunes entre la población canadiense y que eran enfermedades no transmisibles,

como la diabetes, problemas cardiovasculares, cáncer etc. Cuatro años más tarde en el mes de septiembre del año 1978 se llevó a cabo en Kazajistán antes Unión Soviética, ahora Rusia la “Declaración de Alma Ata”; durante la Conferencia Internacional de atención Primaria para la Salud organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en la cual se abordaron los problemas de salud que afectarían a las personas en los siguientes años. La novedad y la relevancia de la Declaración de Alma Ata, radica en que se vinculó la salud con las condiciones de vida, la economía, los fenómenos sociales y la vida en comunidad; con lo que se dio pie, ya en 1986 en Ottawa Canadá, a la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (PS). En esta conferencia participaron 38 países, y en ella el concepto de Promoción de la Salud surgió como una estrategia para “reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno de lo político, para lograr mejorar las condiciones de salud en el mundo*”* (Restrepo, 2022, p.26). La Carta de Ottawa, producto de esta conferencia define el concepto de PS y plantea los escenarios para el ejercicio de la PS, la cual está destinada a favorecer la salud de las personas y de las comunidades.

> La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar fisco mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas, por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar transciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (Organización Mundial de la Salud, 1986, p.1)

Con esto podemos darnos cuenta que la PS no trata solo de individuos sino del trabajo con comunidades con culturas y tradiciones diversas, no solo de salud física sino

también de salud mental, emocional y social; también de la salud en grandes ciudades y en comunidades rurales e indígenas; la salud en cualquier etapa de la vida y en cualquier contexto histórico y cultural; en pocas palabras la salud integral para todos. En base a esto, las estrategias de la PS señalan lo siguiente: la PS participa en la construcción de políticas públicas saludables, que consiste en elaborar políticas de salud que favorezcan a las comunidades e identifiquen las problemáticas y se pueda dar soluciones viables; crear entornos saludables que favorezcan la creatividad y generen efectos positivos en la salud de las personas, no solo en momentos recreativos si no también crear entornos saludables en la casa y en el trabajo; fortalecer la acción comunitaria, en la cual las comunidades participen en la toma de decisiones y en la creación de entornos favorables; el desarrollo de aptitudes personales en donde se provea a las personas de las herramientas necesarias para la toma de decisiones que tengan que ver con su salud en todas las etapas de su vida; reorientar los servicios de salud; tener acceso a un sistema de salud que garantice una atención digna para todas las personas.

Después de esta conferencia otras más le siguieron con el propósito de fortalecer las acciones en PS reafirmando el compromiso con la PS y con las acciones a realizar.

Por lo tanto, podemos decir que la PS inicia un cambio enorme en el concepto de salud ya que rompe con la visión tradicional de salud y se enfoca en otras áreas de la vida, que el concepto biomédico de salud no suele abordar. La PS constituye un campo de estudio muy amplio y dada la complejidad de esta se apoya en otras disciplinas, manteniendo su propia esencia en la búsqueda y construcción de la salud para todas las personas.

1.2 Modelo Médico Hegemónico

El Modelo Médico Hegemónico (MMH), según Eduardo. L .Menéndez, en 1988 es

> un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes,

ideologías, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad" (p.451).

Este se caracteriza por ser biologicista, ahistórico, asocial, individualista, y de eficacia pragmática, características que sólo cumplen funciones curativas-preventivas, lo que ocasiona que muchas de las prácticas de los médicos sean normalizadas y medicalizadas. Todo esto debido a que este modelo está más enfocado en el segundo y tercer nivel de atención en salud, estos niveles solo se dedican a diagnosticar, dar tratamiento y en algunos casos rehabilitación, lo que ocasiona que el primer nivel de atención pierda importancia y se deja de ver a las personas de un modo integral y tomando en cuenta aspectos tanto físicos, mentales, emocionales y sociales los cuales forman parte de cada una de las personas y cambian según su cultura y tradiciones y que son importantes para la Promoción de la Salud (Menéndez, 2020).

En América Latina el antropólogo y sociólogo Eduardo Menéndez ha hecho una crítica sobre el MMH, el cual tiende a medicalizar los problemas de salud y está centrado en la enfermedad y la curación individual, en donde existe una relación asimétrica de poder por parte del personal médico y las mujeres que acuden a las instituciones de salud la cual violenta de manera constante y cotidiana los derechos de la mujeres.

Algunas de las características más específicas del MMH son las siguientes:

- Biologicismo, se enfoca en la biología y los procesos fisiológicos del cuerpo.
- Individualismo, se enfoca en el individuo como principal responsable de su salud y bienestar.
- Paternalismo médico, los médicos asumen una posición de autoridad y toma de decisiones sin consultar al paciente.
- Medicalización de la vida cotidiana, tiende a ampliar el alcance de la medicina a aspectos de la vida cotidiana que no necesitan intervención médica

Por lo cual se puede decir que este modelo se caracteriza por el dominio del saber y el conocimiento de los médicos respecto al de sus pacientes, el cual lleva a los médicos a prescribir, manejar y controlar la toma de decisiones de los pacientes excluyéndolos del saber sobre su enfermedad y las opciones y procedimientos de los tratamientos, lo cual

convierte a los pacientes en objetos de información y nunca de comunicación. (Menéndez, 2020, p.4)

Así mismo existen algunas medicinas que tratan de cambiar el MMH como lo son, la medicina psicosomática, la medicina humanista, la atención primaria integral, la medicina holística, la antipsiquiatría, la medicina social crítica, las propuestas de reducción de daños y de reducción de riesgos, así como toda una variedad de recuperaciones de las medicinas tradicionales, paralelas y complementarias, pero a pesar de estos intentos muchas de estas medicinas desaparecen o son incorporadas al MMH de manera forzada y redirigida por este modelo de atención como es el caso de la Partería tradicional.

1.3 Historia de la medicalización del parto en México.

El desarrollo de la medicalización cambió la forma de ver y de vivir los procesos naturales de las diversas etapas de la vida, ya que de ser procesos naturales se abordaron como patologías a detectar, tratar y curar; y el parto no ha sido la excepción, sino que este también se transformó en una cuestión medicalizable y es por eso que la atención de los partos ha ido a la par de diversas intervenciones y maniobras biomédicas y técnicas que son violentas para las mujeres, aunado al hecho común de que al momento de acudir a las clínicas y hospitales las mujeres encuentran ambientes hostiles, donde deben de esperar en salas incómodas, con personas que no conocen y al ingresar a las salas de labor de parto son agredidas. Sin duda la manera en la que los encargados del sector salud en la actualidad llevan a cabo el proceso y el desarrollo del parto conlleva una atención altamente medicalizada.

Para describir este proceso de medicalización del parto, retomemos inicialmente la definición de La Valle, (2014) quien propone la medicalización como *"*el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretenden resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino son sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales" (p. 68).

Este concepto se propone durante la primera mitad del siglo XX, en donde la enfermedad era vista como un problema solo de la gente pobre que "hace referencia a

un proceso social, un cambio, una trasformación que convierte a la medicina en una estrategia biopolítica proveyendo una tecnología específica para el control del cuerpo social" (Valle, 2014. p.68).

Entre los años 1950 y 1960, este concepto comenzó a tomar fuerza en los movimientos de la antipsiquiatría, que cuestionaban los tratamientos relacionados con la salud mental. En 1968 el sociólogo Jesse Pitts lo incorporó a algunos de sus textos, y fue hasta ese momento que otros autores se dieron cuenta que la medicalización no era un fenómeno único de la psiquiatría, ya que ocurría en todas las áreas de la salud. Se cuestionó el modelo de salud el cual miraba a las personas como sujetos pasivos, dependientes de los tratamientos y del sistema en el que se manejaba, el cual solo beneficiaba al Estado, al capital (industria farmacéutica) y a los profesionales de la salud.

Por lo anterior, la medicalización se entendió como un control médico en el que "cualquier problema se definía como una condición médica" (Murguía et al., 2016. p. 640), fue así que, en el aspecto mercantilista, las farmacéuticas comenzaron a jugar un papel muy importante, ya que el diagnóstico de alguna enfermedad convirtió a los pacientes en consumidores, beneficiando a esta industria, la cual interviene en el curso de condiciones naturales de la vida como la alimentación, la sexualidad, el embarazo, el parto, la menopausia y la vejez, las cuales desde la perspectiva médica se transforman en procesos de enfermedades.

El parto es uno de los procesos de reproducción de la vida que ha sido más patologizado y medicalizado, de acuerdo con Ana María Carrillo (1998), en 1750, la corona española, dirigida por el rey Felipe VI, promulgó una ley en la cual se ordenaba que, tanto en España como en sus dominios, todas las parteras fueran examinadas y vigiladas por el Real Protomedicato, el cual se encargaba de vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias. Esta ley llegó a la Nueva España (México) hasta 1806, durante este tiempo las parteras solo eran toleradas y continuaban trasmitiendo su conocimiento de generación en generación; según los médicos realizaban esta actividad con poca higiene, es por eso que inmediatamente se incorporó esta ley a las

actividades sanitarias, en donde se remplazaría a las parteras, por parteras profesionales las cuales serían capacitadas por médicos.

Antes de esto, durante la época colonial (1535-1810) existía una lucha de poderes en el territorio ya que los médicos españoles y criollos, miraban a todos aquellos que no poseían un título universitario como "intrusos", los cuales no tenían el conocimiento ni la preparación para diagnosticar: "los barberos, flebotomianos y parteras eran consideradas como actividades manuales y los farmacéuticos eran vistos como unos comerciantes", aunque, entre la población los médicos aún tenían poca confiabilidad "ya que carecían aun de estatus, de educación teórica y práctica y sus diagnósticos eran poco acertados" (Carrillo, 1998, p.176), aun así el gremio médico señaló como peligrosas las prácticas médicas populares y con esto comenzó una persecución de médicos hacia parteras y de diferentes estrategias por parte del Estado para profesionalizar a las parteras. No fue sino hasta finales de la Guerra de Independencia que el gobierno comenzó el proceso de institucionalización de los médicos, tolerando la permanencia de otras prácticas populares aunque con menosprecio ya que se pensaba que seguían siendo de utilidad y complemento para la medicina, siempre y cuando éstas prácticas y sus practicantes estuvieran bajo control y supervisión, por lo cual se fue limitando su práctica y para ejercerlas se volvió indispensable contar con títulos de estudio (Carrillo, 1998) Durante el siglo XIX, se llevaron a cabo diversos proyectos de institucionalización y profesionalización tanto de la atención del parto, como de la formación de médicos y parteras, los cuales son momentos históricos muy importantes que influyeron en la concepción y atención del embarazo, parto y puerperio en México.

Este proceso tardó algunos años ya que los cursos se impartían en las escuelas de medicina como La Academia de medicina de México y el Real colegio de cirugía, en donde hasta ese momento solo eran aceptados hombres pero debido a la profesionalización de las parteras fueron aceptadas mujeres a las cuales se les exigían cumplir ciertos requisitos como demostrar su pureza de sangre, lo cual hacía referencia a venir de una "*buena familia"*, "*buena conducta",* ser mayor de edad, saber lo básico de la aritmética, así como saber leer y escribir. Estos cursos duraban cuatro años y eran impartidos por médicos; la formación incluía materias como anatomía y fisiología

del cuerpo de las mujeres, fisiología del embarazo, higiene en el embarazo, parto, puerperio y lactancia, asepsia, anestesia y antisepsia obstétrica, se procuraba que la práctica y atención de los partos fueran en las clínicas bajo el control y la supervisión de los médicos y fue hasta 1841 cuando la primera partera profesional se tituló.

Con esto, las exigencias de los médicos aumentaban en torno a la profesionalización de las mujeres que se encargarían del parto, entre los requisitos se les solicitaba, además, una licencia expedida por la Junta médica que aprobara sus conocimientos y que ya había tomado los cursos requeridos, a las autoridades competentes se les exigía que se vigilara con más precaución y cuidado el ejercicio de la partería.

En 1861 por iniciativa del presidente Benito Juárez, comenzó la creación de escuelas de medicina dedicadas específicamente a la atención del embarazo, parto y puerperio (obstetricia). En estas escuelas, no solo se enseñaba sino también se atendía a las mujeres y los estudiantes podían hacer prácticas si se necesitaba, lo cual comenzó a crear un conflicto interno ya que las mujeres no eran tratadas con respeto hacia sus cuerpos y su integridad. Los médicos estudiantes realizaban maniobras dolorosas como el tacto vaginal y el uso de instrumentos como los fórceps, espejos vaginales y pelvímetros; entre las "nuevas técnicas" usaron el cloroformo para adormecer a las mujeres durante una cesárea, la cauterización del útero con nitrato de plata, el uso de la silla de parir, el uso de oxitócina lo que ocasionó una inconformidad en las mujeres. La respuesta de los médicos ante las inconformidades de estas prácticas fue proponer la construcción de "hospitales que dependieran de las instituciones académicas y donde las pacientes supieran que estaban obligadas a retribuir el servicio que iban a demandar, sufriendo todos los inconvenientes que traía consigo un hospital" (Carrillo, 1998, p. 176).

La creación de estas escuelas-hospitales aceleró el desplazamiento que las parteras profesionales y tradicionales sufrieron al ser remplazadas por médicos hombres con conocimientos en ginecología y obstetricia. Lo anterior generó descontento en la población ya que las mujeres preferían ser atendidas por parteras por cuestiones de pudor, comodidad y prejuicios del marido a que su mujer fuera vista o tocada por otros

hombres. Los médicos hacían denuncias que afectaban a las parteras de manera que estas no ejercieran su profesión, con el discurso de que su “medicina estaba fundamentada científicamente, lo cual provocó que la atención en el embarazo y el parto fuera visto como un saber quirúrgico al que solo ellos tenían acceso” (Carrillo, 1998, p. 183).

A pesar de los intentos médicos por desplazar a las mujeres de este saber algunas de ellas siguieron ejerciendo la partería, atendían a las mujeres en casa desde el comienzo del embarazo hasta el final del puerperio, éstas no cobraban algún sueldo y estaban atentas a las necesidades de las mujeres; de manera que, con la creación de la partería profesional, los saberes de la partería tradicional se mezclaron con los conocimientos médicos.

Con la instauración de la ginecología como especialidad en 1887 se intensificó aún más la presión para controlar a las parteras, pero esto no dio buen resultado ya que la población seguía acudiendo a las parteras tradicionales porque se consideraba que tenían un mayor conocimiento, ya que atendían desde problemas de esterilidad, detener el aborto, regular la contractilidad uterina en mujeres que pueden tener partos prematuros ya que este es el momento en que las mujeres comienzan el trabajo de expulsión del bebé, aumentar la producción de leche y fortalecer a las mujeres después del parto. Por el contrario, los médicos seguían utilizando técnicas muy invasivas y peligrosas, además de que no eran empáticos con sus pacientes, las cuales por mucho tiempo fueron atendidas con parteras en donde se sentían más seguras y mejores acompañadas, pero para 1890 eran ya indispensables en todos los partos atendidos por médicos utilizar las técnicas ya antes mencionadas. (A.M. Carrillo, 1998)

En 1892 durante el gobierno de Porfirio Díaz el Ministerio de Gobernación publicó el Reglamento para las parteras tituladas, que era un instrumento para regular desde la profesión médica la partería tradicional, así como también marcar una jerarquía entre ellas y los médicos a los cuales se les consideraba los portadores de un saber científico que debían de trasmitir a las mujeres, en 1894 se aprobó por completo este reglamento en donde además de la constante vigilancia, se aplicaban multas a todas

las que no cumplían con los procedimientos y en casos reincidencia se les prohibía ejercer. (Carrillo, 1998, p. 167).

No fue hasta la “instauración de la enfermería en México durante 1898 que existió un cambio y se habilitó a las mujeres el papel de atender a otras personas en las clínicas y hospitales por medio de la enfermería” (Torres Galán et al., 2007, p. 142).

En el trascurso del siglo XX las parteras tradicionales y sus prácticas fueron desapareciendo poco a poco, y existió un cambio en la atención prenatal ya que esta paso a la consulta médica y la atención del parto en el hogar a un ambiente hospitalario, debido a que los médicos consideraban que las parteras no tenían conocimientos científicos lo cual aumentaba el riesgo de mortalidad infantil, por procedimientos mal hechos y poco higiénicos, creando una imagen de la partería tradicional de ignorancia e imprudencia.

En 1910 la medicalización en el parto era evidente ya que la mayoría de los partos eran atendidos por los médicos, y enfermeras las cuales comenzaron a tomar protagonismo en los hospitales de la ciudad.

Si bien el concepto de violencia obstétrica aun no existía, se puede observar que el trato violento hacia las mujeres comenzó desde que los médicos implementaron desde técnicas quirúrgicas hasta el uso de cloroformo para el dolor y que de esta manera las mujeres pudieran parir. Junto con esta violencia, las parteras siguieron siendo desplazadas, este acontecimiento fue mucho más evidente con el paso del tiempo pues solo les estaba permitido atender partos de bajo riesgo, además de que tenían que convencer a las mujeres de que fueran atendidas en las clínicas.

En 1930 la partería ya se podía considerar como un oficio que tenía una especialidad pero que aun así estaba supervisado por un médico y el respaldo de la institución médica, en 1936, debido al crecimiento poblacional, el Estado impulso los servicios sanitarios en comunidades rurales, donde se señalaba que la atención materna estaba a cargo de médicos, en donde estos también debían de capacitar a las parteras y tener un control sobre ellas, pero fue hasta 1944 con la creación de Instituto

Mexicano del Seguro Social (IMSS) la gran mayoría los partos fueron atendidos en las clínicas y hospitales de esta institución, y aunque la presencia de las parteras profesionales fue clave para que la población acudiera a las clínicas, ya que esta era la única institución de salud que incluyo parteras como parte del personal regular de atención obstétrica, éstas eran vigiladas constantemente por médicos y para 1945 la partería tradicional se convirtió en una profesión regulada por el Estado, debido a la inserción del Reglamento de Profesiones, en el cual toda mujer que quería ejercer la partería debía tener un título expedido por instituciones educativas autorizadas. (Freyermuth, 2018)

> En 1960 el IMSS dejo de contratar parteras y cuando una de ella dejaba su lugar no era sustituida por otra partera sino pasaron a la asistencia de los médicos y enfermeras las cuales fueron desplazando a la partería profesional y las parteras tradicionales ya solo atendían en las comunidades más lejanas, de esta manera los médicos terminaron por desplazar a las parteras en los hospitales y en las regiones urbanas (Carrillo, 1998, p. 190).

Para el siglo XXI podemos observar la institucionalización del parto dentro del ambiente hospitalario y en donde las parteras tradicionales atienden solo en comunidades rurales muy lejanas.

Debido a esto en 2004 el Estado comenzó a promover otro tipo de seguridad social, ahora con el nombre de Seguro Popular, el cual brindaba atención materna a toda la población rural, la cual no contaba con todo lo necesaria para atender a las mujeres y la cual solo aceptaban para poder ser beneficiarias de algunos programas sociales.

Aunado a esto y debido a que la mayoría de los partos se atienden en hospitales, existe una sobresaturación de los servicios de salud, además de que no siempre contaban con el personal ni con los recursos para brindar una buena atención

En 2011 se aprobó el código de labores para la contratación de parteras técnicas dentro de las instituciones de salud, en 2014 la guía de práctica clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, la cual promueve la labor de

las parteras tradicionales y en 2016 en la Norma oficial mexicana 007, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, y la atención de la persona recién nacido,* la cual hace énfasis en el trabajo de las parteras como prestadoras calificadas para la atención de un parto de bajo riesgo, pero todas ellas tiene el mismo objetivo subordinar a las parteras a la labor del médico. (Freyermuth, 2018).

A pesar de todo esto la partería tradicional en México sigue ofreciendo servicios de salud, que van desde la atención de las mujeres en todas las etapas de vida, desde la primera menstruación, problemas de infertilidad, consultas durante el embarazo y parto y todo esto fuera de las clínicas y hospitales.

1.4 Historia del concepto de Violencia Obstétrica.

Durante mucho tiempo se pensó que el embarazo y el parto era la tarea principal de las mujeres y con esto ha existido un control social sobre su sexualidad y el disfrute de ésta. Junto con este control, los procesos de medicalización del parto arriba detallados derivaron en diversas prácticas médicas que convirtieron a las mujeres en objeto de intervención quirúrgica, maltratos y violencia de diversos tipos. Estas violencias comenzaron a ser denunciadas por los movimientos feministas a finales de los años 90 del siglo XX, en los cuales “Las mujeres reflexionaban sobre la manera en la que la institución médica se apropió de sus cuerpos y experiencias, destacan los trabajos sobre la usurpación y control de los médicos, en su mayoría varones, de la reproducción y del parto” (Murguía et al., 2016, p.638).

1.4.1 Parto humanizado

En torno a estas reflexiones, denuncias y avances en materia legislativa y de derechos comenzó a formarse un concepto el cual describe una forma de atención al parto centrándose en las mujeres el cual se denominó “parto humanizado”.

Se llama parto humanizado a aquel modelo en que durante la atención del parto

> Se toman en cuenta las necesidades y emociones de las mujeres y su pareja durante los procesos que comprenden al embarazo, parto y puerperio, con el objetivo de que las mujeres vivan la experiencia del nacimiento como un momento especial placentero, en condiciones de dignidad humana donde las

> mujeres sean 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 (González et al., 2012, p.45).

El parto humanizado, se propone de manera crítica al proceso histórico mundial que se vive y hace frente al modelo convencional medicalizado, el cual impide que las mujeres vivan el embarazo como un proceso natural y sin tomar en cuenta sus necesidades, emocionales, culturales y sociales, sin perspectiva de género, y sin atender las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

> La atención a las mujeres debe comprender desde el embarazo hasta el puerperio y debe de dar un peso muy importante al recibimiento del recién nacido y su desarrollo, por lo cual debe de recibir alimento y afecto de manera inmediata, en un contexto de disminución de trauma, violencia y bajo el respeto de los derechos humanos. Así mismo, se deben respetar los siguientes procesos: (González et al., 2012, p. 45)

a) Reconocer a la madre y a su hijo como los verdaderos protagonistas, además de respetar las necesidades individuales de cada mujer, pareja y el modelo en que se desarrolle esta experiencia.
b) No inferir rutinariamente este proceso natural, solo se debe intervenir en situación de riesgo.
c) Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
d) Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio, además de promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
e) Respetar la decisión de la mujer sobre quien desea que la acompañe en el parto.
f) Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido evitando someterle a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación si no es necesario.

Este tipo de atención al parto se fue incorporando a diversas leyes de los países de América Latina. En el 2004 Argentina fue uno de los primeros países que incorpora el concepto de parto humanizado en la ley 25.929, la cual establece diferentes derechos que las mujeres pueden ejercer en el momento del embarazo, parto y puerperio, entre ellos se menciona “el derecho a estar informada sobre las intervenciones médicas que se pudieran realizar, ser tratada con respeto y cautela en su intimidad, considerar su cultura, ser considerada una persona sana, al parto natural y ser informada sobre la evolución de su embarazo, parto y el estado de su hija o hijo” (Díaz García y Fernández M., 2018,p.131).

El concepto de parto humanizado buscaba evidenciar de alguna forma la violencia que las mujeres sufren en las etapas del embarazo, parto y puerperio y así mismo reforzar el vínculo entre la madre y el hijo al momento del nacimiento.

Así mismo este concepto fue utilizado para generar un cambio, cuando el concepto cambia a violencia obstétrica este enfoca la mirada hacia los que ejercen la violencia responsabilizando o denunciando abiertamente al personal de salud de un área específica y también esta concepción visibiliza la crueldad que las mujeres sufrían en el embarazo, parto y puerperio, (el trato deshumanizado, la medicalización y patologización durante estas etapas) y como todo sucedía en una etapa donde las mujeres estaban completamente vulnerables.

1.4.2 Definición de Violencia obstétrica

Antes de comenzar a definir la violencia obstétrica (V.O) es necesario conocer cuál es la definición de violencia, la cual se define como ”toda acción u omisión que, basada en su género y derivado del uso y/o abuso del poder, tenga por objeto o resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico, patrimonial, económica, sexual o la muerte a las mujeres, tanto en el ámbito público como privado, que limite su acceso a una vida libre de violencia” (Vida Libre de Violencia, s/f)

Con lo anterior podemos comenzar a conocer cómo es que el concepto de V.O nace, a partir de una lucha constante para que las mujeres puedan ejercer sus derechos, ser tratadas con dignidad e igualdad y visibilizar la violencia que sufren durante el

embarazo, parto y puerperio, ya que ha sido una de las formas de violencia que por muchos años fue ocultada e invisibilizadas en el ámbito hospitalario.

El antecedente más relevante para la definición de la violencia obstétrica surge en Venezuela cuando el 19 de marzo del 2007 se promulga la "La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia". La V.O se definió como:

> La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Redondo, 2017, p.3).

Esta ley aborda temas como la dignidad e integridad física de las mujeres, la libertad sexual, de las mujeres, los tipos de violencia como violación y los actos de acoso sexual, a los que son constantemente son sometidas, no sólo por personal médico, sino también por instituciones de gobierno y la propia sociedad, en donde aún se reproducen relaciones y estructuras sociales que mantienen sometidas a las mujeres en razón de género. (Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007)

Posteriormente en el año 2009 Argentina aprobó la ley 26.485

Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, en esta ley se plantea también a la V.O como "aquélla que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales" (Díaz García y Fernández, 2018, p.132).

Estas legislaciones permitieron que se catalogaran las conductas que forman parte de la violencia hacia las mujeres durante el embarazo parto y puerperio que son:

> No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, obligar innecesariamente a parir en posición supina y con las piernas levantadas, impedir sin causa el apego, alterar injustificadamente el proceso natural del parto mediante técnicas de aceleración, practicar cesáreas innecesarias y la esterilización forzada (Díaz García .et al, p.132).

A esto también se le sumaron dos sanciones para los médicos y médicas que incumplieran con estas leyes, las cuales van desde el pago de una multa o la cárcel para los que practican la esterilización sin consentimiento de la parturienta.

1.4.3 Violencia obstétrica en México.

En México la atención del parto es del 98 % dentro del sistema público de salud, debido a la política del año 2000 de que las mujeres parieran dentro de los hospitales, lo que provocó serias deficiencias ya que, en lo estructural los servicios de salud son distribuidos de manera inadecuada, se utilizan clínicas de primer nivel de atención por falta de equipo y personal o incluso de recursos financieros y los hospitales públicos están sobresaturados y enfrentan carencia de insumos y medicamentos, lo que ha llevado a un porcentaje altísimo de cesáreas innecesarias y el uso rutinario de prácticas dolorosas e innecesarias para las mujeres y las mujeres no están conscientes de los abusos que sufren ya que no conocen otro tipo de atención debido a que durante mucho tiempo se normalizo la atención hospitalaria abusiva y sobremedicalizada. Así mismo existe discriminación hacia las mujeres pobres e indígenas de las cuales se espera que sean obedientes, dóciles y receptivas (Quattrocchi y Magnone, 2020).

En el año 2007 nace la *“Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”*, esta ley se centra en la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, acoso sexual y las modalidades de violencia familiar, laboral, docente e institucional pero aún no consideran ni incluye el fenómeno de la violencia obstétrica. Para el año 2010 el Gobierno federal anuncio a través de su publicación de “Género y Salud en cifras” Volumen. 8 No.3, diferentes artículos sobre el tema de V.O de manera que se mira a la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y patriarcal.

Hasta el 1 de agosto de 2014 el Estado de Guerrero tipificó como delito la V.O, en el artículo 202 sección III; como el *"*Acto u omisión que impida u obstaculice la atención oportuna y eficaz en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas o altere sus procesos reproductivos sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer" (Informe GIRE 2015, s/f).

Posteriormente el 24 de diciembre de 2014 en el Estado de Chiapas se publicó una reforma al Código penal donde se establece como delito la V.O y en 2015 el Código Penal del Estado de Veracruz, en su artículo 363 menciona las acciones que el personal de Salud comete hacia las mujeres y las tipifica como violencia obstétrica y aplica sanciones para todos aquellos que violen esta ley (Informe GIRE 2015, s/f).

1.5 Cifras de violencia obstétrica en México.

Pese a los avances en materia legislativa, los datos evidencian que aún hace falta mucho para erradicar la V.O en México.

En nuestro país, los casos de V.O se reportan en las principales instituciones públicas y privadas de salud. Las instituciones públicas son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR) los cuales reciben una contribución de tres sectores, que son el gubernamental, del empleador y el empleado, otro era el Seguro Popular (ahora IMSS Bienestar), en el cual se pedían cuotas de recuperación según la situación económica de las personas (Dantes Gómez et al., 2011).

Como se mencionó anteriormente el termino de V.O en México se comenzó a utilizar en el año 2007 con la *"Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia"* pero no fue hasta el año 2016 cuando la V.O se comenzó a medir de manera oficial, el encargado de esto fue el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) a través de la *"Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares"* (ENDIREH), esta encuesta visualiza los tipos de violencia que enfrentan las mujeres de 15 años en adelante, en diferentes ámbitos sociales, el objetivo fue conocer

la gravedad de violencia que viven las mujeres, además de esto es la primera encuesta en todo México en tener un apartado especial sobre V.O, en donde se visualizan diferentes conductas violentas que las mujeres viven en las clínicas y hospitales Nacionales (INEGI, 2016).

Para obtener los datos sobre V.O, el universo de mujeres encuestadas fue de 32,8 millones de entre 15 a 49 años de edad: los principales resultados fueron:

El 8.7 millones tuvieron al menos un parto en los últimos cinco años, y

- El 3.7 millones tuvieron un hijo por cesárea,
- De las cuales un 33.4% de las mujeres reportaron haber sufrido violencia por parte del personal médico durante su parto en los últimos cinco años.

Los estados de la República Mexicana con la mayor proporción[1] de casos fueron:

- Estado de México con 39.5
- Ciudad de México 39.2
- Tlaxcala 37.7
- Morelos 37.2
- Querétaro 36.9

Los de menor proporción son:

- Nuevo León 26.9
- Chihuahua 26.3
- Guerrero 26.3
- Chiapas con 20.8

De acuerdo a esta misma encuesta, ENDIREH, durante la estancia de las mujeres en los hospitales y clínicas las experiencias de violencia a las cuales están sometidas son (proporción):

[1] La Proporción es la medida estadística más simple que puede adscribirse a una variable binaria. La proporción expresa la frecuencia con que se encuentra la variable de interés, dentro del conjunto total de datos de una población

- Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron esterilizaron para ya no tener hijos sin preguntarle o avisarle.
- Se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones 4.8
- Le dijeron cosas ofensivas o humillantes 7.0
- La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta 9.2
- La presionaron para que aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos 9.2
- La ignoraban cuando preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé 9.9
- Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho 10.3
- Le gritaron o regañaron 11.2

Las instituciones de salud que más violentan a las mujeres fueron:

- Hospitales y clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 40.8%
- Centros de salud 34.7%
- Clínicas y hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 30,7 %,
- Hospitales privados 18.2%,
- Consultorio de médico particular 17.7 %
- Parteras 4,5 %. (INEGI, 2016)

En el 2021 en esta misma encuesta (ENDIREH) se entrevistaron a un total de 140,784 en todo el país del 4 de octubre al 30 de noviembre, esta encuesta arrojo los siguientes datos los Estados que más prevalencia de violencia obstétrica sufren en todo el país son: (INEGI, 2021)

- San Luis Potosí 38.9%
- Tlaxcala 38.5%
- CDMX 38.5%

De menor prevalencia

- Tamaulipas 25.4 %
- Tabasco24.2%
- Chiapas 18.8%

Durante la estancia de las mujeres en los hospitales y clínicas las experiencias de violencia a las cuales están sometidas son (proporción):

- Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron esterilizaron para ya no tener hijos sin preguntarle o avisarle 4.3
- Se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones 3.8
- Le dijeron cosas ofensivas o humillantes 6.4
- La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta 7.2
- La presionaron para que aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos 9.7
- La ignoraban cuando preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé 9.0
- Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho 8.0
- Le gritaron o regañaron 11.0
- No dio permiso para que le hicieran cesárea 8.6
- No le informaron de manera que pudiera comprender porque era necesaria la Cesárea 8.6
- La obligaron para que firmara algún papel sin informarle que o para que era 1.4
- La pellizcaron o jalonearon 1.0

Cuadro. (1) Comparación de conductas violentas durante el parto 2016-2021 (proporción)		
Conductas violentas	2016	2021
Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron esterilizaron para ya no tener hijos sin preguntarle o avisarle.	4.2	4.3
Se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones.	4.8	3.8
Le dijeron cosas ofensivas o humillantes.	7.0	6.4
La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta.	9.2	7.2
La presionaron para que aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos.	9.2	9.7
La ignoraban cuando preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé.	9.9	9.0
Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho.	10.3	8.0
Le gritaron o regañaron.	11.2	11.0
No dio permiso para que le hicieran cesárea.	No hay información	8.6
No le informaron de manera que pudiera comprender porque era necesaria la cesárea.	No hay información	8.6
La obligaron para que firmara algún papel sin informarle que o para que era.	No hay información	1.4
La pellizcaron o jalonearon.	No hay información	1.0
Conductas que disminuyeron		
Conductas que aumentaron		
Conductas que se agregaron		
Fuente: (Elaboración propia)		

En el cuadro 1 podemos observar de manera más clara algunas formas de violencia que las mujeres sufren dentro de las clínicas y hospitales por parte del personal médico, es claro darnos cuenta que hubo una disminución entre 2016 y 2021 pero también que nuevas conductas de violencia obstétrica se agregaron a este listado en el 2021 como lo son:

- No dio permiso para que le hicieran cesárea.
- No le informaron de manera que pudiera comprender porque era necesaria la cesárea.
- La obligaron para que firmara algún papel sin informarle que o para que era.
- La pellizcaron o jalonearon.

Así mismo entre los años 2016 y 2021 existió una disminución de V.O en algunos Estados de la república y en otros más existió una disminución que incluso salió de la lista de los Estados que ejercen más V.O, cuadro (2).

Cuadro. (2) Comparación de Estados con más incidencia de Violencia Obstétrica, entre 2016 y 2021.

2016	2021
Estado de México con 39.5 %	San Luis Potosí 38.9%
Ciudad de México 39.2 %	Tlaxcala 38.5%
Tlaxcala 37.7 %	CDMX 38.5%
Morelos 37.2 %	
Querétaro 36.9 %	
Fuente: (Elaboración propia)	

Con estos datos se puede concluir que la V.O sigue siendo una constante en la vida de las mujeres dentro de los hospitales y clínicas de los servicios públicos de salud y a pesar de que algunas conductas violentas por parte del personal de salud han disminuido un poco, existen otras más que se agregan a esta lista además de esto, varios Estados de la república mexicana dentro de sus clínicas y hospitales no han disminuido la V.O, todo lo contrario, aumenta y aumentan las situaciones violentas que viven las mujeres.

1.6 Marco jurídico contra la violencia obstétrica

La violencia contra las mujeres es una manifestación constante en diversos ámbitos de la vida; de manera particular, el embarazo, parto y puerperio se considera como una etapa de gran vulnerabilidad debido a los cambios que experimentan las mujeres tanto a nivel biológico como social. Esto vuelve relevante abordar el marco jurídico existente

en relación a los derechos que resguardan a las mujeres durante esta etapa; para ello se abordarán los marcos internacionales signados por México y su aplicación a nivel nacional.

Internacional

Declaración Universal de los Derechos Humanos

Esta declaración fue adoptada en la asamblea de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, ese mismo año México firmo su compromiso para hacerla cumplir, pero fue hasta 1992 que fue elevada a rango constitucional.

Los artículos siguientes protegen la dignidad de las personas, el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de su persona,

> Artículo 1. “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. (p.4)
>
> Artículo 3 “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. (p.8)
>
> Artículo 5. “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. (p.12)
>
> Artículo 25. Apartado 2. “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”. (p.52)

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales (PIDESC)

Este pacto entro en vigor hasta el 3 de enero de 1976 pero en México fue hasta el año de 1981 que lo firmo y se comprometió a cumplirlo.

El Artículo 10, apartado 2 menciona que “Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social” (PIDESC, 1966).

La Convención Interamericana para Prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. (Convención de Belem Do Para)
Este pacto entra en vigor el 3 de enero de 1976 dentro de la Convención de Belem Do Para, pero es hasta 1995 cuando México la firma y hasta 1998 la ratifica para hacerla cumplir.

> Artículo 1 deja muy claro que esta convención tiene como objetivo definir la violencia contra las mujeres: *“*Debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (p.1)
>
> Artículo 3. *“*Se protege la vida y a vivirla sin ningún tipo de violencia, ni en el ámbito público ni el privado**,** en general este tratado cuida y protege los derechos humanos, específicamente de la mujeres en todos los ámbitos de la sociedad y da consejos para que los Estados parte de este tratado puedan seguir y así mejorar la calidad de vida de las mujeres*”.* (p.2)

Nacional
<u>Constitución Política de la Estados Unidos Mexicanos</u>
Esta es el marco jurídico que rige al país, está escrita la forma de gobierno, así como los poderes en que se estructura el país, también contiene nuestros derechos y obligaciones como ciudadanos.
El Artículo 1 de la Constitución Política de la Estados Unidos Mexicanos dice:

> “Todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá

> restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece" (2021, p.1).

Por lo tanto, México debe de cumplir con todos los tratados y leyes internacionales que ha firmado y que se muestran anteriormente.

Ley General de Salud (LGS)

Esta ley publicada el 24 de marzo de 2023, establece las Normas que todas las instituciones de Salud tanto Pública como privadas deben de seguir para mejorar la calidad de los servicios de salud, en ésta se habla de los cuidados maternos que debe de seguir el personal de salud;

> Artículo 3. Plantea la atención médica en beneficio de los grupos más vulnerables, y tienen en primer lugar los servicios que corresponden a la atención materna infantil, planificación familiar (p.2).
>
> Artículo 27. Protege los derechos a la protección de la salud considerando a la maternidad como un derecho que se tiene que proteger (p.16).

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.

Protege específicamente las etapas de embarazo, parto y puerperio y el buen cuidado de estas a través del abastecimiento de ácido fólico, hierro y multivitamínicos así como la planificación familiar y el control de infecciones de transmisión sexual desde la perspectiva de los Derechos Humanos; indica que el personal de salud tiene que actuar de una manera ética y profesional para evitar daños obstétricos y riesgos para la salud en las mujeres y el recién nacido, otro factor importante que refleja es la violencia que en sus diferentes formas puede tener un efecto negativo en la salud emocional y física de las mujeres embarazadas y esto generar complicaciones graves en su salud.

Esta norma se debe aplicar en todo el territorio nacional, en todos los hospitales y clínicas tanto del sector salud como el privado.

Códigos penales

En México solo los Estados de Chiapas, Veracruz y Guerrero tienen códigos penales que protegen a las mujeres en las etapas del embarazo, parto y puerperio; en Veracruz:

> Artículo 363: dice que "A todas las mujeres en etapa de embarazo parto y puerperio se les debe brindar atención oportuna y eficaz, que no altere el proceso de parto natural sobre todo cuando es un parto de menor riesgo, así mismo mantener informada y obtener consentimiento de las mujeres al realizar alguna maniobra, debe existir un trato digno y respetuoso sin ofensas hacia las parturientas que pueda inhibir la libre decisión de su maternidad, también debe permitírseles el apego del recién nacido a la madre a menos de que exista una causa médica para que esto no pueda ocurrir" (2010, p.78).

En lo que refiere a las sanciones tenemos como ejemplo:

El código penal para el Estado libre y soberano de Guerrero Número 499, 2017 en el:

> Artículo 202. "Se le impondrán de dos a ocho años de prisión y multa de doscientos a quinientos días de salario mínimo a quien por razones de género, cause a persona de otro sexo, daño o sufrimiento económico, físico, obstétrico, patrimonial, psicológico, sexual o laboral tanto en el ámbito privado como en el público, afectando los derechos humanos o la dignidad de las personas" (2017, p.159).

En Chiapas existe el código penal para el estado de Chiapas en el capítulo VII TER

> Artículo 183 Ter. "Comete el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad. Con independencia de las lesiones causadas, al responsable del delito de violencia obstétrica, se le impondrá la sanción de uno a tres años de prisión y hasta doscientos días de multa, así como suspensión de la profesión, cargo u oficio,

por un término igual al de la pena privativa de libertad impuesta, y el pago de la reparación integral del daño" (2017, p.65).

Constitución política de la Ciudad de México (2017)

Artículo 3. Sección 1: "La dignidad humana es principio rector supremo y sustento de los derechos humanos. Se reconoce a toda persona la libertad y la igualdad en derechos. La protección de los derechos humanos es el fundamento de esta Constitución y toda actividad pública estará guiada por el respeto y garantía a éstos" (2017, p.18).

Artículo 4, Seccion1: "En la Ciudad de México las personas gozan de los derechos humanos y garantías reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados e instrumentos internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, en esta Constitución y en las normas generales y locales. Los derechos humanos, en su conjunto, conforman el parámetro de regularidad constitucional local" (2017, p.20).

Artículo 6.F1. Derechos sexuales y reproductivos: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, voluntaria e informada tener hijos o no, con quién y el número e intervalo entre éstos, de forma segura, sin coacción ni violencia, así como a recibir servicios integrales para acceder al más alto nivel de salud reproductiva posible y el acceso a información sobre reproducción asistida" (2017, p.24).

1.7 Experiencias de partería tradicional

Según la OMS la partera tradicional es "la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por si misma o por aprendizaje con otras parteras*"* (Organización Mundial de la Salud, 1993).

Este concepto propuesto desde una instancia global reduce el trabajo que las parteras realizan en sus comunidades, ya que desde la perspectiva del occidental se limita su labor a la atención en el momento del parto.

Sin embargo, en sus contextos ellas también se encargan de cuidar a las mujeres durante todas las etapas y ciclos de la vida: desde la primera menstruación, el embarazo, el puerperio, también atienden problemas de esterilidad y de la vida sexual y reproductiva; estas atenciones se conjugan con sus conocimientos sobre plantas y otros recursos medicinales y de atención. Durante el trabajo de parto permiten que las mujeres que están pariendo puedan tomar agua y en ocasiones algunos alimentos, como lo pueden ser almendras, nueces o algún otro tipo de semillas, también admiten que las mujeres estén acompañadas y que puedan caminar y acomodarse de tal manera que la mujer que está pariendo se sienta cómoda.

La partería tradicional arraiga un conjunto de tradiciones y herencia cultural, como la lectura de la placenta también las parteras tradicionales en las comunidades son personas que de acuerdo a sus prácticas culturales y cosmovisión son señaladas y escogidas a través de señales como los sueños u otro tipo de eventos; la partería es un *don*, que se fortalece a través del aprendizaje con otras parteras que guían su camino así mismo al pertenecer a una comunidad ellas son participes de las decisiones de la comunidad y su voz es escuchada.

En lo que refiere a las relaciones comunitarias hablan el mismo idioma que las mujeres de la comunidad, dan apoyo físico y mental a las parturientas, acomodan al bebé y de acuerdo con cada cultura se encargan de cumplir con sus rituales y la cosmovisión de cada zona, ellas son portadoras de un conocimiento cultural y es por eso que el trabajo de las parteras es más amplio y complejo que solo atender a las mujeres durante el parto.

Por todo este trabajo que hacen las parteras y su importancia a nivel comunitario, es necesario su reconocimiento y respeto por parte de las instituciones de salud, además de que protege los derechos humanos de las mujeres y en especial el derecho **“al nivel más alto de atención de la salud”,** debido a que brindan a las mujeres servicios de atención de salud sexual y reproductiva, materna y neonatal de la mejor eficacia.

1.7.1 Otras cifras de Partería tradicional en México

A principios del 2020 un nuevo virus llamado SARS-COV2 causante de la enfermedad COVID-19 se empezó a propagar en el mundo con gran rapidez, provocando que ciudades enteras paralizaran sus actividades y que el personal de salud se enfocara en las personas contagiadas. En México se dio la instrucción de que todos los niños y niñas en edad escolar, personas mayores de 60 años, personas con enfermedades como hipertensión, diabetes, enfermedades cardiacas o pulmonares y mujeres embarazadas o en la etapa de puerperio se quedaran en casa, ya que los contagios seguían en aumento y ellos eran las poblaciones más afectadas.

Previo a la pandemia de COVID- 19, se cuenta con alguna información relacionada con la atención del parto y la partería tradicional. Al analizar la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares de 2016, se contabilizan a las mujeres que han sido atendidas por parteras y estas presentan un mínimo de violencia, pero también esto puede ser porque ya pocas mujeres son atendidas por parteras en la República Mexicana, es por eso que este apartado analizaremos un poco la partería en México. Como ya lo mencionamos anteriormente, la atención en el embarazo, parto y puerperio en México ha cambiado constantemente del nacimiento en el hogar con parteras a ser atendidas en clínicas y hospitales de salud por médicos hombres. Alrededor de este tiempo, el saber de la partería ha tenido que sobrevivir a todos estos cambios y reglas que en algunas ocasiones ha sometido a las mujeres que realizan esta práctica; a pesar de esto, aún existen mujeres que ejercen este saber. Para 2014, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), contabiliza un total de 15 mil parteras tradicionales, 23 parteras técnicas que ejercen su profesión en los Estados de Guerrero, Veracruz, San Luis Potosí, Puebla y Tabasco y 78 parteras profesionales que están registradas, a pesar de que la partería no ha muerto por completo en nuestro país es necesario que exista un marco jurídico de acuerdo a las necesidades y requerimientos de este saber, para protegerlo y que las mujeres lo puedan ejercer sin ningún problema.

Durante la pandemia por COVID-19 se tomó en cuenta a muchas mujeres parteras tanto profesionales como tradicionales para poder atender partos de bajo riesgo. En

diferentes estados del país, registros del IMSS bienestar muestran que durante la pandemia más de 6 mil parteras voluntarias rurales en 18 estados de la república atendieron con eficacia partos de bajo riesgo en casa, con esto se intentaba mantener a las mujeres resguardas para no contagiarse de COVID-19 (Gobierno de México, 2021).

1.7.2 Marcos jurídicos relacionados con la partería tradicional

Los marcos jurídicos internacionales, son los principales generadores para la elaboración de normas, las cuales definen las responsabilidades y obligaciones que se establecen entre los diferentes países que componen la comunidad Internacional, por lo cual a través de los tratados, declaraciones, convenios y asambleas se deben proponer marcos jurídicos que resguarden culturas, saberes y sobre todo que garanticen derechos humanos de todas las personas.

Respecto a la partería tradicional las acciones institucionales han detenido el trabajo de las parteras tradicionales, pese a la existencia de los marcos internacionales y nacionales que proponen proteger el reconocimiento, la protección y la práctica de saberes incluyendo la partería tradicional.

En este capítulo, se muestran los marcos jurídicos más relevantes respecto a la medicina tradicional, desde el nivel internacional hasta el nivel local de la Ciudad de México.

Interesa establecer el marco jurídico en que se inscribe el reconocimiento y protección de los conocimientos y saberes tradicionales respecto a la salud, así como el derecho al ejercicio de estas prácticas relacionadas con dichos conocimientos.

Con este marco, se podrá reflexionar sobre la posibilidad de retomar la partería tradicional como un recurso comunitario en salud sexual y reproductiva sin dejar de lado, las problemáticas y retos que existen en tanto patrimonio de los pueblos indígenas.

Marco Internacional

Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas 2007

> Artículo 12.
>
> Los pueblos indígenas tienen derecho a manifestar, practicar, desarrollar y enseñar sus tradiciones, costumbres y ceremonias espirituales y religiosas; a mantener y proteger sus lugares religiosos y culturales y a acceder a ellos; a utilizar y controlar sus objetos de culto, y a obtener la repatriación de sus restos humanos (2007, p.6).
>
> Artículo 24. 1.
>
> Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. (2007, p.10).

La Organización internacional del trabajo (OIT),

La Organización internacional del trabajo (OIT), en el año de 1991 en su convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales; reconoce el trabajo de los pueblos con el objetivo de mostrar sus instituciones y formas de vida y que estos tomen el control de ellas. De dicho convenio destacamos los siguientes Artículos:

> Artículo 2. Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad (p.21).
>
> Artículo 5. Los gobiernos deberán reconocer y proteger los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectivos como individualmente; deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos (p.25).

> Artículo 22. Los gobiernos deberán de proporcionar programas de formación profesional, el cual debe responder a las necesidades de cada comunidad y se deben de basar en el entorno económico, condiciones sociales y culturales; todo estudio se debe de hacer con la cooperación de los pueblos, los cuales deben de ser consultados sobre la organización y el funcionamiento (p.49).
>
> Artículo 25. Los gobiernos deberán de proporcionar servicios de salud dignos los cuales les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su responsabilidad; los servicios de salud deberán de organizarse a nivel comunitario y con la cooperación de los pueblos, se debe de tener en cuenta sus condiciones geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención y prácticas curativas y medicamentos tradicionales (p.53).

También existen algunas conferencias que hablan de la partería y de su protección, pero desde la perspectiva de profesionalizar este saber y la definen en dos categorías

- Partería tradicional: Es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras
- Partería adiestrada: Estas han seguido un cursillo de adiestramiento en centros modernos de asistencia sanitaria para mejorar su competencia y estas forman parte del personal de atención primaria de salud (Organización Mundial de la Salud, 1993).

Estrategia de Partería 2018-2030

Esta estrategia está impulsada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Conferencia Nacional de Matronas la cual se centra en la mejora de la calidad y disponibilidad de la educación de las parteras en el mundo.

Esta estrategia tiene como meta que todas las mujeres tengan acceso a los servicios y cuidados de partería de calidad, también reafirma la importancia de las parteras y las estrategias para fortalecer el trabajo de estas mujeres, sus límites y sus alcances, así como también la ayuda que éstas pueden brindar en temas de salud sexual, como por ejemplo, infecciones de trasmisión sexual, mutilación genital, violencia de género.

También promueve las escuelas de partería que garanticen una educación de calidad para las mujeres (UNFPA, 2019).

La más reciente declaración sobre el trabajo de las parteras en el mundo es la de *El estado de las matronas en el mundo 2021,* la cual describe los problemas que por el confinamiento por la pandemia de covid-19 tuvieron los servicios de salud y cómo esto afectó los servicios de salud sexual y reproductiva, con esto reafirma el apoyo a las parteras y describe que éstas deben de gozar de garantías como un buen trato, ocupar puestos de liderazgo, que tengan posibilidades de avanzar en al ámbito laboral y que no se obstaculice su labor (UNFPA, 2021).

Como tal, la partería tradicional no cuenta con legislaciones Internacionales que protejan y resguarden su práctica de manera específica, ya que ésta se incluye como parte de los sistemas de salud de los pueblos indígenas y de los sistemas de salud pública que han querido capacitar y profesionalizar parteras tradicionales con el objetivo de incluirlas en el sistema de salud actual.

Marco Nacional

Cuando los países parte de las organizaciones internacionales firman algún tratado, declaración o convenio están en la obligación de cumplir con éste, por lo cual nuestro país ha incluido en su marco jurídico el reconocimiento y protección de la partería tradicional, desde el enfoque de la preservación de conocimientos sobre medicina tradicional y los derechos de los pueblos indígenas a sus propios sistemas de salud. Esta inclusión está contenida en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en otras leyes y normas que la regulan:

<u>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</u>

> Artículo 2
>
> La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas,

> o parte de ellas. La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas (2021, p.2).

> Artículo 4
>
> Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el Estado en la materia, así como el ejercicio de sus derechos culturales. El Estado promoverá los medios para la difusión y desarrollo de la cultura, atendiendo a la diversidad cultural en todas sus manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa. La ley establecerá los mecanismos para el acceso y participación a cualquier manifestación cultural (2021, p.10).

Ley General de Cultura y Derechos Culturales

Esta ley fue publicada el 19 de junio de 2017 en el diario oficial de la federación, su objetivo es regular y proteger el patrimonio inmaterial de las comunidades indígenas, así como también de sus propiedades intelectuales, producciones artísticas y literarias, hace énfasis en la protección de los habitantes de las comunidades al decir que tienen los mismos derechos y obligaciones.

Hasta aquí, los documentos mostrados exponen que la medicina tradicional se enmarca en un contexto de derechos de los pueblos indígenas, sin embargo, a nivel nacional y a través de las leyes generales, estos derechos van acompañados de una serie de acciones institucionales que norman las instituciones de salud.

Ley General de Salud (LGS)

> Artículo 6, IV Bis. “Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social” (Ley General de Salud, 2022, p.5).

> VI Bis. “Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas” (Ley General de Salud, 2022, p.5).
>
> Artículo 64, IV. “Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio” (Ley General de Salud, 2022, p.27).
>
> Artículo 93. La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos” (Ley General de Salud, 2022, p.59).

De esta ley se deriva su reglamento, en el cual se define la figura con la que se integra a las parteras tradicionales en el sistema de salud. Dicha categoría es el “**personal no profesional autorizado”**; así mismo se definen las funciones que le son autorizadas así como la capacitación y regulación de sus prácticas, sus obligaciones y los casos de sanción.

<u>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica</u>

Este reglamento fue publicado en 14 de mayo de 1986, siendo su última reforma oficial fue el 17 de agosto de 2018.

> Artículo 102. “Para los efectos de este Reglamento, se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años” (p.17).

Artículo 103. “El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica a que se refiere el artículo anterior, podrá prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población” (p.17).

Artículo 104. “Las actividades de los auxiliares para la salud en obstetricia se sujetarán a lo que establece la Ley, este Reglamento y las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría y serán ejercidas bajo el control y vigilancia de la propia dependencia del Ejecutivo Federal” (p.17).

Artículo 107. “El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de salud en obstetricia, para inscribirse en los cursos de actualización de conocimientos en la materia, deberán contar con la autorización a que se refiere el artículo 102 del presente Reglamento” (p.17).

Artículo 109. ”La Secretaría realizará periódicamente la supervisión de los servicios que presten y las actividades que realicen el personal a que se refiere el artículo 102 del presente Reglamento” (p.17).

Artículo 110. El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios en materia de obstetricia podrá:

1. Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso a la Secretaría;
2. Prescribir los medicamentos que en esos casos se requieran de acuerdo a las normas oficiales mexicanas que para dicho fin emita la Secretaría,
3. Realizar las demás actividades que determine la Secretaría (p.17).

Artículo 112. El personal no profesional a que se refiere el artículo 102 tendrá las siguientes obligaciones:

1. Enviar al establecimiento de atención médica más cercana, los casos de embarazos patológicos o en los que se presuma la posibilidad de partos o puerperios patológicos.

2. Comunicar de inmediato a la Secretaría los casos de partos o puerperios patológicos, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina con ejercicio legalmente autorizado.
3. Dar la información que solicite la Secretaría y facilidades en la supervisión de las actividades que realicen.
4. Asistir a las reuniones de información a las que sean citados por la Secretaría; y en su apartado **V** dice:

Acudir a los cursos de actualización de conocimientos que imparta la Secretaría o las instituciones autorizadas por la misma para dicho fin.

5. Rendir trimestralmente a la Secretaría información sobre las actividades efectuadas y sus resultados.
6. Dar a aviso a la Secretaría de los casos de cualquier enfermedad transmisible de los que tenga conocimiento o sospecha fundada.
7. Dar a aviso a la Secretaría de sus cambios de residencia.
8. Las demás obligaciones que establezca la Ley, este Reglamento y demás disposiciones aplicables. (p.18)

Artículo 114.- Será sancionado el personal no profesional autorizado de salud en obstetricia que incurra en las siguientes infracciones:

1. Omitir el refrendo de la autorización
2. No acudir a los cursos de actualización de conocimiento en la materia
3. Omitir el auxilio a que este obligado (p.19).

En general por actos u omisiones que impliquen el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la Ley y sus disposiciones reglamentarias.

<u>NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.</u>

Esta norma se habla de las parteras tradicionales capacitadas como mujeres que pueden atender un parto siempre y cuando sea de menor riesgo en las siguientes secciones

1. La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas. (Secretaría de Gobernación, 2016).
2. Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidas con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado (Secretaría de Gobernación, 2016).

Con esta revisión encontramos que los derechos respecto a la medicina tradicional, se van diluyendo en su implementación en las leyes generales, reglamentos y normas que se han implementado, lo cual nos lleva a repetir patrones de desplazamiento de las parteras tradicionales y a medicalizar el parto.

Marco Local Ciudad de México (CDMX).

Desde 1824, la actual CDMX era llamada Distrito Federal, ya que albergaba los poderes ejecutivos, legislativos y judiciales y con esto estaba subordinado por el Estado Federal, fue hasta el año 2016 que se integró como el estado número 32 de los Estados Unidos Mexicanos y con esto cambió su nombre a Ciudad de México. Con lo que implica este cambio la CDMX adquirió nuevos derechos, como participar en la aprobación de reformas constitucionales, acceder a fondos federales y tener su propia constitución, la cual se promulgó el 5 de febrero de 2017 y entró en vigor hasta el 2018, esta constitución se considera una constitución progresista e innovadora, ya que integra muchos grupos sociales que por años han sido excluidos, como lo son los pueblos o barrios originarios, estos son:

> Los descendientes de poblaciones asentadas en el territorio actual de la CDMX desde antes de la colonización y del establecimiento de las fronteras actuales además de que conservan sus propias instituciones sociales, económicas y culturales, tradición histórica y cosmovisión además de que tienen conciencia de su identidad como pueblo originario (Gobierno de la Ciudad de México, 2019).

En este Marco Jurídico se muestra un reconocimiento y protección de la partería tradicional, desde la preservación de conocimientos sobre medicina tradicional y los derechos de los pueblos originarios.

Constitución política de la Ciudad de México (CDMX)

Artículo 2. “La CDMX es intercultural, tiene una composición plurilingüe, pluriétnica y pluricultural sustentada en sus habitantes; sus pueblos y barrios originarios históricamente asentados en su territorio y en sus comunidades indígenas residentes. Se funda en la diversidad de sus tradiciones y expresiones sociales y culturales” (2017, p.17).

Artículo 4. “En la CDMX los ciudadanos gozan de derechos humanos y las garantías reconocidas en la constitución política y los tratados internacionales y nacionales.” (2017, p.20).

Artículo 59.

B1. Los pueblos originarios de la CDMX tienen libre autonomía. Se entenderá como su capacidad para adoptar por sí mismos decisiones e instituir prácticas propias para desarrollar sus facultades económicas, políticas, sociales, educativas, judiciales, culturales, así como de manejo de los recursos naturales y del medio ambiente, en el marco constitucional mexicano y de los derechos humanos (2017, p.165).

B8. Administrar y formular planes para preservar, controlar, reconstituir y desarrollar su patrimonio cultural, arquitectónico, biológico, natural, artístico, lingüístico, saberes, conocimientos y sus expresiones culturales tradicionales, así como la propiedad intelectual colectiva de los mismos. Concurrir con el Ejecutivo de la Ciudad de México en la elaboración y determinación de los planes de salud, educación, vivienda y demás acciones económicas y sociales de su competencia, así como en la ejecución y vigilancia colectiva de su cumplimiento (2017, p.66).

- H2. “Los pueblos y barrios originarios y comunidades indígenas residentes tienen derecho a sus prácticas de salud, sanación y medicina tradicional,

incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Se reconoce a sus médicos tradicionales" (2017, p.169).

- H3. "La Ciudad de México apoyará la formación de médicos tradicionales a través de escuelas de medicina y partería, así como la libre circulación de sus plantas medicinales y de todos sus recursos curativos" (2017, p.169).

Así mismo la CDMX reconoce los derechos de los pueblos y barrios originarios a través de la siguiente ley que establece claramente el derecho de los pueblos y barrios originarios (para la CDMX) al ejercicio de sus prácticas tradicionales en salud.

Ley de derechos de los pueblos y barrios originarios y comunidades indígenas residentes en la Ciudad de México.

En esta ley, además de los pueblos y barrios originarios se reconoce a las comunidades indígenas residentes y el trámite administrativo para tal reconocimiento:

> Artículo 8. Comunidades indígenas residentes: Las comunidades indígenas residentes son una unidad social y cultural de personas pertenecientes a un mismo pueblo indígena del país, procedentes de una misma región, conscientes de su identidad comunitaria y que se han asentado de manera colectiva o dispersa en la Ciudad y que, en forma colectiva, reproducen total o parcialmente sus instituciones y tradiciones. Para su reconocimiento ante la Secretaría, podrán registrar sus mesas directivas u órganos de representación, incluyendo el número de personas integrantes, y contar con el aval de la comunidad de origen (2019, p.8).

Artículo 33. Derechos culturales

I. "Preservar, revitalizar, utilizar, fomentar, mantener y transmitir sus historias, lenguas, tradiciones, filosofía, sistemas de escritura y literatura, danza y juegos tradicionales" (Gobierno de la Ciudad de México, 2019).
II. "El respeto, fortalecimiento, preservación y desarrollo de su patrimonio cultural material, inmaterial y natural, así como de sus saberes bioculturales" (2019, p.21).

Artículo 36. Salvaguarda de saberes y conocimientos tradicionales

1.”Los pueblos, barrios y comunidades tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas”… (2019, p.23).

2. “Los derechos de los pueblos, barrios y comunidades sobre sus conocimientos, saberes y prácticas colectivas son inalienables e imprescriptibles y forman parte de su patrimonio cultural intergeneracional” (2019, p.8).

3. El Gobierno de la Ciudad creará un mecanismo de resguardo, salvaguarda y protección de los conocimientos y saberes colectivos de los pueblos, barrios y comunidades vinculados a sus recursos biológicos y utilizados en la medicina tradicional que considere sus procesos de adquisición, ejercicio, prácticas y complementación, así como las formas de transmisión y reproducción de los conocimientos, a partir de un enfoque de derechos, interculturalidad, de género y complementariedad; asimismo, serán protegidas, preservadas y resguardadas las plantas, los minerales, las semillas, los animales, hongos medicinales y otros recursos vinculados a sus saberes y conocimientos, de conformidad con la legislación aplicable, contemplando los siguientes aspectos:

I. El derecho de los pueblos a mantener la secrecía de sus conocimientos colectivos;

II. El derecho a dar su consentimiento previo, libre e informado para el acceso, uso y aplicación del conocimiento colectivo;

III. El derecho a la copropiedad y coautoría de metodologías, aplicación y desarrollo de datos y productos derivados de la investigación en relación con sus conocimientos colectivos, y

IV. El derecho de los pueblos a solicitar el registro de los conocimientos (2019, p.9).

Artículo 41. Medicina indígena tradicional

1. Esta ley reconoce la medicina indígena tradicional como parte viva, activa y dinámica de los pueblos, barrios y comunidades, con base en los conocimientos ancestrales, su intercambio y su retroalimentación. Las autoridades promoverán y preservarán la aportación cultural y colectiva de la medicina indígena tradicional (2019, p.27).
2. Esta ley reconoce el derecho de los pueblos, barrios y comunidades a sus médicos, parteras tradicionales, curanderos y demás especialistas, a sus espacios de curación y casas de medicina tradicional; así como al ejercicio de la partería tradicional, la formación y enseñanza de ésta, bajo la supervisión de la Secretaría de Salud (2019, p.27)
3. .El Gobierno de la Ciudad reconoce a las personas dedicadas a la medicina indígena tradicional, promoverá su visibilización y aportaciones. La Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría y las personas médicos tradicionales constituirá un registro de las mismas y establecerá los lineamientos y criterios para su reconocimiento (2019, p.27).
4. El gobierno de la Ciudad apoyará la formación de médicos tradicionales a través de la creación de escuelas de medicina y partería, así como la libre circulación de sus plantas medicinales y de todos sus recursos curativos (2019, p.27).

Sin duda el Marco jurídico de la CDMX incluye a los médicos tradicionales y parteras como una parte importante de los pueblos originarios y propone proteger estos saberes culturales y tradicionales, sin embargo junto al reconocimiento se reitera la atribución de la Secretaría de Salud en la capacitación, formación y registro de médicos tradicionales, parteras tradicionales y curanderos.

Tal parece que las leyes, los documentos internacionales, etc. abren espacios al ejercicio de medicina tradicional de los pueblos en cuanto ejercicio de derechos, pero las legislaciones que se implementan en la realidad limitan su ejercicio quedado bajo el mando de las estructuras oficiales de salud.

En donde se sigue repitiendo un discurso en el que se observa una contradicción al ejercer la práctica de la partería tradicional ya que por unos momentos están de acuerdo en que se puede practicar libremente, pero con la vigilancia y capacitación de médicos que pertenecen a instituciones de salud, que nos llevaría de nuevo al desplazamiento de las mujeres parteras tradicionales y a perder un conocimiento cultural muy importante.

1.7.3 Análisis comparativo del marco jurídico.

En este cuadro se muestran las contradicciones que existen dentro del marco jurídico internacional y nacional, se puede observar que en algunos momentos se protege y se reconoce la práctica de la medicina tradicional y su sistema de salud que es parte de la Partería tradicional, pero en otros Artículos se pretende el desplazamiento de estos saberes a través de la capacitación adaptación de los sistemas de salud que ya están Institucionalizados.

Cuadro (3). Análisis comparativo del marco jurídico.

Internacional

Tratados internacionales y legislaciones Con enfoque de derechos	Documentos y lineamientos globales en salud y profesionalización de la partería	Argumentación
Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas 2007 Artículo 24. 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios	**64 ª Asamblea mundial de la salud GINEBRA, 16-24 de mayo de 2011** WH A 64.7 Fortalecimiento de la enfermería y la partería resolución. Esta hace un llamamiento a todos los gobiernos a fortalecer los servicios de salud con más enfermeras y parteras ya que éstas fortalecen a los servicios de salud con sus conocimientos y sus aptitudes y apoyan al bienestar físico, psíquico, social y emocional de las	Los pueblos indígenas y originarios tienen derecho a su propio sistema de salud, el cual existe dentro de sus usos y costumbres y a conservar sus prácticas tradicionales en salud y estas deberán ser respetadas; entonces, ¿por qué es necesario fortalecer el conocimiento de las parteras además de profesionalizarlas con programas de formación? Este artículo brinda una perspectiva más amplia de la poca coherencia que existe

sociales y de salud. (ONU , 2007) **1.** Convenio 169 de la Organización internacional del trabajo (OIT), Sobre pueblos indígenas y tribales. Artículo 5. Desde los gobiernos deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectivos como individualmente; deberá respetarse la integridad de los valores, prácticas e instituciones de esos pueblos. (Organización Internacional del Trabajo pueblos indígenas y tribales, 1991)	personas, las familias y la sociedad, también a que tengan acceso a trabajos seguros y se les coloque en el código de profesiones, así como también la formulación de estrategias para ampliar sus conocimientos y que cuenten con los recursos necesarios para trabajar. (Organización Mundial de la Salud, 2011) **Convenio 169 de la Organización internacional del trabajo (OIT), Sobre pueblos indígenas y tribales.** Artículo 22. Los gobiernos deberán de proporcionar programas de formación profesional, el cual debe responder a las necesidades de cada comunidad y se deben de basar en el entorno económico, condiciones sociales y culturales; todo estudio se debe de hacer con la cooperación de los pueblos, los cuales deben de ser consultados sobre la organización y el funcionamiento.	ante la protección de la partería tradicional y de la autonomía de las mujeres parteras para poder atender un parto desde su propia medicina tradicional.

	(Organización Internacional del Trabajo pueblos indígenas y tribales, 1991)	
Marco jurídico nacional con enfoque de derechos	**Nacional** **Leyes en salud**	**Argumentación**
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "*Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el Estado en la materia, así como el ejercicio de sus derechos culturales. El Estado promoverá los medios para la difusión y desarrollo de la cultura, atendiendo a la diversidad cultural en todas sus manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa. La ley establecerá los mecanismos para el acceso y participación a cualquier manifestación cultural".* (Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, 2021)	**Ley General de Salud** Articulo 64 IV. "*Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio."* Artículo 93. *"La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas,*	Los pueblos originarios tienen su propia autonomía y sus propias normas internas y la capacidad de tomar decisiones sin consultar a nadie, lo que les da derecho a tener sus propias prácticas de salud, que forman un complejo sistema; no es necesario acciones de registro, capacitación, ni de enseñanza continua a parteras tradicionales acreditadas por el sistema de salud. debido a que estas acreditaciones solo debilitan el trabajo de las parteras al quererlos incluir en el MMH y ser constantemente vigiladas por médicos que no dejan que las parteras utilicen sus técnicas para atender a las

Constitución política de la Ciudad de México (CDMX) B1. Los pueblos originarios de la CDMX tienen libre autonomía. "*Se entenderá como su capacidad para adoptar por sí mismos decisiones e instituir prácticas propias para desarrollar sus facultades económicas, políticas, sociales, educativas, judiciales, culturales, así como de manejo de los recursos naturales y del medio ambiente, en el marco constitucional mexicano y de los derechos humanos".* (CDMX, 2017) H2. *"Los pueblos y barrios originarios y comunidades indígenas residentes tienen derecho a sus prácticas de salud, sanación y medicina tradicional, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Se reconoce a sus médicos tradicionales".* (CDMX, 2017)	*deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos".* (Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión, secretaria General, 2022) **NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida**. 5.1.11 "*La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas".* (Secretaria de Gobernación,	mujeres. Además de que en el reglamento de la LGS claramente podemos observar que existe un cambio de nombre al referirse a las parteras tradicionales como "personal no profesional autorizado", negando su identidad cultural; además de que se niega e inhabilita su práctica si no está autorizada por un médico.

Ley de derechos de los pueblos y barrios originarios y comunidades indígenas residentes en la Ciudad de México *"Esta ley reconoce la medicina indígena tradicional como parte viva, activa y dinámica de los pueblos, barrios y comunidades, con base en los conocimientos ancestrales, su intercambio y su retroalimentación. Las autoridades promoverán y preservarán la aportación cultural y colectiva de la medicina indígena tradicional."* (Gobierno de la Ciudad de México , 2019)	2016) **Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica** Artículo 102. "Para los efectos de este Reglamento, se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años". Artículo 109. "La Secretaría realizará periódicamente la supervisión de los servicios que presten y las actividades que realicen el personal a que se refiere el artículo 102 del presente Reglamento **Ley de derechos de los pueblos y**	

	barrios originarios y comunidades indígenas residentes en la Ciudad de México *"El gobierno de la Ciudad apoyará la formación de médicos tradicionales a través de la creación de escuelas de medicina y partería, así como la libre circulación de sus plantas medicinales y de todos sus recursos curativos."* (Gobierno de la Ciudad de México , 2019) *"El Gobierno de la Ciudad reconoce a las personas dedicadas a la medicina indígena tradicional, promoverá su visibilización y aportaciones. La Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría y las personas médicos tradicionales constituirá un registro de las mismas y establecerá los lineamientos y criterios para su reconocimiento."* (Gobierno de la Ciudad de México , 2019) *"Esta ley reconoce el derecho de los*	

	pueblos, barrios y comunidades a sus médicos, parteras tradicionales, curanderos y demás especialistas, a sus espacios de curación y casas de medicina tradicional; así como al ejercicio de la partería tradicional, la formación y enseñanza de ésta, bajo la supervisión de la Secretaría de Salud." (Gobierno de la Ciudad de México , 2019)	
Fuente: Elaboración propia.		

1.8 Relación con el tema de violencia obstétrica y partería tradicional

Con efecto de fortalecer y sustentar las propuestas en torno a la violencia obstétrica es pertinente retomar autores que analizan está temática y proponen recomendaciones, algunas se consideraron para el presente trabajo, los textos son los siguientes:

1. Despertando las metáforas que dormían en la ciencia.

Este trabajo, escrito por Natalia Magnone relata el proceso de medicalización que el parto sufrió durante el siglo XVIII, un proceso que antes era normal en el ciclo de vida de las mujeres y que ocurría en los hogares, se comenzó a definir como un riesgo que requería un protocolo y control estricto en instituciones biomédicas. Como efectos de este proceso están la desaparición de la partera y el incremento de los partos manipulados por los médicos, así como la pérdida de la autonomía del cuerpo de las mujeres.

Debido a lo anterior y desde la salud pública, la autora concluye que el parto es institucionalmente violento y describe los malos tratos que viven las mujeres y a los que son sometidas, así mismo detalla cómo en México durante el siglo XVIII se dio el cambio en la atención del parto, que pasó de ser atendido por mujeres parteras a ser atendido por hombres que practicaban en los cuerpos de las mujeres maniobras violentas y dolorosas.

Es por eso que la violencia obstétrica se comenzó a definir como una tortura, debido a las múltiples acciones negativas que las mujeres sufren hacia sus cuerpos.

Para finalizar la autora propone: disminuir las intervenciones obstétricas innecesarias y poner a las mujeres en el centro de un cuidado digno y respetuoso; tratar a cada mujer y a cada recién nacido con compasión, respeto y dignidad, sin abuso físico, verbal o emocional, entregando cuidado culturalmente seguro y pertinente que respete las costumbres y valores individuales y los derechos a la autoexpresión, a la toma de decisiones informadas y a la privacidad.

2. Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma.

En este texto de Paola Sesia, aborda la construcción desde Latinoamérica del concepto de violencia obstétrica, señala que las primeras caracterizaciones fueron poco extensas y que con el paso del tiempo se han identificado más situaciones que engloban la violencia obstétrica, por ejemplo el trato irrespetuoso o deshumanizador, la práctica común de la sobre intervención clínica y patologizado y la expropiación del proceso del parto a manos del personal de salud quitándole centralidad y autonomía de decisión a la mujer.

Como parte de las conclusiones la autora refiere que: la violencia obstétrica es un fenómeno complejo de violencia de género, violencia institucional, sexismo, patriarcado y autoritarismo ejercido por el personal de salud, así como la sobremedicalización y patologización de un evento fisiológico en el cual a la mujer se le quita la autonomía, decisión y protagonismo. También se señala la necesidad de admitir la responsabilidad de las instituciones de salud y de las autoridades sobre la obstétrica y la identificación y deslinde de responsabilidades para el personal de salud que ejerza violencia obstétrica, así como la aplicación de las sanciones correspondientes. Entre las propuestas está la de incorporar legislaciones en materia de violencia de género y defensa de los derechos humanos de las mujeres embarazadas, para que se pueda generar un proceso donde las mujeres puedan denunciar la violencia obstétrica. Otra propuesta es nombrar y explicar de manera precisa a los médicos y médicas sobre la violencia obstétrica, que reconozcan su existencia y que al ejercerla se podrían tener consecuencias legales.

3. La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultural. Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2019).

Este texto es una recopilación de varios testimonios de mujeres parteras tradicionales que trabajan en zonas rurales tradicionales y que provienen de diferentes Estados de la República Mexicana, (como Oaxaca y Guerrero) ellas relatan los contextos en los cuales trabajan, así como las limitantes para ejercer su saber debido a que como mujeres parteras tradicionales y que viven en comunidades indígenas son

doblemente discriminadas. Es por esa razón que estas mujeres promueven a la partería tradicional exigiendo el respeto al conocimiento tradicional, al derecho cultural, al conocimiento de los pueblos y comunidades indígenas y al derecho a la trasmisión del conocimiento de la partería tradicional, así mismo exigen la protección a las mujeres que van a parir como protagonistas de su parto y el derecho a la salud sexual y reproductiva.

Concluyen que la partería tradicional es una parte fundamental de los derechos humanos y culturales debido al gran conocimiento ancestral que ésta posee y que son parte importante de nuestra identidad, que constituyen el patrimonio inmaterial de los pueblos indígenas y es por eso que las parteras tradicionales son agentes que puedan colaborar en la reducción de la mortalidad materna.

En lo que respecta a la práctica, la partería tradicional requiere ser reconocida y respetada en el marco de las disposiciones nacionales e internacionales que garantizan su ejercicio como un derecho. Es necesario fortalecer el trabajo de las parteras desde un enfoque de derechos humanos, de género y con pertinencia cultural ya que ellas pueden ser aliadas de las instancias públicas de salud para disminuir la violencia obstétrica, por eso, es importante el reconocimiento de la partería tradicional como forma de atención del embarazo, parto y puerperio culturalmente respetuoso, no violento y seguro para las mujeres y el recién nacido.

4. Género, responsabilidad penal y castigo: ¿Cómo el derecho penal comprende la violencia en la salud materna?

Este texto, escrito por Carlos Herrera Vacaflor aborda la violencia obstétrica desde la mirada de las leyes y marcos jurídicos que existen en América latina como un asunto de justicia social, en donde el personal médico atenta en contra de la integridad física y psicológica de las mujeres.

Para el autor es importante problematizar el uso del derecho penal como respuesta legal necesaria contra la violencia obstétrica, ya que existen leyes y normas que protegen a las mujeres de sufrir este tipo de violencia en las cuales los Estados se comprometen a proteger, prevenir y modificar leyes si es necesario.

El autor también identifica los tratos que engloba la violencia obstétrica como son los abusos, maltratos, intervenciones forzadas y rutinarias y medicalización, así como la discriminación por razones de raza, clase social y/o creencias religiosas y las barreras por el lenguaje en casos de mujeres en las comunidades rurales.

Es por eso que el autor concluye que la violencia obstétrica es un fenómeno social perverso que históricamente afectó y ha afectado el bienestar, la autonomía y la privacidad de las mujeres, además de que no existe evidencia que muestre que las mujeres tuvieron acceso y facilidades para hacer denuncias sobre violencia obstétrica, así como la sanción que recibiría la institución o el personal médico que violentó a la mujer.

Por último, concluye que a pesar de que existen marcos legales que protegen a las mujeres se necesita que éstos sean más específicos en cuanto a las sanciones hacia los hospitales, clínicas y médicos que ejerzan violencia obstétrica, además de la creación de lugares donde las mujeres puedan denunciar y se les dé seguimiento, además que sea sencillo, económico y eficaz.

5. Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: La violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México

Este texto fue escrito por Graciela Muñoz y Lina Berrio, ellas describen que las mujeres desconocen las rutas para presentar denuncias o inconformidades respecto a su atención durante el embarazo y parto, además de que tampoco se denuncia por diversas barreras, como la falta de tiempo para realizar los trámites, falta de recursos económicos, falta de confianza en las autoridades, así como que las mujeres ya no le ven sentido a denuncias debido a que la violencia vivida durante su estancia en el hospital es considerada como irreparable.

También las autoras señalan que la violencia obstétrica tiene consecuencias e impactos negativos en la vida de las mujeres y en sus cuerpos, para argumentarlo, describen dos casos de mujeres víctimas de violencia obstétrica: el primero es el de una mujer de zona urbana que fue atendida en un servicio médico público donde la violentaron y no le informaron sobre los procedimientos que realizaron durante su

parto, lo que la llevó a tener serias consecuencias en su salud y una larga recuperación, posteriormente al denunciar se encontró con un sinfín de trabas que obstaculizaban su denuncia; el otro caso, es el de una mujer indígena que acudió a la aplicación de un método anticonceptivo y le fue negado, ello la llevó a un embarazo no deseado y de alto riesgo debido a la edad de la mujer y cuando fue atendida en un centro de salud de su comunidad ella cuenta que conoció la violencia obstétrica, ella nunca había vivido esta violencia porque sus anteriores partos habían sido atendidos por parteras. La lectura visibiliza la violencia obstétrica que viven las mujeres y también las consecuencias en su vida, en el recién nacido, en la pareja y en la dinámica familiar; también se refiere a que existen pocos lugares donde las mujeres pueden denunciar, es tardado y económicamente caro.

Por último, proponen que se modifiquen los protocolos de denuncia para que sea accesible a las mujeres debido a que es complicada y se necesitan recursos como tiempo, dinero, conocimiento sobre derechos y redes de apoyo familiar, con los cuales muchas veces no cuentan las mujeres.

CAPÍTULO II. FORMULACIÓN DEL TRABAJO

En este capítulo se muestra la formulación del trabajo, que presenta el contexto y la delimitación de la información, así como también las preguntas y los objetivos con los cuales se trabajó para poder realizar este trabajo.

2.1 Planteamiento del problema

En México, la atención del parto se caracterizó durante muchos años por la presencia de prácticas relacionadas con los conocimientos de los pueblos indígenas y los aportes de otros grupos culturales, este proceso se configuró desde la etapa mesoamericana hasta mediados del siglo XIX; sin embargo, desde la etapa colonial, con la implementación y avance de la medicina “moderna” y la instauración de los primeros servicios de salud, las prácticas anteriores han sido modificadas. Con esto se pretendía una mejor atención y también disminuir la muerte materna y la muerte de los recién nacidos, una de las consecuencias es que los partos han dejado de ser atendidos por las mujeres poseedoras de estos conocimientos, las parteras tradicionales, ya que al parecer de los médicos (hombres), la falta de conocimientos considerados científicos, así como la falta de higiene y medidas de seguridad necesarias para atender a las mujeres parturientas ponían en riesgo a las mujeres y sus hijos.

A partir de los múltiples cambios en la atención del parto en el ámbito clínico y hospitalario comenzó también un tipo de atención caracterizada por actos, palabras y procedimientos violentos hacia las mujeres. Al mismo tiempo, se mantiene la desacreditación hacia las parteras tradicionales, generando miedo en las mujeres de ser atendidas por ellas, con esto poco a poco fueron desplazadas y solo atendían partos en comunidades alejadas donde los servicios médicos no llegaban, con el paso de los años la violencia en clínicas y hospitales se generalizo y se normalizó.

La experiencia de la maternidad conforma uno de los espacios más importantes en la vida de las mujeres, en el cual dan vida a otro ser humano, es por eso que se debe de tratar con respeto, en ambientes que procuren las condiciones afectivas, emocionales y

de apoyo. Es importante recuperar las experiencias de mujeres que han vivido un parto dentro de las clínicas y hospitales de los servicios de salud públicos, así mismo el trabajo de parteras tradicionales que trabajan en comunidades urbanas y mostrar desde la perspectiva de la promoción de la salud a la partería tradicional como una alternativa viable y culturalmente pertinente para parir sin violencia, reconstruyendo espacios seguros y reconocidos por las instituciones de salud tal que las mujeres puedan tener otra alternativa de parir donde se sientan seguras, cómodas y sobre todo no sean violentadas.

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los aportes de las parteras para la disminución de la violencia obstétrica en clínicas y hospitales públicos?

¿Cómo es la percepción de atención durante el parto en mujeres que han utilizado los servicios de salud públicos en la Ciudad de México y Estado de México?

¿Cuál es el trabajo que realizan las parteras tradicionales en comunidades urbanas, sus experiencias de trabajo y visión en torno al parto? y ¿Cuáles son sus saberes sobre el embarazo, parto y puerperio?

2.3 Justificación

La violencia obstétrica es un tipo de violencia que estuvo invisibilizadas por la sociedad, ya que solo la viven las mujeres que van a parir y se da dentro de las clínicas y hospitales.

Durante este proceso, las mujeres son constantemente sometidas a malos tratos como burlas y regaños, practicas violentas e intervenciones invasivas como el tacto en múltiples ocasiones o el uso del fórceps, no colocar anestesia para el dolor, permanecer en una posición incómoda. En México a partir del año 2016 se comenzó a medir la violencia obstétrica en donde 32,8 millones de mujeres entre 15 y 49 años fueron entrevistadas de las cuales 8.7 millones tuvieron al menos un parto en los últimos cinco años y de ellas el 3.7 millones de mujeres tuvieron un hijo por cesárea y de esas mujeres un 33.4 % reportó haber sufrido violencia por parte del personal médico durante su parto (INEGI, 2016).

Además de las acciones urgentes a realizar dentro de las propias instituciones de salud para abatir la V.O, se requiere construir otras alternativas que ayuden a las mujeres a parir sin violencia. En este trabajo, se propone abordar a la partería tradicional como un saber que forma parte de la medicina tradicional y cuenta con su propio sistema de salud y con la experiencia de muchas generaciones para poder asistir a las personas con sus enfermedades y las parteras a las mujeres a parir, a pesar de eso la partería tradicional diariamente tiene que enfrentar retos en torno a sus prácticas.
Desde la promoción de la salud se busca reflexionar en torno a las prácticas de violencia obstétrica que las mujeres padecen y también de las prácticas comunitarias de salud, indígenas y populares que podrían convertirse en una importante opción.

2.4 Hipótesis

Las parteras tradicionales pueden ayudar a disminuir la violencia obstétrica que las mujeres sufren dentro de las clínicas y hospitales tanto públicos de la Ciudad de México.

2.5 Objetivos generales

Describir las prácticas de las parteras tradicionales que ejercen en comunidades urbanas, retomando sus experiencias de trabajo y visión en torno al parto, como recurso de atención para la disminución de la violencia obstétrica.

Reflexionar desde la Promoción de la Salud y la práctica de la partería el concepto de violencia obstétrica, analizando las alternativas que desde su conocimiento crean y ejercen en su práctica con mujeres para evitar la violencia en el parto.

2.6 Objetivo específicos

- Describir el trabajo y aportes que realizan las parteras tradicionales en contextos urbanos y sus aportes a la disminución de violencia obstétrica en clínicas y hospitales.

- Recuperar la experiencia de mujeres que han sido atendidas en hospitales públicos dentro de la Ciudad de México, para identificar si han sufrido violencia obstétrica.
- Describir los procesos que las parteras realizan en el cuerpo de las mujeres durante el parto.
- Abordar desde la perspectiva de la Promoción de la Salud alternativas para que las mujeres puedan ejercer mayor control sobre su parto a partir de las experiencias de parteras y las mujeres entrevistadas.

CAPÍTULO III. ABORDAJE METODOLÓGICO

El abordaje metodológico nos sirve para decidir los procedimientos, técnicas, planes y estrategias que guiarán este trabajo. En este capítulo se muestran la planificación y las actividades que se realizaron para recabar los datos necesarios, posteriormente la forma en la que se realizó el análisis de los datos y si este análisis nos ayuda a llegar a los objetivos planteados, responder las preguntas de investigación y la hipótesis.

3.1 Procedimiento Metodológico

Esta investigación se realizó desde la perspectiva cualitativa, dado que ésta permite recolectar y analizar la información en varias formas posibles y es más abierta y sensible a las personas, permite comprender cómo las personas pueden percibir sus vivencias además de que tiene la característica de que "se centra en la exploración de un limitado pero detallado número de casos o ejemplos que se consideren interesantes o esclarecedores y su meta es lograr profundidad y no amplitud" (Blaxter,2001 p.208). Por lo tanto este tipo de investigación es muy útil para poder describir de mejor forma este trabajo ya que es muy importante poder conocer los relatos y experiencias de las mujeres durante su parto en hospitales y clínicas públicas de la Ciudad de México con el fin de detectar si han sufrido violencia obstétrica, así mismo se busca conocer las historias de mujeres parteras tradicionales que trabajan en zonas urbanas y sus experiencias y aportes para disminuir la violencia obstétrica a través de sus propios sistemas de salud.

3.2 Métodos

Entrevista cualitativa

Este trabajo pretende describir las experiencias de las mujeres que pasan por un parto en las clínicas y hospitales de los servicios públicos de la CDMX, así mismo conocer las experiencias y la práctica de mujeres parteras tradicionales que trabajan en zonas urbanas populares y su experiencia en el trabajo de ayudar a parir a mujeres en

contextos urbanos populares, es por eso que el método de entrevistas individuales es muy útil para este trabajo ya que:
Las entrevistas cualitativas “Tiene la finalidad de proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones y personas, sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente” (R.Bogdan, 1994, p.103), además de crear una situación que se asemeje a aquellas en las que las personas hablan naturalmente entre si sobre cosas importantes.

3.3 Técnica

Entrevista

Para poder conocer las experiencias de las mujeres se utilizó la técnica de entrevista semi-estructurada, ya que este tipo de técnica “permite una narrativa profunda entre el entrevistador y el entrevistado y permite recolectar datos que son muy útiles para la investigación” (Blaxter, 2001, p.208).

Además de que asegura que los temas claves sean explorados con un cierto número de informantes, ya que no es un protocolo estructurado, pero ayuda al entrevistador a recordar que preguntas deben de hacer y sobre qué temas además de que puede ser ampliada y revisada a medida que se realizan las entrevistas.

Las entrevistas se realizan a través de la elaboración de un cuestionario, con el propósito de que las personas puedan relatar sus experiencias ampliamente, y se utilizan diferentes estrategias para poder realizar la entrevista como el uso de grabadoras para que el entrevistador se concentre solamente en el proceso de la entrevista, tomar notas sobre las expresiones del entrevistado. Las entrevistas que se aplicaron en este trabajo fueron a mujeres que han parido en clínicas y hospitales públicos y a parteras tradicionales, a todas las mujeres se les informó sobre los fines de este trabajo, con el fin de que estén enteradas de con qué fines se utilizará su testimonio y si contamos con su autorización para grabar su voz, se respetara si

quieren estar en el anonimato y también si en algún momento no quieren continuar con la entrevista.

3.4 Escenario del estudio

Las entrevistas se realizaron en el lugar en el que las mujeres se sintieron más cómodas y en este caso fue en sus propias casas; donde a decir de ellas se sentían seguras y cómodas, además de que se eligió un momento del día, que ellas mismas eligieron para poder hablar sin preocupaciones o alguna distracción.

3.5.1 Sujetos de estudio

- Mujeres con edades de 15 a 45 años que tuvieron al menos un embarazo y tener al menos un hijo vivo de esos embarazos.
- Parteras tradicionales que atienden partos en zonas urbanas.

Cuadro. (4) Recolección de datos.

Trabajo de gabinete	Trabajo de campo	Resultados
Búsqueda de información Elaboración del marco teórico Elaboración de los instrumentos	Entrevista piloto Corrección de instrumentos Aplicación de instrumento Procesamiento de datos	Ordenamiento de los datos Análisis de datos elaboración de resultados Conclusiones

Fuente: **(SEMAR)**

Para realizar este trabajo primeramente se revisaron los textos sobre el Modelo Médico Hegemónico, medicalización del parto, su historia y cómo este concepto llego a México.

Posteriormente todo lo relacionado con la historia de la violencia obstétrica y los sucesos importantes que llevaron a reconocer la violencia dentro de los hospitales, cifras de violencia obstétrica y las conductas violentas que más se presentan en las clínicas y hospitales, partería tradicional y el marco jurídico que comprende a la violencia obstétrica y la partería tradicional, para así poder formar el marco teórico que

fundamentara este trabajo, con este marco teórico se formaron las preguntas del cuestionario para las entrevistas que se realizaron.

3.5 Sistematización y descripción del proceso metodológico

Este proceso metodológico permite organizar de una mejor forma la información que fue recogida por medio de la guía de entrevistas, de esta manera se facilitó el análisis, la sistematización de datos, y la manera que se van a ordenar las entrevistas, para posteriormente poder hacer un análisis de estas, tomando en cuenta criterios, categorías de exclusión e inclusión.

Para poder hacer la interpretación de las entrevistas realizadas a las mujeres es importante tomar en cuenta las memorias y experiencias que queremos buscar y así mismo el contexto en el que las mujeres tuvieron esa experiencia de vida con el fin de resaltar los relatos y experiencias que contaron.

3.5.1 Descripción del proceso metodológico; mujeres

Para este trabajo se realizaron un total de 7 entrevistas a mujeres que cumplieran con los siguientes criterios: contar con entre 20 y 45 años de edad, un rango de edad que me pareció conveniente, para tener una variedad de mujeres con distintas edades y que parieron en diferentes épocas, tener al menos un hijo vivo y que alguno de sus hijos hubiera nacido en algún servicio de salud pública. Las entrevistas se realizaron en dos momentos; uno de ellos fue entre el 20 y 21 de noviembre de 2020 y otro entre el 14, 15 y 16 de noviembre de 2022.

Antes de realizar las entrevistas se informó a las mujeres sobre el tema a investigar, se solicitó su aprobación para grabar la entrevista y posteriormente se acudió a su domicilio el día que ellas propusieron y en el horario que era más conveniente para realizar la entrevista; el mismo día se les pidió autorización para usar sus nombres reales durante la descripción y el análisis de este trabajo, a lo cual todas respondieron que sí.

La guía de entrevista que se utilizó se divide en tres secciones: la primera es una pequeña presentación de las mujeres, la segunda parte contiene preguntas relacionadas con la identificación de violencia obstétrica durante el embarazo y parto y

la tercera parte aborda la identificación y conocimiento que las mujeres tienen sobre partería tradicional. La guía es la siguiente:

“Guía de entrevista para identificar la violencia obstétrica en las mujeres”
1. Presentación
1.1 ¿Cómo te llamas? 1.2 ¿Qué edad tienes? 1.3 Estado civil: a. Soltera b. Casada c. Unión libre 1.4 ¿De dónde eres? 1.5 ¿En dónde vives? 1.6 ¿Cuántos embarazos has tenido? 1.7 ¿A qué edad fueron?
2. Identificación de violencia obstétrica
2.1 ¿Sabes que es violencia obstétrica? ¿Qué tipo de Servicios de Salud has utilizado durante tú embarazo y por qué? **a.** IMSS **b.** ISSSTE **c.** Seguro Popular **d.** Hospital Privado 2.2 ¿Cómo fue el trato que recibiste por parte de los médicos, las enfermeras o el personal de salud durante tus consultas prenatales en la institución a la cuál acudías? ¿Respondían tus dudas? 2.3 ¿Cuándo se llega el momento de dar a luz acudiste a la misma clínica u hospital donde llevaste tú control prenatal? En el caso de ser no, ¿Por qué decidiste ocupar (un servicio privado u otro)? 2.4 ¿Pudiste expresar tus necesidades al personal de salud? 2.4.1 ¿Pudiste atender alguna de ellas antes de ingresar a la sala de parto? 2.5 ¿Cómo fue tu experiencia en el proceso del parto? 2.6 ¿Pudiste expresar o manifestar tus miedos o inquietudes durante el embarazo parto y puerperio? 2.7 ¿Se te realizó algún procedimiento durante tu trabajo de parto? 2.7.1 ¿Fuiste informada de lo que se iba a hacer? 2.7.2 ¿Solicitaron tu consentimiento? 2.7.3 ¿Consideras que era necesario el procedimiento? 2.8 En el momento del parto, 2.8.1 ¿En qué posiciones pudiste estar? 2.8.2 ¿Te sentías cómoda? 2.8.3 ¿Sentías necesidad de estar en alguna postura en especial? 2.8.4 ¿Pudiste hacerla? 2.9 ¿Estuviste acompañada por alguien de tu confianza? 2.10 Después del parto emocionalmente, ¿Cómo te sentiste? 2.10.1 ¿Qué pensabas en ese momento?

2.10.2 ¿Qué necesitabas? 2.11 ¿Tuviste contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara la enfermera para control? Por ejemplo acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc. 2.12 Después del parto, ¿Cómo te sentiste? (Físicos, emocionales, en su capacidad de parir…) 2.13 ¿Cómo dirías que fue tu experiencia en la atención de tu parto? 2.14 ¿Tu cómo miras el trato de los doctores hacia las mujeres cuando están en trabajo de parto? 2.15 ¿Te sentiste incomoda con algún comentario de los médicos o enfermeras y enfermeros? ¿Puedes decirme cuál fue o en qué contexto te lo dijeron? 2.16 ¿Escuchaste por parte de otros médicos o médicas, enfermeros y enfermeros algún comentario sobre otros médicos relacionado al trato de sus pacientes? (humor, atención, si es el que hace cesáreas o espera el parto) 2.17 ¿Cuál es tu opinión sobre los partos en casa? 2.18 ¿Has pensado o pensaste en tener tu parto en tu casa u otra opción? 2.19 ¿Cuál es tu opinión sobre las parteras?
3. Identificación y conocimiento sobre parteras tradicionales (o de otro tipo)
3.1 ¿En tu familia hubo partos en casa (atendidos por PT)? Atender el concepto que se usa o cómo se nombraban 3.2 ¿Quién era la persona que atendió el parto? ¿Cómo le llamaban? 3.3 ¿Por qué razón nacieron en casa? 3.4 ¿Quiénes fueron las personas que nacieron con un parto en casa? 3.5 ¿Te han contado la experiencia que es vivir un parto en casa? ¿Puedes decirme cómo fue?
Fuente: (Elaboración propia)

a) Transcripción y sistematización de las entrevistas.

Para llevar a cabo la transcripción y sistematización de las entrevistas primeramente escuchamos cada uno de los audios nuevamente, para posteriormente transcribirlos e ir ubicando los testimonios con las experiencias y conocimientos que interesaba recuperar, se utilizó una distinción por colores según el tema como lo podemos ver en el siguiente cuadro:

Cuadro (5). Categorías respecto a las entrevistas	
Categorías	**Color**
Tipo de servicio	Anaranjado
Conocimiento sobre violencia obstétrica	Verde
Violencia obstétrica en el embarazo	Morado
Violencia obstétrica durante el trabajo de parto y parto	Azul
Percepción respecto a la atención	Rojo
Toma de decisiones	Rosa
Procedimientos inadecuados	Amarillo
Emociones	Azul rey
Insuficiencia de infraestructura para la atención	Café
Acompañamiento	Verde
Contacto inmediato con el bebé	Verde azulado
Conocimiento sobre parteras tradicionales	Violeta
Fuente: (Elaboración propia)	

A continuación, se presentan las temáticas en que se organizaron los testimonios recabados en las entrevistas:

1. Características generales y servicios de salud al que están afiliadas.
2. Conocimiento sobre violencia obstétrica.
3. Violencia obstétrica durante la atención en el embarazo.
4. Violencia obstétrica como causa por las que se cambian de institución para la atención.
5. Experiencias de Violencia obstétrica durante la atención de trabajo de parto y parto.
6. Conocimiento sobre parteras tradicionales.

Cuadro (6). Datos de identificación				
Nombre	**Fecha de la entrevista**	**Lugar**	**Municipio o Alcaldía**	**Duración de la entrevista**
Claudia	20-nov-2020	Domicilio particular	Nezahualcóyotl	00:13:40
Susana	21-nov- 2020	Domicilio particular	Nezahualcóyotl	00:31:38
Isabel	14-nov-2022	Domicilio particular	Iztapalapa	00:24:41
Angélica	14-nov-2022	Domicilio particular	Iztapalapa	00:09:41
Mirna	15-nov.2022	Domicilio particular	Nezahualcóyotl	00:08:54
Patricia	25-nov-2022	Domicilio particular	Iztapalapa	00:13:40
Verónica	16-nov-2022	Domicilio particular	Iztapalapa	00:42:20
Fuente: (Elaboración propia)				

b) Descripción del perfil de las mujeres entrevistadas.

Claudia: Es una mujer ama de casa, estudio hasta la preparatoria debido a que en eso momento salió embarazada de su primer hijo.

Susana: Ama de casa y comerciante, es divorciada debido a que vivió violencia por parte de su exmarido y suegra respectivamente, solo estudio hasta la primaria debido a que casi toda su infancia vivió en un pueblo del Estado de México hasta que en su adolescencia cambio su domicilio a Nezahualcóyotl por el trabajo de su mamá.

Isabel: Ama de casa, casada desde hace 21 años, solo estudio hasta la secundaria debido a la falta de economía en su familia, por lo que al terminar la secundaria tuvo que comenzar a trabajar hasta el momento en el que se casó.

Angélica: Ama de casa, ella vivió toda su vida en Nicaragua y estudio hasta la preparatoria, a la edad de 18 años se casó con un mexicano y en ese momento cambio su residencia a México donde ha vivido por 7 años aproximadamente.

Mirna: Ama de casa, ella vivió hasta la edad de 18 años en el Estado de Oaxaca en un Pueblo llamado Santa Isabel de la Reforma ubicado en la cierra, estudio hasta la preparatoria, posteriormente llego a la Ciudad de México donde trabajo y se casó a la edad de 25 años.

Patricia: Ama de casa, estudiante universitaria y trabaja en una distribuidora de fármacos.
Verónica: Ama de casa, estudiante universitaria y es manicurista, es mamá soltera debido a que se embarazo a los 14 años y su pareja la abandono en cuanto supo que estaba embarazada.

3.5.2 Descripción del proceso metodológico; Parteras tradicionales.

Para este trabajo se realizaron un total de 4 entrevistas a mujeres parteras que cumplieran con los siguientes criterios: 1. Ser parteras tradicionales y 2. Que trabajen en zonas urbanas. Las entrevistas se realizaron el 9,10 y 20 de febrero de 2023.
Las parteras tradicionales se contactaron por medio de Facebook ya que existen diversas redes de parteras en todo la CDMX en donde ofrecen y presentan sus prácticas, esta red de parteras se llama “Red de parteras Ticiyolohtli” y en donde muy amablemente solicite la ayuda por medio de un mensaje y algunas parteras me respondieron y les explique de que trataba este trabajo para posteriormente entrevistarlas. Antes de realizar las entrevistas se informó a las mujeres sobre el tema a investigar, se solicitó su aprobación para grabar la entrevista y posteriormente se planeó el día y la hora de la entrevista, debido a la distancia en las que vive cada partera las entrevistas se realizaron por la plataforma de Zoom, en ese mismo día se le pidió a cada una su autorización para usar sus nombres reales durante la descripción y el análisis de este trabajo, a lo cual todas respondieron que sí.

La guía de entrevista que se utilizó se divide en cinco secciones: la primera es una pequeña presentación de las mujeres parteras tradicionales; en la segunda parte se busca conocer el trabajo de la partería; en la tercera, abordar la forma en que las parteras tradicionales han identificado la violencia obstétrica que sufren las mujeres en clínicas y hospitales; la cuarta, el trabajo que realizan las parteras tradicionales con las mujeres y sus familias; y por último la quinta, en donde se pregunta sobre las limitantes que tiene la partería tradicional para ejercerse en zonas urbanas. Además de las preguntas que estaban en la guía de entrevistas también se les preguntó sobre su trabajo durante la pandemia por Covid-19.

La guía es la siguiente:

“Guía de entrevista a una Partera tradicional que trabaja en zonas urbanas”
1. Presentación
1.1 Nombre 1.2 Edad 1.3 ¿En dónde vive? 1.4 ¿En dónde nació? 1.4 ¿A qué se dedica?, (además de la partería) 1.5 Usted tiene servicio de salud?
2. Conocimiento sobre partería
2.1 ¿Cómo llama usted a la partería, un oficio, un don, una vocación? 2.3 ¿Cómo fue que usted se inició en la partería? 2.4 ¿Cómo se llega a ser partera? 2.5 ¿Para usted qué es ser una partera? 2.6 ¿Cómo concibe usted el parto? 2.7 ¿Qué hace una partera en el momento del parto?
3. Identificación de Violencia Obstétrica
3.1 ¿Cómo es el contexto social, cultural o familiar de las mujeres que usted ha atendido? (cómo viven, porqué se atienden con usted, cómo es su situación económica, etc.) 3.2 ¿Por qué cree usted que las mujeres llegan a ser atendidas con parteras?, 3.3 ¿Alguna de ellas ya tenían partos previos en clínicas u hospitales? 3.4 ¿Cuál es su experiencia con los médicos y la atención que ellos dan durante el parto? 3.5 ¿Qué sabe usted sobre la violencia que las mujeres sufren por parte del personal médico en las clínicas y hospitales? 3.6 ¿Cree que esa violencia que viven las mujeres en clínicas y hospitales, de alguna manera cambie su visión de ver y sentir el parto a comparación de las mujeres que son atendidas con parteras?
4. Las parteras tradicionales en la sociedad
4.1 ¿Cuál es el papel de la familia, durante el embarazo de las mujeres? (esposo, madre, suegra…) 4.2 ¿Cuál es su labor, que hacen las parteras y qué papel juegan en la vida de las mujeres que son atendidas por una partera? 4.2.1 ¿Por qué es importante que continúen atendiendo las parteras? 4.3 ¿Qué recursos curativos utiliza en las mujeres al cuidar de su embarazo, parto y puerperio? 4.3.1 ¿Usted utiliza además plantas, baños u otras cosas para atender durante el embarazo, parto y puerperio?
5. Dificultades para ejercer la partería tradicional

5.1 ¿Cuáles son las principales dificultades para continuar atendiendo a las mujeres? 5.2 ¿Usted cree que las mujeres ya no quieren ser parteras? 5.3 ¿Por qué cree usted que el trabajo de la partería ha perdido terreno en México? 5.4 ¿Usted cree que las instituciones limitaron su trabajo? 5.5 ¿Qué es lo que más le gusta de su… (Como ella lo nombre) ?
Fuente:(Elaboración propia)

a) Transcripción y sistematización de las entrevistas

Para llevar a cabo la transcripción y sistematización de las entrevistas primeramente escuchamos cada uno de los audios nuevamente, para posteriormente transcribirlos e ir ubicando los testimonios con las experiencias y conocimientos que interesaban recuperar, se utilizó una distinción por colores según el tema como lo podemos ver en el siguiente cuadro:

Cuadro (7). Categorías entrevista a parteras tradicionales	
Categoría	**Color**
Lugar donde vive y trabaja	Rosa
Cómo conoció la partería	Anaranjado
Disminución de la Violencia obstétrica	Amarillo
Descripción y experiencias sobre partería	Azul
Visión del parto	Morado
Recursos de atención de Violencia Obstétrica	Rojo
Visión sobre la partería	Café
Limitaciones de la partería	Verde
Contexto social de las parturientas	Azul rey
Reivindicación de la partería	Morado oscuro
Fuente: (Elaboración propia)	

A continuación, se presentan las temáticas en que se organizaron los testimonios recabados:

1. Características generales y servicio de salud al que está afiliada.
2. Inicios en la partería tradicional.
3. Conocimiento y prácticas de partería tradicional.

4. Dificultades para ejercer la partería tradicional.
5. Reivindicación de la partería tradicional.
6. Circunstancias por las que las mujeres se atienden con parteras tradicionales.

Experiencia y opinión de las parteras tradicionales respecto a la violencia obstétrica

Cuadro (8). Datos de identificación			
Nombre	**Fecha**	**Lugar**	**Duración de la entrevista**
Angélica	9-feb-2023	Zoom	00:44:26
Isabel	10-feb-2023	Zoom	00:29:46
Lupita	20-feb-2023	Zoom	00:24:57
Gisela	20-feb-2023	Zoom	00:20:17
Fuente: (Elaboración propia)			

b) Descripción del perfil de las mujeres parteras tradicionales entrevistadas

1. **Angélica:** Aprendió desde los 15 años sobre partería tradicional, por medio de su suegra y su mamá, actualmente se desempeña como partera tradicional en la Alcaldía Iztapalapa.

Angélica nos cuenta que para ella ser partera es:

"(…) para mí una mujer que dejo su vida para poder dar vida para poder pasarla con cariño, poder entender que el amor que le brindas a ese ser humano que está dando vida es con el que va a llegar y seguir un camino, las parteras para mí son una guía y lo digo porque yo tuve a mi partera y sigue siendo muy importante para mí (…)"

Lo que más le gusta de ser partera es:

"(…) todo, pero si pudiera elegir un momento es la cara de placer de excitación de felicidad cuando bebé esta coronando al nacer mamá tiene una sonrisa cuando el parto se atiende bien mamá tiene una sonrisa y eso ver y ambos padres lo abrazan es lo que más amo, yo podría decir que es algo que podría ver toda mi vida (…)"

2. **Isabel:** Inició su camino en la partería tradicional por su primer embarazo ya que no quería atenderse en un hospital, porque había escuchado las historias de su madre y su abuela sobre la violenta atención en los servicios de salud públicos, lo que le

llevó a buscar una partera tradicional y le gustó tanto la atención que recibió, que después del nacimiento de su bebé estudió un diplomado en partería que la llevaría a conocer a más mujeres parteras que compartieron su conocimiento con ella y actualmente se desempeña como partera tradicional en Ecatepec.

Isabel nos cuenta que para ella ser partera es:

"(…) Bueno para mi ser partera es ser una parte importante de la comunidad una guardiana de la vida de la muerte y todas las etapas de las mujeres aun que te digo que también de sus hijos de sus esposos a veces ser la guardiana de su salud del conocimiento y también llevar este conocimiento no solo de la salud sexual y reproductiva si no también llevarla a un ámbito muy personal por qué ser guardiana de la vida también implica la alimentación la forma de vida el equilibrio en todos los aspectos y es un apoyo para la comunidad y también para las mujeres (…)"

Lo que más le gusta de ser partera es:

"(…) Ah pues poder cambiar la manera de recibir a los niños y también, bueno yo creo que si cambia la vida de las mujeres por que se empoderan muchísimo, porque cuando tú tienes un parto fisiológico y descubres la fuerza que hay en ti pues cambian muchas cosas, y pues recordarles a las mujeres de esta fuerza que tienen pues yo creo que cambia al mundo de poquito en poquito pero si lo cambia (…)"

3. **Lupita:** Ella es médico tradicional, se inicia en la partería porque en el lugar donde atiende, nació un bebé. Esto sucede justo en el momento en el que ella ya se estaba planteando la posibilidad de aprender partería con una partera tradicional; este hecho ella lo interpretó como una señal de que tenía que estudiar partería, actualmente se desempeña como partera en la tradición en Tultitlan.

Lupita nos cuenta que para ella ser partera es:

"(…) Para mi ser partera es algo en lo cual es un, ¿Cómo explicarlo? Si es una vocación hacia la comunidad, la partería no solo está al servicio de las mujeres si no de entorno, entonces ser partera en mucho, a veces nos encasillan solo en los partos,

pero la partera no solo atiende partos , atiende duelos, atiende comunidad en otras áreas de la medicina tradicional (…)"

Lo que más le gusta de ser partera es:

"(…) Que el conocimiento es muy amplio y nunca terminas de aprender, a mí lo que me gusta de la partería es que no tienes que traer el titulo colgando de que eres partera y quien te reconoce son las mujeres que has atendido por que la has atendido de diferente forma (…)"

4. **Gisela:** Inició en la partería tradicional porque su abuela era partera y ella le enseñó, actualmente vive en Cancún, pero anteriormente vivía en Chimalhuacán, en donde ella podía ejercer la partería tradicional sin ningún problema, pero en Cancún cuenta que es muy difícil ejercer, ya que le han puesto muchas trabas para obtener los certificados de nacimiento y ella a su vez dárselos a las mujeres que atiende cuando sus bebés nacen.

Gisela nos cuenta que para ella ser partera es:

"(…) Para mi es una vocación porque hay que tener amor a lo que haces, tener ese apego a las personas y ver por ellos y no verlo como una obligación porque si no allí se pierde toda la humanidad y tienes que ver a las mujeres y apapacharlas(…)"

Lo que más le gusta de ser partera es:

"(…) Pues creo que todo porque cada día aprendes cosas nuevas, pero sobre todo el acercamiento que tienes hacia las mujeres y las personas en general (…)"

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

En este capítulo se encuentra el análisis de las entrevistas que se realizaron, en el cual se observan los testimonios de las mujeres y de las parteras tradicionales. Se realizó una descripción y comparación entre los capítulos anteriores y los testimonios de las mujeres respecto a la violencia que viven y, con relación a las parteras tradicionales, la descripción de sus prácticas y conocimientos y cómo estos pueden ayudar a las mujeres a tener un parto seguro y a la disminución de la violencia obstétrica dentro de las clínicas y hospitales públicos.

4.1 Características generales y servicios de salud a los que están afiliadas.

En el siguiente cuadro se muestra el perfil de cada una de las mujeres entrevistadas:

Cuadro (9). Características generales de las participantes.

Número de entrevista	Nombre	Edad	Estado civil	Número de embarazos	Edad de las mujeres en sus embarazos	Servicios de salud al que están afiliadas
1	Isabel	41	Casada	3	21,27 y 29	IMSS
2	Angélica	24	Casada	2	19 y 22	ISSSTE y privado
3	Mirna	30	Casada	2	28, 30	IMSS
4	Patricia	45	Casada	3	27, 29, 31	IMSS y hospital general de México
5	Susana	29	Divorciada	3	19,20, 22	Seguro popular
6	Claudia	43	Casada	3	25,27, 33	IMSS y ISSEMyM
7	Verónica	32	Mamá soltera	2	14, 25	IMSS

Fuente: Entrevistas realizadas (1er periodo 20 y 21 de noviembre de 2020 2do. Periodo 14, 15 y 16 de noviembre de 2022).

En el siguiente cuadro podemos observar que en algunas ocasiones las mujeres también pueden llegar a tener alguna pérdida, en este caso solo algunas han pasado por un aborto, que es la muerte del bebé antes de llegar a las 20 semanas o una muerte fetal, ésta es cuando el bebé muere dentro del vientre de la madre después de las 20 semanas o que llega a término y muere en el parto.

Cuadro (10). Abortos y muertes fetales		
Nombre	**Edad**	**Numero de pérdidas**
Mirna	28	1
Susana	20	1
Verónica	25	1
Fuente: Entrevistas realizadas (1er periodo 20 y 21 de noviembre de 2020 2do. Periodo 14, 15 y 16 de noviembre de 2022).		

a) Características generales de atención en los servicios públicos de salud en las que las mujeres fueron atendidas.

Desde el momento en que una mujer está embarazada es de suma importancia acudir a algún servicio de salud ya sea público o privado, como se mencionó en otros capítulos México cuenta con dos tipos de servicios de salud, de acuerdo con el INEGI los servicios públicos se organizan a través de diversas instituciones que son IMSS, IMSS Bienestar, ISSSTE, ISSSTE Estatal, Instituto de salud para el Bienestar, Pemex, Defensa y Marina y el segundo tipo de servicio es el privado, que proporciona servicios de salud sin depender del Estado y su financiamiento es a través del pago de pólizas que las personas realizan. Dentro de los servicios públicos, las mujeres embarazadas deben cubrir los siguientes requisitos para ser atendidas: deben contar con su afiliación vigente, el cual es un trámite administrativo donde se verifica que cuentan con acceso a ese servicio de salud; una vez confirmado el embarazo se les solicita realizarse diversos estudios de laboratorio para identificar enfermedades como diabetes, hipertensión, anemia, VIH- SIDA etc. una vez descartada alguna enfermedad el médico solicitará la aplicación de algunas vacunas para la mujer así como la toma de hierro y ácido fólico , posteriormente se llevará un control prenatal, a través de las consultas dentro de la clínica asignada para la revisión del bebé y de la mujer embarazada, ya realizado esto, el médico revisará y vigilará el crecimiento y salud del bebé y de la madre mes con mes hasta el día de parir (Gobierno de México, 2019).

El trabajo de parto en las mujeres comienza una vez que tienen contracciones o dolor intenso en el área del abdomen, sangrado vaginal o salida de líquido por la vagina; en esta fase, las mujeres deben de acudir acompañadas al hospital que les asignaron anteriormente en sus consultas prenatales, presentar su cartilla de mujer embarazada

con los sellos vigentes, no debe llevar ningún objeto de valor ni usar maquillaje, y debe presentarse con todos sus artículos de aseo personal (Gobierno de México, 2019).

b)Tipo de afiliación.

Durante la realización de las entrevistas se observó que el tipo de afiliación y el servicio de salud público al que más acuden las mujeres es el IMSS, con un total de cinco mujeres que fueron atendidas en alguna clínica u hospital de esta institución, así mismo tres de esas cinco mujeres decidieron después de su primer parto, cambiar de institución de salud, debido a los malos tratos y a las experiencias desfavorables que tuvieron dentro de las clínicas y hospitales del IMSS.

4.2 Conocimiento sobre violencia obstétrica

En el capítulo 1 se mostraron diferentes definiciones de violencia obstétrica, ya que cada país de Latinoamérica y en este caso, cada Estado de la República Mexicana tienen su propia definición. Las definiciones son importantes porque expresan las diversas experiencias de violencia que las mujeres sufren dentro de las instituciones de salud, así como el marco jurídico y legal para prevenirlas y/o erradicarlas; para el análisis de este trabajo se retomaron las siguientes:

> La violencia obstétrica es la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Adib Mendiri et al., 2017).

En la Ciudad de México el día 22 de diciembre de 2022 en la Gaceta oficial se publicó la última reforma para la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Distrito Federal; que en el título segundo “Tipos y modalidades de violencia contra las mujeres”, Capítulo 1” De los tipos de violencia contra las mujeres” en el Artículo VII, se define a la violencia obstétrica como:

> Es toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un establecimiento privado o institución de salud pública del gobierno de la Ciudad de México que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad, cultura, grupo étnico u origen durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos (Organización Mundial de la Salud, 1986, p.1).

A partir de estas categorías buscamos indagar sobre el conocimiento que las mujeres entrevistadas tienen sobre el concepto de violencia obstétrica, si alguna vez han escuchado el concepto y si tienen alguna percepción de lo que pueda ser la violencia obstétrica. Que las mujeres conozcan el concepto sería muy importante ya que de esa manera podrían identificar con más facilidad que es violencia obstétrica y esto les daría herramientas para saber cómo actuar.

Las mujeres que dicen si conocer el término lo refieren de la siguiente manera:

> *"(…) Me suena ahh ehh a violencia cuando uno está en el hospital dando a luz, si (…) "(Isabel).*
>
> *"(..) Es el trato inadecuado en el hospital (...)" (Patricia).*
>
> *"(..) Es cuando en el servicio médico algún personal no importa el lugar que ocupe, se dirige de manera violenta a la embarazada, ya sea en el chequeo mensual o en el momento del parto (…)" (Verónica).*

Se puede decir que las entrevistadas no tienen conocimiento de lo que es violencia obstétrica o éste es muy vago y general, lo cual provoca que estén expuestas a actos de violencia; así mismo, desconocer el concepto no significa que no se den cuenta que

las están maltratando y que al mismo tiempo afectan la calidad de su proceso de parto ya que ellas mismas detallan las conductas que identifican como violentas.

El principal problema o limitante es que no logran reaccionar o actuar en el momento en que son violentadas; esto probablemente se debe a que ven a las demás mujeres que están en el mismo lugar que ellas y que les sucede lo mismo y lo toman como algo común o fuera de su control y que tiene que pasar; así mismo, las condiciones en las que se encuentran durante sus trabajos de parto y partos las limita para actuar, ya que el dolor, las emociones, lo que físicamente sienten y el estar aislada de familiares y esposo las pone en mayor vulnerabilidad, debido a que el sistema de salud hegemónico vulnera a las personas, ya que como lo mencionamos anteriormente este modelo tiende a medicalizar aspectos de la vida y se caracteriza por el dominio del saber y el conocimiento de los médicos respecto al de sus pacientes

Al no conocer el término de violencia obstétrica, es difícil que ellas puedan identificar los actos, acciones, conductas, frases o procedimientos catalogados como violentos.

También podemos decir que es difícil que las mujeres tengan un conocimiento más amplio o que incluso hayan escuchado el término, durante las entrevistas se preguntó si en algún hospital, clínica u en otro lugar habían escuchado o se les había dado información sobre violencia obstétrica y todas nos respondieron que no, lo cual nos muestra que a pesar de que se habla ya de violencia obstétrica dentro de las instituciones y existen definiciones y leyes las mujeres aún no tienen acceso a esta información o que parece limitarse al ámbito médico o académico todavía.

> *"(…) ¿En algún momento en el hospital o en las clínicas cuando has asistido a alguna clínica del seguro te han informado sobre violencia obstétrica o has visto un cartel o algo? mm no nada (…)" (Isabel)*

> *"(..) ¿Cuándo estuviste en el hospital viste algún anuncio sobre violencia obstétrica? No (...)" (Mirna)*

Hablando de manera informal con algunos de los esposos de las entrevistadas identificamos que los tratos violentos también los reciben los familiares o

acompañantes de las mujeres; como ejemplo, relatan que al estar en la sala de espera se detonan emociones a causa de la incertidumbre por saber cómo está su esposa y si ya nació su bebé; pero que la información es poca y cuando la hay solo contestan si ya nació o no o si aún le falta, y que entre el personal hay poco tacto para dar malas noticias, lo que provoca mucha alteración y/o impotencia de no poder estar con sus parejas.

4.3 Violencia obstétrica durante la atención en el embarazo.

La violencia obstétrica durante el embarazo "*se expresa en el momento que existe un trato jerárquico deshumanizado"* por parte del personal de salud; en esta categoría buscamos conocer la historia de sus embarazos y cómo fueron sus consultas prenatales en la clínica u hospital donde se atendieron, sobre esto las mujeres mencionan que es difícil preguntar y resolver dudas, ya que los médicos no contestan de la mejor forma:

> *"(...) Algunas veces, al escuchar que las señoras de al lado preguntaban y todo eso y las enfermeras y los doctores les contestaban feo,… dices, ¿para qué le pregunto si me va a contestar feo?, la verdad ya ni se pregunta cuando ves eso y si tenía la oportunidad y veía que las enfermeras o el doctor te trataba bien pues si había la posibilidad de preguntarles pero si no mejor no (…)" (Isabel).*

También dicen que es difícil preguntar y que un médico les genere confianza ya que en su mayoría son hombres:

> *"(…) Nunca me dijeron nada, no me daba confianza de preguntar nada me daba pena porque la mayoría eran hombres (...)" (Susana).*

4. 4 Violencia Obstétrica como causa por las que se cambia de institución para la atención.

Algunas mujeres cambiaron de institución de salud después de su primera experiencia o varias experiencias de violencia obstétrica por parte del personal médico durante la atención de su trabajo de parto[2] y parto y se describen de la siguiente manera:

a) Servicio de salud en el que inician su atención al embarazo y parto.

Tres de las mujeres entrevistadas cuentan que su primer embarazo fue atendido en un servicio de salud público y que en sus otros embarazos se atendieron en otra institución u hospital públicos; De entre ellas, dos iniciaron en el IMSS con el cuidado de su embarazo y posteriormente parir; debido a la mala atención y malos tratos que sufrieron sobre todo en su parto decidieron cambiar de institución de salud pública para sus siguientes partos.

> *"(…) La atención de los doctores es muy hermética te revisan checan cuantas semanas de embarazo tienes el peso que has ganado y nada más checan el latido del corazón del bebé y ya (…)" (Patricia)*
>
> *"(…) Pues el primer parto fue muy mala mi atención (…)" (Patricia)*
>
> *"(…) Pero en el seguro (hace referencia al IMSS) es fatal (…)" (Patricia)*
>
> *"(…) Ah pues en el IMSS fue muy insuficiente y quede muy asustada (…)" (Claudia)*

Solo una entrevistada fue atendida primeramente en el ISSSTE pero menciona que en ningún momento vivió algún tipo de maltrato por parte del personal médico y aun así cambio de servicio público a un particular.

[2] El trabajo de parto se percibe de diferentes formas, algunas embarazadas lo refieren al inicio, como cólicos menstruales, otras como una presión intensa que se asemeja a los cólicos, dolor en la cintura que se corre hasta los muslos. Las contracciones se presentan poco a poco y van aumentando hasta alcanzar una duración no mayor a un minuto.

b) Servicio de salud en el que concluyen su atención al embarazo y parto.

De las tres mujeres que cambiaron de institución debido a los malos tratos, dos de ellas cambiaron a otras instituciones públicas como el Hospital General de México (HGM), en donde dicen que el trato fue diferente y se sintieron mejor atendidas.

> *"(…) No, en el otro hospital el trato es muy diferente (hace referencia al HGM) desde que yo llegué con dilatación me metieron, me prepararon y ahí me hicieron labor de parto; me dieron masaje para tratar de abrir el conducto vaginal y fuera parto natural y ahí si me explicaron paso a paso lo que me hicieron y cuando nació, luego luego me hicieron el acta de 9[3] y en ningún momento me separaron de mi hijo (…)" (Patricia)*

En otra experiencia la entrevistada cambió al ISSEMyM, menciona que el trato fue un poco mejor pero que no contaban con todos los recursos para su atención.

> *"(…) Si, ahí tardaron para hacerme la cesárea y llego y me revisan, pero era domingo y me atendieron hasta las 11:00 cuando llegué a las 9:00 me hicieron otro ultrasonido, pero hasta el otro día me hicieron la cesárea y de hecho a mi bebé la calificaron muy baja (…)" (Claudia)*

4.5 Experiencias de Violencia obstétrica durante la atención de trabajo de parto y parto.

El proceso de parto para las mujeres puede ser desde una grandiosa experiencia y vivirse de una manera agradable hasta el grado de quedar asustada

> "(…) Quede muy asustada de la atención del IMSS (…)" (Claudia)

Desgraciadamente este es el tipo de experiencia que muchas mujeres viven dentro de las clínicas y hospitales de los servicios de salud públicos. La atención durante el proceso de parto y parto es muy importante ya que es el momento previo a la llegada de un nuevo ser a la vida de las mujeres, y en donde pueden pasar diferentes

[3] El testimonio refiere a la tabla de Apgar, es un examen rápido que se les hace a los recién nacidos, los califican al nacer y hace referencia al estado físico en el proceso de nacimiento y como este se adapta en el exterior.

situaciones antes de recibir al bebé. Es importante considerar las necesidades de las mujeres en este momento, como si requieren caminar, tener una posición más cómoda, tomar agua o alimento, etc., los momentos y espacios que las mujeres necesitan para llevar a cabo su proceso de parto, si existe alguna complicación para la mamá o el bebé, sin embargo, las entrevistadas señalaron:

> *"(…) Llegas y no te preguntan y te dicen, la vamos a preparar ya para que te vayas allí y estés en tu cama (…)" (Isabel)*

Y que además de esto, la atención es *mala:*

> *"(…) Pues el primer parto fue muy mala mi atención (…)" (Patricia)*

Y que puede llegar hacer insuficiente:

> *"(…) Ah pues en el IMMSS fue muy insuficiente (…) "(Claudia)*

No te ponen atención "*(…) me quede dormida y nadie se dio cuenta (…)" (Isabel)*

Así mismo, el que las mujeres sean atendidas por parte del personal depende de la actitud que éstas tengan, la cual se exige que sea pasiva y de contención:

> "*(…) Porque me decía ´no vayas a gritar, porque si tú gritas los doctores no te van a hacer caso y entonces de ahí vas aprendiendo, para los otros dos partos que te tienes que aguantar y no gritar y hacerte fuerte (…)" (Isabel)*

Esta "recomendación" se recibe por parte de las enfermeras, que indican a las mujeres cuál debe ser el comportamiento que deben tener dentro del hospital:

> *"(…) Las enfermeras nos decían que no gritáramos porque asustábamos a las que iban llegando, también las enfermeras decían que como yo me estaba tardando para tener el bebé por mi culpa se iban a quedar más tiempo (…)" (Angélica)*

Por lo anterior, otras mujeres que ya pasaron por este proceso, reproducen este esquema al decirles a las demás cómo comportarse para que no sufran:

"*(…) Lo único que me acuerdo es que me dijeron que no gritara, que no hiciera ningún ruido ni nada, mi tía me lo dijo, que también me acompañó, que porque si yo hacia algún ruido o gritaba o me quejaba no me iban a atender, que yo actuara como si nada (…)" (Verónica)*

La advertencia es que si las mujeres gritan o se quejan durante la labor de parto serán ignoradas por el personal médico:

"*(…) Las chicas gritaban muy feo, y una de las chicas que estaban allí le gritaba al doctor que ya la ayudara porque le dolía muy feo y el doctor fue muy indiferente con ella (…)" (Verónica)*

También mencionan que solo en algunos casos la atención es buena, depende de la enfermera o del médico que esté en turno:

"(…)Depende de las enfermeras que estaban, algunas las paraban a que cambiarán a su bebé o a caminar y por ejemplo, la enfermera que me tocó a mi si me lo cambiaba y me ayudaba, y yo si me podía parar(…)" (Angélica)

La diferencia de tratos se percibe también según el hospital o la clínica donde se están atendiendo:

"(…) En el otro hospital el trato es muy diferente, desde que yo llegué con dilatación me metieron, me prepararon y ahí me hicieron labor de parto (…)" (Claudia)

Existen otros actos que influyen y que además permiten identificar la violencia obstétrica que viven las mujeres dentro de los hospitales como los son los siguientes:

a)Toma de decisiones.

En múltiples ocasiones las mujeres no tienen decisiones sobre su cuerpo o los procesos que los médicos y enfermeras realizan con el propósito de ayudar a las mujeres a parir:

"(…) Yo no interactúe con los médicos (…)" (Verónica)

Estos solo dan algunas indicaciones a realizar a las mujeres:

> "(*…)* Solo me dijeron que me cambiara y lo único que recuerdo es que, no se presentaron ni nada y me canalizaron para ponerme el suero *(…)" (Verónica*)

Además de que actúan sin informar o consultar a las mujeres sobre los medicamentos que serán puestos o las maniobras que realizan en el cuerpo de las mujeres:

> "(…) Me fueron a poner la raquea, pero yo creo que la doctora me la puso mal (…)" (Isabel)

> *"(…) Los doctores ni te dicen 'la voy a revisar' nunca te dicen nada solo la voy a revisar (…)" (Isabel)*

Realizan procedimientos sin previo aviso:

> *"(…) Nunca me dijeron que me habían abierto la epis… no sé cómo se llama, yo solo sentí un piquete, pero yo me enteré que me cortaron hasta que me dijeron que me tenían que quitar puntos (…)" (Verónica)*

Y son revisadas por múltiples médicos en un solo momento, haciendo sentir incómodas a las mujeres:

> "*(…) Ahí va el otro estudiante y o sea como que se van turnando y uno se queda pues ya ni modo estas en el hospital y para ellos es algo normal, pero para uno no, pero bueno (…)" (Isabel)*

Lo que ocasiona que algunas mujeres piensen que son comunes y necesarios los procesos que les están realizando:

> "(…) *Bueno es que como uno no sabe yo pensaba que a lo mejor es normal, me lastimaron demasiado (…)" (Susana)*

Y cuando las mujeres pueden tomar la decisión lo hacen condicionadas y con *miedo:*

> *"(…) En el IMSS me hicieron firmar una hoja donde decía que mi bebé iba a nacer muerto y que ni le hiciera y me fui temerosa de allí y como ya tenía la experiencia de pedir mi alta voluntaria (…)" (Claudia)*

b) Procedimientos inadecuados.

En esta parte de este trabajo se evidencia que las mujeres sufren diversos procesos inadecuados y violentos durante el proceso de atención de la labor de parto y parto que además incluyen regaños y/o comentarios que no tienen ningún sentido:

> "*(…) Doctor me está lastimando "y me dijo haber cállese y puje" (…)" (Isabel)*

> "*(…) Yo ya no tenía fuerzas para pujar, los dolores fueron toda la noche, fue el dolor feo y el doctor me dijo de una manera fea "A ver señora, cómo puede ser posible que no pueda ahorita pujar, a ver cómo es que andaba y demás" (…)" (Isabel)*

> *"(…) Y a otra chica que estaba al lado, que estaba gritando, le dijo "ay aquí si estás grite y grite, pero cuando abriste las piernas para embarazarte no dijiste nada" entonces si hay cometarios que si dices qué les importa, no es su función estarme juzgando (…)" (Patricia)*

> *"(…) Si, y ya me pasaron, pero no dejaron pasar a mi mamá y llega el médico y me pregunta, ¿ya tuvo relaciones sexuales? Yo le dije no y me dijo.- 'pues que espera ya aviéntese el segundo', yo no le conteste me sentí incomoda con su comentario y con su revisión (…) "(Verónica)*

Otros procedimientos incómodos e innecesarios que realizan es el tacto en múltiples ocasiones y sin autorización de la mujer, cuando la OMS recomienda el tacto vaginal

cada cuatro horas solo para valoración de rutina y la observación de la dilatación del trabajo de parto activo:

> *"(…) Todos los estudiantes y dicen 'a ver madre la voy a revisar' y todos los estudiantes allí viendo y uno se queda 'ay no puede ser' (cara de angustia) (…)" (Isabel)*

> *"(…) Cada rato me hacían tacto, me lastimaban (…)" (Susana)*

> *"(…) Ah si desde el primer hospital me rasuraron sin comentar nada, nada más lo hicieron (…)" (Verónica)*

Los procedimientos que los médicos realizan a las mujeres llevan a que estas valoren su experiencia como de sufrimiento:

> "*(…) Ahí si me torturaron porque cada 5 minutos me hacían el tacto, varios me lo hicieron (…)" (Susana)*

El rasurado vaginal es otro de los procedimientos que son muy comunes en las salas de parto:

> "*(…) Si me rajaron y me rasuraron (…)" (Verónica)*

> *"(…) Pues me hicieron el tacto, me rasuraron (…)" (Claudia)*

La episiotomía también es un procedimiento muy común; que se realiza con el objetivo de prevenir desgarres perinatales severos, pero el uso de esta consiste "en una incisión que se realiza con bisturí y debe suturarse después de la expulsión del bebé, ésta se realiza en la zona de los genitales que va desde la vulva al ano, se secciona la piel y los músculos situados entre la vagina y el recto para aumentar el tamaño de la abertura vaginal en el periodo de expulsión del parto" (Ventura et al., 2021).

La OMS dice que es una maniobra que no se recomienda, y en caso de que ésta se llegue a realizar, la mujer debe de tener conocimiento informado, ya que la incisión puede afectar la piel perineal y la mucosa vaginal, los tejidos y el musculo de los genitales y también el esfínter anal y la mucosa rectal.

"(…) Ellos agarraron y yo bien que me acuerdo que me dijo el doctor 'puje, puje señora' y me cortaron y yo sentí que me escurrió algo y ya (…)"

(Susana)

"(…) Hasta los 9 días me entero, que me revisan y que me iban a quitar los puntos, yo sentía que algo me lastimaba, pero no sabía qué (…)" (Verónica)

Este procedimiento es doloroso para las mujeres y no son informadas que se realizará:

"(…) Yo veía la aguja y no supe si me cortaron o no (…)" (Isabel)

Al momento de suturar la herida o hacen sin anestesia y dejando a las mujeres vulnerables ya que solo se queda otro médico con ellas a suturarlas:

"(…) No, sin anestesia me metieron la aguja y me jalaron yo sentía que me lastimaban (…)" (Susana)

"(…) Se fue con mi bebé y me dejó con un estudiante que me limpiara y me cosiera y de tantos que estaban allí fue un estudiante el que se quedó hasta el final limpiándome y cosiendo (…)" (Isabel)

La maniobra de Kristeller, es otra de las maniobras dolorosas para las mujeres, consiste en ejercer presión sobre el abdomen para poder conseguir que salga el bebé, la OMS no la recomienda ya que, al causar presión en el fondo uterino puede ocasionar la rotura del útero u otro órgano así como la muerte materna o del bebé.

"*(…) Unos enfermeros me ayudaron a empujar al bebé para que naciera (…)" (Angélica)*

"(…) Entonces lo que hace el doctor es poner todo su peso en mi estómago, y yo le dije, o sea, de eso si me acuerdo, yo dije desgraciado por adentro qué me está haciendo o sea sentía muy feo y no, no podía salir él bebé y después de tanto ya salió y el doctor allí me dejó (…)" (Isabel)

Además de todo esto, las mujeres sufren los descuidos por parte del personal médico: Patricia una de las mujeres entrevistadas, relata que en un descuido por parte del personal médico le cambian a su niño por una niña la cual nació contagiada con papiloma humano; todo esto ocurre porque cuando nació su hijo, ella se puso muy grave e inmediatamente después de poder ver a su hijo desde lejos perdió el conocimiento y no despertó hasta mucho tiempo después y cuando la subieron a piso al momento de conocer a su bebé, le dieron una niña y aunado a esto la regañaron por no mencionar esto a los médicos:

"(…) A las 9:00 me subieron a piso, pero no sabía nada de mi hijo, me decían que estaba en cuneros y me regañaron porque me dijeron que cómo era posible que yo no conociera a mi hija, y me llevaron a una niña cuando yo había tenido un niño (…)" (Patricia)

Ella al darse cuenta de este error, les informa inmediatamente a los médicos, los cuales no le creían y tuvo que llevar evidencia de ultrasonidos anteriores que comprobaran que era un niño, así mismo corroboró esa información con la pulsera que le pusieron cuando ingresó al hospital y al bebé cuando nació; también comenta que casualmente en ese instante la trabajadora social pasó y tomó los datos para poder registrar al bebé en ese momento.

"(…) Ah y por la razón que se justificó que yo en realidad había tenido un niño, es que había pasado la de trabajo social y cuando nació mi hijo pasó la de trabajo social y por medio de la pulsera que nos ponen, ella tomó los datos y le preguntaron a mi esposo qué nombre quería ponerle y lo registraron en ese

momento y fue por eso que ya no insistieron que la niña era mi hija (…)" (Patricia)

Por último la falta de atención oportuna lleva a sufrir procedimientos dolorosos:

"(…) Realmente no me hicieron nada, allí me inyectaron para acelerar el parto, pero fueron desde las 3:30 de la mañana hasta 12:45 di a luz a mi hijo y ya cuando me llevaron a expulsión mi fuente ya estaba vacía y me dijeron que mi parto había sido en seco, me rasgaron y me metieron fórceps para sacar al bebé (…)" (Patricia)

Vemos entonces que para la mayoría de las mujeres entrevistadas su proceso de parto y parto lo vivieron de una manera desagradable y dolorosa debido al mal trato que recibieron.

c) Expresión de emociones

Los malos tratos mencionados anteriormente generan en las mujeres una serie de emociones que van desde intranquilidad, nervios y miedo a lo que puede suceder:

"*(…) Cuando me pasan a la sala de parto yo tenía mucho miedo, porque yo solo escuchaba gritar a las otras chicas y yo me ponía muy nerviosa, yo entraba con miedo, pero no decía nada (…)" (Verónica)*

"*(…) Nerviosa, porque era la primera vez (…)" (Mirna)*

Así mismo, sienten coraje e impotencia debido a los malos tratos que recibieron:

"(…) Con mucho coraje y desesperación, porque yo ya quería irme con mi hijo y descansar (…)" (Patricia)

Todo lo anterior causa que las mujeres se sientan cansadas:

"(…) Emocionalmente estaba cansada del tercero, súper cansada, como nunca me había imaginado, del segundo cuando fue cesárea pero si tenía ansiedad de ya pararme, ya moverme, ya no estar acostada (…)" (Isabel)

"(…) Emm cansada amm y alegre (…)" (Angélica)

A pesar de la violencia que sufren, las mujeres entrevistadas manifestaron que ellas se sintieron felices al momento de tener a su bebé en los brazos, lo cual se puede decir que esto provoca que se dejan pasar los actos violentos que recibieron durante su parto; lo cual se vuelve un problema ya que impide que las mujeres reconozcan la violencia obstétrica que viven, y eso ocasiona que las mujeres no actúen y no lleven a cabo ningún proceso para denunciar la violencia que vivieron, ya que todo lo que sufrieron se compensa con tener a su bebé en los brazos:

"(…) Sentía bonito porque ya tenía a mis hijos y ya los podía cargar y tener cerca de mi hija me sentía triste, pero por que nació enferma (…)" (Isabel)

"(…) Emm cansada amm y alegre (…)" (Angélica)

d) Contacto inmediato con tu bebé

Una de las formas más comunes de violencia obstétrica, que tampoco se toma en cuenta, es que las mujeres son separadas de sus bebés al momento de nacer y sin ninguna razón que lo justifique, debido a que el Modelo Medico Hegemónico (MMH) se centra mayoritariamente en la medicalización del parto y todos los procesos que sucede dentro de este, cuando todas las mujeres deberían conocer a su bebé inmediatamente solo en casos de enfermedad que obligue a los médicos a que el bebé reciba algún tratamiento especial con urgencia y así mismo pueda suceder con la mamá, que ella necesite algún tratamiento con urgencia y tenga que ser trasladada a otra área del hospital. Las mujeres solo pueden mirar a su bebé desde lejos y por unos pocos segundos:

"(…) De mi primera hija cuando nació me la enseñaron de lejos, me dijeron mire esta es su niña y la vi (…)" (Isabel)

"(…) Mi otro hijo fue cesárea y me desperté justo en el momento que lo voltearon, lo único que alcancé a ver fueron sus pompis y escuché su llanto y es lo único que se me grabó: su llanto (…)" (Isabel)

Después de que son separadas de su bebé pasan un tiempo que las mujeres no pueden cuantificar sin saber nada de ellos:

"(…) A las 9:00 me subieron a piso, pero no sabía nada de mi hijo (…)" (Patricia)

"(…) Si, cuando nació luego, luego empezó a chillar y me la dieron con una sábana y me la pusieron en el pecho como un minuto y después se la llevaron mucho tiempo (…)" (Susana)

e) Acompañamiento

Dentro de los reglamentos internos de los hospitales, se establece que cualquier paciente entre solo al hospital, esto incluye también a las mujeres que van a parir, ellas solo pueden estar acompañadas por alguna persona en la sala de espera y cuando llegan a 3 o 4 centímetros de dilatación, son ingresadas al hospital para posteriormente estar solas durante su trabajo de parto y parto:

"*(…) Si, al principio si en la sala de espera estuvo mi esposo y mi mamá (…)" (Mirna)*

"(…) Mmm no, yo ya estaba sola (…)" (Verónica)

Y afrontar todas las situaciones mencionadas anteriormente solas, ya que solo pueden ser visitadas por algunas horas dentro del hospital, algunas mencionan que la compañía que tienen dentro del hospital son otras mujeres que están en la misma situación que ellas:

"*(…) Si, a lado estaba una que fue por cesárea (…)" (Angélica)*

"(…) Me llevaron a un cuarto donde había más mamás (…)" (Susana)

Aislar a las mujeres viene bien para los médicos y debido a los procesos que se mencionaron antes, pues las mujeres al sentirse solas en medio de todo el personal es más difícil que reclamen y también es más fácil que se sometan y acepten todos los procedimientos sin cuestionar, las mujeres expresan que es mejor no estar acompañadas, ya que el familiar podría percibir todos los malos tratos que reciben y desesperarse y esto ocasionar algún problema.

> *"(…) Pues no lo sé porque yo creo que es, bueno es que yo creo que el familiar que hubiera estado conmigo también lo hubiera sentido feo, porque se iba a desesperar y decir es que no te están atendiendo y así y también seria feo para esa persona y digo pero bueno si lo hacen en el seguro así debe ser por algo, es porque ellos ya saben y pues yo digo así estuvo mejor ya sola (…)" (Isabel)*

> *"(…) Pues yo creo que así como fue mm no (…)" (Verónica)*

g) Insuficiencia de infraestructura para la atención

En México, el 96% de los nacimientos ocurren principalmente en hospitales de segundo nivel, que están sobresaturados y con frecuencia carecen del personal e insumos necesarios para atender las necesidades de las usuarias, llevando el sistema a una situación crítica. Adicionalmente los partos que se atienden en hospitales suelen ser sobre medicalizados como lo describe el MMH, lo que resulta evidente con el elevado número de cesáreas que se realizan en el país (Fernández, 2018).

Una forma de violencia también, es la falta de infraestructura para la atención oportuna y eficaz hacia las mujeres, ésta situación no depende directamente del personal médico, sino de la falta de recursos que no prioriza a las mujeres y sus procesos, que a su vez se refleja en el trato inadecuado hacia las mujeres, como la falta de espacio o camas disponibles o la falta de medicamentos e incluso de personal médico y este tipo de situaciones lleva a las mujeres a padecer en traslados a otros hospitales y a sufrir aún más dolor:

"(…) Luego, luego me llevaron al médico y de ahí querían mandarme a otro porque no tenían cama ni doctor y ahí estaba sentada y se me reventó la fuente (…)" (Susana)

"(…) Este, yo estaba en el hospital de Peñón, pero al momento volvió a entrar mi mamá y me dijo vuélvete a cambiar porque el hospital no tiene servicios, no tiene pediatra y no tenía ginecólogo, después nos dirigimos al hospital Gustavo Baz (…)" (Verónica)

"(…) Si, ahí tardaron para hacerme la cesárea y llego y me revisan pero era domingo y me atendieron hasta las 01:00 a.m. cuando llegue a las 09:00 p.m.; me hicieron otro ultrasonido, pero hasta el otro día me hicieron la cesárea y de hecho a mi bebé la calificaron muy baja (…)" (Claudia)

"(…) Cuando entré al quirófano había muchas mamás y mucha gente, entonces no me atendieron luego luego, a pesar de que mi bebé era prematuro (…)" (Susana)

"(…) Ahh de hecho, como había muchas mujeres embarazadas a mí me tocó estar en un sillón, no me tocó cama, ni había, y ahí me pusieron y ya cuando faltaba media hora para la cesárea me pasaron a una cama, me vendaron mis pies (…)" (Mirna)

"(…) Pues me metieron en una sala improvisada, porque la sala de parto estaba ocupada y ya dilatamos y ya me pasaron al cuarto (…)" (Angélica)

4.6 Conocimiento sobre parteras tradicionales

La partería tradicional es una forma completamente diferente de atención durante el embarazo, parto y puerperio, que va más allá de la atención en solo esa etapa de la vida de las mujeres, ya que las parteras tradicionales se encargan de cuidar a las mujeres durante todas las etapas y ciclos de la vida, además de que también atienden problemas de infertilidad y de la vida sexual y reproductiva; todo esto se complementa con los conocimientos que tienen sobre herbolaria, también realizan masajes que ayudan a las mujeres a sentirse más relajadas durante su embarazo, y ellas brindan un

trato personalizado para cada mujer de acuerdo a las necesidades que se presenten durante su embarazo y parto, integra a la familia de la mujer durante esta etapa y sobre todo hay un trato más digno hacia las mujeres. A pesar de todo el conocimiento que tienen las parteras tradicionales, existe una desinformación sobre los procesos que las parteras realizan para ayudar a las mujeres a parir y que lleva a las mujeres a asumir que es muy riesgoso para ellas y para el bebé. Solo dos de las mujeres entrevistadas han tenido un contacto directo con alguna partera y mencionan la experiencia que vivieron al poder ver el trabajo de una partera tradicional, con las otras mujeres su conocimiento se basa en solo lo que han escuchado sobre el trabajo de las parteras tradicionales, que proviene de otras mujeres que a su vez lo escucharon.

> *"(…) Mmm pues son personas experimentadas pero, les falta ese toque de ser doctoras, pues, si saben mucho pero hay cosas fuera de su alcance por lo que no tienen experiencia y allí se puede complicar el parto o cualquier cosa (…)" (Isabel)*

> *"(…) Yo sé que son riesgosos cuando no tienes el conocimiento, porque si tiene alguna complicación o los medios para atender el parto es muy riesgoso para la mamá y el bebé, porque a la hora de parir puede haber complicaciones, entonces realmente yo, yo siento que es algo riesgoso porque si no tienes lo conocimientos y los medios es algo riesgoso (…)" (Verónica)*

Una de las mujeres entrevistadas cuenta que en su familia si hay casos de mujeres que han parido en casa y con éxito:

> *"(…) Mi mamá, con ella dice que no sufrió mucho, la posición (en) que estuvo ella fue en cuclillas y mi papá la estuvo sosteniendo para que naciera el bebé y normalmente así son los partos, como se acomode la mujer (…)" (Mirna)*

A pesar de ello a ella no le hubiera gustado tener un parto en casa debido nuevamente a las complicaciones que pueden existir:

"(…) No, por que como lo comentaba ahorita, ya es difícil por las atenciones que necesita después el bebé (…)" (Mirna)

Una de las mujeres nos cuenta que a ella si le hubiera gustado un parto en casa, ya que ella pudo acompañar a otra mujer que tuvo esa experiencia, ella se dio cuenta de la labor de las parteras durante el embarazo, parto y puerperio:

"(…) Pues yo vi un parto en casa y siento que es muy bonito, porque hay personas que realmente son parteras, y yo pensaba que las parteras las atendían en el último momento, pero ahora ya sé que también las van controlando desde la mitad de su embarazo y es bonito porque es un trato más humano, y una mujer como sufre lo que es dar a luz pues es más consiente, es más empática con uno (…)" (Patricia)

Y al preguntar cuál fue la razón por la que fue un parto en casa ella responde que:

"(…) Fue porque la chica tenía miedo debido a los antecedentes y las malas experiencias de otras mujeres en su familia, (por ello) decidió tener un parto en casa (…)" (Patricia)

Los anteriores testimonios, nos llevan a la reflexión acerca de la labor de las parteras tradicionales en zonas urbanas y cuáles son las anécdotas que nos pueden relatar esas mujeres referentes al trabajo de la partería y a ser partera tradicional, ya que la partería tradicional es un elemento fundamental de los pueblos y comunidades indígenas, que por mucho tiempo su labor fue atender partos en casa en las comunidades más lejanas, donde los sistemas de salud no llegaban. Debido a que en la época colonial los médicos señalaron como peligrosas las prácticas de las parteras tradicionales y con esto comenzó una persecución de médicos hacia parteras, lo cual limitó su práctica, así mismo una visión errónea de la partería tradicional que hasta la fecha se mantiene.

Todo lo anterior impidió que la partería tradicional se ejerciera con la misma frecuencia y por ende se redujo el trabajo de estas mujeres en las zonas urbanas, se limitaron los aportes que tiene sobre la atención hacia las mujeres, no solo en el embarazo, parto y puerperio sino en todas las etapas de la vida de la mujer ya que el conocimiento de las parteras tradicionales es muy amplio debido a que:

> "Desde siempre las mujeres han sido sanadoras, además sabían procurar abortos, eran consejeras, realizan sus propias medicinas con sus propios cultivos de plantas medicinales iban de casa en casa y de pueblo en pueblo para atender a las mujeres, se encargaban de los procesos de salud sexual y reproductiva de las mujeres, además de que era parte importante de la comunidad ya que era vista como una líder y consejera que generaba respeto y credibilidad y a pesar de que no estuviera respaldada por títulos la comunidad tenía confianza en ella"(Motta León et al., 2020, p.31).

Además de todo esto, las parteras tradicionales contribuyen en la prevención de la violencia obstétrica, ya que sus prácticas son totalmente personalizadas, respetuosas, no violentas y segura para las mujeres y para los recién nacidos.

Es por eso que la partería tradicional es un claro ejemplo de una contrapropuesta del MMH ya que esta permite promover un enfoque inclusivo, socialmente consiente y que promueve la participación activa del paciente, además que favorece la diversidad cultural y los contextos históricos de cada persona.

ENTREVISTAS A PARTERAS TRADICIONALES

4.7 Características generales y servicios de salud al que está afiliada

En el siguiente cuadro se muestra el perfil de las Parteras tradicionales entrevistadas y posteriormente el contexto en que ellas ejercen la partería tradicional, llama la atención que ninguna de ellas está afiliada a algún servicio de salud público:

Cuadro (11). Características generales y servicios de salud al que está afiliadas

Numero de entrevistas	Nombre	Edad	Donde viven	Servicio de salud
1	Angélica	44	Iztapalapa	No
2	Isabel	29	Ecatepec	No
3	Lupita	48	Tultitlan	No
4	Gisela	47	Chimalhuacán	No

Fuente: Entrevistas realizadas

a) Características de las mujeres atendidas por parteras tradicionales en zonas urbanas.

En México, la partería tradicional es una parte importante de la medicina tradicional indígena, las mujeres parteras tradicionales son reconocidas en su comunidad ya que comparten sus tradiciones, lengua y sus costumbres, sin embargo, en el siglo XIX se inició un proceso de institucionalización para que estas mujeres pudieran atender un parto y esto provocó un desplazamiento de las parteras tradicionales, que fueron reemplazadas por hombres con conocimientos en ginecología y obstetricia, hasta que las mujeres parteras solo podían atender partos en las comunidades más lejanas del país, donde no llegaba ningún servicio de salud. Por mucho tiempo las parteras tradicionales solo atendían en zonas rurales, a pesar de esto, en la actualidad ya hay mujeres parteras tradicionales que atienden en zonas urbanas las cuales atienden sin importar su contexto social y cultural de las mujeres:

"(…) He tenido de ambos lados, de personas con recursos, tanto personas sin recursos (…)" (Angélica)

"(…) Pues de todo tipo, mujeres que se interesan en no parir en un hospital por la parte económica, otras por miedo, otras porque tienen muchas posibilidades económicas y encuentran esta otra forma y se las presentan muy adornada, muy bonita y tiene la posibilidad de hacerlo, porque muchas veces no es posible acceder a estos servicios y pues hay de todo (…)" (Isabel)

"(…) Yo trabajo en población urbana, pero no importa la clase social, el trato debe ser siempre el mismo (…)" (Lupita)

"(…) Pues realmente se ve de todo, desde gente de bajos recursos, hasta mujeres que tiene todos los recursos (…)" (Gisela)

Es importante mencionar que aun en zonas urbanas en donde se supone que ya no existen comunidades indígenas, la partería tradicional sigue vigente y el don de la partería se sigue heredando de diferentes maneras, las mujeres parteras tradicionales que radican en comunidades urbanas hablan de cómo obtuvieron este don. Angélica y Gisela cuentan que sus mamás, abuelas y suegras fueron las que les enseñaron y les heredaron este don y sus conocimientos; por otra parte, Isabel nos relata que ella buscó otra alternativa de parto ya que al escuchar las historias de su abuela y madre sobre la violencia que viven decidió buscar otra alternativa, a partir de esta experiencia y encontró la partería tradicional que detonó el don que ella traía ya que su abuelo era partero tradicional y ella no lo sabía hasta que comenzó a estudiar y aprender con parteras tradicionales. Por último, Lupita nos cuenta que ella recibió una señal, ya que ella estaba interesada en estudiar partería tradicional y cuando pidió informes en el lugar donde se desarrolla como médico tradicional, justo en el momento en el que se estaba informando nació un bebé lo que le hizo saber que podía estudiar partería tradicional.

b) Estado de salud:

En el capítulo I se retoma el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, que en los artículos 110, 111 y 112 establece qué tipo de embarazos y parto puede atender el personal profesional no autorizado (parteras tradicionales) que incluye servicios de obstetricia y planificación familiar así como:

1. Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso a la Secretaría;
2. Prescribir los medicamentos que en esos casos se requieran de acuerdo a las normas oficiales mexicanas que para dicho fin emita la Secretaría,

También señala los tipos de embarazos y partos que no pueden atender:

1. Atender los embarazos, partos o puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o la transferencia de la paciente a la unidad de atención médica más cercana, hagan peligrar la vida de la madre o del producto. En este caso deberán dar aviso a la Secretaría;
2. Enviar al establecimiento de atención médica más cercana, los casos de embarazos patológicos o en los que se presuma la posibilidad de partos o puerperios patológicos;
3. Comunicar de inmediato a la Secretaría los casos de partos o puerperios patológicos, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina con ejercicio legalmente autorizado.

Estas medidas se implementan con el fin de evitar la muerte materna o muerte neonatal. Esto es algo que las parteras tradicionales saben y conocen sus limitantes al momento de ejercer su saber:

> *"(…) Reviso muy bien su historial para ver si ellas pueden tener un parto natural y si hay posibilidad, de todos modos, se toma y se lleva a que sea lo más natural posible y lo más viable sin complicaciones (…)" (Angélica)*

> *"(…) Una mujer sana con un embarazo sano no hay ningún problema de que tenga un parto en casa (…)" (Isabel)*

> *"(…) Un embarazo sin riesgo, pues se hacen sus consultas cada mes, pero si es de alto riesgo pues yo no me aviento (…)" (Gisela)*

A pesar de las restricciones, las parteras tradicionales tienen la habilidad para diagnosticar a las mujeres que tienen un embarazo y parto complicado o de bajo

riesgo; y ayudan según la situación en la que se encuentren el bebé y la mamá; por ejemplo, si viene mal su bebé o si está atravesado o si viene sentado, una partera tradicional lo puede acomodar; sin dejar de reconocer cuando a una mujer no la pueden atender por sus complicaciones, y las mandan a un servicio de salud.

> *"(…) Me enseñó cómo mantener un bebé en el vientre, me enseñó a tomar tés, a tomar reposo, cómo tomar el reposo; me hizo comprar alimentos distintos, yo aprendí a llevar un embarazo de riesgo y a corta edad (…)" (Angélica)*

4.8 Inicio en la partería

La labor de las parteras tradicionales va más allá de lo que el concepto de la OMS señala. Como se abordó en el capítulo I de este trabajo, la OMS define a la partera "como *la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras"* (Organización Mundial de la Salud, 1993) y también se mencionó que es un concepto que reduce el trabajo de las parteras únicamente a la atención del parto. Sin embargo, a partir de los relatos de las parteras entrevistadas, es evidente que ellas se encargan de todas las etapas y ciclo de vida de la mujer que va desde la primera menstruación hasta la menopausia.

Para esto, comenzaremos por conocer que las parteras tradicionales fueron formadas en el modelo de atención tradicional como aprendices o por medio del don, así que estas mujeres transmiten el conocimiento de generación en generación y también se puede nacer con este don.

> *"(…) Bueno, yo llegué a muy corta edad con la abuela de mis hijos, me enseñó sus saberes, como a ella su mamá se los enseñó, y después de ser mamá y con todo lo que aprendí empecé a ayudar a mujeres y también mi mamá es sanadora y es importante porque mi mamá me enseñó también (…)" (Angélica)*

"(…) Es algo con lo que ya se nace o lo vas heredando de tu familia, porque yo creo que la misma gente te busca… yo no sabía que mi abuelito era partero, claro que yo no supe hasta después (…)" (Isabel)

"(…) Yo me inicié en la partería porque donde tenemos nuestro espacio para dar terapia nació un bebé, justo cuando andaba preguntando si podía estudiar con una partera tradicional, justo en ese momento nació un bebé y para mí fue una señal de que hay que estudiar partería, pero yo ya era medico tradicional (…)" (Lupita)

"(…) Mi abuela era partera, ahora sí que yo lo aprendí de ella (…)" (Gisela)

4.9 Conocimiento y prácticas de partería tradicional

La partería tradicional es un conjunto de prácticas, costumbres, valores, saberes y creencias que han sido transmitidos de generación en generación y que son parte importante de nuestra cultura, y en voz de las mujeres que la ejercen es:

"(…) La partería no solo está al servicio de las mujeres sino del entorno, entonces ser partera es mucho, a veces nos encasillan solo en los partos, pero la partera no solo atiende partos, atiende duelos, atiende a la comunidad en otras áreas de la medicina tradicional (…)" (Lupita)

"(…) Si, al servicio de la comunidad, y la partería no solo es atender partos y recibir niños, sino también es el estar al tanto del bienestar de la comunidad y de las mujeres… acompañamos, respetamos el proceso de cada mujer, porque todas somos diferentes y acompañamos este proceso y de cuidar, que todo esté bien y que todo esté en orden (…)" (Isabel)

"(…) Que no solamente juega un papel importante dentro del parto, si no también antes, por ejemplo, en dado caso si debe de haber un aborto pues se les ayuda en esa parte de limpieza en útero, para que no haya complicaciones

como en degrado; partera también acomoda bebé cuando el bebé no está en una posición buena para el parto, eso lo hacen parteras expertas y lleva un grado de instinto muy grande, partera también ayuda no solo a mamá sino también a papá a comprender los estado de ánimo de mamá y cómo podría ayudar y cómo puede asistir el en el parto. Partera acerca también al papá, partera al llegar bebé sirve también como médico para bebé no solo para mamá, si llega bebé a estar empachado o si llega a tener complicaciones al nacer, que nazca con los ojitos amarillitos porque no nació a tiempo, partera sabe qué hacer con ese tipo de enfermedades, también después hacer baño posparto la regulación de hormonas, también partera funge como psicóloga para entender a la mujer, como porrista para decirle tú vas muy bien, estás muy bien, tu lactancia muy bien o también indicar si no está bien y ayudarla, cuando pasa el tiempo ayuda al control prenatal y también en la menopausia y se vuelve hasta cierto punto tu compañera (…)" (Angélica)

En el capítulo I se habló de la medicalización del parto, éste era un proceso completamente natural que era atendido por mujeres parteras tradicionales, que eran parte de la comunidad y de la vida de las mujeres ya que las parteras tradicionales las acompañaban en todos los procesos relacionados con las etapas de vida de las mujeres, pero el parto se comenzó a medicalizar desde la llegada de la medicina hegemónica a México, esta mira al embarazo y parto como una patología que se tienen que detectar, tratar y curar.

Es importante recalcar que el trabajo de atención de la partera tradicional hacia las mujeres es distinto a la atención que da un servicio de salud público:

"(…) La atención es totalmente personalizada y se sale de la rutina de los hospitales, aquí tienes más tiempo, tienes más posibilidad de escuchar a las mujeres, no solo en su estado físico sino también mental, que es un seguimiento más a fondo e integral (…)" (Isabel)

Las parteras tradicionales utilizan técnicas que ayudan a las mujeres a sentirse bien durante su embarazo y así ellas puedan llegar con la energía necesaria para el trabajo de parto y parto:

> *"(…) A mí me gusta mucho darle a las mujeres un masajito, que se sientan bien y es una atención con más cariño (…)" (Isabel)*

> *"(…) Pues masajes, herbolaria, pero depende de lo que necesita la mamá como el bebé (…)" (Gisela)*

> *"(…) Se le dan alimentos que ella no puede comprar a base de plantas y semillas y se le proporciona para que ella tenga un embarazo óptimo, para que bebé nazca sano, igual si tiene preeclampsia la mayoría del tiempo se le trata con plantas (…)" (Angélica)*

> *"(…)* Tratamos de cuidarlas para que ellas están en óptimas condiciones *(…)" (Lupita)*

El uso de la herbolaria es una práctica habitual en la partería y ellas mismas, producen, realizan y tienen sus propias medicinas:

> *"(…) Las parteras son mujeres que sabían de plantas, que sabían de astrología, de la cosmovisión del sentir del cuerpo y cómo sanar hasta cierto punto de enfermedades que parecían del cuerpo pero (que) venían del alma y con su medicina se podían curar (…)" (Angélica)*

> *"(…) Produzco mis propios medicamentos y mis propias plantas para dar medicamentos (…)" (Angélica)*

> *"(…) Nosotros tratamos por medio de plantas y es un complemento y esto ayuda a tratar a las mujeres, y tratamos de cuidarlas para que ellas estén en óptimas condiciones (…)" (Angélica)*

> *"(…) Bueno, yo ocupo herbolaria que es con las plantas, hago también tinturas, aplico ventosas, medicina tradicional y masaje (…)" (Isabel)*

"(…) Para poderlas ayudar se les manda algunos ejercicios, aromaterapia, masaje con herbolaria, pero depende de la mujer lo que necesite (…)" (Lupita)

Respecto al trato, la partería tradicional se basa en el respeto y la integración de la cultura, creencia y valores de la mujer, lo cual permite que las mujeres tengan un parto respetuoso y digno:

"(…) Una partera llega y hace sentir a una mujer que va a tener un parto respetuoso (…)" (Angélica)

"(…) Es darles la tranquilidad que como mujer necesitas en ese momento, para que ellas estén tranquilas y que sepan que el dolor va a pasar y es parte de la naturaleza, y estar con ellas desde que las mujeres están en labor y que su entorno esté en paz. (…)" (Gisela)

"(…) Es dejar que la mujer escuche su cuerpo, las parteras no podemos hacer una intervención, ni siquiera de palabra porque podemos invadir, podemos guiar en unas cosas pero sin intervenir, el ejemplo sería como esto de tienes que pujar o no pujes, tenemos que permitir que la mujer fluya, esa es una forma muy natural de no invadir el parto; las abuelas siempre nos decían que la partera solo llegaba, observaba, no hablaba, llevábamos nuestro tejido, nuestro bordado para no hacer una intervención y dejar a la mujer que sintiera su cuerpo y que cuando ya fuera el momento del nacimiento de bebé acercarnos, pero sin invadir el espacio de la persona, no les decimos nada de que se ponga a caminar, dejamos que la mujer se sienta cómoda, si quiere llorar, si quiere caminar , hasta bailar, eso es de lo cual me gusta hacer con ellas. (…)" (Lupita)

Con todo lo anterior podemos darnos cuenta que se confirma que el trabajo de las parteras es más amplio que solo la atención del embarazo, parto y puerperio, y que tiene los conocimientos necesarios para poder atender un embarazo y parto de bajo riesgo, además de esto la partería tradicional es un servicio de salud integral, respetuoso, que no discrimina a las mujeres y que les permite tomar decisiones y

sobre todo, previene la violencia obstétrica y contrarresta las experiencias negativas que impone el MMH y que existe en los servicios de salud públicos, esto gracias al tipo de atención que las parteras tradicionales les brindan a las mujeres.

4.10 Dificultades para ejercer la partería

Por mucho tiempo, la partería tradicional ha tenido muchas dificultades para ejercerse como saber, ya que su presencia fue relegada únicamente a zonas indígenas y rurales del país; además de esto, pese a su saber popular y ancestral las parteras tradicionales son consideradas como mujeres que no tienen el conocimiento y las habilidades científicos que propone el MMH para cuidar de un embarazo y posteriormente de atender el parto. Por eso las parteras tradicionales tienen dificultades para seguir atendiendo a las mujeres, ellas nos cuentan que las más frecuentes son:

a) Certificado de nacimiento, es un documento oficial que certifica el nacimiento de un bebé vivo, para posteriormente poder acudir al registro civil y así obtener el acta de nacimiento.

Estos certificados son expedidos por el hospital al momento del nacimiento del bebé, pero en el caso de las parteras tradicionales estos son expedidos por la Secretaría de Salud y para obtenerlos es necesario que la partera cuente con una certificación y estar registradas en alguna unidad o servicio de salud; para ello deben cumplir con una capacitación previa y que se renueva cada dos años, una vez cumpliendo con esto se les da una credencial con fotografía, su nombre y sello de la Secretaría de Salud que las acredita como parteras tradicionales “capacitadas”, y es la forma en la que pueden obtener los certificados de nacimiento. Ellas reciben formatos en blanco de acuerdo al número de partos que estén atendiendo, a pesar de esto sigue siendo muy difícil para las parteras tradicionales tener acceso a los certificados de nacimiento y aún más si no están registradas y certificadas como lo exige la Secretaría de Salud. En caso de que la partera no pueda entregar el certificado de nacimiento, ésta tiene que acompañar a la mujer y a su pareja al registro civil para poder registrar al bebé y llevar los siguientes documentos:

- Presentar al bebé
- Acta de nacimiento de ambos padres y de la partera

- Identificación oficial de los padres y de la partera
- Comprobante de domicilio de ambos padres y de la partera

Este proceso no garantiza el acceso al certificado de nacimiento ya que las familias encuentran muchas trabas y cuestionamientos y tienen que volver en múltiples ocasiones hasta que puedan registrar al bebé.

> *"(…) Los certificados de alumbramiento (nacimiento), no te los quieren dar (…)" (Gisela)*

> *"(…) Porque no somos aceptadas por sector salud y es tanto que para que te pueda aceptar sector salud y te den un certificado de alumbramiento (nacimiento) algunas te dicen que tiene que atender 50 partos u otras que 100 para que te puedan presentar ante el sector salud y te reconozcan como partera y la pregunta es ¿Qué mujer se va a atender con una partera que no le puede expedir en zona urbana un certificado de nacimiento (…)" (Lupita)*

> *"(…) Yo creo que sí, porque te ponen muchas trabas, por ejemplo, al entregar una hoja de alumbramiento en la partería profesional es más fácil, porque ya tiene una cédula y les dan una cantidad de hojas de alumbramiento entonces les es más fácil, pero si eres una partera tradicional y no estas registrada o no tienes como esta cédula no obtienes hojas de alumbramiento (…)" (Isabel)*

b) Familia

Como se mencionó anteriormente, el sistema biomédico señala como peligrosas las prácticas de las parteras tradicionales, esto llevó a limitar su práctica y también a difundir una visión errónea del trabajo de la partería tradicional, ocasionando que muchas personas no confíen en las mujeres parteras tradicionales y en su saber, por eso en la actualidad cuando alguna mujer se quiere atender con una partera tradicional otras mujeres de su familia o su esposo tratan de hacerlas desistir de esta decisión.

"(…) Muchas veces la familia influye para que ese ambiente no esté en paz debido, a que la familia no quiere que se atienda con partera (…)" (Gisela)

*"(…) C*reo que es de la misma sociedad, de la familia de la mujer, porque aun cuando ella quiera parir con partera siempre están esos comentarios de "ay no te vayas a morir" de ese tipo de comentarios que desalienta a las mujeres *(…)" (Isabel)*

"(…) Pero también a mí me gusta trabajar con la pareja y preguntar con quién viven, porque a veces existe una interferencia de la suegra o la mamá de desinformación (…)" (Lupita)

4.11 Reivindicación de la partería tradicional

Durante mucho tiempo el trabajo de las parteras tradicionales ha permanecido pese a diversos cambios y leyes que limitan su práctica, como ejemplo el Artículo 64 fracción IV de la Ley General de Salud señala las "*Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio";* Con esto, se puede dar cuenta que a pesar de que existen algunas leyes que protegen a la partería tradicional, otras leyes obligan a la capacitación técnica de las parteras tradicionales, para atender desde el modelo biomédico, lo cual limita aún más su práctica; además para ejercer deben de estar registradas y supervisadas por el sistema de salud.

A pesar de que las parteras tradicionales tienen aún dificultades para atender un parto, estas mujeres con su trabajo han hecho que algunas cosas cambien y a pesar de las circunstancias la partería tradicional sigue viva:

"(…) La partería ha ganado terreno por que hace 10 años no se podía hablar y era satanizado, incluso si tú ves reportajes de hace 10 años hay mujeres que están encerradas por ayudar a otra mujer a parir, creo que hemos ganado

terreno porque ya se puede hablar libremente y las parteras ya se pueden presentar sin miedo a que se las lleven a la delegación (…)" (Angélica)

"(…) Quizá para muchas mujeres llegamos a ser su segunda opción, pero ya ahorita las cosas ya empiezan a cambiar y las mujeres (que están embarazadas) *ven a las mujeres parteras como la primera opción, aunque aún dicen que las parteras no tenemos estudios y experiencia, pero ahora las mujeres prefieren atenderse con parteras (…)" (Gisela)*

"(…) Pero creo que la lucha la hacemos todos los días, porque cuando una partera va con la mujer y le hace sentir que es el mejor método es estar en partería, partería se está salvando, cuando una partera llega y hace sentir a una mujer que va a tener un parto respetuoso partería se está salvando (…)" (Angélica)

4.12 Circunstancias por las que las mujeres se atienden con parteras tradicionales

A partir de los relatos presentados hasta ahora, buscamos indagar sobre las causas y razones por las cuales las mujeres deciden ser atendidas por parteras tradicionales, además, si las mujeres que han llegado con la partera han tenido experiencias previas de violencia obstétrica. Las parteras tradicionales expresan que:

"(…) La mayoría de las mujeres que llegan a partería llegan con miedo e inseguridades (…)" (Angélica)

"(…) Otras mujeres que llegaban conmigo en situaciones de violencia familiar y con desesperación de la medicina alópata por sufrir violencia (…)" (Angélica)

"(…) Principalmente porque son mujeres que han sufrido violencia y que ya han sentido esa violencia y también algunas no en presencia, porque es su primer parto, pero otras mujeres de su familia lo han vivido (…)" (Angélica)

"(…) Si por eso mismo han decidido no regresar allí (servicios de salud públicos) y buscar otras alternativas, justo hace algunos meses atendí a una chica y su primer parto fue en un hospital y pues tuvo una mala experiencia, porque sabemos que en los hospitales tiene ya una rutina que no puede exceder el tiempo y realizan procedimientos como la episiotomía que hacen un corte y son innecesarios (…)" (Isabel)

"(…) Yo no quería atenderme en un hospital por las mismas historias de mi madre y de mis abuelas, que siempre te tratan mal, que, si quieres gritar o algo pues te empiezan a decir hasta groserías o bueno, ofensas, y bueno yo no quería vivir esta parte (…)" (Isabel)

"(…) Hasta el momento no me lo han referido como eso, pero si han sufrido esa violencia obstétrica algunas han llegado inclusive porque tiene temor de la atención (…)" (Lupita)

"(…) Pero la principal es porque en los hospitales las tratan mal (…)" (Gisela)

a) Pandemia por Covid-19

Muchas mujeres también se acercaron nuevamente a la partería no solo por la violencia obstétrica, sino también por la pandemia de COVID-19 durante el 2020 y 2021, lo cual provocó que las mujeres no pudieran acudir a los servicios de salud público sin riesgo a contagiarse y es por eso que las mismas mujeres buscaron otras alternativas para atenderse de manera segura y eficaz:

"(…) Pues me llegaban las mujeres principalmente porque no querían ir al hospital, porque tenía especialidades, por alguna complicación en el embarazo y no había, porque no les permitía entrar, no había citas continuas y nos llegaban con complicaciones. Porque ellas nos tomaban como la última opción y fue cuando se dieron cuenta que partería no era la última opción si no la mejor opción y creo que esa parte nos hizo ver a las parteras como lo que realmente

somos: mujeres que estudiamos y estamos preparadas para poder dar una atención adecuada (…)" (Angélica)

"(…) Las mujeres se acercaron a la partería justo porque les daba miedo de contagiarse por el virus, entonces este si fueron un papel importante, porque ahora fue otro medio que voltearon a ver las mujeres, que muchas no sabían si esto seguía vigente y cuando se dieron cuenta que si, pues acudieron a ella para no acudir a un hospital (…)" (Isabel)

"(…) En la actualidad en el área urbana se dio por el covid, porque no querían ir al sector salud a ser atendidas y buscaron la atención de la partera y a partir de esto las mujeres se dieron cuenta que parir en casa es mejor que parir en sector salud (…)" (Lupita)

4.13 Experiencias de identificación y atención de las parteras tradicionales sobre violencia obstétrica

Las parteras tradicionales conocen bien de la violencia obstétrica que viven las mujeres dentro de los servicios públicos de salud, ya que las mujeres llegan a ellas de dos formas: debido a que en el primer embarazo sufrieron violencia dentro de las clínicas y hospitales o por los relatos de otras mujeres de su familia que les cuentan sus experiencias y por eso ellas deciden no atenderse en los servicios de salud públicos. Las mujeres parteras tradicionales identifican dos tipos de agresiones por parte de los servicios de salud pública, la primera son las agresiones directas del personal médico que va desde la falta de empatía hacia la mujer que está pariendo, la falta de empatía por parte de los médicos hacia las mujeres y la realización de procedimientos inadecuados; el segundo es la falta de infraestructura que hace que los servicios de salud se saturen:

"(…) Es una deficiencia cultural más que otra cosa, porque en los hospitales, no culpo a las enfermeras ni a los médicos sino al sistema, por cómo está establecida la enseñanza, debería de trabajar la parte humanitaria, de cómo decir una noticia, de cómo abrazar a una persona que está en catarsis, que es el

caso de una mujer que está pariendo, por lo menos ser empáticos con la mujer que está pariendo, porque no es sencillo dar vida y nos hace falta mucha empatía y amor para entender ese momento maravilloso, … Que debería ser tomado de otra manera, no como un papel o un número, porque llegas al hospital y eso es lo que eres, llegas y te revisan pero jamás te miran a la cara, solo eres un número, ya no eres un humano y desde allí creo que ya está mal (…)" (Angélica)

"(…) Es lo que te comentan las mujeres, te dicen 'nada que ver con el hospital', porque allí solo llegan y te acuestan y revisan tu presión, tu peso no te preguntan nada de cómo te has sentido y ya solo te mandan un medicamento y todo es muy sistematizado y rápido (…)" (Isabel)

"(…) Se da por la saturación de mujeres que hay en el hospital, siendo que es una atención de primer grado que se puede atender en casa, pero bueno, se llega a saturar el hospital y pues se maneja con tiempo, con presiones y no se respeta estos procesos, no se respetan los derechos de las mujeres, el derecho decidir cómo parir, como hacerlo, no simplemente porque son protocolos que se tiene que seguir y si se da mucho esta violencia respecto a que no se pueden quejar, pues yo creo que es por esto básicamente (…)" (Isabel)

"(…) Hasta el momento no me lo han referido como eso, pero si han sufrido esa violencia obstétrica, algunas han llegado inclusive porque tiene temor de la atención (…)" (Lupita)

"(…) Porque creo que todas las mujeres debemos de tener acceso a esto porque todas tenemos derecho a parir con dignidad (…)" (Isabel)

Con todo lo anterior es posible darse cuenta en las entrevistas tanto de las mujeres como de las parteras tradicionales, que la violencia obstétrica está presente en la vida

de las mujeres y que las leyes que existen para erradicarla, no son suficientes ya que se siguen vulnerando constantemente sus derechos, así que, se requiere un cambio en la manera de cómo funciona el sistema de salud y en la forma en la que el personal trata a las mujeres y sobre todo aportando información sobre los derechos de las mujeres que están embarazadas y que van a parir, con el fin de que se conozcan y reclamen por ellos, ya que durante el parto a las mujeres se les deja en una situación indefensa, aislada y desinformada que hace que sufran violencia obstétrica dentro de los hospitales. Por lo cual los portadores de los servicios de salud deben de estar informados y capacitados sobre la seguridad y confianza que ellos deben de brindarles a las mujeres en el momento del embarazo y parto, así como de las conductas y procedimientos que no están permitidos y las consecuencias de estos.

Así mismo se puede observar que las mujeres parteras tradicionales, siguen haciendo un trabajo importante para cuidar y proteger su saber, además de la experiencia de parto que ofrecen a las mujeres que atienden, ya que el trato es completamente diferente a lo que viven las mujeres en los servicios de salud públicos a pesar del trabajo que hacen sus derechos siguen siendo vulnerados ya que existen legislaciones que limitan su práctica.

CAPÍTULO V. CONCLUSIÓN

Es importante decir que los objetivos de este trabajo se cumplieron respecto al proceso de investigación y en el análisis, lo cual permitió mostrar un panorama más amplio con relación a la violencia obstétrica, así como elaborar un marco teórico conveniente.

Durante la realización del trabajo se ejecutaron estrategias que permitieron describir las prácticas de las parteras tradicionales que ejercen en comunidades urbanas, que permitieron retomar sus experiencias de trabajo y visión en torno al parto y sus aportes para la atención del parto y la disminución de la violencia obstétrica; también se recuperaron las experiencias sobre violencia obstétrica y de vida de las mujeres que han sido atendidas en hospitales públicos de la Ciudad de México.

Lo anterior nos lleva a lo siguiente:

En relación con el MMH que critica Menéndez, podemos observar las características de biologicismo, se enfoca en la biología y los procesos fisiológicos del cuerpo, sin tomar en cuenta la subjetividad de la mujer, sus derechos, deseos y necesidades.

- Individualismo, se enfoca en el individuo como principal responsable de su salud y bienestar, sin considerar a la mujer y su marco de referencia sociocultural, sus tradiciones, su lenguaje los usos y costumbres de su comunidad.
- Paternalismo médico, los médicos asumen una posición de autoridad y toma de decisiones sin consultar a la mujer considerándola depositaria sin voz ni voto del saber médico-científico.
- Medicalización: limitación de la relación médico-paciente a proporcionar un “servicio médico” a la prescripción medicamentosa e instrucciones sobre la dimensión biológico-corporal de la mujer.

Sobre la existencia de violencia obstétrica: en la actualidad las mujeres siguen viviendo violencia obstétrica dentro de los hospitales y clínicas de los servicios públicos de salud; a pesar de que ésta es evidente, las mujeres siguen guardando silencio ya que existe un desconocimiento y normalización acerca de este tipo de violencia.

- La violencia obstétrica es un conjunto de acciones que aborda diversos actos violentos, que son realizados por médicos, enfermeras y demás personal de salud.
- La violencia obstétrica así mismo refleja características del MMH que se reflejan en :

    1. Violencia verbal, que va desde regaños, burlas y comentarios ofensivos.

    2. Violencia física, como lo es la realización del tacto vaginal, la maniobra de kristeller y la episiotomía.

Estas acciones hacen sentir a las mujeres incómodas y ocasiona que a la mujer se le quite autonomía, decisión y protagonismo sobre su propio parto, como se menciona en las características del MMG, en donde los médicos asumen ese poder de autoridad y toma de decisión sin consultar a la mujer.

- El proceso de parto y parto está sobremedicalizado y patologizado debido a la realización de diversos procedimientos inadecuados e innecesarios que en los hospitales y clínicas se consideran comunes y de rutina, todo esto como resultado del proceso histórico que se vivió en México con la instauración del MMG el cual usa el cuerpo de las mujeres para la práctica médica y que forman parte del proceso de formación y capacitación del personal para el dominio de esas intervenciones.

- A pesar de que existen marcos legales que protegen a las mujeres de sufrir violencia obstétrica es difícil erradicarla, debido a que aún existen trabas institucionales para hacer una denuncia, ya que las mujeres desconocen los procedimientos para presentar sus denuncias o inconformidad, que no se cuenta con los recursos necesarios, así como la desconfianza en las autoridades.

- Las leyes y normas que protegen a las mujeres de este tipo de violencia no son muy difundidas, ya que se encuentran dentro de marcos normativos muy

extensos y procesos complejos, lo que impide que ellas puedan estar enteradas de sus derechos y que no puedan ejercerlos.

- Las mujeres cuentan con muy poca información sobre la violencia obstétrica; ya que dentro de los hospitales y clínicas de los servicios públicos se habla muy poco o nada de este tema, es por esto que es importante que las mujeres pudieran conocer sin ninguna restricción sobre este tema desde el momento que se comienza a hablar sobre temas de salud sexual y reproductiva dentro de las escuela o instituciones de salud.

- No existe un espacio específico dentro de los hospitales en los cuales se pueda hacer una denuncia. Por lo cual, es importante y necesario que las mujeres estén informadas desde el momento del embarazo sobre sus derechos sexuales y reproductivos, así como que estén en posibilidades de identificar actos por parte del personal médico que no se deben permitir, y si en algún momento las mujeres sufren violencia obstétrica requieren tener acceso y conocimiento sobre el procedimiento para realizar las denuncias.

5.1 La partería tradicional como un recurso para la disminución de la Violencia obstétrica una mirada desde la Promoción de la Salud.

Con todo lo anterior se concluye que la Violencia obstétrica se ejerce a nivel físico y emocional y es una violación a los derechos de las mujeres.

Ante esta violencia y desde la perspectiva de la promoción de la salud, este trabajo identificó que la partería tradicional es un recurso comunitario y culturalmente pertinente para la atención de las diferentes etapas reproductivas de las mujeres y que en base a sus prácticas y visiones respecto a la atención y cuidado podría aportar mucho en la disminución de la violencia obstétrica.

Las propuestas aquí planteadas desde la Promoción de la Salud se basan en documentos internacionales, como la Declaración de Alma Atta y la Carta de Ottawa.

La declaración de Alma Atta, señala que se debe proteger y promover la salud para todos los pueblos y se contribuya a una mejor calidad de vida, como estrategia se propone la mejora en la atención primaria en salud y para mejorar la calidad de vida de las personas, esta atención primaria debe basarse en métodos prácticos, tiene que ser socialmente aceptada y al alcance de todas las familias y comunidades, también deben considerar la participación comunitaria en la aplicación y planificación de su atención en salud y los gobiernos deben cuidar la salud mediante la adopción de medidas sanitarias sociales y adecuadas.

Por otra parte, la Carta de Ottawa, señala que la Promoción de la Salud proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Por lo anterior, se puede observar que ambos documentos son una base fundamental para proponer a la partería tradicional como un recurso para disminuir la violencia obstétrica que viven las mujeres dentro de los hospitales y clínicas de salud publico debido a que:

- Desde la promoción de la salud podemos identificar que la partería tradicional ayuda a las mujeres a tener una mejor experiencia durante el embarazo y parto, ya que la partera tradicional se encarga de cuidar y proporcionar los medios necesarios para que las mujeres puedan cuidar de sus embarazos a través de diversos recursos como plantas medicinales, masajes y consultas prenatales personalizadas, además durante el parto se respeta el proceso de parto de las mujeres y se brinda confianza a las mujeres.

- Es un recurso comunitario de medicina tradicional, otorga a las mujeres y a sus familias el protagonismo durante el embarazo y parto. Esto es debido a que las mujeres parteras tradicionales tienen un estrecho vínculo con la comunidad.

- La partería tradicional cuida el estado físico, mental, social y cultural de las mujeres respecto a su salud sexual y reproductiva a través de sus prácticas tradicionales, ya que son poco invasivas hacia el cuerpo de las mujeres, también las parteras tradicionales cuidan de las mujeres desde la primera menstruación

hasta la menopausia volviéndose una compañera de vida; así mismo, las parteras tradicionales conocen sus limitantes a la hora de atender un parto y en ese momento informan a las mujeres para que recurran a una clínica u hospital, además es un derecho que las mujeres disfruten de su embarazo y sobre todo el parto, ya que es un proceso en donde las clínicas se encuentran completamente solas, es por eso que es necesario que las mujeres aspiren a que sean atendidas con respeto, dignidad, comprensión, en un ambiente favorable que cubra las necesidades de cada mujer.

- La partería tradicional no solo atiende partos, también está al tanto del bienestar de la comunidad y de las situaciones de la vida cotidiana ya que es vista como una líder, consejera, mujer sabía que genera respeto y credibilidad.

- Favorece a la desmedicalización, debido a todos los recursos que las parteras utilizan para que las mujeres llevan un embarazo y parto favorable.
- Pertinencia cultural, ya que son formadas dentro de un modelo de atención tradicional y con un conocimiento que se transmite de generación en generación el cual es visto como un don que se nace o se sueña con él.

La partería tradicional es recurso de la medicina tradicional que ayuda a fortalecer la acción comunitaria tanto en las comunidades indígenas y también en las zonas urbanas, promueve el respeto al conocimiento tradicional; vuelve a las mujeres como las protagonistas de su parto y así las mujeres puedan tener un acceso oportuno, digno y respetuoso a servicios de atención relacionados con salud sexual y reproductiva y a una vida libre de violencia; además de que provee a las mujeres de conocimientos y experiencias para que ellas puedan conocer sus cuerpos y los cambios que tienen durante sus ciclos de vida.

Es por lo anterior que sus saberes y formas para atender un parto ayudarían a la disminución de violencia obstétrica en clínicas y hospitales ya que pueden atender un parto de bajo riego en casa así como identificar los partos de alto riesgo y en este caso referir a las mujeres hacia los sistemas de salud público, esto aporta en disminuir la sobresaturación de las clínicas y hospitales del sector público y que la atención y los

recursos sean destinados solo a las mujeres que necesitan una atención dentro de estas instituciones por un posible embarazo y parto complicado o de riesgo.

5.2 Reconocimiento y dificultades para la partería tradicional

Respecto a la importancia de la partería tradicional y sus potenciales aportes en la disminución de la violencia obstétrica, se concluye también que como práctica cultural enfrenta diversas limitantes:

- Desconfianza:
    - Se presenta desconfianza y miedo por parte de la familia de las mujeres que se quieren atender con parteras tradicionales y que fue generada por médicos e instituciones de salud, ya que como lo vimos en el capítulo uno, el desplazamiento y la violencia que las mujeres parteras tradicionales sufrieron por parte del nuevo personal médico, causó el desprestigio de sus prácticas y conocimientos, así mismo nos podemos dar cuenta que la violencia obstétrica comenzó desde el desplazamiento de las mujeres parteras.

- Problemas con los certificados de nacimiento:
    - Las parteras tradicionales requieren mecanismos institucionales apegados a los derechos de su ejercicio como práctica cultural, tal que se garantice el acceso (y el de las familias del recién nacido) al certificado de nacimiento; debido a que si no están registradas por la Secretaria de Salud es difícil que las parteras tradicionales puedan acceder a este documento, con los cuales pueden comprobar que ellas atendieron a la mujer durante el parto y que fue exitoso, así mismo de proporcionar el acta de nacimiento al recién nacido.

- La partería como un derecho:
    - A todo lo anterior también se suma que los marcos jurídicos del Sistema Nacional de Salud no son claros en cuanto al ejercicio de las parteras tradicionales, ya que pese a que la partería tradicional es un derecho en

los hechos se condiciona a que las parteras estén registradas en el Sistema Nacional de Salud y que cuenten con la capacitación que las autoriza.

5.3 Propuesta

Por todo lo anterior se propone desde la perspectiva de la Promoción de la Salud:

A nivel Institucional se requiere implementar medidas que permitan:

a) Disminuir las intervenciones obstétricas innecesarias.
b) Que las instituciones de salud admitan la existencia de la V.O y la responsabilidad de los médicos y médicas al ejercer este tipo de violencia
c) Inclusión del personal de salud, en la sensibilización sobre violencia obstétrica, derechos sexuales y reproductivos, derechos de las mujeres y derechos humanos.
d) Que las mujeres reciban más información dentro de los hospitales y clínicas sobre violencia obstétrica y derechos sexuales y reproductivos.
e) Poner a las mujeres en el centro de un cuidado digno y respetuoso.
f) Tratar a cada mujer con compasión, respeto y dignidad sin violencia física, verbal y emocional.
g) Que existan lugares donde se pueda denunciar la violencia obstétrica y que sean de fácil acceso.

Respecto a la partería tradicional:

a) Diseñar, elaborar y aplicar herramientas a través de la acción comunitaria que:
    a. Promuevan el conocimiento sobre la partería tradicional, sus prácticas y visiones respecto al ciclo reproductivo de las mujeres;
    b. Informen sobre la labor de las parteras tradicionales para la atención de partos de bajo riesgo; esto con la finalidad de que disminuya la cantidad de mujeres que se atienden en los hospitales y clínicas de hospitales públicos pero también como agente para la reducción de la violencia obstétrica.

c. Informen que la partería tradicional es una práctica reconocida jurídicamente en legislaciones internacionales y nacionales.
d. Promover el respeto a la partería tradicional como conocimiento tradicional.

Respecto al ejercicio de derechos de las mujeres se debe de garantizar:

a) Que a las mujeres se les asegure el derecho a un parto culturalmente seguro y pertinente que respete las costumbres y valores individuales.
b) Que se respeten los derechos a la expresión, a la toma de decisiones y a la privacidad.
c) Que se promueva el ejercicio de la partería tradicional como un derecho cultural:

- Dentro de casas de partería, en donde se establezcan las parteras tradicionales de una forma segura y respetando su derecho a ejercer su saber, sin intervenciones de médicos y enfermeras. Creando vínculos con la comunidad para que las casas de partería sean socialmente aceptadas por las comunidades, debe de existir un trabajo cercano con las mujeres de la misma comunidad sobre temas de salud sexual y reproductiva desde el conocimiento de las parteras tradicionales y la medicina tradicional, las casas de partería deben de estar equipadas con todo lo necesario para atender a las mujeres en todas los ciclos de vida, y en caso de una urgencia médica las mujeres puedan ser trasladadas a una institución de salud, en donde no sean cuestionadas sobre sus decisiones y tampoco las parteras sean agredidas por personal de salud, con esto garantizar el derecho de las mujeres a una atención segura y eficiente y que las mujeres estén seguras que tendrán un embarazo y parto seguro y respetuoso.

5.4 Reflexiones sobre los aprendizajes

Durante este trabajo puedo decir que el aprendizaje fue mucho, conocí nuevos términos, autores, artículos, libros, aprendí que el trabajo de investigación es muy difícil, pero a su vez emocionante al esperar el resultado y también puedo decir que

realmente hay un campo muy extenso en el cual se puede trabajar como promotora de la salud, ya que como el trabajo lo delimite a solo la violencia obstétrica que viven las mujeres durante el parto, quedaron algunos testimonios de mujeres que también deberían ser escuchados y atendidos ya que durante las entrevista pude encontrar otras experiencias que las mujeres viven a la hora de parir, existe más violencia, claro que si las mujeres en la etapa de reproducción sufren mucha violencia, desde el momento en el que no pueden concebir un hijo y son señaladas por otras mujeres, los procesos de fertilidad tan doloroso, tanto físicamente y emocionalmente que viven las mujeres, así como el dolor que se invisibiliza al tener un aborto espontáneo y los malos tratos que estas mujeres tienen que vivir por parte de los médicos para anunciar y proceder a un legrado, así como la violencia que las mujeres viven cuando pierden a un bebé y son puestas en las mismas habitaciones que las mujeres que tienen a sus hijos vivos. Pero también conocí un nuevo saber que me emociono y del que puedo decir que “la partería tradicional sigue viva”, en todas las mujeres que trasmiten este saber y no lo dejan morir, en todas las mujeres que confían en los conocimientos de las parteras y que de su mano traen a sus bebés sanos y salvos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS

Adib Mendiri, A., Ibáñez Bernáldez, M., Blanco, M., & Santos Redondo, M. (2017). La Violencia obstétrica: Un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer.

Ángel, F., Michel, Q., Doctora, L., Mainero, G., Paso, D., García Ramírez, H., Salud, G. Y., Almaguer González, J. A., José, H., Ramírez, G., Vargas, V., & Iv, V. (s/f). José Alejandro Almaguer González ii Hernán José García Ramírez iii Vicente Vargas Vite iv. Gob.mx. Recuperado el 18 de julio de 2023, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf

Blaxter, L. (2001). Como Se hace Una investigación. Gedisa Editorial (pág. 208).

Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión, secretaria General. (28 de 06 de 2022). Ley general de Salud. Recuperado el 28 de junio de 2022, de Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

Carrillo, A. M. (1998). Nacimiento y muerte de una profesión. 1.

Carrillo, Ana María. (1998). Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX. Asclepios; archivo iberoamericano de historia de la medicina y antropología médica, 50(2), 149–168. https://doi.org/10.3989/asclepio.1998.v50.i2.340

Castro Pérez, R., & Erviti, J. (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM.

CDMX. (2017). Constitución política de la Ciudad de México. Constitución política de la Ciudad de México, (pág. 212). México.

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. (11 de Mayo de 2016). Por una ley de parto humanizado. Recuperado el 6 de febrero de 2020, de Por una ley de parto humanizado: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=375:por-una-ley-de-parto-humanizado-en-ecuador&Itemid=215&lang=es

Centro Nacional de equidad de Género y salud reproductiva. (Septiembre- Diciembre de 2010). Género y salud en cifras. Recuperado el 21 de septiembre de 2022, de Género y salud en cifras: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29347/ViolenciaObstetrica.pdf

Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. (28 de mayo de 2021). Recuperado el 26 de octubre de 2022, de Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf

Dantes Gómez, O., Sesma, S., Becerril, M., Knaul, M., Arreola, F., & Frenk, H. (2011). Sistema de salud en México.

Delgado, J., & Gutiérrez, J. (1995). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis Psicología.

Díaz García, L. I., & Fernández M., Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Revista de Derecho, ahead, 0–0. https://doi.org/10.4067/s0718-68512018005000301

Freyermuth, G. (2018). *La partería en México hacia el siglo XXI. Las protagonistas. En G. Freyermuth, Los caminos para parir en México en el siglo XXI (pág. 376).* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Gobierno de la Ciudad de México. (20 de Diciembre de 2019). Ley de derechos de los pueblos y barrios originarios y comunidades indígenas residentes en la Ciudad de México. Recuperado el 24 de octubre de 2022, de Ley de derechos de los pueblos

y barrios originarios y comunidades indígenas residentes en la Ciudad de México: https://paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2020/LEY_DER_PUE_BARRI_ORI_COMU_INDI_RES_CDMX_20_12_2019.pdf

Gobierno de México. (Mayo de 2021). IMSS Bienestar. Recuperado el 8 de septiembre de 2022, de IMSS Bienestar: http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202105/186

González, A., García Ramírez, J. A., & Vargas Vite, H. J. (2012). Nacimiento humanizado aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Secretaria de Salud (pag.45).

(Hegemónico Y Atención Primaria Menéndez, 1988)
Hegemónico Y Atención Primaria Menéndez, E. L. (1988). 30 de abril al 7 de mayo. *Buenos Aires*, 451–464.

INEGI. (2016). Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Recuperado el 6 de febrero de 2020, de Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

INEGI. (Octubre a noviembre de 2021). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH2021. Recuperado el 1 de septiembre de 2022, de Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH2021: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf?fbclid=IwAR2qoflf55207SM7JuZXxB9xyCY84hfU5uWHTJVqS5vJ3gB4XUAAE2qytFE

Informe GIRE 2015. (s/f). Org.mx. Recuperado el 18 de julio de 2023, de http://informe2015.gire.org.mx/#/marco-normativo-violencia-obstetrica

Investigación, R. S. (2021, agosto 11). *Técnicas de prevención del traumatismo perineal en el parto: revisión bibliográfica*. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnicas-de-prevencion-del-traumatismo-perineal-en-el-parto-revision-bibliografica/(Ventura et al., 2021).

La partería en México hacia el siglo XXI. Las protagonistas. En G. Freyermuth, Los caminos para parir en México en el siglo XXI. (s/f).

Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud colectiva, 16, e2615. https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615 pp. 1-25

Motta-León, Claudia P.; Ardila-Roa Ilba D.; Becerra-Pabón Ana C. (2020). "Aportes de la partería tradicional al ejercicio del cuidado Materno-Perinatal en Colombia: una visión intercultural del fenómeno". Ciencia y Salud virtual; 12 (1), pp. 29- 35

Murguía, A., Ordorika, T., & Lendo, L. F. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. Historia, ciencias, saude--Manguinhos, 23(3), 635–651. https://doi.org/10.1590/s0104-59702016005000009

ONU. (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los pueblo indígenas (págs. 9-13). ONU.

Organización Internacional del Trabajo pueblos indígenas y tribales. (1991). Convenio 169. Convenio 169, (pág. 38). Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa Canadá.

Organización Mundial de la Salud. (1993). Parteras Tradicionales. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2011). 64 Asamblea mundial de la salud. Ginebra.

PIDESC. (16 de Diciembre de 1966). Naciones Unidas Derechos Humanos. Recuperado el 6 de febrero de 2020, de Naciones Unidas Derechos Humanos: https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

Quattrocchi, P., & Magnone, N. (2020). Violencia Obstétrica en México: La consolidación disputa de un nuevo paradigma. En P. Sesia, Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias (págs. 03-29). Instituto de salud colectiva.

R.Bogdan, S. T. (1994). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidos Iberica, S.A . (pág. 103).

Redondo, A. A. M. M. I. B. M. C. B. P. S. (2017). La violencia Obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer.

República Bolivariana de Venezuela, Asamblea Nacional, Caracas Venezuela. (19 de marzo de 2007). Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Recuperado el 22 de julio de 2020, de Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_feminicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf

Restrepo, H. (2002). Conceptos y Definiciones. En H. Restrepo, & H. Málaga, Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable (págs. 21-32). Bogotá, Colombia: Médica internacional.

Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández, & Pilar Baptista. (2014). Metodología de la investigación. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Secretaria de Gobernación. (7 de abril de 2016). NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Recuperado el 28 de junio de 2022, de 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.: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (s/f). Gob.mx. Recuperado el 18 de julio de 2023, de https://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfArticuladoFast.aspx?q=Dxg6iFApyzNofbJ0DboXWm7/4w7s9cbFQ8S19GD+Hiv6QON1bqq2zjDqfn3pqM+moxWVgu0Xheq0O5zxGg4WKQ==

Valle, L. (2014). Sobre medicalización. Orígenes y consecuencias Parte 1. 67-72