



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA**

**LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**“¿Violencia Obstétrica? Un tema del que no se habla: Testimonios en Cuetzalan,  
Puebla”**

Trabajo terminal

Que para acreditar las unidades de enseñanza aprendizaje de

*Trabajo de Investigación Etnográfica Aprox. Interpretativa y Análisis Interpretativo III*

y obtener el título de

**LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

Presenta:

**Norma Angélica Sánchez Maya**

Matrícula No. 209344908

Comité de Investigación:

Directora: Dra. Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois

Asesor(a): Mtro. Juan Pérez Quijada

Lic. Georgina Sánchez Miranda

México, D.F.

Enero 2015

# ¿Violencia Obstétrica? Un tema del que no se habla: Testimonios en Cuetzalan, Puebla<sup>1</sup>

Norma Angélica Sánchez Maya

Directora: Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois

Asesores: Mtro. Juan Pérez Quijada

Lic. Georgina Sánchez Miranda

Trabajo terminal para obtener el grado de licenciada en Antropología Social de la  
Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Iztapalapa

Enero 2015

---

<sup>1</sup> Este trabajo terminal ha sido elaborado con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, dentro del proyecto titulado **“Propuesta de un Modelo Sociocultural para prevenir las Muertes Maternas”**, con clave SALUD-2011C01-161907. Con número de registro en el Instituto Nacional de Perinatología INPer 212250-08351

*A mi madre María Maya Llanos, por su infinito amor, cariño, comprensión  
y apoyo durante la realización de este trabajo y siempre.*

*A mi padre Amancio Sánchez Hernández, por su apoyo incondicional,  
tenacidad, ejemplo de voluntad y esfuerzo.*

*Gracias a ambos por ser la fuente de*

*inspiración y materializar*

*este sueño: mi tesis.*

## AGRADECIMIENTOS

*A mi hermano Isaac Sánchez Maya que siempre tuve en mi mente y en mi corazón. A mi abuela Juana Hernández por ser un ejemplo de lucha y fuerza ante las adversidades.*

*Mi más profundo agradecimiento a mi directora de tesis Mayra Chávez Courtois por su sabiduría, generosidad, su comprometida ayuda, excelentes aportes personales y académicos. Gracias de corazón. A Georgina Sánchez Miranda por su ayuda y por entender mis errores con paciencia, comprensión y, sobre todo apoyo incondicional. A Juan Pérez Quijada por su sapiencia y cariño.*

*Mi reconocimiento especial y gratitud a Karen Marlene Vázquez Lira por su gran amistad, apoyo, confianza, entusiasmo y por facilitarme el acceso al trabajo de campo, al presentarme a familias que me acogieron cuando después de un mes, su tiempo en Cuetzalan había terminado.*

*A mis grandes amigos Manuel Hernández de Jesús por haber confiado en mí desde el principio y en cada decisión, por aquellos consejos, entusiasmo y visión crítica que le caracteriza. A José Francisco Galicia Castro por su gran corazón y cariño. A José Manuel Herrera Ramírez por su apoyo constante en los momentos que lo he necesitado. Por estar siempre pendientes de mis avances en el trabajo, así como mis más sinceras disculpas por no haber disfrutado de su presencia todo lo que me hubiera gustado.*

*Mi reconocimiento especial y gratitud a mis compañeras Irma Romero Pérez y Viviana Negrete por la transmisión de sus conocimientos, me han sido de gran ayuda en el trabajo.*

*Especial mención quisiera hacer a las familias Galindo Hernández de San Miguel Tzinacapan, a la familia Guerrero de Santiago Yancuictlalpan, y Aparicio López de la cabecera de Cuetzalan por sus muestras de cariño e infinito apoyo en momentos de alegría y dificultad.*

*Mi más sincera gratitud de todo corazón a la Dra. Patricia Gómez por su ayuda infinita pese a la distancia, por su compromiso y haciendo consientes mis pensamientos más profundos.*

*Así mismo quisiera hacer este agradecimiento extensible a todas las Parteras Tradicionales del Modulo de Medicina Tradicional y Partera Profesional del Hospital General de Cuetzalan; a los(as) médicas(os), y enfermeras(os). Su generosidad, esfuerzo personal son de incalculable*

*valor. De igual modo, agradecer la participación de aquellas puérperas y sus parejas que gracias a sus testimonios ha sido posible el desarrollo de este trabajo.*

*Gracias al Dr. Arquímedes y la Trabajadora Social Karina que me dieron la facilidad de acceder con las/los médicas(os), enfermeras, y puérperas para la realización de ésta investigación.*

*“Vivimos en una sociedad que, en el plano de las proclamaciones, exalta la dignidad de la persona, mientras que en el plano de los hechos denigra la condición del hombre, la mediatiza, la empequeñece. Los actos supremos de nacer y morir no escapan a esta contradicción entre la palabra declamada y la conducta elegida.”*

*Mazzinghi, Jorge*



*Fotografía 1: El primer baño al nacer.  
Partera Tradicional de San Andrés Tzicuilan.  
17 de Mayo del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya*

# INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I: JUSTIFICACIÓN</b>	<b>13</b>
1.1 Académica.....	13
1.2 Social.....	13
1.3 Personal.....	15
<b>CAPÍTULO II: METODOLOGÍA</b>	<b>16</b>
2.1 Planteamiento del problema.....	16
2.1.1 Preguntas de investigación.....	17
2.1.2 Objetivo general.....	17
2.1.3 Objetivos específicos.....	17
2.2 Diseño de la investigación.....	18
2.2.1 Población.....	18
2.2.2 Entrevistas semi-estructuradas.....	20
2.3 Consideraciones éticas en la investigación.....	21
2.4 Mi experiencia en trabajo de campo.....	21
2.5 Análisis de información.....	27
<b>CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO</b>	<b>28</b>
3.1 El cuerpo simbólico y genérico como representaciones sociales.....	28
3.2 Violencia Obstétrica: Una forma de violencia de género.....	36
3.2.1 Aspectos legales, internacionales y nacionales.....	41
3.3 Parto Humanizado: Una opción poco conocida.....	46
3.3.1 Modelo de Atención Intercultural a las Mujeres.....	51
3.4 Derechos Sexuales y Reproductivos.....	54
3.5 Factores de Morbimortalidad Materna en México.....	59
<b>CAPITULO IV: CUETZALAN SIERRA NORTE DE PUEBLA</b>	<b>68</b>
4.1 Cuetzalan del Progreso: lugar donde abundan los pájaros colorados.....	68
4.2 Antecedentes históricos del Hospital General de Cuetzalan.....	74
<b>CAPITULO V: ANÁLISIS Y RESULTADOS</b>	<b>86</b>
5.1 ¿Existe Violencia Obstétrica en el Hospital General de Cuetzalan?.....	87
5.2 Presentación de los casos.....	93

5.2.1 Mariela: “Yo nada más me quedé de no manches, no la chinguen” .....	93
5.2.2 Jessica: “Como que quería yo llorar y me decía: no llores, mejor puja” .....	95
5.2.3 Maribel: “Ahí en el pasillo, ahí me checó, otra vez el tacto” .....	97
5.2.4 Martina: “Que estaba muy chica, que ya no iba yo a disfrutar mi vida” .....	99
5.2.5 Marta “Parto fortuito: no alcancé a llegar al hospital” .....	102
5.2.6 Guadalupe “Hija, le tienes que ganar a tu compañera” .....	104
5.2.7 Francisca “Ya casi, pero hay que romperle las membranas” .....	107
5.3 Análisis comparativo de los casos .....	108
5.4 ¿Violencia Obstétrica? Un tema del que no se habla .....	114
5.5 ¿Intervenciones médicas o criterios personales? .....	117
5.6 Métodos anticonceptivos ¿Imposición o libre elección? .....	122
5.6.1 Acceso a métodos anticonceptivos y de emergencia .....	126
5.7 Parteras como parte del Personal de Salud Local .....	130
5.8 Retos y Propuestas .....	141
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>142</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>148</b>
Anexo 1: Definición de términos médicos .....	148
Anexo 2: Guión de entrevista .....	152
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>160</b>
<b>HEMEROGRAFÍA</b>	<b>172</b>
<b>CITA DOCUMENTAL</b>	<b>176</b>
<b>ÍNDICE DE CUADROS</b>	<b>177</b>
<b>ÍNDICE DE IMÁGENES</b>	<b>178</b>

## INTRODUCCIÓN

En México, en los últimos años ha comenzado a emplearse el concepto de Violencia Obstétrica; sin embargo, recientemente se ha comenzado a visibilizar. Activistas y académicos definen el concepto Violencia Obstétrica como un tipo de violencia basada en género ejercida principalmente por el Personal de Salud Institucional hacia las mujeres y sus hijas(os) durante el embarazo y parto. Ésta tiene lugar en forma de malos tratos, medicalización y patologización de los procesos reproductivos de las mujeres mediante la apropiación de sus cuerpos, capacidades reproductivas y sexualidad. Algunas de las prácticas denunciadas son: humillaciones y actitudes despectivas, cesáreas injustificadas, prácticas médicas innecesarias como enemas, episiotomías, la administración de sedantes, la obligatoriedad de la posición supina durante el parto; dichas intervenciones sin sustento crítico médico, por el contrario ejercidas desde el juicio de personal del médico(a) en turno.

De acuerdo con la información más reciente de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), México ocupa el primer lugar en cesáreas en el mundo, esto debido a que se ha privilegiado el “negocio” de las y los prestadores de servicios médicos que perciben más ingresos por una cirugía que por partos naturales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, no existe justificación para que el porcentaje de cesáreas en un país sea superior a 15 por ciento del total, en México se alcanzó el 45.2%. Lo que nos habla de un abuso de este procedimiento.

La resolución del parto está en manos del Personal de Salud Institucional a través de las Instituciones de Salud Públicas y Privadas. “A nivel nacional, en 2010, 97 de cada 100 mujeres embarazadas fueron atendidas por un médico y 2% por una partera, el resto no especificó por quién fue atendida” (GIRE, s/f: 125). Esto gracias a la cobertura de atención del parto institucional, en el contexto de prevenir y erradicar la morbimortalidad materna. Sin embargo, “más del 90% de las mujeres que fallecieron recibió atención médica antes de morir” (Sesia: 2013:78).

Se reporta que “el mayor número de quejas por mala práctica médica que reporta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en los años de 2000 al 2012 corresponden al área de ginecología con 2,877 quejas concluidas” (Castro & Erviti, 2014:38). Sin duda, estas denuncias tienen que ver con el modelo medicalizador de atención al parto y el excesivo autoritarismo que hay dentro de las salas de parto.

“Michel Odent expresa «*para cambiar el mundo es necesario cambiar la forma de nacer*»; y esta frase, no es sólo un conjunto de palabras utópicas, sino la certeza científica de que tendríamos un mundo mejor si nacióramos en mejores condiciones” (Quevedo, 2012:4). El embarazo y el nacimiento es algo muy frecuente y cotidiano, tanto que se ha dejado de ver y de sentir, sobre todo en los Hospitales Públicos donde reciben y atienden a la mayoría de la población mexicana.

A través del caso del Hospital General de Cuetzalan esta investigación indagará sobre la existencia de Violencia Obstétrica en dicho Hospital a través de las prácticas de atención a mujeres durante el parto por el Personal de Salud Institucional. Con la finalidad de visibilizar y concienciar sobre las prácticas invasivas que tienen lugar en el campo de la ginecología. Teniendo en cuenta cómo a partir de estas quejas han salido a la luz algunas propuestas de proyectos de atención intercultural a las Mujeres en el Embarazo, Parto y Puerperio, por ejemplo, se da el caso de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural con el apoyo de las unidades administrativas de nivel central y los Servicios Estatales de Salud, en el cual se concretó la incorporación del enfoque intercultural en el marco normativo en México.

Para el desarrollo de la investigación, se recurrió a tres tipos principales de fuentes: la primera fue la observación participante en atención de partos en el Hospital General de Cuetzalan. Seguido de entrevistas realizadas a mujeres cuyos partos fueron atendidos en el mismo nosocomio. Y por último, entrevistas realizadas al Personal de Salud Institucional. Se cambió el nombre de las personas que colaboraron con la investigación para cuidar su privacidad.

A partir de la fundamentación expuesta, se presenta a continuación el desarrollo de la investigación. La misma se encuentra organizada en capítulos de la siguiente forma:

- **Capítulo I:** Se desarrolla la justificación Académica, Social y Personal que explica los motivos por los que se realizó la investigación.
- **Capítulo II:** Se explican los aspectos metodológicos que conforman el diseño de la investigación, que sirvió de guía para su realización. Con la intención de indagar sobre la existencia de Violencia Obstétrica en el Hospital General de Cuetzalan a través de las prácticas de atención a las mujeres durante el nacimiento de su hija(o), para ello se eligió la metodología cualitativa y la técnica de entrevista semi-estructurada para lograr ese objetivo.
- **Capítulo III:** Se realiza una revisión bibliográfica para conocer los conceptos teóricos que cobran relevancia sobre el tema para lograr una mayor comprensión del fenómeno que se estudia. Este se dividió en cinco apartados, en el primero se desarrollan los conceptos de cuerpo simbólico y genérico, en el que se rescatan los contenidos culturales que las personas construyen a través del cuerpo humano, utilizando sobre todo la diferencia de sexo para justificar las diferencias de género y de esta manera el control del cuerpo. En el segundo apartado, se esboza la institucionalización de la Violencia Obstétrica y sus implicaciones, analizando los diferentes tipos de violencia que se manifiestan de forma verbal, física y simbólica. Asimismo se incluyó en el tercer apartado el concepto de Parto Humanizado, partiendo por la definición y realizando un recorrido histórico en el marco nacional e internacional sobre las recomendaciones apropiadas durante el parto. Dentro de éste, se incluyó un subapartado en el que se habla de una propuesta de proyecto de atención intercultural a las Mujeres en el Embarazo, Parto y Puerperio y de los elementos que integran el Modelo de Atención Intercultural a las Mujeres, desarrollado por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. El cuarto apartado da cuenta de los Derechos Sexuales y Reproductivos al brindar el contexto en el que se fincó la construcción de estos derechos. Para finalizar, el último apartado aborda la

morbimortalidad materna, partiendo de su definición, siguiendo con las causas que lo originan, incluyendo las propuestas del plan para la reducción de la misma en nuestro país.

- **Capítulo IV:** Se realiza una breve introducción a la historia y ubicación geográfica de Cuetzalan del Progreso, municipio que se encuentra en la Sierra Norte de Puebla, lugar en el que se desarrolló la investigación, así como la historia del Hospital General de Cuetzalan.

- **Capítulo V:** Análisis y resultados. Se parte con la pregunta de investigación, indagando sobre la existencia de Violencia Obstétrica en el Hospital General de Cuetzalan, en el que se dará respuesta con las narrativas obtenidas a través de las informantes, de quienes se presentan sus casos. Después, se realiza un análisis comparativo entre los mismos. Posteriormente, se da a conocer cómo se comprendía el concepto de Violencia Obstétrica por el Personal de Salud Institucional y las mujeres que recibieron atención en el desenlace de su embarazo en el Hospital General de Cuetzalan. También se hablará de las intervenciones médicas durante el parto, se cuestiona si son realmente necesarias o se toman a partir de criterios personales del personal de salud en turno. Además, se agregó un apartado en el que da cuenta de los métodos anticonceptivos y si representan una libre elección para la mujer o por el contrario es una imposición por parte del Personal de Salud Institucional (PSI). Se incluyó dentro de éste, un subapartado en el que indica el acceso a métodos anticonceptivos y de emergencia en el caso específico del Hospital General de Cuetzalan. Finalmente, se hace una reflexión sobre las parteras como parte del Personal de Salud Local, se informará sobre cambios ocurridos a partir de la nueva ubicación del Hospital en torno a la atención mixta con las mujeres embarazadas y sobre todo durante el parto.

## CAPÍTULO I: JUSTIFICACIÓN

La importancia de esta investigación se desglosa en tres aspectos que sustentan la relevancia de la indagación sobre el tema de Violencia Obstétrica en el Hospital General de Cuetzalan:

### 1.1 Académica

Existen pocos estudios sobre Violencia Obstétrica desde una perspectiva antropológica, esta investigación torna importancia por dos razones; la primera, da cuenta de la violación a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en instituciones de salud a nivel público y privado. Y la segunda, al visibilizar los tipos de Violencia Obstétrica que se presentan en el Hospital General de Cuetzalan, al dar cuenta de las prácticas médicas y la experiencia de las mujeres que fueron atendidas durante el parto, para así partir del desconocimiento de la problemática y la normalización de procedimientos incluso prohibidos por la Organización Mundial de la Salud.

La finalidad de la investigación pretende avanzar en el conocimiento de este problema para su erradicación al crear propuestas que puedan servir para el mejoramiento de atención a la mujer embarazada y a su hija(o).

### 1.2 Social

Una de las necesidades más apremiantes en las Instituciones de Salud Públicas y Privadas en nuestro país debería ser la implementación de modelos en pro de un parto humanizado, ya que las estadísticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) confirman que la especialidad médica con mayor número de quejas es la ginecología, existiendo evidencia de malas prácticas con daños físicos, psicológicos y verbales.

El parto, un proceso que debería ser íntimo y placentero, en ocasiones concluye en una situación dolorosa, humillante y genera impotencia a la madre, ya que es tratado como una enfermedad, lo que justifica su medicalización y el control absoluto

sobre el cuerpo de las mujeres en un momento tan vulnerable. De esta manera, el cuerpo es un objeto y blanco de poder.

El abuso que se ejerce sobre las mujeres durante la atención del parto adquiere modalidades físicas, psicológicas y verbales. Por ejemplo, al percibirse a la mujer como inferior e ignorante, cuando el PSI descalifica la información y el conocimiento que las mujeres poseen sobre su estado de salud o sobre su proceso de parto. Al realizar intervenciones rutinarias, desacreditarlas como sujetos que sufren, dejar a la mujer sola y sin acompañamiento psicoafectivo.

Según datos oficiales del Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM, “en México hay más de seis millones de mujeres indígenas (lo que significa que 4.8 millones de mujeres indígenas, el 80%) víctimas de la violencia obstétrica” (Canseco: 2014).

En cuanto a la salud materna, se tiene en cuenta que existen barreras presupuestarias que limitan o incluso imposibilitan una atención adecuada y eficiente. Esta disminución que se presenta sexenio tras sexenio afecta los programas de planificación familiar, y atención a la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres, sobre todo de las adolescentes en zonas indígenas.

El bajo presupuesto se ve reflejado en las carencias de cientos de Hospitales y Clínicas de nuestro país, pero sobre todo en las zonas rurales. Las mujeres en trabajo de parto cuando llegan a acceder a los servicios de salud, en muchas ocasiones llegan a establecimientos de salud precarios, con personal de salud mal capacitado y con carencias de insumos y medicamentos. Lo que provoca -en el peor de los casos- muerte materna y/o fetal.

La importancia de la presente investigación radica en conocer algunos factores que invisibilizan la Violencia Obstétrica y por ende, que la normalizan. También daremos cuenta de cómo se atenta contra los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres -en su mayoría indígenas-, que reciben atención del parto en Hospital General de Cuetzalan, por cierto “único lugar en el que se atienden los partos” en todo

el municipio y algunas mujeres del estado de Veracruz, debido a su cercanía con Puebla.

### 1.3 Personal

Mi interés surge al leer un libro titulado “Nacer bajo el ombligo de la luna” es una compilación de narrativas hecha por mujeres que tienen distintas edades, profesiones, nacionalidades y lugares de residencia que coinciden en una misma experiencia: han dado a luz en México. Algunas recibieron atención médica en hospitales públicos y desde su propia experiencia describen la violencia obstétrica que sufrieron; comparado con otras mujeres que en hospitales privados tuvieron un parto humanizado.

Alize, una partera, me recomendó leer el ensayo “Brujas, enfermeras y parteras” de Bárbara Ehrenreich y Deirdre English, donde plantean que la supresión de las mujeres trabajadoras de la salud y el surgimiento del dominio de los profesionales varones no fueron procesos naturales. Ya que la eliminación de las curanderas fue parte de un conflicto político religioso, unido a conflictos más generales de clase y de sexo. Al tiempo en que se inició la caza de brujas en Europa con millones de víctimas: viejas, jóvenes y niñas condenadas a muerte. Las autoras concluyen que la mujer no ha sido una circunstancia pasiva en la historia de la medicina, el presente sistema el de la enfermera como auxiliar del médico, nació y se formó en una competencia desigual entre el hombre y la mujer al existir una exclusión legal de las mujeres en la profesión médica. Así, el profesionalismo médico no es otra cosa que la institucionalización del monopolio de la clase alta masculina.

Estos acercamientos me motivaron en busca de una investigación profunda, donde mi interés pudo materializarse en el trabajo de campo en Cuetzalan, en la Sierra Norte de Puebla, al ser parte de un proyecto de investigación titulado: **“Propuesta de un Modelo Sociocultural para prevenir las Muertes Maternas”** del Instituto Nacional de Perinatología (INPer). Este proyecto es liderado por la Dra. Mayra Chávez Courtois Investigadora de la misma institución.

Considerando el conjunto de reflexiones anteriores a continuación mencionaré la metodología utilizada en la investigación.

## CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

### 2.1 Planteamiento del problema

Es importante conocer el tipo de atención y cuidados que se da a las mujeres durante el parto en el Hospital General de Cuetzalan. Mujeres en su mayoría indígenas que tienen un nivel básico de educación y están afiliadas al programa de Seguro Popular para beneficiarse de los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio. Según las estadísticas en México, cuatro de cada cinco indígenas son víctimas de la violencia obstétrica.

En este marco, la investigación que se presenta pretende constituir un aporte desde una perspectiva antropológica donde la observación de la atención y los testimonios de las mujeres constituyen el eje de análisis. Al dar cuenta de Violencia Obstétrica en el estudio de caso de siete mujeres que recibieron atención resolutiva durante su parto en el hospital antes mencionado, en el que se expresa la violencia física, psicológica y verbal.

Parte de los conceptos utilizados fue el cuerpo simbólico y genérico para conocer cómo el cuerpo (medio principal por el que las mujeres se relacionaron con el PSI) es utilizado como objeto y blanco de poder dentro de las salas de parto. “Es la visión médica del proceso la que se apropia en este caso de los conceptos, pues se da a entender que la gestación es una enfermedad” (Sadler 2003:89).

De esta manera, el conjunto de esquemas adquiridos tienen que ver con las diferentes formas en que el personal médico se relaciona con los cuerpos. Castro (2014) lo denomina «*habitus* médico » en el que considera que este *habitus* se crea a través de su práctica médica e institucional, que comienza desde la formación universitaria consolidándose durante los años de especialización en los hospitales. Enfatiza en tres dimensiones: 1) Castigos y disciplinamiento corporal en la formación del médico. 2) orden de las jerarquías y 3) dimensión es el disciplinamiento de género. Lo que indica al menos el origen de la forma en que se relacionan con las mujeres en las salas de parto, ya que han sido incorporados en un campo autoritario y jerárquico.

Foucault en el siglo XVII desarrolla el concepto de «biopolítica de la población» el cual aplicado en el campo de la ginecobsetricia puede entenderse como el controlador y regulador de la sexualidad de las mujeres, desde la fecundidad hasta puerperio. Por lo tanto este poder que se crea en torno al estado, tiene el poder sobre la vida y sobre la persona que la crea y la reproduce. Así, durante el parto se estandarizan los procedimientos al atender a una mujer al llegar al hospital como el uso rutinario de episiotomías, la oxitocina, maniobras como el kristeller y cesáreas innecesarias.

### 2.1.1 Preguntas de investigación

- ¿Qué tipo de violencia obstétrica existe en el Hospital General de Cuetzalan?
- ¿Cómo se comprende el tema de Violencia Obstétrica por el personal de Salud Institucional PSI y por las mujeres atendidas en el desenlace de su embarazo?
- ¿Cuál es la experiencia de las mujeres al ser atendidas por el Personal de Salud Institucional en el Hospital General de Cuetzalan durante el parto?

### 2.1.2 Objetivo general

- Indagar sobre la existencia de Violencia Obstétrica en el Hospital General de Cuetzalan a través de las prácticas de atención a las mujeres durante el parto por parte del Personal de Salud Institucional: médicas(os).

### 2.1.3 Objetivos específicos

- Analizar qué tipos de violencia obstétrica existen en mujeres atendidas durante el parto en el hospital General de Cuetzalan.
- Conocer los criterios institucionales que llevan a la práctica de violencia obstétrica.
- Explorar el conocimiento sobre el tema de Violencia Obstétrica en el Personal de Salud Institucional y su percepción sobre el trabajo que desempeñan las Parteras.
- Conocer la experiencia de mujeres al ser atendidas por el Personal de Salud Institucional durante el parto.

## 2.2 Diseño de la investigación

El propósito de la investigación fue describir y analizar las prácticas de atención a las mujeres durante el parto en el Hospital General de Cuetzalan, Puebla. Se optó por la metodología cualitativa debido a que permite obtener información a partir de las perspectivas y puntos de vista de las participantes (experiencias y emociones), lo cual privilegia las voces que pocas veces son escuchadas: de las mujeres durante el parto y puerperio.

La antropología, por el tipo de paradigma que desarrolla, ha privilegiado el uso de técnicas cualitativas, como es el caso del trabajo etnográfico, al utilizar técnicas como la observación participante, entrevistas en profundidad y etnografía. El abordaje desde la metodología cualitativa nos permite “obtener una mejor comprensión del fenómeno que se estudia, este método está destinado a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace. Observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente” (Taylor y Bogdan, 1986:21). Esta información es de suma importancia para la investigación, pues es en el discurso de las y los informantes donde se encuentran los elementos importantes con los que se trabajó.

### 2.2.1 Población

Para el desarrollo de este trabajo se entrevistaron dos grupos de informantes: El primero lo conforman siete mujeres que recibieron atención durante el parto y puerperio en el Hospital General de Cuetzalan (**HGC**). El segundo grupo de informantes es el Personal de Salud Institucional, conformado por un ginecólogo y un ginecobstetra. Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta para los grupos de informantes fueron:

1. Mujeres atendidas durante el Parto y Puerperio (**MPP**)

- Mujeres que asistieron al HGC para la resolución de su embarazo, el cual tuvo como resultado un parto eutócico.

- Mujeres que no tuvieran más de un mes desde el momento del parto. De esa forma podrían recordar con mayor claridad y detalle lo que decían y hacía el PSI durante su trabajo de parto, parto y puerperio.

## 2. Personal de Salud Institucional (PSI)

- Ginecólogos o ginecobstétricas que trabajaran en el HGC en la atención resolutive del parto.

Para la localización de informantes del primer grupo se pidió apoyo en el HGC para que facilitara información de mujeres que fueron atendidas en el último mes. La Trabajadora Social me indicó que esa petición era imposible de facilitar por las políticas de confidencialidad, pero me permitió entrar en la sala donde las puérperas permanecen en observación y esperan ser dadas de alta. A las mujeres se les mencionó la finalidad del estudio y la importancia de conocer su experiencia en el hospital. Una vez que aceptaban, pedí visitarlas directamente en su domicilio en la fecha en que a ellas les fuera conveniente para que la entrevista no fuese interrumpida o limitadas por la presencia del PSI.

Para lograr acceder al segundo grupo de informantes se realizaron visitas previas en los consultorios de los dos médicos en el hospital explicándoles el motivo de la investigación acordando un momento libre para la realización del mismo.

Es significativo mencionar que existían tres grupos de informantes al inicio de la investigación, formado por las parteras. Se contactaron por medio del encargado del Módulo de Medicina Tradicional, después de tres semanas de reiteradas visitas; una vez que recibió respuesta favorable de la coordinación de enseñanza de Puebla, me facilitó el nombre y domicilio de 6 parteras, de las cuales dos sólo hablaban náhuatl, así que solo entrevisté a cuatro. Hice contacto con tres parteras gracias al químico del Hospital Víctor Lemini Vázquez. Y finalmente dos por referencia previa de la Dra. Mayra Chávez. En total se entrevistaron a nueve parteras que trabajan en el Módulo de Medicina Tradicional y de manera independiente. Sin embargo, por el tiempo limitado para la entrega de éste trabajo no se logró realizar un análisis minucioso de este grupo

de informantes. Aunque se lograron recuperar algunas narrativas dentro del apartado correspondiente. Posiblemente se rescate la información para un segundo trabajo.

Al inicio del trabajo de campo no se definió el número de informantes, se fue adaptando conforme se avanzó en el proceso de la investigación y sobre todo con el tiempo que se tenía para llevarlo a cabo.

### 2.2.2 Entrevistas semi-estructuradas

Para dar respuesta a las preguntas de investigación se utilizaron entrevistas semi-estructuradas en profundidad, “siguiendo el modelo de una conversación normal, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas” (Taylor y Bogdan, 1986:20), para conocer y registrar las vivencias, opiniones, perspectivas y testimonios con entrevistas individuales por grupo de informante.

Se generaron dos guiones para cada tipo de informante (Anexo 2). Las entrevistas para MPP se enfocaban en: 1) Atención prenatal en la clínica u hospital, 2) Conocimiento sobre el tema de Violencia Obstétrica, 3) Prácticas y discursos del PSI durante el parto y, 4) Relación con las parteras.

Las entrevistas al PSI se centraban en los siguientes temas: 1) Conocimiento sobre el término de Violencia Obstétrica, 2) Intervenciones rutinarias durante el parto, y 3) Relación que tienen con las parteras.

Resulta fundamental aclarar que los guiones sirvieron sólo como una guía para describir aspectos relevantes a la investigación, en ningún momento fueron una imposición. De igual manera se utilizaron narrativas de entrevistas realizadas en diferentes centros de Salud al PSI en el Municipio de Cuetzalan en el 2013, por el equipo que trabaja en el proyecto antes mencionado.

De igual forma, se utilizó la técnica de observación participante, “empleada aquí para designar la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el entorno de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (Taylor y Bogdan, 1986:20). Se realizaron continuas visitas al Hospital y en el domicilio de las mujeres.

Otro instrumento empleado fue el diario de campo, en el que se documentó todo aquello que sirviera para contrastar con las entrevistas de las y los informantes. De igual forma se utilizó la fotografía como herramienta en la investigación precisando su uso para la presentación de información.

### 2.3 Consideraciones éticas en la investigación

La importancia de considerar aspectos éticos con investigaciones centradas en la participación de las personas, remite necesariamente a la revisión de los principios y criterios que se tomaron en cuenta para la investigación.

A las personas que aceptaron participar en esta investigación, se les solicitó verbalmente su consentimiento para ser entrevistadas, audio grabadas y fotografiadas. Se les hizo saber que la realización de la entrevista tenía la única finalidad de llevar a cabo este estudio.

Otro aspecto éticos relevante fue garantizar el anonimato de cada uno de los informantes que intervinieron en la investigación, de esta manera se utilizaron seudónimos para proteger su identidad.

### 2.4 Mi experiencia en trabajo de campo

El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 16 de febrero y 7 de Junio del 2014, en el municipio de Cuetzalan del Progreso en la Sierra Norte de Puebla en tres juntas auxiliares: Santiago Yancuictlalpan, San Miguel Tzinacapan, San Andrés Tzicuilan y en el Hospital General de segundo nivel de Cuetzalan.

La ventaja que tuve en el primer acercamiento al Hospital General de Cuetzalan fue que la Dra. Mayra Chávez había trabajado con parte del PSI y del PSL (parteras) en el 2013. Al presentarme ante el Jefe de Enseñanza únicamente solicitó una copia de la carta de aceptación del proyecto que se había aprobado el año pasado, en la que se especificara que se daría continuidad a dicha investigación. Tras la entrega del oficio, después de una semana y al obtener el Jefe de Enseñanza una respuesta afirmativa de la coordinación de enseñanza de Puebla me facilitó el nombre de los médicos que laboran en conjunto para la atención prenatal y durante el parto en el hospital.

Como se mencionó antes se accedió al primer grupo de informantes -MPP- directamente en el Hospital gracias a que la Trabajadora Social me permitió ingresar a la sala donde las puérperas permanecen en observación. Cinco mujeres accedieron a ser entrevistadas, sin embargo se descartó a una, ya que una vivía en el estado de Veracruz.

La primera mujer que visité fue a Maribel de 18 años, vive en Tepopola, localidad de San Miguel Tzinacapan. Localicé el domicilio gracias a la ayuda de una amiga que vive en esa junta auxiliar, después de caminar cerca de 30 minutos por veredas poco transitadas. Al llegar a la casa de Maribel, una mujer de la tercera edad me recibió y me pidió sentarme en una silla que puso junto a la puerta, llamó a Maribel (su nuera) y ésta salió después de unos minutos con su hija en brazos, al verme sonrió y se sentó en un sillón. Su suegra apareció un minuto después con una taza con café para mí. En una habitación contigua escuché que había mujeres callando a una niña de aproximadamente 5 años que jugaba con su triciclo para escuchar lo que platicábamos.

La segunda mujer que visité fue a Jessica, tiene 27 años y vive en la cabecera municipal de Cuetzalan. Al llegar su esposo me recibió, me invitó a pasar y enseguida Jessica dejó de lavar ropa y me dio un vaso con agua. Durante la entrevista estuvo presente su hijo de 5 años que lloró gran parte del tiempo y su esposo, el cual intervenía para dar a conocer su experiencia desde la sala de espera durante el parto de su esposa. Manifestando enojo por la poca falta de información del estado de salud de los familiares internados.

La tercera mujer que entrevisté fue gracias a mi vecina<sup>2</sup> Doña Mercedes, que al conocer el tipo de investigación que realizaba y los criterios que necesitaban cubrir las mujeres que entrevistaba me indicó que tenía una sobrina que acababa de tener a su segunda hija en el HGC. Maribel de 23 años, pasaba todas las mañanas por nuestra calle para dejar a su hija en el preescolar, una mañana esperamos en el negocio local que tiene en su domicilio mi vecina a las 9:00am (hora aproximada en la que pasaba) y

---

<sup>2</sup> El tiempo que viví en Cuetzalan, renté un cuarto en la cabecera municipal.

al darle a conocer el trabajo que realizaba acordamos vernos un día que le favoreciera para la entrevista. Misma que se realizó en la vivienda de Doña Mercedes.

La cuarta mujer que visité fue a Martina de 16 años, vive en Xochical en San Andrés Tzicuilan. Era la primera vez que iba a esa junta auxiliar, así que pedí al conductor me indicara la parada de la Atepetahua. Una vez que tomé la Huantiknemi<sup>3</sup> y después de algunos kilómetros recorridos el conductor me indicó el lugar que buscaba. Baje y una señora con un bebé en brazos y una chica también lo hicieron, les pregunte por Martina y su madre Josefina, ambas rieron al momento en que las reconocí. Caminamos cerca de 50 metros por estrechas senderas rocosas; su domicilio se encuentra muy cerca de la cascada Atepatahua, la única forma de llegar a su domicilio es caminando y en algunos tramos sujetándose de las rocas húmedas que permiten el descenso.

Al llegar a su casa me indicaron sentarme en una silla junto a la mesa y me dieron una taza con café. Durante la entrevista estuvieron presentes dos hermanas y la Sra. Josefina. Esta última compartió también la experiencia y el tipo de circunstancias a las que se enfrentaron al rechazar a Martina del Hospital de Zacapoaxtla, y trasladarse al HGC a la media noche.



Fotografía 2: Huantiknemi - Caminemos juntos.  
1 de Marzo del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya.

<sup>3</sup> Sociedad de Transporte Huantiknemi, transporte público y de uso privado en Cuetzalan del Progreso.

La última mujer a la que entrevisté en su domicilio fue a Marta, de 22 años que vive en Tepetzintan. Para llegar a la vivienda tomé una Huantiknemi, pregunté a una pasajera si Zotola estaba muy lejos (lugar en el que tenía que bajar para llegar a la dirección señalada) me preguntó a quien buscaba, reconoció a Marta y me dijo que tal vez podía encontrar a su esposo que iba por sus hijos a la escuela. Después de casi cuarenta minutos de recorrido, la mujer me indicó donde bajar, ella iba por su hija. Dentro del cúmulo de personas reunidas afuera del preescolar preguntó por Benito el esposo de Marta, no lo habían visto. Después me indicó qué camino seguir para encontrarla.

Al caminar un par de calles pregunté en una tienda si conocían a Marta (más apellidos), tres hombres me veían confundidos, no habían escuchado antes tal nombre, el señor que estaba tras mostrador tomó un walkie talkie y en náhuatl habló con otra persona. Después de la conversación me indicó que vivía muy lejos y me recomendó ir a casa de su padre Arturo, o vocearla por radio para que alguien fuera por mí. Una señora que pasaba se detuvo y preguntó a quién buscaba; justo en ese momento pasó otra mujer con 6 niños y me indicó que era cuñada de Marta y que podría llevarme con alguien que me acompañara a su domicilio.

Me fui con ella y todos los niños de entre 3 y 7 años, me preguntó de dónde venía y para que buscaba a su cuñada. Al llegar, la Sra. Socorro (madre de Marta) me indicó qué podía llevarme con su hija. Caminamos por veredas y potreros cerca de 40 minutos. Al llegar a la vivienda nos invitaron a pasar y nos dieron una taza con café, hablaron en náhuatl cerca de 10 minutos, la Sra. Socorro mencionó que su hija no estaba en casa, pues por la mañana la habían voceado por radio por parte de la clínica de Salud, ya que no había asistido un día antes a su cita. Se había operado para no tener más familia y era necesario revisar los puntos. Nos fuimos después de una hora de espera, me indicaron que la última Huantiknemi que iba a Cuetzalan salía a las 3:30pm y en ese momento nos fuimos. Al regresar pregunté a la Sra. Socorro si me podía llevar al siguiente día, ya que no recordaría el camino ni las veredas correctas.

A la mañana siguiente, siendo las 10:00am llegué a casa de la Sra. Socorro, toqué la puerta de madera que estaba abierta y grite tres veces “¡Buenos días!”, sin obtener respuesta. Recordé que un día mencionó que iría a su clínica muy temprano para re afiliarse al Seguro Popular. Así que decidí esperar y me senté sobre un tronco bajo la sombra de un árbol a medio metro de la puerta de la casa.

Diez minutos después escuché a un niño que gritó en esa puerta por sorpresa, de inmediato voltee y me di cuenta que el asombro era por mí, corrió dentro de la casa y toqué de nuevo. Esta vez escuchaba voces y niños jugando, la señora Socorro me pidió que entrara y que la esperara; después de diez minutos me llevó a casa de su hija nuevamente.

Al llegar de nuevo a la casa, estaba Marta, su suegra y sus cinco hijos. Ellos comenzaron a hablar en náhuatl y después de unos minutos espere que terminaran su conversación e intervine. Durante la entrevista estuvieron presentes las personas antes mencionadas. Es importante indicar que Marta habla poco el español, a veces sólo respondía “sí, no, no sé”, o en náhuatl. Noté la presencia de su esposo cuando Marta no respondía algunas preguntas que le realizaba, él estaba detrás de un poste sentado en el suelo, se incorporó y explicó las razones por las que su esposa había dado a luz en su propia casa, y como no alcanzó a llegar al hospital.



Fotografía 3: Zona de maizales en Tepeztintan  
3 Marzo del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

Del segundo grupo de informantes, correspondiente al PSI, el primer médico que contacté fue al Ginecobstetra Adrián, el cual atiende en promedio 60 consultas prenatales –la mayoría mujeres embarazadas de algo riesgo- los días sábado y domingo de 8:00am a 8:00pm.

El primer fin de semana que intenté contactarlo en el hospital me fue imposible verlo, los enfermeros y vigilante de la sala de urgencias me indicaron que se encontraba en una operación. Al siguiente fin de semana que reanudé mi búsqueda, noté que había en la sala de espera cerca de 12 mujeres esperando ser atendidas por el médico. Afortunadamente entre las mujeres estaba la partera Cecilia, (con la que ya había hecho amistad después de entrevistarla). Me invitó a entrar a consulta con ella y con la adolescente de 15 años a la que llevaba a para su fecha de probable parto.

Transcurrieron cerca de 40 minutos, entramos al consultorio y después de un rápido chequeo a la adolescente, me presenté ante el médico Adrián y le hablé sobre la investigación que desarrollaba en el hospital. Sorprendido y con la mejor disposición me pidió regresar cuatro horas después para la entrevista.

El médico Arturo fue el segundo informante en contactar. Labora en el hospital lunes y martes, en un horario de 8:00am a 8:00pm. Atiende en promedio al día de 10 a 15 consultas. El primer día que fui no logré verlo, me indicaron que estaba operando y tenía cesáreas programadas. El segundo día al no encontrarlo en su consultorio, pregunté al personal de enfermería y vigilante, sin embargo no sabían dónde se encontraba, espere tres horas y después me fui. La siguiente semana logré verlo, noté que tenía prisa y le indiqué rápidamente el motivo de mi búsqueda. Me citó al siguiente día a las 10.00am. Llegué a la hora indicada, lo busqué en su consultorio, noté que 5 mujeres esperaban verlo también. Fui al área de urgencias y me indicaron que estaba en una operación. Tres horas más tarde volví a preguntar por él y me indicaron que seguía ocupado. Después de una hora se dirigió al consultorio y me pidió regresar la próxima semana. Así lo hice, llegué a la hora señalada, esperé a que terminara su última consulta y su hora de comida.

Al finalizar la entrevista, me invitó al siguiente día al área de tococirugía, para conocer a la partera profesional, (la única que utiliza la cama de parto vertical) y a las médicas(os) que trabajan en ese turno; y mencionó “conveniente que veas tú los partos, que conozcas la forma como se atienden en lugar de andar preguntando cómo es que lo hacen<sup>4</sup>”.

Este acceso favoreció la investigación, ya que pude presenciar tres partos, de los cuales dos se incluyeron en la presentación y estudio de casos.

## 2.5 Análisis de información

En la fase inicial del proceso se trabajó sobre la base de fuentes primarias, como: entrevistas<sup>5</sup>, noticias de periódicos, libros, artículos de revistas electrónicas, tesis de licenciatura, maestría y doctorado, legislaciones y normativas nacionales y de Argentina y Venezuela referentes sobre la Violencia Obstétrica. Prácticamente la totalidad de las fuentes de análisis para la investigación se tomaron vía internet.

Para el análisis utilicé como eje las preguntas de investigación, lo cual me permitió la identificación de narrativas que otorgaran sentido a: Tipos de violencia existentes en el HGC, Significado y reconocimiento de la Violencia Obstétrica por parte del personal de salud y por las mujeres atendidas en el nosocomio y la forma como se vulneran los Derechos Sexuales y Reproductivos en éste lugar.

Se realizó la transcripción íntegra de todas las entrevistas realizadas, de esa manera se organizó la información que se obtuvo para el desarrollo de los apartados, así como la identificación de algunos indicadores de Violencia Obstétrica.

Es importante mencionar que al ser un tema que toca aspectos de la práctica médica, en ocasiones se hará alusión a algunos tecnicismos, los cuales quedarán definidos en un Glosario, que estará al final del documento, el cual facilitará la comprensión del texto al lector(a).

---

<sup>4</sup> Frase rescatada del diario de campo del 27 de Mayo 2014.

<sup>5</sup> Se utilizaron las entrevistas que realicé al PSI y las MPP, así como también aquellas que se realizaron en otro contexto para el proyecto en el 2013.

## CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

### 3.1 El cuerpo simbólico y genérico como representaciones sociales

*Hemos vivido dolorosamente una realidad patriarcal y machista, que con la excusa de salvarnos, pretende manejar y poseer un control absoluto de cada etapa de nuestra vida fértil e infértil.*

Malgón Aline

Una de las razones principales por las que el cuerpo es retomado como análisis para el presente trabajo, se debe a que fue el medio principal por el que las mujeres se relacionaron con el Personal de Salud Institucional con un propósito: el nacimiento de su hija(o).

Comencemos a partir de las representaciones sociales, Le Breton (1995) menciona que éstas “asignan al cuerpo una imposición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad y sirven para nombrar las diferentes partes que lo componen y las funciones que cumplen, hacen explícitas sus relaciones, penetran en el interior invisible del cuerpo para depositar allí imágenes precisas. Este saber aplicado al cuerpo es, en primer término cultural” (p.13). Es decir, estas representaciones y saberes acerca del cuerpo dependen de un estado social, de una visión del mundo.

Es así como la relación de la/él médica(o) a través del cuerpo de las mujeres embarazadas, se debe a que el cuerpo refleja la distinción de unos con otros, una relación dualista que se conforma y tiene una concepción moderna–occidental.

De esta manera, la percepción del cuerpo tiene que ver con el individualismo como estructura social, “con la emergencia de un pensamiento racional positivo y laico

sobre la naturaleza, con la regresión de las tradiciones populares locales<sup>6</sup>, y, también, con la historia de la medicina que representa en nuestras sociedades, un saber en alguna medida oficial sobre el cuerpo” (Le Breton, 1995:8).

Le Bretón (1995) concibe al cuerpo como propiedad, ya que desde la concepción hasta la muerte es controlado por el sistema médico. Incluso se basa en un estudio riguroso en el que se percibe al cuerpo como un receptáculo de la enfermedad. Es así como “la visión médica (...) se apropia de los conceptos, pues se da a entender que la gestación es una enfermedad” (Sadler 2003:89). Y bajo ésta percepción es como se justifica su control.

Marcel Mauss (1979) autor que trabajó el tema de cuerpo en los años treinta propuso la utilización del término “*habitus*” explicando:

“Durante muchos años he repensado sobre esta idea de la naturaleza social del «*habitus*» y observen cómo lo digo en latín, ya que la palabra traduce mucho mejor que «costumbre», el «*exis*», lo «adquirido» y la «*facultad*» de Aristóteles (...) Estos «hábitos» varían no sólo con los individuos y sus imitaciones, sino sobre todo con las sociedades, la educación, las reglas de urbanidad y la moda. Hay que hablar de técnicas, con la consiguiente labor de la razón práctica colectiva e individual, allí donde normalmente se habla del alma y de sus facultades de repetición” (pág.341).

De esta manera, el conjunto de esquemas adquiridos tienen que ver con las diferentes formas en que el PSI se relaciona con los cuerpos. En cuanto a nuestro tema de estudio se puede hablar de un «*habitus* médico institucional» que desarrolla Roberto Castro (2014), el autor considera que este *habitus* se crea a través de su práctica médica e institucional y que comienza a fundarse desde la formación universitaria y se consolida durante los años de especialización en los hospitales.

---

<sup>6</sup> El autor menciona que “las medicinas populares tienen una antigua legitimidad social, arraigada a las tradiciones; reciben actualmente, cada vez mayor apoyo y respetabilidad, que modifica su base social, gracias a la brecha abierta en las instituciones médicas.” (Le Breton, 1995:173)

Adopta la definición de «agenda o currículum oculto» y enfatiza en tres dimensiones para su conformación: La primera, se refiere al papel de los castigos y el disciplinamiento corporal, como la prolongación de las guardias, desacreditación frente a los pacientes y entre pares. Menciona que los castigos son una forma de transmitir el conocimiento, para disciplinarlos y sobre todo para afianzar una jerarquía. La segunda dimensión alude al orden de las jerarquías dentro de la profesión médica. En la tercera indica el disciplinamiento de género, en la que se presen agresiones contra las mujeres, mismas que deben superar si en verdad desean convertirse en médicas.

María Pozzío (2013) documenta al respecto que el nivel de violencia contra las mujeres durante su formación como médicas o internado tiene que ver en gran medida con la especialidad, ya que son muy masculinizadas como neurocirugía, cirugía plástica o urología. Describe el caso de médicas, que fueron sometidas a humillaciones, como en el caso de la Dra. Kía:

*“Una vez que uno de los doctores (me acuerdo perfecto) estábamos en quirófano y ya tenía el paciente listo para operarlo y todo, ya había lavado, ya estaba todo perfecto... y me empujó, me dijo que era una estúpida y que me saliera de su quirófano y lo único podía hacer era no contaminar y que me fuera”* (Pozzío, 2013:182).

Algo similar ocurrió con dos residentes de neurocirugía en el Hospital de La Raza en la que “fueron sometidas a agotamiento laboral, humillaciones, burlas e insultos para renunciar, solo por ser mujeres” (Camacho: 2012:39).

Castro (2014) se cuestiona las posibilidades que tienen el PSI de establecer relaciones basadas en la igualdad con las mujeres, si ellos han sido incorporados en un campo autoritario y jerárquico. “Este enfoque, desde luego, no exime de responsabilidad a los actores (los médicos y enfermeras en particular) de los atropellos en que incurrir, pero sí nos permite comprender científicamente el origen social de los resortes que impulsan sus actuaciones” (p.191).

Nos interesa también revisar los aportes de Pierre Bourdieu (1998) quien se aproxima a la idea de la dominación masculina desde una perspectiva simbólica. Plantea que la desigualdad entre los géneros ha sido reproducida históricamente hasta un punto en el cual aparece como natural:

“...he visto en la dominación masculina, y en la manera como se ha impuesto y soportado, el mejor ejemplo de aquella sumisión paradójica, consecuencia de lo que llamo la violencia simbólica, violencia amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento” (Bourdieu, 1998: 12).

Es destacable que un hombre y científico social como Bourdieu, que como todas(os) nosotras(os) está atrapado en la estructura de dominación masculina, analice cómo la visión androcéntrica sigue presente en la sociedad y cómo las mujeres llevan la peor parte en esa estructura.

Marta Lamas (citado por Malagón, 2013) refiere a una investigación que Godelier hace acerca de los Baruyas, una pequeña sociedad de Nueva Guinea, donde se expone que para ellos:

“La superioridad masculina nace del hecho incontrovertible, de que en épocas remotas sus antepasados varones habían expropiado a las mujeres sus poderes. Por ello habían acumulado dos poderes: el que poseen los hombres como tales (simbolizado el poder fecundante y nutricio de su esperma) y el de las mujeres, poseedoras de poderes femeninos que emanan de una creatividad originaria superior a ellos (...) El entramado simbólico se hace a partir de lo anatómico y lo reproductivo (...) Los Baruyas llevan a cabo un verdadero salto mortal simbólico: desconocen la importancia del papel de la mujer, cuando justamente es de su cuerpo de donde salen los hijos y es gracias a su leche que estos sobreviven los

primeros meses. No obstante en los datos de la realidad, prevalece la fuerza de la simbolización” (Malagón, 2013:6).

Esta dominación masculina imperante en la sociedad salta a la vista “la subordinación femenina en los ámbitos político, económico y simbólico es evidente” (Héritier, 1991:92). Y “el papel subordinado que ocupa la mujer es universal, sin embargo, las simbolizaciones y conceptos culturales son variables e incluso contradictorios es decir, las percepciones de los roles genéricos varían de una cultura a otra” (Chávez 2011:119).

Héritier (1991) da elementos para entender la inequidad genérica universal desde el discurso simbólico, pues “existe un conjunto de juicios de valor que pone en evidencia características observadas en el comportamiento y en el desempeño, que se presentan como naturales, como irremediables: «cualidades» o «defectos» femeninos típicamente considerados como marcas sexuales” (p.92). Dicho discurso simbólico<sup>7</sup>:

“...remite a una naturaleza, femenina: morfológica, biológica y psicológica. Tales series cualitativas están marcadas de manera negativa o desvalorizadamente, mientras que las correspondientes series cualitativas masculinas tienen signo positivo o están valorizadas. Existe por tanto un sexo mayor y un sexo menor, un sexo “fuerte” y un sexo “débil”, un espíritu “fuerte” y un espíritu “débil”. Tal “debilidad” natural y congénita en las mujeres legitima el que incluso sus cuerpos sean objeto de sujeción” (Héritier, 1991:92).

Es así como se utiliza la diferencia de sexo para justificar las diferencias de género, éste último concepto se puede entender como “ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es

---

<sup>7</sup>“Hay un discurso negativo que presenta a las mujeres como criaturas irracionales e ilógicas, desprovistas de espíritu crítico, curiosas, indiscretas, parlanchinas e incapaces de guardar un secreto, rutinarias, poco creativas en lo que atañe a actividades de tipo intelectual o estético, flojas y perezosas (...) Existe otro cuerpo discursivo aparentemente menos negativo: frágiles, dulces, emotivas, buscadoras de paz, estabilidad y de la comodidad del hogar; evasoras de responsabilidades, carentes de capacidad de decisión y abstracción; las mujeres necesitan estar sometida, ser dirigidas y controladas por un hombre.” (Héritier, 1991:92).

«propio» de los hombres «masculino» y «propio» de las mujeres «femenino» (Lamas, 2000:3), partiendo de “una forma primaria de relaciones significantes de poder a la vez que el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder. Género es entonces, una categoría íntimamente ligada a las relaciones sociales, al poder, a los saberes” (Scott, citado por Vuelvas, 2012:100).

Es así como “el cuerpo de los hombres bajo este modelo es dotado de poderes políticos, sintetizando simbólicamente el poderío sexual y social, ya que el atributo de género central de la condición masculina es el poder. Los hombres son sujetos en y desde sus cuerpos sexuados masculinos y patriarcales” (Lagarde, 1994:48). En el que incluso se enuncia a cada uno como «sexos opuestos».

Foucault sostuvo que el poder moderno era un poder basado en la biopolítica, la cual surge bajo dos formas principales “las ya definidas disciplinas que diseñan una anatomía política del cuerpo humano y la configuración de una biopolítica de la población, que integra una serie de controles y regulaciones centradas sobre el cuerpo-especie: salud, higiene, natalidad, longevidad, mortalidad” (Rodríguez citado por Vuelvas, 2012:100). Por lo tanto este poder que se crea en torno al estado, tiene el poder sobre la vida y sobre la persona que la crea y la reproduce. La reproducción implica una fuente de poder, ya que de ello depende el futuro de un grupo, de esa forma es controlado por los hombres históricamente.

En el campo de la ginecología occidental la regulación del cuerpo se da a través de la «biopolítica de la población» que actúa controlando a las mujeres durante la procreación, el control natal, fecundidad, embarazo parto y puerperio. (Vuelvas, 2012) De esta manera se estandarizan los procedimientos al atender a una mujer al llegar al hospital con el uso rutinario de episiotomías, el oxitócico, maniobras como el kristeller, utilización de fórceps y cesáreas innecesarias. “De acuerdo a la información más reciente de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), México ha pasado a ocupar el primer lugar en cesáreas en todo el mundo (45.2%)” (Calvillo & Cabada & García 2013:1). Si bien las cesáreas son necesarias, en muchos casos atienden más a la comodidad del PSI que de la mujer y su bebé.

Lozano (Citado por Arnau, 2012) menciona que “el pensamiento médico hegemónico sostiene que el cuerpo femenino queda simplificado al ser representado por el útero, órgano que simboliza la reproducción y, como tal, queda vinculado a la salud y a merced exclusivamente de los médicos que se ocupan de las enfermedades de la mujer, los embarazos y los partos” (p.39). Esta “apropiación de los órganos reproductores por el discurso médico deshumaniza la función reproductora de las mujeres hasta conseguir materializar la maldición bíblica del parto con dolor gracias a que la mayoría han interiorizado la idea de rigidez uterina” (p.41).

El Génesis Capítulo, 3 Versículo 16 menciona:

*A la mujer le dijo:*

*En gran manera multiplicaré  
tu dolor en el parto,  
con dolor darás a luz los hijos;  
y con todo, tu deseo será para tu marido,  
y él tendrá dominio sobre ti.*

“Desde esta perspectiva, la historia nos presenta un estado emocional vinculado al sufrimiento y malestar, ideología que está insertada en el imaginario social, permitiendo que esté plenamente justificada la intervención del aparato médico para aliviar el mal con el uso de la más moderna tecnología” (Arnau, 2012:32). Lagarde (1994) plantea:

“...los cuerpos femeninos son cuerpos destinados para funciones y usos que implican la negación de la primera persona. El cuerpo femenino es simbolizado como cuerpo para otros y las decisiones sobre éste son tomadas por otros a través de restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones, controles y tabúes. Por las mujeres decide la sociedad a través de las instituciones y las personas con poderío reconocido y legitimidad para hacerlo” (p. 59).

Las mujeres durante la historia no han sido sujetas de derecho, y cuando han pasado a serlo surge la legislación de su cuerpo. Un claro ejemplo es el aborto, siendo una legislación patriarcal, es una manera de disponer lo que las mujeres pueden o no pueden hacer.

Lagarde (1994) pone de manifiesto que en nuestra cultura, simbólicamente es venerado al cuerpo femenino si expresa la maternidad. “La mujer es visualizada por el Estado por poseer determinados atributos: estar en edad fértil, tener capacidad reproductora, ser “madre” de hijos menores, todas cuestiones que se vuelven centrales a la hora de convertirse en «destinatarias» de una política de salud (...). Las mujeres demandan atención en tanto que madres porque es el modo en que ellas, tradicionalmente, demandan atención” (Pozzío, 2011:26-28). Por ejemplo el programa de OPORTUNIDADES en México.

A modo de conclusión del apartado de cuerpo simbólico y genérico, retomaremos a Héritier que menciona que “las categorías de género, las representaciones de la persona sexuada, el reparto de las tareas como las conocemos en las sociedades occidentales, no son fenómenos de valor universal generados por una naturaleza biológica común, sino construcciones culturales. Como un mismo «alfabeto» simbólico universal, anclado en esta naturaleza biológica común, cada sociedad elabora de hecho «frases» culturales singulares y que le son propias” (Citado por Chávez 2011:128).

### 3.2 Violencia Obstétrica: Una forma de violencia de género

*... tal como sucede con los Baruyas, los poderes de la mujer  
son expropiados y puestos en manos del médico,  
quién es, el que en esta lógica  
«trae los bebés al mundo».*

Malagón, Aline

La violencia en contra de las mujeres se desarrolla en todos los niveles de la vida en la sociedad, y en el ámbito médico no es la excepción. La violencia obstétrica es una problemática que se legitima desde la sociedad y que produce el silencio de miles de mujeres. Así, se esbozará la institucionalización de la violencia obstétrica y sus implicaciones, como veremos en este apartado.

Almaguer, García y Vargas (2010) mencionan que la violencia obstétrica es un problema presente en los servicios de salud en todo el mundo. Si bien, existen múltiples estudios de su incorporación en el marco legal de algunos países latinoamericanos<sup>8</sup>, la violencia obstétrica continúa aún desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud (p. 4). “Todas las formas de maltrato que al no estar tipificadas como delito no son trasladables a los tribunales, y que al no traducirse en un daño evaluable de la salud física de las mujeres tampoco son reclamables al interior de la propia institución de salud” (Castro & Erviti, 2002:251).

Es así como “para un gran número de mujeres atendidas durante su embarazo, parto y puerperio, la violencia obstétrica representa una condición de sufrimiento innecesario, insatisfacción generalizada, maltrato a sus derechos humanos y un riesgo para su salud, el cual se extiende a sus bebés” (Almaguer *et al.*2010:4).

---

<sup>8</sup> La Violencia Obstétrica es reconocida a nivel oficial por primera vez en el mundo por la República Bolivariana de Venezuela, incorporándose en su Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual entró en vigencia en marzo del 2007. Y en Argentina con la “Ley 26.485 sobre la protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” desde el 2009.

Se puede definir la Violencia Obstétrica como:

...la violación de los derechos de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio, en la que se da una apropiación de su cuerpo y procesos reproductivos por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador con maltrato psicoemocional y humillante, en conductas lesivas de carácter sexual, y/o 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.<sup>9</sup>

El aporte del trabajo de Roberto Castro y Joaquina Erviti (2014) en nuestro país desde hace 25 años, constata la “existencia de formas elementales de abuso que se ejercen sobre las mujeres durante la atención institucional de parto que puede adquirir modalidades tanto físicas como psicológicas” (p.249). Y en la que podemos incluir verbales.

Sin embargo, “durante la atención del parto se generan otros tipos de dominación, más difíciles de observar y a la vez más sutiles, pero no por ello menos relevantes (...) como las articulaciones donde las mujeres adoptan el lenguaje y las normas del sistema denominador como natural, propio y válido” (Sadler, 2003:70). “Desde el momento en que ingresan a la sala de labor, las mujeres reciben una serie de mensajes, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes médicas. (...) Estas/os médicos no dialogan, utilizan el lenguaje para dar órdenes, indicaciones, instrucciones, señalizaciones, para producir comportamientos, ejecutar funciones, en fin, para hacer que la paciente obedezca, lo que se justifica con el argumento de que «ellas no saben nada, no entienden»” (Villanueva, 2010:24,27).

De esta forma se percibe como inferior o ignorante a la mujer en trabajo de parto, por lo que es necesario «tutelar» e imponer los criterios y las acciones de lo que se considera mejor para ella. “El control del cuerpo comienza así, contagian el miedo, y

---

<sup>9</sup> Definición de Violencia Obstétrica: Subdirección de Medicinas complementarias de Atención a la Salud, **Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Secretaría de Salud Federal.**

se vuelve la principal herramienta para obtener obediencia: *Si quiere a su bebé señora, si le importa su bebé, si no quiere perder a su bebé, señora, va a hacer lo que yo le diga, y se va a dejar hacer lo que yo creo que es lo mejor para usted y su producto*” (Malagón 2013:11).

Villanueva (2010) menciona que existen tres patrones de interacción médico(a)/paciente-familia:

- 1) Establecimiento de un orden jerárquico.
- 2) Tendencia de algunas/os integrantes del personal de salud a descalificar la información y el conocimiento que las mujeres poseen sobre su estado de salud o sobre su proceso de parto, reduciendo al absurdo los relatos de las mujeres sobre sus experiencias en otros partos o los cambios percibidos en sus propios cuerpos.
- 3) Desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren; la o el médico dictamina que las mujeres no están sintiendo dolor, aun cuando ellas así lo reporten.

“Estas prácticas corresponden a triple discriminación, por ser mujeres, por ser pobres y por su ignorancia frente al saber «científico». De las tres, la falta de poder económico es el elemento determinante” (Villanueva, 2010:24). Incluso se puede incluir una cuarta forma de discriminación, cuando son mujeres indígenas, que en un momento de gran vulnerabilidad física y emocional exista como impedimento además, el idioma.

Almaguer, García y Vargas (2010) identifican la violencia obstétrica como violencia institucional la que a su vez tienen tres grupos de víctimas:

### **1º. Mujeres en trabajo de parto.**

- a) Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria:
  - Indicaciones “rutinarias” y no siempre indispensables, de acciones que pueden afectar la integridad de las madres y/o de sus hijas/os: Se refiere al rasurado de pubis, enemas evacuantes, episiotomías y revisiones de la cavidad uterina de

manera previa al parto; inducir el parto antes de las 42 semanas de embarazo y con uso de oxitócicos.

- Restricciones al empoderamiento de las madres: Ocurre cuando separan a las madres de sus bebés, al no permanecer con sus hijas/os cuando se encuentran en buen estado de salud, ni lactar sin restricciones, y no recibir visitas de familiares.
- Limitación del trabajo de parto: Restricción de la posición materna horizontal (litotomía) en el trabajo de expulsión, el dejar a la mujer sola y sin acompañamiento psicoafectivo.
- b) Maltratos y humillaciones: Frases de burla expresadas por el PSI tanto masculino como femenino cuando la mujer expresa dolor o temor durante el parto.
- c) Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes.
- d) Diseño de presupuestos y espacios de atención materna: Estos diseños se realiza desde la mirada androcéntrica.
- e) Maltrato cultural y social en salud reproductiva: El maltrato cultural también afecta la labor de las parteras tradicionales ya que no les dan la oportunidad de demostrar sus aportes, recibiendo rechazo del personal de salud hospitalario cuando refieren pacientes.

## **2º. Familiares de las mujeres y recién nacidos.**

Los familiares también sufren la violencia en salud sexual y reproductiva. “En el caso de las campañas nacionales de planificación familiar, es común que se desaprobe y descalifique el alto número de hijas/os que desean tener, así como la negativa ante la utilización de un método anticonceptivo inmediato; en donde tanto la mujer como su pareja sufren regaños y castigos” (Almaguer *et al.*:10).

Sobre todo en las comunidades indígenas, recordemos el pasado 30 de abril, durante una gira en la comunidad indígena de Los Encinos, la Secretaria de Desarrollo Social (Sedesol) Rosario Robles señaló que “el programa Oportunidades no apoyará a las familias indígenas que tengan más de tres hijos, ya que la procreación, dijo, se está

viendo como una forma para que ingrese más dinero al hogar. Además una «familia pequeña vive mejor» (Navarro: 2014).

### **3º. *PSI -especialmente obstétrico- que participa en la atención de las mujeres durante el parto.***

Dentro de las relaciones desiguales de género y los diferentes niveles jerárquicos imperantes, también se expone a las/os médicas/os generales, residentes de gineco-obstetricia a un ambiente con sobrecarga de trabajo, lo que puede producir problemas emocionales y depresión, mejor conocido como «Síndrome de Burnout», el cual “se caracteriza por manifestarse en agotamiento emocional, despersonalización, deshumanización o cinismo, pérdida del logro profesional” (Almaguer *et al.*:10).

Castro y Erviti (2014) creen que el principal obstáculo que enfrenta una investigación sobre Violencia Obstétrica es la concepción que tiene desde el campo médico, ya que se ve como un problema de «calidad de la atención»:

“Sin duda en toda violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud hay un problema de calidad pero el tema no se agota ahí. Pues el predominio de esta errónea construcción del problema explica la falla sistemática que han enfrentado las campañas por la «calidad» de la atención y el reiterado fracaso de los esfuerzos de «sensibilización» de los médicos” (p.37).

Bajo esa perspectiva se lanzó la «cruzada nacional por la calidad de la atención» desde la Secretaría de Salud [en el sexenio 2000-2006] “El fracaso de esta estrategia está a la vista, como lo demuestra por las estadísticas de la propia Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), reportando entre los años de 2000 al 2012 un total de 2,877 quejas que corresponden al área de ginecobstetricia” (p.38). Sin contar con todos aquellos agravios que no se realizan ante la Comisión.

Según datos oficiales del Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM, “en México hay más de seis millones de mujeres indígenas, (lo que significa que 4.8 millones de mujeres indígenas, el 80%) son víctimas de la violencia obstétrica. Los

pueblos originarios son el sector más desprotegido en el país, el que sufre más agresiones en todas sus formas, las mujeres con hijos son las que resienten la mayor carga de estereotipos y una cultura violenta” (Canseco: 2014). La violencia institucionalizada pareciera que se protocoliza, se normaliza que las mujeres sean castigadas ya sea por ser madres menores de 15 años, madres que pasan de los 35 años, madres con muchos hijos(as) o porque son primigestas.

Castro & Erviti (2014) creen que el problema de «calidad de la atención», debe buscarse también fuera del consultorio, “solo concibiendo a la violación de derechos reproductivos de las mujeres como un epifenómeno del campo médico que se manifiesta en las prácticas cotidianas que resultan del rutinario encuentro entre la estructura de poder de dicho campo y el *habitus* de los médicos, sólo en esa medida es posible hacer una investigación auténticamente científica, con perspectiva de género, en esta materia” (p.40).

Ejemplos sobran, en este año se reporta que “en Oaxaca 14 mujeres parieron en calles, baños o patios auxiliadas sólo por sus familiares, o recibieron atención tan deficiente que tuvieron consecuencias fatales, en eventos atribuibles a negligencia del personal de los servicios estatales de salud” (Matías: 2014). Sin embargo, “independientemente de lo que concluyan las investigaciones pertinentes, estos casos ponen a la vista un viejo problema que, en todo caso, gracias a las tecnologías modernas, se ha hecho más visible recientemente: la violencia obstétrica y la violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud” (Castro & Erviti, 2014:38).

### 3.2.1 Aspectos legales, internacionales y nacionales

En la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará” en 1994, en el artículo 5° queda especialmente comprendido los siguientes tipos de violencia contra la mujer: Física, Psicológica y Simbólica. Y en el artículo 6° se reconoce: e) Violencia obstétrica: aquella 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, de conformidad con la Ley 25.929.

En México, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) aunque constituyó un avance significativo al incluir como tipos de violencia: la psicológica, la física, la patrimonial, la económica y la sexual; no consideraba la violencia obstétrica como una forma de violencia. Sólo algunas leyes locales de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia la contemplan específicamente, en los estados de Durango<sup>10</sup> (2007), Veracruz<sup>11</sup> (2008), Guanajuato<sup>12</sup> (2010), Chiapas<sup>13</sup> (2012), que cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes respectivas.

El Código Penal de Veracruz tiene tipificado el delito de Violencia Obstétrica<sup>14</sup>. El artículo 363 establece que comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que:

- I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;
- II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;

---

<sup>10</sup> Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia del Estado de Durango.

<sup>11</sup> Ley Número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.

<sup>12</sup> Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato.

<sup>13</sup> Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas.

<sup>14</sup> En total son cuatro estados donde ha sido tipificada la Violencia Obstétrica: Veracruz, Guanajuato, Durango y Oaxaca. (Falcón, 2014)

V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer; y

VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

Las penas contempladas van de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario para el caso de las fracciones I, II, III y IV. Para las fracciones IV y V las sanciones van de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta doscientos días de salario. Aunado a las penas señaladas, si el sujeto activo del delito fuere servidor público, se le impondrá la destitución e inhabilitación —hasta por dos años— para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos. (GIRE, s/a, p.128)

Conviene mencionar que el papel de la LGAMVLV de acuerdo con la *Consultoría sobre Acceso a la Justicia de Mujeres Víctimas de Violencia en el Sistema de Procuración y Administración de Justicia en México*, sólo son pautas que se establecen para realizar la prevención, pero son escasos los artículos dedicados a medidas concretas que ponen un límite a la violencia. La LGAMVLV al no ser vinculante resulta imperfecta pues no garantiza el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Por el contrario, son sólo marcos de protección que intentan coordinar a nivel federal la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres.

Hoy en día el Senado de la República aprobó iniciativas de reformas a diversas legislaciones a fin de mejorar las condiciones legales para denuncia de la Violencia Obstétrica. En la sesión del pasado 30 de abril de 2014, el Senado de la República aprueba sancionar Violencia Obstétrica. Los dictámenes de referencia especifican reformas y adiciones al artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para tipificar como delito toda acción u omisión por parte del

personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.<sup>15</sup>

Sin embargo, la antipatía de los legisladores y funcionarios es grande, el comité Promotor por una Maternidad Segura en México organizó un encuentro –en el marco del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres- para proponer alternativas concretas al problema de la violencia obstétrica. Se esperaba la presencia de los mismos diputados y funcionarias federales que promovieron las iniciativas de ley, pero, ni los legisladores ni las funcionarias asistieron. Esto “provocó el descontento de las y los ponentes, así como del público presente, quienes esperaban compromisos puntuales en la esfera legislativa para que la violencia obstétrica se contemple en las normas mexicanas” (Zamora: 2014). Se confirmó, una vez más, la falta de voluntad política del Estado mexicano para afrontar una problemática que les es inherente.

Cabe destacar que esta reciente aprobación por el Senado (falta la Cámara de Diputados) es importante y precedente porque indica que sí es un conflicto y no meros casos aislados; es una expresión de la necesidad política y social para avanzar en el conocimiento de este problema y en su erradicación. Sin embargo, algunos médicos(as) están inconformes con la ley de Violencia Obstétrica, aseguran que tendrá consecuencias y reclaman que no se les dio voz durante la formación de la iniciativa. “El gremio pide tener cuidado en la redacción de lo que trabajen porque con este ejemplo si la interpretación de un Ministerio Público no es la adecuada, se tipificará la negligencia y los médicos quedarán expuestos y señalados” (Pérez: 2014).

Aunque la verdadera inconformidad de los médicos(as) radica en que las mujeres **se quejen**, que se sientan sujetas de derecho, que comience a visibilizarse y a poner en tela de juicio las prácticas invasivas. Es natural, incluso en Quintana Roo los “médicos están trabajando en un amparo contra la Ley de Violencia Obstétrica” (Pool: 2014). Esto sólo nos habla de lo poco que se conoce del concepto, no se trata de enjuiciar ni señalar al azar, se trata de ética médica, de respeto a los tiempos y

---

<sup>15</sup> Senado aprueba sancionar violencia obstétrica. COMUNICADO-749.

necesidades de cada mujer, del derecho a la vida, a sus Derechos Sexuales y Reproductivos.

Rodríguez (2014)<sup>16</sup> menciona que con la legislación de la Violencia Obstétrica es un paso del obstetra a la llamada “medicina defensiva”, en el sentido de “Para que no pueda demandarme, no la atiendo”. Lo cierto es que, el excesivo intervencionismo obstétrico actual es una realidad absolutamente incuestionable. Especialmente con la cesárea, condicionando Violencia Obstétrica.

Después de dar a conocer el concepto y los aspectos legales de la Violencia Obstétrica en nuestro país, conviene dar a conocer la oportunidad que toda mujer debería de tener: un parto humanizado.

---

<sup>16</sup> Yuriria Rodríguez Martínez. Curso: Perspectiva de Género y Violencia Obstétrica. 28 y 29 de Octubre 2014 en el Instituto Nacional de Perinatología. DF.

### 3.3 Parto Humanizado: Una opción poco conocida

*El parto es cómo el sol naciente: No se puede ni bloquearlo ni acelerarlo.  
La modernidad lo ha perturbado todo. El protocolo hospitalario  
deshumaniza el nacimiento, lo tratan como a una enfermedad.  
Pero las mujeres no somos máquinas y los bebés  
no son cosas ni productos.  
Dr. Yoshimura<sup>17</sup>*

En este apartado se abordará, a grosso modo, el tema de parto humanizado, partiendo por la definición y realizando un recorrido histórico en el marco nacional e internacional sobre las recomendaciones apropiadas durante el parto.

Aunque el concepto de «parto humanizado» se ha prestado a controversias por parte del PSI al cuestionarse si al ser el medio de apoyo para la resolución del parto no son humanos, si bien, no todos los prestadores de salud ejercen violencia obstétrica, la realidad se ve reflejada en los casos que así ocurre. “Otros términos que también se utilizan en América latina y Europa son «nacimiento humanizado», «parto respetado» y «parto digno»” (Almaguer & García & Vargas, 2012:49).

El término de parto humanizado “obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la OMS.” (Almaguer *et al.*:45) Comencemos por los referentes históricos:

“Ya en el siglo XX, en 1930, El obstetra inglés Grantly Dick-Read acuñó el concepto de parto natural, para referirse a una atención sin anestesia e intervenciones menores. En la misma década, en la ex Unión Soviética, los médicos Nikolaïev y Platonov comenzaron a aplicar a las mujeres en trabajo de parto las técnicas del fisiólogo Iván Pavlov, considerando que

---

<sup>17</sup> Yukiko traduce las palabras del Dr. Yoshimura en documental : “El Primer Grito”.

las mujeres estaban condicionadas por su cultura a tener dolor durante el parto y vivirlo como una experiencia traumática; por eso había que «limpiar la mente» con un reacondicionamiento, conocido después como psicoprofilaxis” (Almaguer *et al.*:48).

Al inicio de los cuarenta, se describieron las bases fisiológicas de cómo el temor interfiere con el trabajo de parto, al aumentar el dolor y ansiedad. “Con estos elementos de base, el médico francés Fernand Lamaze<sup>18</sup> perfeccionó el método psicoprofiláctico (...) Y en 1959 se creó la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO) y en 1960, la Asociación Internacional de Educadoras para el Parto (ICEA)” (Almaguer *et al.* 2012:48-49).

En los setentas se publicó el libro «Por un nacimiento sin violencia», de Frederick Leboyer, el cual dio un giro a la obstetricia y mejoró el modelo de atención psicoprofiláctica. Con este libro, es la primera vez que la medicina habla del proceso de parto desde el punto de vista del bebé que va a nacer, de sus avatares, de la experiencia de su nacimiento. El bebé deja de ser el producto del parto y pasa de ser el protagonista, la razón de ser del parto.

La OMS en 1985 organiza la primera conferencia en Fortaleza (Brasil) sobre la tecnología apropiada a utilizar en el momento del parto. El grupo de expertos formulan «16 recomendaciones para la Apropiada Tecnología del Nacimiento» en la que se “concluye que el nacimiento es un proceso absolutamente normal y, a veces, será necesaria una intervención para obtener mejores resultados en el proceso reproductivo” (Arnau, 2012:43).

Los temas más relevantes en la Conferencia fueron por un lado, el compromiso que adquirieron los países en establecer normas específicas y de evaluación sobre la tecnología apropiada para el parto tanto en los sectores públicos como privados y, por otro, la formación de las/os profesionales que atienden el proceso reproductivo de la mujer, la cual debe ir encaminada hacia aspectos sociales, culturales, antropológicos y

---

<sup>18</sup> “Método Lamaze del parto natural” Este método afirma que el miedo condiciona a la mujer y es uno de los factores que pueden provocar dificultades en el parto.

éticos del parto. Posteriormente “se conformó la «Iniciativa para un parto seguro». La Organización Mundial de la Salud convoca una Conferencia Internacional en Nairobi (1987) para crear conciencia sobre la condición de salud de las mujeres por la alta tasa de morbilidad y mortalidad materna que existe en los países en desarrollo. A partir de esta conferencia fue redactado un programa sobre Maternidad Segura” (Arnau, 2012:43).

Para los años ochenta se enfatizó en el apego en la salud tanto física como emocional, con publicaciones de los pediatras Marshall Klaus y John Kenell, del gineco-obstetra francés Michel Odent y del médico David Chamberlain, con descubrimientos científicos sobre la personalidad de la/el recién nacido y su relación con el tipo de atención en el parto:

“Con estos aportes, se estudió desde el enfoque pediátrico, la experiencia de separación de la madre, el proceso de respiración de manera natural, el impacto de los cambios de temperatura, la tranquilidad de la madre, el contacto físico piel a piel, la importancia de la escucha de los latidos cardiacos de la madre por el/la bebé, y los aportes de la lactancia temprana y del retraso en el corte del cordón umbilical” (SSa, Guía de implantación, s/a, p.25).

Evidencias que ponían en duda la forma como trabajaban con la mujer-hija(o) durante el parto. Aunque han pasado más de 30 años y se continua ignorando o sin darle verdadera importancia.

“En 1996 (...) un grupo de expertos de la OMS elaboran un documento «Cuidados en el Parto Normal: Una guía práctica», donde por primera vez se pretende establecer de una forma concienzuda una definición sobre «Parto Normal» independientemente del lugar o nivel de atención” (Arnau, 2012:43).

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en el año 2000 en Brasil, se definió con precisión el concepto de humanización, con la

intención de que fuera base para el desarrollo de una sociedad sustentable en el siglo XXI, como:

“La humanización de la atención de salud se orienta hacia la búsqueda del bienestar por parte de los propios interesados, como un factor de progreso y desarrollo humanos, donde lo fundamental es la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para el logro de una vida más saludable, en un equilibrio dinámico con el desarrollo social, económico y ambiental de la sociedad” (Castro, citado por Sadler 2003:13).

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) dependiente de la OPS/OMS, publica en el año 2003 el Decálogo que apoya los conceptos vertidos precedentemente y también incorpora otros aspectos que los completan, haciendo un llamado para que se transformen en Metas para la región de América y el Caribe.

En la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural en México se crearon los «Talleres de sensibilización intercultural para personal de los servicios de salud», éstos fueron realizados con personal jurisdiccional, estatal, de centros de salud y hospitalarios de la Secretaría de Salud. Se realizaron también «Encuentros de enriquecimiento mutuo», tanto el personal de salud como las parteras tradicionales analizaron las ventajas y desventajas de cada modelo de atención.

Podemos decir que el parto humanizado implica que “el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo emocional). En suma, la mujer debe ser el foco en la atención maternal; los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas” (Muñoz, citado por Sadler 2003:13).

La comunicación con el PSI es muy importante para que las mujeres participen de manera libre y activa, ejerciendo de esa manera su derecho a decidir por sí misma lo que se hará con su cuerpo. “Si la relación personal médico/a–paciente es un encuentro en el que dos personas se comunican, es también una empresa ética en la

que la o el médico, con benevolencia y veracidad, prepara a la paciente a una participación plena en las decisiones; cuando la paciente realmente participa, el respeto de la o el médico salvaguarda su integridad, lo que significa que reconoce su dignidad y libertad” (Villanueva, 2010:27).

Podemos notar que desde hace un par de décadas comienzan a plantearse nuevas formas de atención durante el parto, y aunque el concepto de «humanizado» siga sin ser del todo aceptado es una clara demanda de forma de demandar una atención respetuosa por parte del PSI hasta la garantía de la salud materna:

“Hay quienes plantean que existe una atención humanizada del parto porque se permite el ingreso del padre, o porque en algunos hospitales el/la bebé puede permanecer en estrecho contacto con la madre durante los primeros minutos de vida. Estos son ejemplos de prácticas que pueden promover una atención más humanizada, pero en ningún caso representan por sí solas un modelo de atención que considere la integralidad del ser humano, especialmente de las mujeres, y el respeto a sus derechos básicos. Dicho modelo contempla múltiples facetas que se deben interconectar; desde la concepción que la sociedad tienen de las mujeres y sus ciclos vitales, pasando por las prácticas médicas, hasta las políticas públicas que deben normar y favorecer una atención integral” (Sadler, 2003:15).

Existen, además pocas alternativas de atención a partos fuera de establecimientos médicos especializados. Las pocas familias que pueden optar por otro tipo de atención son aquellas que cuentan con recursos para costear «un trato humanizado o respetuoso». Para las mujeres y familias populares e indígenas, el parto en hospitales se constituye en la única alternativa de atención.

En este marco de los partos respetados se abren nuevos espacios para la vuelta de las parteras, a esta antigua profesión. Son las personas ideales para crear un ambiente de confianza y respeto.

### 3.3.1 Modelo de Atención Intercultural a las Mujeres

Dentro del concepto de «parto humanizado», en México en los últimos 10 años han salido a la luz algunas propuestas de proyectos de atención intercultural a las Mujeres en el Embarazo, Parto y Puerperio. Tal es el caso de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural<sup>19</sup> con el apoyo de las unidades administrativas de nivel central y los Servicios Estatales de Salud, se concretó, la incorporación del enfoque intercultural en el marco normativo.

Algunos elementos de este modelo integran: Posición vertical; acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto; acompañamiento de un familiar si la usuaria lo demanda; uso de masajes durante el trabajo de parto; climatización de las salas de expulsión; contacto piel a piel madre – hijo; des medicalización en la medida de lo posible; evitar el abuso en la utilización de la tecnología y sobre todo, el respeto a las mujeres con respecto a la toma de decisiones. Pretende llegar a una atención humanizada, donde la mujer sea protagonista de su parto con una atención intercultural donde se permita reconocer, valorar y respetar las diferencias. Incluso reivindicar a las parteras tradicionales.

Para facilitar condiciones para su aplicación se diseñaron diferentes implementos para la atención del parto, como a las personas que atienden los partos, que pueden ser personal de salud o parteras tradicionales. Utilizando mesa obstétrica para un parto en posición vertical; banco obstétrico en U (posición sentada); banco obstétrico ergonómico (posición hincada, sentada y en 4 puntos) y ropa para facilitar la atención humanizada del parto.

---

<sup>19</sup> La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural nace en Agosto de 2002 en el contexto al reconocimiento a la diversidad cultural de las poblaciones mestizas e indígenas y ante la emergencia de nuevos paradigmas en la definición de los programas de atención a la salud.



Banco obstétrico ergonómico



Mesa obstétrica para parto vertical



Subdirección de Medicinas complementarias de Atención a la Salud,  
**Archivos y memorias de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural,  
 Secretaría de Salud Federal.<sup>20</sup>**

<sup>20</sup> Material retomado de "Presentación de la Subdirección de Medicinas complementarias de Atención a la Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Secretaría de Salud Federal, México D.F., 2013".

En la actualidad se ha implementado el Modelo de Atención Intercultural a las Mujeres en los siguientes hospitales:

- ❖ Hospital Alfredo Harp Calderoni (Un kilo de ayuda) en Temascalcingo, Estado de México.
- ❖ Clínica de Especialidades de la Mujer. Hospital de Alta Especialidad (SEDENA), en el Distrito Federal.
- ❖ Hospital IMSS Oportunidades H.R.S. Guachochi, Chihuahua; Hospital Integral La Guajolota, Durango.
- ❖ Hospital General de Tula, Hidalgo.

Sin duda, el enfoque intercultural da herramientas para mejorar los servicios de Salud; sin embargo, hay un largo camino que recorrer y cientos de hospitales que necesitan la aplicación de éste modelo para una mejor atención durante el parto, sobre todo es necesario el compromiso de los Estados para mejorar los servicios de salud.

### 3.4 Derechos Sexuales y Reproductivos

Este apartado abordará el resultado jurídico que desde finales del siglo XX reconocen la constitución de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Además se dará cuenta de cómo los presupuestos asignados en nuestro país imposibilitan la aplicación de los mismos:

“Entre los tipos de violencia de género, se encuentra la que afecta la salud reproductiva y que ejerce el personal médico en el contexto de los servicios de salud, la cual se puede definir como «todo acto u omisión que afecta la autonomía y la capacidad de decidir de las mujeres sobre su sexualidad y sus procesos reproductivos». Este tipo de violencia está frecuentemente presente en la atención convencional de los servicios institucionales y privados que atañen, en el caso de las mujeres-además de las acciones realizadas en la atención del embarazo, parto y puerperio-, a las acciones de prevención y atención de enfermedades propias de las mujeres como el cáncer cérvico uterino y mamario” (Almaguer, *et al.*:2010:5).

Comencemos con el recuento sobre conferencias, encuentros y documentos en el marco nacional e internacional que han sido base de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.

“En 1946, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) formó una comisión relacionada con el estatus de la mujer y en 1973 ante la necesidad de integrar políticamente a las mujeres se dio marcha a una serie de medidas como la creación en 1976 de un fondo de las Naciones Unidas (Unifem). En 1975 se celebró el «Año internacional de la mujer» y a partir de esto la ONU designó la década de 1976 a 1985 como la «década de la mujer»” (Freyermuth, 2003:41). En la «Década de las Naciones Unidas para la mujer» se celebraron las tres Conferencias Mundiales sobre la Mujer; en la Ciudad de México (1975), Copenhague (1980) y Nairobi (1985).

Los Derechos Sexuales y Reproductivos "abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales

sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de Naciones Unidas aprobados por consenso" (Programa de Acción Cairo 1994:73). Entre los principales documentos internacionales que sustentan el reconocimiento de estos derechos están:

- ❖ Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948
- ❖ Proclama sobre Derechos Humanos Teherán 1968
- ❖ Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria, 1978
- ❖ Declaraciones de las Conferencias de Población de Roma 1954, Belgrado 1965,
- ❖ Bucarest 1974, México 1984 y particularmente la Conferencia de Cairo 1994.

Uno de los aportes significativos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo 1994), fue el llamado al género masculino para asumir una conducta sexual responsable, así como a participar en todas las esferas de la vida familiar, el cuidado de los hijos y las labores domésticas.

Entre los tratados y acuerdos con perspectiva de género en las problemáticas sociales están:

- ❖ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) 1979.
- ❖ Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer 1993.
- ❖ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Convención Belem Do Pará 1995.
- ❖ IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing) 1995.

En el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos, México adoptó a partir de 1994 los principios propuestos en la *IV Conferencia sobre Población y Desarrollo*. El antecedente directo nos remite al artículo cuarto constitucional donde a partir de 1974 se estipula que "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e

informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. Como consecuencia, se amplió y promovió el uso de anticonceptivos.

Igualmente se encuentra el “*Programa de Acción de Salud Reproductiva de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud*”, tiene tres principios rectores:

- ❖ El derecho a la información.
- ❖ El respeto a los derechos sexuales y reproductivos.
- ❖ El derecho a los servicios de calidad.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos se fundamentan en: los derechos a la vida, la salud, incluida la salud sexual y reproductiva; la vida privada; la igualdad y no discriminación; la autonomía reproductiva, y el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos.

En la Ley General de Salud se prevé el desarrollo de programas sobre planificación familiar, la atención y vigilancia de quienes aceptan y usan los servicios de planificación familiar, así como la asesoría para la prestación de estos servicios a cargo del sector público y se establecen en los artículos 67°, 68°, 69°, 70° y 71°.

Por su parte, en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, establece las facultades de la Secretaría de Salud para emitir normas técnicas y proporcionar asesoría y apoyo técnico en las instituciones de los sectores público, social y privado para la prestación de los servicios básicos de planificación familiar. El reglamento también establece que las instituciones públicas, sociales y privadas tienen la obligación de proporcionar de manera gratuita, en sus instalaciones, los servicios de información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar de conformidad con las normas emitidas por la Secretaría. Y en la NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar, se incluyen criterios de calidad en los servicios de atención familiar.

“Desde el 21 de enero de 2004, la anticoncepción de emergencia está incluida en la NOM-046-ssa2-2005 (...) el 11 de julio de 2005 se incluyó por primera vez un producto de anticoncepción de emergencia en el Cuadro

Básico de Medicamentos del Sector Salud. El 16 de abril de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la NOM 046, que sustituyó a la NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud, en donde también estaba contemplada la anticoncepción de emergencia para las mujeres que han sufrido violencia sexual” (Gire: 74).

“La realidad es que cada estudio o investigación, realizado por instituciones públicas, casas de estudio de educación superior o por organizaciones no gubernamentales, siempre concluye en que el nivel de uso de anticonceptivos es bajo, y todavía menor en las adolescentes y mujeres indígenas.” (Díaz, 2014a)

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009) registró que para tal año el 72.5% de las mujeres en edad fértil de entre 15 y 49 años utiliza algún método anticonceptivo, los estados con población indígena son: Oaxaca con 63.4%, Michoacán 63.2%, Guerrero 61.4% y Chiapas con el 55.0%.

Espinoza (2004) que investiga sobre los Presupuestos Sensibles al Género (SPG) menciona que “son insuficientes los presupuestos para lograr objetivos y metas de programas institucionales ya que entre 1994 y 1997, el presupuesto público para salud reproductiva se redujo en 28% y planificación familiar se desplomaron en 62%. (...) en cuanto a salud materna los recursos del Programa de Aplicación de Cobertura entre 2001 y 2002 sufrieron un recorte presupuestal de 12.5 millones de pesos” (p.233). Así sexenio tras sexenio se ve “el tijerazo” para la salud de las mexicanas, ya que “para el 2012, el presupuesto que presentó el Ejecutivo de México a la Cámara de Diputados, disminuyó en 64% por ciento los recursos, pasó de 104 millones de dólares en 2010 a tan sólo 37 millones. La disminución afecta los programas de planificación familiar y de atención a la salud sexual y reproductiva de adolescentes” (Cruz, 2011a).

Díaz (2014) señala que son muchas las mujeres con demanda insatisfecha por la falta de anticonceptivos cuando los solicitan en los servicios de salud:

“A esta altura, y sin tapujo alguno, hasta los funcionarios dicen abiertamente que la política pública en planificación familiar, en sexualidad y anticonceptivos estuvo sometida a la ideología conservadora y restrictiva

de los gobiernos panistas. Claro que a tal despropósito muchos gobiernos priistas y perredistas se sumaron con una facilidad pasmosa. Ciertamente también que la falta de acceso a anticonceptivos, y la baja disponibilidad en los servicios de salud, no sólo responde a la paradoja de fortalecer una política conservadora, sino también a la inercia en la gestión de los recursos públicos, sin reparar en que su disponibilidad afecta el cumplimiento en las decisiones de vida de las mujeres” (Díaz, 2014a).

Sesia (2013) considera que estos grupos conservadores logran oponer e incluso detener en buena medida la aplicación de los derechos sexuales y reproductivos. Y además “se han enfrentado con la falta de sensibilización del personal médico que trabaja en el sector público, poco dispuesto a reconocer que las mujeres usuarias tienen derechos que deben de ser respetados en los servicios de salud reproductiva” (p.75).

Además, el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2014 vulnera los derechos de las mujeres de grupos étnicos, ya que “la propuesta del Ejecutivo elimina el Programa de Acción para la Igualdad de Género en la población indígena, y contempla que los recursos se asignen en el nuevo Programa para los Derechos Indígenas, el cual aglutina una serie de problemáticas y aspectos, no sólo la salud” (Zamora, 2013a).

Y por si fuera poco, el pasado 7 de Noviembre del 2014 “el Senado eliminó los derechos sexuales de los menores y adolescentes de Ley General y los sustituyeron por «orientación» sobre salud sexual y reproductiva” (Ballinas y Becerril, 2014:49). Hecho lamentable puesto que en los estados con población indígena comienzan su unión como pareja a edades menores.

El Estado tiene la obligación de incrementar el acceso a la Salud Sexual y Reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables, y de implementar políticas públicas para asegurar el acceso real para toda la población. Para ello, es indispensable que las instituciones de gobierno cuenten con un presupuesto suficiente para su gestión.

Lo anterior, pone en entredicho el logro de objetivos y metas de los programas de nuestro país. A propósito de los “10 faltantes” que se presentaron en el Presupuesto de Egresos de la Federación, en el que se incluyó el «Presupuesto para salud sexual y reproductiva: Anexo de Erogaciones para la igualdad entre Mujeres y Hombres».

### 3.5 Factores de Morbimortalidad Materna en México

En este apartado hablaremos de la mortalidad y morbilidad materna. La Organización Mundial de la Salud define a la mortalidad materna como “la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (OPS/OMS, 1995:139).

La morbilidad está dada por las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación, parto o puerperio y pueden ser inmediatas o mediatas, afectando la salud de las mujeres muchas veces en forma permanente. Ambas siguen cobrando víctimas, especialmente entre las mujeres pobres, de muchos países en todo el mundo. “En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, y entre 10 y 15 millones más sufren cada año complicaciones debilitantes que menoscaban gravemente su bienestar. La Organización Mundial de la Salud estima que entre el 88% y el 98% de las defunciones maternas son prevenibles.”<sup>21</sup>

En septiembre del año 2000, la mayor reunión de Jefes de Estado de toda la historia marcó el comienzo del nuevo milenio con la adopción de la Declaración del Milenio, que fue aprobada por 189 países y se tradujo en ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que deberían alcanzarse en 2015. Aquí sólo desarrollaremos al quinto objetivo.

**El Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio** propugna una reducción del 75% de las tasas de mortalidad materna con respecto a los niveles de 1990 y el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015. Es evidente que al menos en nuestro

---

<sup>21</sup> “Mortalidad materna” Nota descriptiva N°348 Mayo de 2014.

país no se alcanzará la meta, pues “aún ocurren 42.3 fallecimientos por cada 100 mil partos y lo ideal sería 22.2” (Juárez: 2014).

### Causas de mortalidad materna

En la siguiente tabla se especifican las causas de MM según los datos del año 2010 del Observatorio de Mortalidad Materna en México:

58%	Mortalidad Materna
52.5%	Razón de mortalidad materna
15.5%	De las mujeres fallecidas por MM era menor de 19 años
87.9%	Vivía en unión libre o era casada
15.5%	Era hablante de lengua indígena
82.8%	Se dedicaba al hogar
17.2%	No tenía escolaridad
36.2%	Contaba con primaria incompleta o completa
37.9%	No tenía seguridad social
50%	Contaba con Seguro Popular
13.8%	Murió en su casa
5.2%	Murió en la vía pública
77.6%	Contó con asistencia médica
93.1%	De los casos el certificado lo entregó un médico
27.6%	Murió por hemorragia del embarazo, parto y puerperio
5.2%	Murió por aborto

Cuadro 1: Mortalidad Materna. Defunciones en 2010. Fuente: GIRE

Es alarmante la incidencia de muertes maternas en mujeres afiliadas al Seguro Popular (SP), ya que ésta no garantiza un acceso a la salud oportuna. “Esto ocurre porque a pesar de que el Seguro Popular tiene asignada una cantidad suficiente de recursos en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), su rendición de cuentas se basa en la cantidad de afiliaciones y no en la calidad de los servicios que

otorga, cuya falla de origen deriva del déficit de insumos, medicamentos e infraestructura hospitalaria” (Franco: 2013).

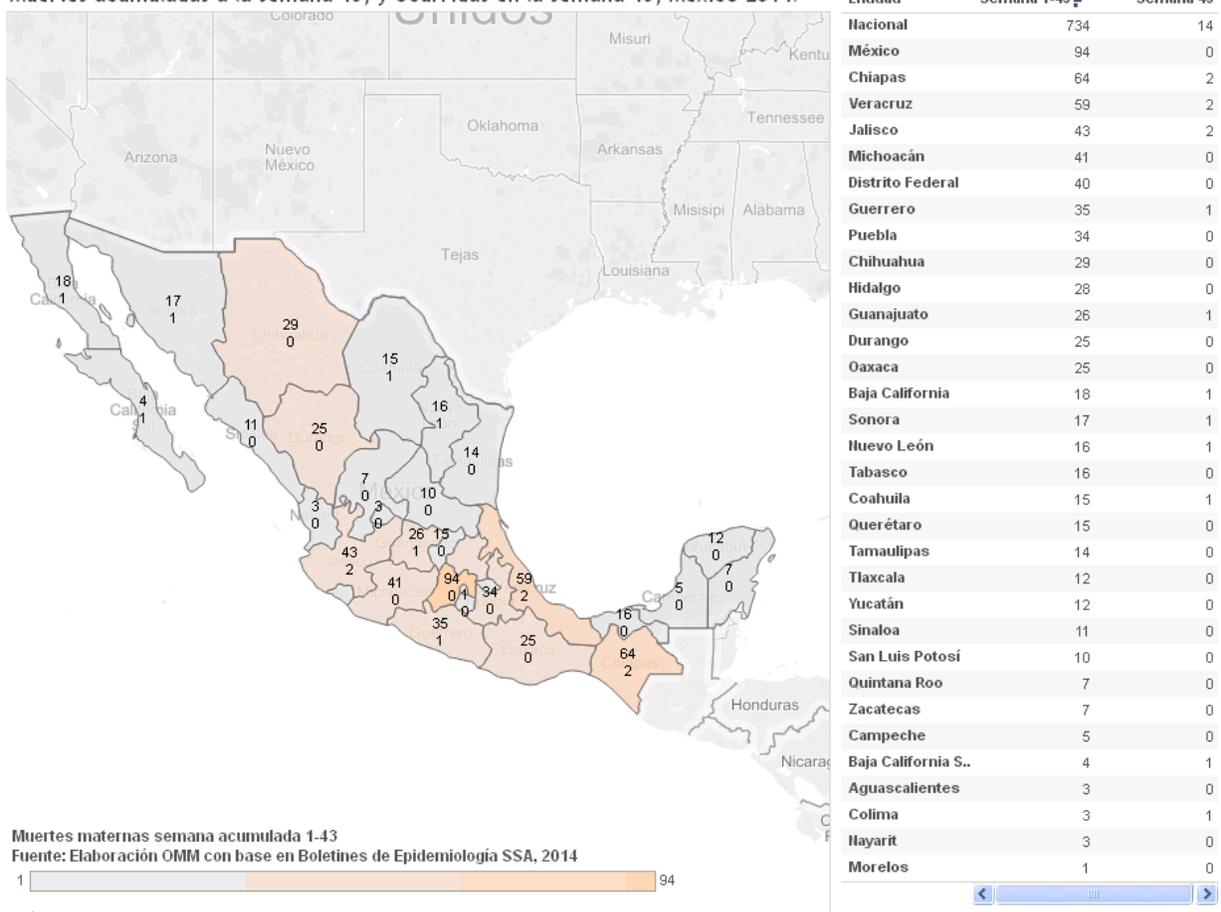
Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y parto o puerperio. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son:

Tabla 4. Defunciones maternas y Razón de Muerte Materna por causa básica, 2014			
Grupo ^	Total	RMM	%
Hemorragia obstétrica	135	7.9	20.4
Enf. Hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio	128	7.4	19.3
Enfermedad del sistema respiratorio que complica el embarazo, el parto y el puerperio	74	4.3	11.2
Sepsis y otras infecciones puerperales	31	1.8	4.7
Embolia obstétrica	28	1.6	4.2
Aborto	23	1.3	3.5
Emb. Ectópico roto	22	1.3	3.3
Otras complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio	20	1.2	3.0
Enf. por VIH que complica el embarazo, parto y puerperio	5	0.3	0.8
Tuberculosis pulmonar	5	0.3	0.8
Embarazo molar	2	0.1	0.3
Causas maternas indirectas infecciosas	20	1.2	3.0
Causas maternas indirectas no infecciosas	150	8.7	22.7
Sin clasificar	8	0.5	1.2
Otras causas	11	0.6	1.7
<b>Total general</b>	<b>662</b>	<b>38.5</b>	<b>100.0</b>

Cuadro 2: Defunciones maternas y Razón de Muerte Materna por causa básica, 2014. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica. Información hasta la semana 39 del 2014. Fuente: Dirección General de Epidemiología (DGE).

“Según el Observatorio de Mortalidad Materna, en 2012 fallecieron en el país 960 mujeres por muerte materna; 11.9% eran indígenas. En 2013 esta cifra fue de 867” (Rea, 2014) y en lo que va de 2014 el número de muertes acumuladas en la semana 43 son 734.

Muertes acumuladas a la semana 43, y ocurridas en la semana 43, México 2014.



Cuadro 3: Muertes maternas semana acumulada 1-43. México 2014. Fuente: Elaboración OMM con base en Boletines de Epidemiología SSA, 2014.

Interesa señalar el Estado de Puebla ya que fue el lugar en el que se desarrolló la investigación y notamos que ocupa el octavo lugar con 34 muertes maternas. “De acuerdo con el resultado de las mediciones hechas por el organismo internacional, Puebla supera la tasa nacional de mortalidad materna, pues mientras en el 2012 México registró 42.3 muertes por cada 100 mil nacimientos, en la entidad el indicador ascendió hasta 50.6 fallecimientos (Méndez: 2013).

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, hay dos problemas claramente identificados causantes del problema:

1. Las mujeres llegan demasiado tarde o no solicitan asistencia obstétrica de urgencia: “esto por la distribución poco equitativa y a veces discriminatoria de los

establecimientos, los bienes y los servicios de atención de salud, que hacen que los servicios obstétricos de urgencia no estén disponible o no estén físicamente al alcance. Así como los retrasos en la llegada que pueden ser atribuibles a los costos en efectivo, la falta de medios de transporte o de comunicaciones y/o escasa infraestructura. La falta de sensibilidad y aceptabilidad cultural de la asistencia prestada en los establecimientos, por ejemplo el idioma, una mala calidad de atención y trato poco respetuoso pueden desalentar la búsqueda de asistencia” (ACNUDH, 2012:13).

2. Las adolescentes: “Entre muchos factores, puede observarse la falta de educación integral sobre la sexualidad; a normas de género que promueven el embarazo a una edad temprana; al matrimonio precoz; a los altos niveles de violencia sexual y/o comercio sexual; la ausencia de métodos anticonceptivos asequibles y accesibles; abortos auto inducidos y el desconocimiento de los signos que indican una urgencia obstétrica” (ACNUDH, 2012:14).

Por ejemplo, “para las mujeres que tienen entre 20 y 24 años de edad la demanda no cubierta de métodos anticonceptivos es de 17.7%; para las mujeres entre los 25 a los 29 años de edad es de 14.4%; para quienes tiene entre 30 y 34 años de edad es de 11%. En contraste, para las niñas y adolescentes menores de 19 años el porcentaje es de 25%; es decir, una de cada cuatro que desea evitar o espaciar sus embarazos no tiene acceso a métodos de anticoncepción” (Luis: 2013). Además, “45.8% de las indígenas deben pedir permiso para usar anticonceptivos, respecto a 34.9% de no indígenas en la misma situación (ENADIM, 2012)”. (Valadez: 2013) Estas cifras demuestran que uno de los principales desafíos que enfrenta nuestro país es ampliar la cobertura para sectores que se encuentran en una situación de mayor marginación o vulnerabilidad.

Retomando los motivos por los que México falló en la meta 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) establecidos por las Naciones Unidas, el Dr. Luis Alberto

Villanueva Egan, (2014)<sup>22</sup> indicó que para explicar las causas es necesario dar a conocer las fallas en la cadena de referencia se pueden deber a:

- ❖ Acceso geográfico, transporte y comunicación.
- ❖ Barreras financieras que imposibiliten una movilidad oportuna a un hospital.
- ❖ Deficiencias en la cantidad y calidad de los recursos destinados a la atención obstétrica.
- ❖ Barreras en el acceso a la atención en emergencias obstétricas.
- ❖ Personal con entrenamiento inadecuado.
- ❖ Formación deficiente y ausencia de programas de educación continua.
- ❖ Escases de personal en clínicas y hospitales.
- ❖ Bajos salarios e incentivos económicos.
- ❖ Falta de medicamentos esenciales, equipo y transfusión sanguínea segura.
- ❖ Deficiencias de infraestructura hospitalaria.
- ❖ Existen unidades que cuentan con ambulancia sin mantenimiento, sin operador y sin gasolina o bien se usan para otros fines.
- ❖ Dilación en la atención desde admisión hasta la atención de labor.

Si bien se tiende a culpar al PSI por la muerte materna, en México “más del 80% de las muertes maternas en 2010 ocurrieron justamente en establecimientos de salud públicos o privados y más del 90% de las mujeres que fallecieron recibió atención médica antes de morir” (Sesia: 2013:78). Esta es la contraparte y realidad. Las dificultades y carencias a las que se enfrenta el personal médico en clínicas y hospitales en México.

### **Reducción de la morbimortalidad materna**

La reducción de la morbimortalidad materna se ha abordado largamente, a pesar de ello, los resultados siguen siendo insuficientes. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) pretende que la ejecución del “Plan de acción para acelerar la reducción

---

<sup>22</sup> Director de investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en la conferencia magistral en el curso “Mortalidad Materna”, presentación en el Instituto Nacional de Perinatología el 18 y 19 de junio del 2014.

de la mortalidad y la morbilidad materna grave” permita a las mujeres y a los niños mejorar su salud y el ejercicio de sus derechos fundamentales y de justicia social.

Dentro de las propuestas del plan Villanueva y Schiavon (2013) destacan cuatro elementos concatenados:

- 1) Participación comunitaria.
- 2) Garantía del acceso universal.
- 3) Calidad de los servicios.
- 4) Sistema de referencia.

Mencionan que si de faltar algún elemento el resultado no será el esperado. Ya que:

De nada sirve contar con personal calificado si no cuenta con los recursos básicos para poder realizar sus funciones; de nada sirve contar con establecimientos para la atención obstétrica si no cuentan con personal calificado las 24 horas del día los 7 días de la semana; de nada sirve contar con el establecimiento dotado de personal calificado y los recursos básicos si la unidad de atención obstétrica se encuentra alejada de la comunidad; de nada sirve contar con unidades de atención obstétrica básica debidamente equipadas, con recursos suficientes y personal calificado las 24 horas de los 7 días de la semana, si estas no funcionan en forma coordinada con los establecimientos resolutivos para la atención de las emergencias obstétricas” (p.29).

En el Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos menciona:

“Por principio general: los Derechos Humanos se hacen realidad mediante el empoderamiento y el reconocimiento de los derechos de las personas respecto de determinados aspectos de su vida, como la sexual y reproductiva. La normativa internacional de derechos humanos incluye el compromiso fundamental de los Estados de lograr que la mujer sobreviva al embarazo y el parto, como un aspecto de su disfrute de los derechos a la salud sexual y reproductiva y a vivir una vida con dignidad” (ACNUDH 2012: 4).

Hablar de empoderamiento de la mujer para el caso concreto de la investigación en el ámbito de la sexualidad y la salud reproductiva nos remite -principalmente- al parto y al movimiento que reclama que la protagonista de un momento tan íntimo e importante sea la propia mujer. “Empoderamiento, es el proceso por el que la mujer adquiere o recupera la confianza en sí misma, en su cuerpo y en su capacidad para tomar decisiones al estar totalmente informada para exigir a los gobiernos y a los médicos(as) para que la política cambie y se institucionalice” (Falcón, 2014).

Estas orientaciones técnicas se basan en dos informes anteriores del ACNUDH. En el primero se anunciaron siete principios de los derechos humanos fundamentales para la comprensión de la mortalidad y morbilidad maternas como una cuestión de derechos humanos, tales como “rendición de cuentas, participación de la transparencia, el empoderamiento, la sostenibilidad, la asistencia internacional y la no discriminación” (ACNUDH, 2012: 5). El segundo informe expuso: “la mejora de la situación jurídica y social de la mujer, la garantía de los derechos a la salud sexual y reproductiva, el fortalecimiento de los sistemas de salud, el tratamiento del aborto practicado en condiciones de riesgo y la mejora del seguimiento y la evaluación” (ACNUDH, 2012: 6).

A pesar de los detallados planes y políticas nacionales, a menudo se observa, o queda de manifiesto en la aplicación, que los derechos de la mujer a la salud materna no se respeta, no se protegen y no se llevan a la práctica.

“Resulta imperioso que el Estado no sólo se encargue de la formulación de los derechos en normas, sino que promueva y facilite que las y los ciudadanos se apropien de sus derechos civiles, más aún cuando el entorno social está impregnado de una cultura que tolera y fomenta posturas que niegan el reconocimiento de las mujeres como sujetos morales, es decir con derecho a tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción” (Villanueva, 2010:26).

Recordemos además que durante el sexenio del presidente Felipe Calderón se redujo el presupuesto a programas para combatir la muerte materna, “el Ejecutivo restó 21,5 por ciento de los recursos aprobados” (Cruz, 2011).

Daniela Díaz (2010b) se cuestiona ¿Por qué no se resuelve el problema de la mortalidad materna si a la fecha existen cuatro acciones de política pública propuestas desde el ámbito federal? Estas son:

- 1) Programa Arranque Parejo en la Vida
- 2) Estrategia 100x100
- 3) Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México
- 4) Embarazo Saludable

La respuesta tiene que ver con la carencia de presupuesto para su ejecución real. “La orientación del presupuesto queda sujeto a la voluntad política del o la gobernadora, que en muchos casos antepone su creencia religiosa o su ideología, lo que se traduce en la desatención de las diversas necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres” (Díaz, 2010b).

Villanueva y Schiavon (2013) indican que para mejorar la calidad de la atención materna deben ocurrir cambios en el marco de adecuadas políticas de salud nacional a nivel estatal y federal, y para esto se requiere: “1) Un sistema financiero eficiente y transparente; 2) Presupuestos suficientes y progresivos; 3) Infraestructura adecuada; 4) Insumos y equipamiento; 5) Intervenciones resolutivas por cada nivel de atención; 6) Recursos humanos suficientes, motivados, capacitados y sensibilizados; y 7) Mecanismos para la participación de las usuarias” (p.22) .

Tras mostrar el marco teórico que sustenta la investigación, daremos un preámbulo del municipio Cuetzalan, Puebla. Lugar en el que se desarrolló la presente investigación.

## CAPITULO IV: CUETZALAN SIERRA NORTE DE PUEBLA

### 4.1 Cuetzalan del Progreso: lugar donde abundan los pájaros colorados

El nombre de Cuetzalan “proviene de los vocablos en náhuatl cuezali, que significa «pájaro colorado» y la posposición -tlan o ian- que significa lugar. En este sentido, Cuetzálan puede definirse como «el lugar donde abundan los pájaros colorados» (Guevara, 2006, s/p).

#### ❖ Ubicación geográfica

“El municipio de Cuetzalan, se encuentra en el suroeste de la Sierra Norte de Puebla, denominándose así al espacio geográfico ubicado en la vertiente nororiental de la Sierra Madre Oriental” (Mejía, s/a). “Se ubica a 183.8 Km. de la ciudad de Puebla y tiene una superficie de 135 Km. Cuadrados” (Guevara: 2006 s/p). Colinda con los siguientes municipios:

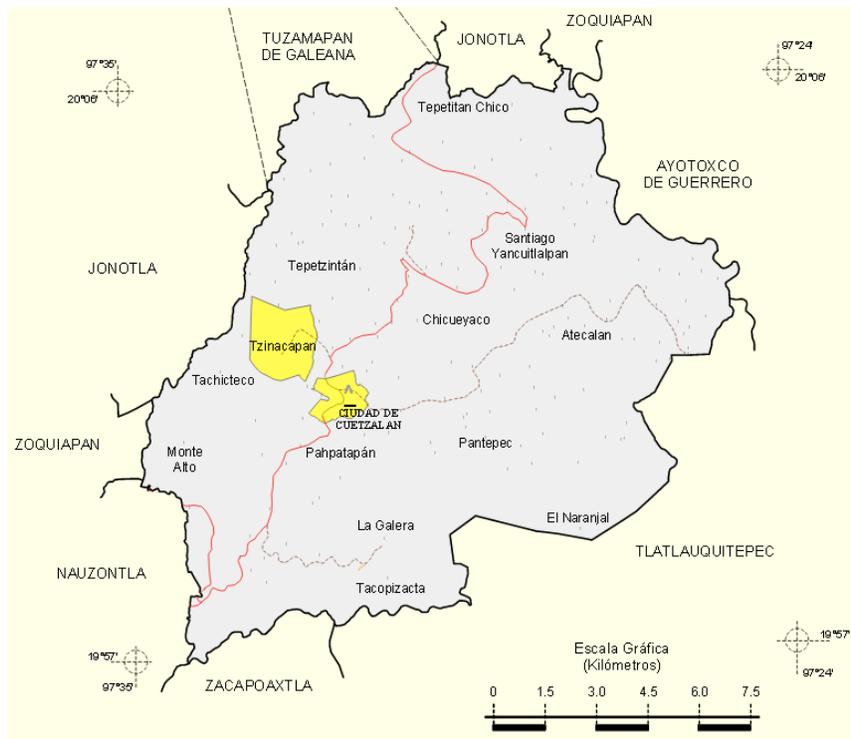


Imagen 1: Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos Cuetzalan del Progreso, Puebla. Fuente: INEGI. Marco geoestadístico Municipal 2005, versión 3.1. INEGI. Información Topogeográfica Digital escala 1:250 000 serie III.

## ❖ División política

El municipio de Cuetzalan cuenta con 164 localidades y “se conforma por ocho juntas auxiliares: Reyeshogpan de Madero de Hidalgo, San Andrés Tzicuilan, San Miguel Tzinacapan, Xiloxochico de Rafael Avila Camacho, Xocoyolo, Santiago Yancuitalpan, Yohualichan, Zacatipan” (Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Estado de Puebla).



Imagen 2: Municipio de Cuetzalan del Progreso, Puebla. © 2014 Cuetzalan Pueblo Mágico

## ❖ Clima

“El municipio se localiza en la transición de los climas templados de la sierra norte a los cálidos del declive del golfo; presenta un solo clima: Clima semicálido subhúmedo con lluvias todo el año” (Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Estado de Puebla).

Es importante mencionar el clima del Cuetzalan, imaginemos a las mujeres embarazadas que intentan llegar a la clínica u hospital, sin medio de transporte, realizando recorridos largos por veredas o donde el acceso en vehículo es casi nulo.



Fotografía 4: Neblina sobre el caballo. San Miguel Tzinacapan.  
25 de Marzo 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya



Fotografía 5: Al final del camino. San Miguel Tzinacapan.  
25 de Marzo 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya



Fotografía 6: Caminos de la vida. Cohuatichan.  
3 de Abril 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya



Fotografía 7: Entrega de ahijada en presentación de 3 años con ropa tradicional.  
29 de Marzo 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

Acceder a las casas de salud, clínicas, centros de salud u hospital no es tarea fácil para muchas localidad en Cuetzalan, tienen dificultades para acceder ya sea por la lejanía o por la falta de transporte o de caminos apropiados. Las lluvias agravan el problema, al imposibilitar el paso vehicular sobre calles con pendientes bastante

inclinadas, o en las carreteras que presentan deslaves. El clima y las rutas dependen en gran medida que una mujer en trabajo de parto llegue o no al hospital.

#### ❖ Historia

Cuetzalan “tiene sus orígenes en el imperio tenochca. Hacia el año de 1475, el emperador Axayácatl, convierte a la región de la sierra norte en tributaria de la Gran Tenochtitlan, ubicando a Quetzalan, nombre prehispánico, como de recolección de tributos, siendo las plumas de quetzal, el más codiciado” (Guevara 2006, s/p).

“Los grupos nahuas de la Sierra han permanecido en resistencia y ha habido diversos brotes de rebelión, destacando los conflictos ocurridos en la Sierra entre 1855 y 1872 por las invasiones de Austriacos y Franceses, siendo la comunidad indígena la que le da sustento a la resistencia india”. (Mejía, 1990, s/p)

Terven (2009) da cuenta de la capacidad organizativa comunitaria de hombres y mujeres, así como su habilidad para apropiarse y responder desde sus propios marcos sociales y culturales, a los procesos mayores de construcción de la nación.

Durante la Revolución Mexicana llegaron a Cuetzalan una gran cantidad de no indígenas, los cuales encontraron tierras fértiles y muy abundantes. Estos se establecieron y acaparando las mejores tierras, puestos políticos, producción y comercio. Estas expropiaciones, fueron con uso de violencia física, al recurrir a la quema de casas o al apoyo del sistema político formal. (Terven, 2009)

En los ochenta, gracias a las organizaciones en lucha por la tierra surge la Cooperativa Agropecuaria Regional «Tosepan Titataniske», (Mejía, 1990) Fue la primera Cooperativa que se constituyó con el fin de encontrar solución a la carestía de los productos básicos, ya que en aquellos tiempos era la demanda más sentida por toda la población.

En Cuetzalan, “si bien hubo procesos confrontativos, actualmente esta relación se ha caracterizado por tender hacia la negociación, eludiendo conflictos fuertes entre ambos sectores, [«coyomej» (mestizos) y «maseualmej» (población nahua)] a diferencia de otras zonas de la región de la Sierra Norte” (Terven 2009:32).

❖ Población

Con respecto a la composición de la población predomina la indígena siendo esta el 82% y el 18% es mestiza. De los cuales 24,193 son mujeres y 23,240 son hombres (INEGI 2010). El municipio registra un alto índice de marginación, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población CONAPO, con base en los criterios de ingreso, escolaridad, precariedad de servicios e incidencia de enfermedades.

<b>Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena, 2010.</b>								
<b>Puebla</b>		043 Cuetzalan del Progreso			Tipo de municipio: Población indígena			
					Grado de marginación: Muy alto			
Indicador	Total	Indígena	Indicador	Total	Indígena	Indicador	Total	Indígena
<b>Población</b>			<b>Condición de habla española (5 años y más)</b>			<b>Población según lugar de nacimiento</b>		
<i>Total</i>	47,433	38,926	Bilingüe	25,711		En la entidad	46,423	38,442
0 a 4 años	5,058	4,297	Monolingüe	4,864		En otra entidad o país	921	412
5 años y más	42,359	34,619	No especificado	163		No especificado	89	72
12 años y más	34,563	28,049	<b>Alfabetismo (15 años y más)</b>			<b>Población de 5 años y más según lugar de residencia en 2005</b>		
15 años y más	31,282	25,270	A alfabeta	24,856	19,518	En la entidad	41,675	34,163
<b>Estructura por edad</b>			A nalfabeta	6,230	5,656	En otra entidad o país	536	348
<b>Hombres</b>			No especificado	196	96	No especificado	148	108
0 a 14 años	8,202	6,888	<b>Instrucción escolar (15 años y más)</b>			<b>Población económicamente (12 años y más)</b>		
15 a 24 años	4,607	3,837	Sin instrucción <sup>1)</sup>	5,012	4,457	<b>Activa</b>	16,623	13,228
25 a 64 años	8,767	7,040	Primaria terminada	6,841	5,782	Ocupada	16,343	12,984
65 años y más	1,656	1,333	Secundaria terminada	5,177	3,870	Desocupada	280	244
No especificado	8	6	<b>Derechohabencia a servicios de salud</b>			<b>Inactiva</b>	17,773	14,680
<b>Mujeres</b>			Con derecho	32,212	27,131	<b>No especificado</b>	167	141
0 a 14 años	7,933	6,758	Sin derecho	15,084	11,693	<b>Religión (5 años y más)</b>		
15 a 24 años	4,581	3,801	No especificado	137	102	Católica	39,144	31,791
25 a 64 años	9,967	7,912	<b>Seguro popular</b>			No católica	2,197	2,078
65 años y más	1,704	1,347		21,504	18,085	Sin religión	317	244
No especificado	8	4				No especificado	701	506

Cuadro 4: Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena, 2010. Fuente: CDI. Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en: INEGI Censo General de Población y Vivienda, México, 2010.

A lado de una gran riqueza natural y cultural, lo que le concedió a Cuetzalan convertirse en Pueblo Mágico<sup>23</sup> en 2002; existe una significativa situación de carencia entre la población, que se puede apreciar en la siguiente tabla sobre servicios públicos, la cual muestra que el 27% de las localidad carecen de agua potable, el 30% de drenaje y otro 16% no posee electricidad. Y casi la mitad no tiene seguro popular y una tercia parte no tiene derechohabencia.

 <b>Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena, 2010.</b>								
<b>Puebla</b>		043 Cuetzalan del Progreso			Tipo de municipio: Población indígena			
					Grado de marginación: Muy alto			
Indicador	Total	Indígena	Indicador	Total	Indígena	Población indígena por sexo		
						Hombres	Mujeres	
<b>Población</b>			<b>Viviendas particulares habitadas</b>			<b>Monolingüismo y educación</b>		
<i>Total</i>	47,433	38,926	<b>Servicios</b>			Monolingües	10.0%	21.4%
0 a 14 años	34.0%	35.1%	<i>Total</i> <sup>2)</sup>	10,656	8,314	Analfabetas	14.6%	29.6%
15 años y más	31,282	25,270	Sin agua entubada	24.8%	27.6%	Sin instrucción	10.9%	23.9%
<b>Monolingüismo y educación</b>			Sin drenaje	27.5%	30.8%	<b>Población de 12 años y más</b>		
Monolingüe		15.8%	Sin electricidad	14.5%	16.9%			
Analfabeta	19.9%	22.4%	<b>Características</b>					
Sin instrucción primaria	16.0%	17.6%	Piso de tierra	25.3%	28.8%		13,582	14,467
<b>Derechohabencia a servicios de salud</b>			<b>Bienes electrodomésticos</b>			<b>Población económicamente</b>		
Sin derechohabencia	31.8%	30.0%	Con televisión	60.2%	54.2%	<i>Activa</i>	78.3%	17.9%
Seguro popular	45.3%	46.5%	Con refrigerador	28.9%	22.3%	<i>Inactiva</i>	21.0%	81.7%
			Con lavadora	10.4%	5.8%			
			Con computadora	6.3%	3.5%			
			<sup>2)</sup> Incluye los rubros: Casa Independiente, Departamento en edificio, Vivienda en vecindad, Vivienda en cuarto de azotea.					

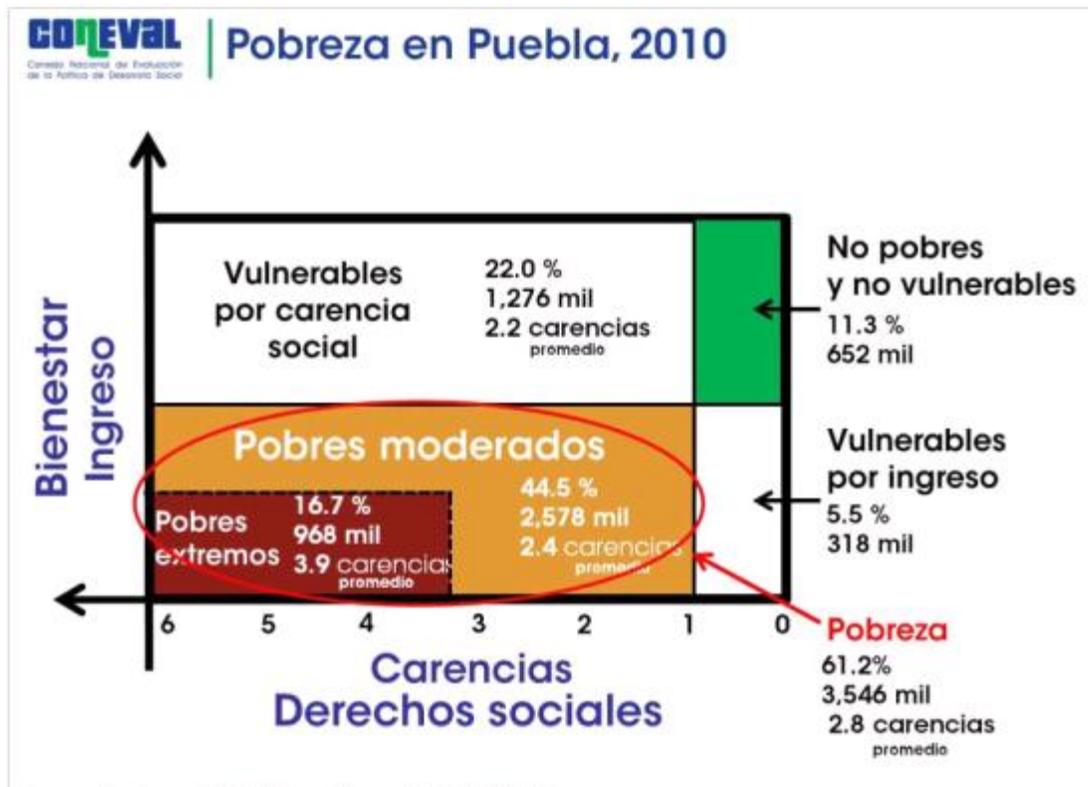
Fuente: CDI. Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en: INEGI Censo General de Población y Vivienda, México, 2010.

Cuadro 5: Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena, 2010. Fuente: CDI. Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en: INEGI Censo General de Población y Vivienda, México, 2010.

A nivel estatal, Puebla con respecto de las 32 entidades ocupó el lugar cuatro en porcentaje de población en pobreza y el cinco en porcentaje de población en pobreza

<sup>23</sup> El Programa Pueblos Mágicos, desarrollado por la Secretaría de Turismo en colaboración con diversas instancias gubernamentales y gobiernos estatales y municipales, contribuye a revalorar a un conjunto de poblaciones del país que siempre han estado en el imaginario colectivo de la nación en su conjunto y que representan alternativas diferentes para los visitantes nacionales y extranjeros. Para impulsar el Programa Pueblos Mágicos de México, se firmó el Convenio de Coordinación, con la participación de 14 dependencias federales: SEDESOL, SEMARNAT, SE, SEP, STPS, SECTUR, CONACULTA, INAH, CNA, CPTM, CFE, FONATUR, FONART y BANOBRAS.

extrema. Por lo tanto, se ubica dentro de las cinco entidades con mayor pobreza en el país. (CONEVAL 2012).



Cuadro 6: Pobreza en Puebla, 2010. Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010.

Después de ésta breve introducción al municipio de Cuetzalan del Progreso, daremos pie a la Historia del Hospital.

#### 4.2 Antecedentes históricos del Hospital General de Cuetzalan

Es importante conocer la historia del Hospital donde se realizó la investigación a fin de situar al lector(a) y contextualizar la problemática. Una investigación que resultó importante para el desarrollo de éste apartado fueron las aportaciones de Duarte, Brachet, Campos, y Nigenda, ya que en el 2001 analizaron la evolución del hospital a partir de la influencia que diversos elementos del contexto nacional e internacional.

Mencionan que “el proceso del hospital de Cuetzalan ratifica el carácter histórico del desarrollo de las organizaciones de salud, y las oportunidades que las coyunturas y políticas nacionales e internacionales constituyen para impulsar modelos alternativos e

interculturales de atención para la salud” (Duarte & Brachet & Campos & Nigenda, 2004:389). En el hospital se pueden distinguir en su evolución seis etapas en función de la pertenencia institucional y de su organización intercultural<sup>24</sup>:

### **1. La primera unidad de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (1958-1978)**

En 1958 la Secretaría de Salubridad y Asistencia creó en Cuetzalan un Hospital Rural que prestaba servicios médicos de primer nivel de atención y algunos de segundo. “Paralelamente, en el ámbito internacional se avanzaba en el derecho a la autonomía, con acuerdos como la Resolución 1514 de la Organización de Naciones Unidas (ONU), en 1960, que estableció la libre determinación de los pueblos. Surgen políticas y acuerdos internacionales que se refieren de manera directa o indirecta a la vida y la salud de los indígenas” (Duarte *et al.*:392)

### **2. El Hospital de Campo del INI (1978-1989)**

Como parte del proceso de institucionalización de la política indigenista a cargo del Instituto Nacional Indigenista (INI), “el Hospital fue entregado por la SSA a éste en 1978, quien lo reinauguró como «Hospital de Campo» del Centro Coordinador de Zacapoaxtla. Esta unidad tenía un enfoque biomédico y asistencialista como correspondía al indigenismo asimilacionista de la época” (Duarte *et al.*:392).

“La Declaración de Alma Ata (1978) es adoptada como modelo nacional, que promueve la atención primaria como estrategia para la ampliación de la cobertura de servicios de salud, utilizando los recursos de la comunidad, entre ellos los de la medicina tradicional, y el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo –OIT– sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989) que establece compromisos de los gobiernos en temas como cultura, autonomía, identidad, tierras, educación, trabajo, salud y seguridad social” (Duarte *et al.*:392).

---

<sup>24</sup> Originalmente los autores marcan cinco etapas, se incluyó la sexta para ilustrar el actual funcionamiento del Hospital General de segundo grado.

### **3. La transformación del Hospital Mixto (1990-2000)**

Para inicios de los años 90, Arturo Warman en la Dirección del INI y Carlos Zolla en la Subdirección de Salud del mismo Instituto, aprovecharon la aceptación que tenía el Hospital en Cuetzalan para hacer un programa regional de salud. “El INI propició la creación de una organización de médicos tradicionales como son las/los curanderas(os), parteras y hueseros(as), en la zona a través de su programa de apoyo a la medicina tradicional, dando como resultado la formación de una organización de cerca de 120 terapeutas tradicionales del municipio y la creación de su centro de medicina tradicional “Masehualpajti” en 1991, en el hospital” (Duarte *et al.*:393).

Para 1994 el presupuesto para el hospital incrementó lo que garantizó un buen suministro de medicamentos, la actualización de los equipos, plantilla de personal completa y sobre todo apoyo económico para los terapeutas tradicionales. “Esto redujo la consulta de medicina tradicional que se había ofrecido diariamente, a los días de mercado (jueves y domingo)” (Duarte *et al.*:393).

Después de 10 años como Hospital Mixto del INI, la Coordinación Nacional de Atención a Población Vulnerable, de la SSA, gestionó el traslado a la Secretaría Estatal de Salud, aprovechando la política de descentralización y la coyuntura del Programa de Ampliación de Cobertura de servicios básicos (PAC), para población no asegurada, financiado con un crédito del Banco Mundial.

### **4. La entrega a la Secretaría Estatal de Salud y su nueva denominación de Hospital Integral (2000-2002)**

En enero del año 2000, la Secretaría Estatal de Salud se hizo cargo del hospital y lo organizó presupuestal y funcionalmente como un Hospital Integral, sin embargo no tuvo en cuenta, su historia, y el contexto cultural de la región, demostrando la falta de coordinación intersectorial en el manejo de las políticas para el trabajo en localidad indígenas:

“Cuando la Secretaría de Salud recibe Cuetzalan, no sabía lo que recibía. El presupuesto siguió dándose como un hospital alópata.

Se recibió como tal, y lo que había trabajado el INI se vino hacia abajo. No recibimos un Hospital Mixto sino uno alópata [...] Y en los presupuestos nunca se reflejó nada de esto (funcionario SESA. Puebla)” (Duarte *et al.*:394).

Se llevaron a cabo cursos de sensibilización y capacitación para el trabajo intercultural al PSI que trabajaba para el hospital del INI, pero no llegó a los directivos de las Secretarías de Salud Estatal y Federal, lo que explica la falta de orientación.

En el año 2001, el Plan Puebla Panamá (PPP) fue presentado por el Presidente de México y aprobado por los de Centroamérica. Este plan se presentó con ocho objetivos básicos, en el que se incluye un proyecto regional de salud. “El gobierno de Puebla, como parte de un programa estatal de ecoturismo relacionado con este Plan, tomó la iniciativa de construir un nuevo Centro de Medicina Tradicional en Cuetzalan, en un terreno propiedad de la organización de terapeutas tradicionales (Masehualpajti<sup>25</sup>), cerca del hospital” (Duarte *et al.*:394).

##### **5. La denominación de Hospital Integral con Medicina Tradicional (2003-2011)**

“En el tiempo en que el hospital decaía como Hospital Mixto, el gobierno de Puebla gestionaba un nuevo Centro de Medicina Tradicional, el equipo de Planeación de la SESA aprovechó el objetivo que se relacionaba con salud del PPP para presentar el proyecto llamado «Hospitales Integrales con Medicina Tradicional»” (Duarte *et al.*:395).

Gracias a los movimientos indígenas de la última década, en el 2001 se dieron las condiciones para el proyecto estatal de medicina tradicional en los hospitales de zonas indígenas del estado de Puebla. “Las orientaciones de la Presidencia de la República dan lugar a la creación en 2001, de la Coordinación de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas, en la Secretaría de Salud, y de una Dirección de Medicina Tradicional. Sin embargo, la iniciativa de aumentar el número de Hospitales con Medicina Tradicional,

---

<sup>25</sup> La Organización se conoce por el nombre: Sociedad de Solidaridad Social de Médicos Tradicionales Indígenas de la Sierra Norte de Puebla “Masehualpajti”. Las autoridades de dicha Sociedad está comprendida por varios Comités: el Ejecutivo, Financiero y de Vigilancia, Educación, Admisión de Socios, Producción, y por último, Acopio y Comercialización.

en Puebla, provino del mismo estado, sin intervención directa de la SSA federal” (Duarte *et al.*:395).



Imagen 3: Hospital Integral de Cuetzalan. Fuente: Google Maps.



Imagen(es) 4: Hernández, A. (s/a) “Derechos de las mujeres en la atención del parto” Hospital Integral de Cuetzalan.

El Hospital Integral fue cerrado el 27 de mayo del 2001, ya que seis días antes “se desplomó el techo de la antesala de urgencias y pocos días después aparecieran

más grietas en muros y techos en diversas áreas hospitalarias, ocasionadas presuntamente por los trabajos de impermeabilización” (Espinosa, 2011).

### **Hospital General con Módulo de Medicina Tradicional (2011-hasta la fecha)**

En Junio del 2011 las autoridades de protección civil estatal y municipal de Cuetzalan ordenaron la inhabilitación del Hospital Integral, el personal de salud tuvo que laborar de manera temporal en la casa de cultura. Aunque en enero el ex gobernador Mario Marín inauguró el Hospital General en Pahapatapan, éste no era apto para atender a pacientes ya que “el edificio presentaba carencias de agua potable, energía eléctrica y mal terminación en acabados en quirófanos, pasillos y áreas administrativas” (Espinosa, 2011) Se puso en marcha en el mes de septiembre.

El Hospital General cuenta con dos quirófanos, 11 consultorios, sala de rayos X, ultrasonido, laboratorio, banco de sangre, áreas de hospitalización con 30 camas, de urgencias, rehidratación, cuarto de choque, curaciones y sala de expulsión.



Fotografía 8: Hospital General de Cuetzalan  
25 de Mayo del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya



Fotografía 9: Consultorio de ginecobstetricia  
del Hospital General de Cuetzalan.  
5 de Abril del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

Es importante mencionar que el diseño del nosocomio mantiene separados en diferentes inmuebles a los médicos de las/los terapeutas tradicionales a diferencia del Hospital Integral en donde sólo había un pasillo que los separaba. Aunque no sólo hubo cambios en la estructura física, también dentro de la dinámica en la atención

mixta. Nos interesa señalar sobre todo lo referente a la relación con las parteras, la cual se abordará en el apartado correspondiente.



Fotografía 10: Sala de Expulsión del Modulo de Medicina Tradicional.  
31 de Marzo del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya



Fotografía 11: Altar del Modulo de Medicina Tradicional.  
25 de Febrero del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

Aunque en Puebla existen otros hospitales con la misma dinámica del modelo médico que consiste en desarrollar un espacio donde exista la medicina alópata y la tradicional, otorgados por terapeutas tradicionales especialistas en herbolaria, “Cuetzalan por años constituyó el modelo más exitoso ya que las muertes maternas desaparecieron en un municipio que despuntaba en las estadísticas por sus elevadas tasas” (Castillo, 2009)

Sin embargo, una vez que son ocupadas las instalaciones del nuevo hospital, hubo una muerte materna, cómo lo indica la Dra. Sonia:

*En el Hospital aquí llegando hubo una muerte materna te diré en el 2011 no recuerdo porque fue la muerte materna pero llegando aquí hubo una muerte y allá tuvimos 7 años sin muerte materna, entonces si te preocupa porque ¿Qué pasaba? No tenía nada de ciencia ni de nada extraño, lo único que era la calidad, la actitud, la calidad del trato a la embarazada, la calidad de trato a la partera que se tiene confianza de que era atendida rápido, de que tenía prioridad y que todo se hacía en laboratorio, si*

*requería el ultrasonido se hacía en el momento y todo en un día se podía hacer.*<sup>26</sup>

En el nuevo hospital esperan hasta un mes para hacerse un estudio de laboratorio, a diferencia del Hospital Integral que lo hacía de manera inmediata. Aunque las instalaciones sean de mayor magnitud, la infraestructura no era la adecuada ni había suficiente personal, como a la fecha. Hubo un cambio radical para el PSI, como para las parteras y mujeres embarazadas.

De igual forma, la organización de terapeutas tradicionales “Masehualpajti” fue reubicado en la calle Aldama, y construido con la ayuda de los mismos terapeutas al dar dinero, material y mano de obra para su construcción. En la actualidad, la instalación funge como hotel que ofrece servicio principalmente a los turistas como el temazcal con un costo de \$300 pesos. No trabajan todos los terapeutas tradicionales, solo hay una curandera/partera a cargo que labora todos los días. Algunas parteras al entrevistarlas mencionaron el desacuerdo del actual manejo de las instalaciones y sin poder hacer uso de ellas como se hacía en el Hospital Integral.

Para introducir al lector(a) del lugar en el que se desarrolló la investigación conviene describir brevemente el área de tococirugía del Hospital General de Cuetzalan, en donde se realizó la observación de campo: se trata de una sala rectangular de aproximadamente 32 metros cuadrados, donde se ubican tres camillas para mujeres en trabajo de parto y una cama de parto vertical. Estas camas de uso regular son duras, y están recubiertas con un material plastificado, su tamaño no coincide con el de la base metálica, son más grandes, aproximadamente por 10 centímetros.

Las cabeceras de las camas dan a las paredes de la sala, de modo que desde el centro se puede ver a todas las pacientes. Las camillas cuentan con cortinas; sin embargo, no son utilizadas al momento de realizar tactos vaginales, ni al momento del parto en la cama vertical, de manera que todas las mujeres en trabajo de parto pueden verse y escucharse unas a otras. A esta área se le denomina sala de expulsión.

---

<sup>26</sup> Entrevista realizada por la Dra. Mayra Chávez en el 2013.

En una de las orillas de ésta sala se encuentra una barra de granito que funge como escritorio, donde el PSI puede apoyarse para escribir los registros de cada paciente. Contiguos a la sala de expulsión, se encuentran dos quirófanos pequeños uno tiene una cama ginecobstétrica, donde ocurre propiamente el parto o la cesárea. De tal manera que las mujeres primero pasan algunas horas en la sala de labor y cuando están a punto de parir son trasladadas a la sala de expulsión o al quirófano.

En las siguientes tablas se describen los procedimientos obstétricos del Hospital General de Cuetzalan de los últimos tres años:

<b>PARTO O CESÁREA. Del 26/12/2011 al 25/12/2012</b>					
<b>NACIMIENTOS ATENDIDOS</b>				<b>EN ADOLESCENTES</b>	
EUTÓCICOS	DISTÓCICOS VAGINAL	CESÁREA	TOTAL	MENOR DE 15	15 A 19
854	12	193	1,059	6	247

<b>PARTO O CESÁREA. Del 26/12/2012 al 25/12/2013</b>					
<b>NACIMIENTOS ATENDIDOS</b>				<b>EN ADOLESCENTES</b>	
EUTÓCICOS	DISTÓCICOS VAGINAL	CESÁREA	TOTAL	MENOR DE 15	15 A 19
700	10	114	824	8	220

<b>PARTO O CESÁREA. Del 26/12/2013 al 25/04/2014</b>					
<b>NACIMIENTOS ATENDIDOS</b>				<b>EN ADOLESCENTES</b>	
EUTÓCICOS	DISTÓCICOS VAGINAL	CESÁREA	TOTAL	MENOR DE 15	15 A 19
175	5	16	196	1	65

Cuadro(s) 7: Parto o Cesárea del 26/12/2011 al 25/04/2014. Fuente: Elaborado con base en el Reporte General (Subsistema Automático de Egresos Hospitalarios). Información proporcionada en el HGC.

En el 2012 el índice de cesárea representa el 18% del total de nacimientos atendidos. En correspondencia con lo que recomienda la OMS, la NOM-007-SSA2-1993 establece un máximo de 15 por ciento de cesáreas en hospitales de segundo

nivel y de 20 por ciento en los de tercer nivel. Para el año 2013 se redujo el 13% y en los primeros 4 meses del 2014 se reporta el 8%. Tomemos en cuenta que en Hospital General de Cuetzalan cuenta con un ginecobstetra que trabaja fines de semana de 8am a 8pm, y otro ginecólogo que trabaja lunes y martes en el mismo horario. El porcentaje de cesáreas atendidos -sin duda- sería completamente diferente si se contara con la plantilla completa.

En caso de requerir atención quirúrgica de emergencia fuera de este horario o los días que no hay especialista las mujeres en trabajo de parto son referidas a otros hospitales y en la mayoría de los casos los gastos corren por cuenta de la propia familia. Esta “ruta del dolor” (como suelen llamarlo algunos médicos(as) en el hospital) que comienza en Hospital de Zacapoaxtla, seguido del Hospital de Tlatlauquitepec, Hospital de Teziutlán, hasta llegar al Hospital de Puebla, representa un riesgo para la madre y su hija(o) provocando muerte materna o neonatal.

Tal es el caso de Claudia, una mujer que vive en Xiliapan dentro de la cabecera de Cuetzalan, nos cuenta:

*Mi esposo me llevó al hospital, llegamos a las 6am, yo iba con sangrado y mucho dolor. Y pues me ingresaron y estuve en una camilla por 4 horas y media con suero, y me controlaron la presión porque la tenía alta. Los doctores me iban a ver y no sabían por qué tenía hemorragia, no había ginecólogo y me tenían que trasladar a Tlatlauqui, la ambulancia del Hospital no estaba funcionando y pidieron una del Ayuntamiento, pasó casi una hora y luego nos fuimos para que me hicieran una cesárea, pero después me dijeron que mi bebé murió en el camino pues tardamos casi cuatro horas en llegar a Tlatlauqui.*

Al preguntarle si realizó alguna denuncia respondió que no, ya que no le daría la vida a su hija y todo que quedaría a consciencia de los médicos. Autores como Valdés, Molina y Solís afirman que “el escaso número de quejas de la población puede deberse a la pobre cultura de la población para enfrentar a quienes tradicionalmente han sido figuras de poder, los médicos” (Citado por Castro, 2010:51). Sin embargo, en el

hospital no existen mecanismos ni los medios que favorezcan la denuncia, aunque en el área de Trabajo Social se tenía en mente realizar encuestas de opinión esto no se ha llevado a cabo. En el buzón de quejas no hay papeletas ni bolígrafos disponibles y la línea directa para quejas y denuncias se mantiene desconectada.

Por otro lado, en las tablas presentadas anteriormente se puede notar el elevado número de partos en mujeres adolescentes, recordemos que es uno de los problemas claramente identificados por el ACNUDH: *adolescentes presentan tasas desproporcionadamente altas de morbimortalidad y mortalidad materna*. En el 2012, del total de nacimientos atendidos en el Hospital de Cuetzalan, el 23% corresponde a las adolescentes, en el 2013 el porcentaje es de 26% y tan sólo en los primeros cuatro meses del 2014 representan el 33%. Contrario a lo esperado, las cifras aumentan año con año.



Fotografía 1: Cama de parto vertical Hospital General de Cuetzalan  
3 Marzo del 2014

Es conveniente también, incluir la plantilla del personal de salud institucional y local con el que cuenta el Hospital General de Cuetzalan.<sup>27</sup>

### **PLANTILLA DEL PERSONAL DE SALUD INSTITUCIONAL**

- Médicos generales: 25
- Médicos especialistas: 12
  - 1 Ortopedista, 2 Ginecólogos, 4 Pediatras, 1 Cirujano, 4 Anestesiólogos.
- Enfermeras(os): 92 (incluidas 20 pasantes)

### **PLANTILLA DEL PERSONAL DE SALUD LOCAL:**

- Parteras con las que cuenta el Módulo de Medicina Tradicional: 26
- Parteras certificadas: 19
- Parteras no certificadas: 7

Después de la breve introducción al lugar en el que se desarrolló la investigación, así como la historia del Hospital General de Cuetzalan, comenzaremos con el corazón de la tesis, el análisis y resultados obtenidos a partir de los discursos del PSI y de las mujeres que recibieron atención durante el parto en el nosocomio, con la finalidad de dar respuesta a las preguntas de investigación.

---

<sup>27</sup> Información facilitada el 20 de Mayo, 2014, por el Jefe de Enseñanza del Hospital General de Cuetzalan.

## CAPITULO V: ANÁLISIS Y RESULTADOS

En los hospitales en gran medida depende de la/el médica(o) en turno, decidir en dónde y cómo se atenderá el parto. Northrup, (1999) Menciona que “el sistema médico participa plenamente en tratar el parto como una urgencia que necesita una cura” (p. 281). “El mismo ejercicio médico ha naturalizado la idea de que el parto vaginal es complicado y doloroso, en contraposición, con una cesárea que implica menor esfuerzo para la mujer y el bebé y menos tiempo en el trabajo de parto, además de ser menos dolorosa; esta última, es preferida por el médico por ser un procedimiento en el que el nacimiento se puede programar” (Vuelvas, 2012:102). Veremos en las siguientes notas de campo lo que ocurre en el Hospital General de Cuetzalan:

*[27/05/14] Después de ver un parto el Dr. Arturo me preguntó “¿Qué tal?” le respondí que bien. Mencionó que era conveniente verlos para que conociera la forma cómo se atienden y para que no me dieran ganas de tener un hijo, y si decidía tenerlo la mejor opción era una cesárea para no sufrir, para no sentir dolor y no padecer el trabajo de parto. Si él fuera mujer es lo que pediría, es como si quisiera hacer del baño una sandía.*

*[02/06/14] En el momento en que hacían la revisión de rutina al bebé de la mujer, el Dr. Isaac se acercó y me preguntó “¿Cuántos partos ya viste?” – “Hasta ahora dos” – “¿Y no te da miedo?” – “No, me parece emocionante presenciar el momento del nacimiento” – “¿Y te dan ganas de tener un hijo?” – “Pues sí.” – “¿Pero no de la forma natural?!” – “Pues es lo ideal, vía vaginal”. – “Lo mejor es la cesárea, es mucho más rápido”.*

El PSI hace alusión del parto vaginal como algo que se puede evitar, y que la mejor solución es la cesárea. Incluso, una enfermera presente mencionó “*por eso yo cuando tuve a mi hija pedí cesárea*” haciendo una mueca de desagrado. La Dra. Margarita que llenaba formatos sobre el escritorio, se detuvo un momento para mirarnos y dijo “*yo quería normal, porque al tercer día necesitaba ir a Tlatlauqui, y tenía que ir todos los días por una semana, llegaba en la noche y ya nada más le daba de comer a mi hija*”.

### 5.1 ¿Existe Violencia Obstétrica en el Hospital General de Cuetzalan?

En el capítulo correspondiente se definió a *grosso modo* la Violencia obstétrica, y sobre lo que se ha investigado hasta el momento por diversos autores(as). Es momento de comenzar a dar respuesta a las interrogantes clave de la investigación a través de las narrativas de las mujeres que recibieron atención en el desenlace de su embarazo.

Northrup (1999), explica que “el sistema médico establecido explica nuestro cuerpo no como un sistema diseñado homeostáticamente para atender a la salud, sino más bien como una zona en guerra” (p.24). Ya que en la especialidad de obstetricia y ginecología normalmente se enseña que “el proceso normal del parto es un «diagnóstico retrospectivo» y que cualquier motivo al azar, puede convertirse en un desastre, en cualquier momento y sin aviso” (Northrup, 1999:50). Es así como el embarazo y “el parto se concibe en la biomedicina como, un proceso patológico, dramático, peligroso, que necesita ser intervenido” (Sadler, 2003:61).

El Dr. Adrián, ginecobstetra del Hospital General de Cuetzalan menciona:

*... las mujeres son bombas de tiempo, las embarazadas en cualquier momento pueden explotar, se pueden complicar. Hay primigestas que no hay problema pero hay multigestas, bien dicen “en grandes multigestas grandes distocias”. Hay pacientes de las que se dice “Nooo tiene cinco hijos, ahorita estornuda y lo saca”. ¡No es cierto! Se complican entonces yo creo que lo más importante es ir valorando y que actualmente si te damos aquí todos los medios necesarios, si te damos todo para atender los partos pues ¿para qué le arriesgamos? Y mandamos a una paciente que se puede complicar en alguna comunidad ¿no?*

En otra entrevista con el Promotor de Salud de Santiago Yancuictlalpan menciona:

*...te voy a comentar, en cada croquis que debemos de tener a las embarazadas con puntos rojos ¿Por qué puntos rojos? porque donde hay una embarazada hay una bomba de tiempo, digamos así, porque hasta que*

*no logre culminar su gestación y su puerperio pues hasta ahí, aparentemente le quitamos el foco rojo.*<sup>28</sup>

Y en este sentido, se puede pensar que el embarazo y el parto, no debe ser intervenido por cualquier persona, única y exclusivamente por el PSI, incluso el Dr. Adrián alude el “riesgo” que se corre fuera de la unidad hospitalaria y hace referencia a los partos atendidos en comunidades por parteras o por las mismas mujeres, con los denominados “partos fortuitos”, es decir, aquellos sin asistencia especializada.

Mencionamos también que dentro del campo de la salud existe una cadena de jerarquías que tiene como eslabón final a los pacientes. “Las decisiones sobre la práctica médica las toma el/la de mayor jerarquía, son escasas las experiencias en donde se toman decisiones en conjunto con el resto del equipo de salud” (Magnone, 2011:11).

El primer día que entré al área de Tococirugía después de 15 minutos de mi llegada y tras presenciar un parto una enfermera se acercó y me dijo:

*[27/05/14] Soy Verónica la supervisora de enfermeras ¿Tú quién eres?” El Dr. Arturo que estaba a mi lado, se adelantó en responder “Viene de Perinatología, está interesada en conocer la dinámica de los partos verticales con Doña Miri”. La enfermera me sonrió y finalizó al decir “Ah que bien, pues yo estoy a cargo de todas las enfermeras del turno y por acá nos veremos.*

En el Hospital General de Cuetzalan no es la excepción, los rangos de jerarquía son marcados de acuerdo a la profesión. Los días que pude estar presente en su jornada laboral el PSI preguntó mi grado de escolaridad, más no mi nombre. Desde ese momento se dirigían a mí como licenciada aunque mencioné que aún no tenía el título y era estudiante de Antropología Social. Entre los médicos se llamaban entre sí “Dr. /Dra., + apellido” a las enfermeras por su profesión o su nombre en diminutivo y a la

---

<sup>28</sup> Entrevista realizada por la Mtra. Irma Romero en el 2013.

única partera profesional que trabaja en el hospital se referían a ella cómo “Doña Miri” (Utilizando también un diminutivo).

Incluso ésta práctica aplica “en el ejercicio profesional, a veces existe maltrato dentro del propio equipo de salud” (Magnone, 2011:11) Daremos como ejemplo la experiencia de la Dra. Margarita que mencionó después de un legrado:

*[28/05/14]...recuerdo, mi primera operación con el doctor Pacheco en mi residencia; yo estaba parada a su lado y me pidió un instrumento, **tuve el error** de atravesar mi mano frente él y sobre el abdomen del paciente, el doctor en ese momento me golpeó con las pinzas y me dijo “no cruces tú mano frente a mi” yo estaba muy espantada, me dolió mucho, hasta me dejó morada la mano... Pero si yo tengo una suerte para que me traten mal.*

Incluso “la diferencia de jerarquías hace que los médicos tengan mayores grados de libertad que las parteras para asistir los partos según sus convicciones” (Magnone, 2011:11). En el Hospital de Cuetzalan, si el/la doctor(a) a cargo decide asistirlo así se lleva a cabo sin tomar en cuenta la opinión de la partera:

*[02/06/14]...era el medio día y había una mujer en trabajo de parto. La doctora tras hacer el cuarto tacto vaginal se sentó frente al escritorio y dijo a la partera profesional “ojalá nos toque en este turno, si es así yo quiero atender el parto, pero en el mío,<sup>29</sup> porque en el vertical yo no le hago, me da miedo, un día me tendrá que enseñar Doña Miri, pero cuando me anime.*

Comencemos con la presentación de casos conformada por siete mujeres. Los primeros cinco casos, fueron entrevistas realizadas en el domicilio de las informantes; es importante mencionar que la quinta mujer tuvo un “parto fortuito” es decir el nacimiento de su bebé fue en el domicilio de la madre, fue sustancial incorporarlo dentro de los casos para conocer las razones por las que no “llegó” al hospital. Las

---

<sup>29</sup> Se refiere a la posición horizontal supina con la parturienta acostada en la cama.

últimas dos muestras, son relatos rescatados de la observación participante en el Hospital.

El rango de edad de las informantes está entre los 16 y 38 años, de la adolescencia hasta la edad adulta: cinco están casadas y dos en unión libre; seis son amas de casa y sólo una tiene una actividad remunerada. Dos tienen primaria, dos secundaria terminada, una secundaria trunca y dos el bachillerato.

PERFIL DE INFORMANTES – MUJERES PUERPERIO						
No.	Edad	Estado civil	Ocupación	No. De hijas(os)	Escolaridad	Junta Auxiliar
1	18 años	Unión libre	Ama de casa	1	Secundaria	San Miguel Tzinacapan
2	27 años	Casada	Ama de casa	2	Secundaria	Cuetzalan
3	23 años	Casada	Recepcionista de farmacia	2	Bachillerato	Cuetzalan
4	16 años	Unión libre	Ama de casa	1	Secundaria trunca	San Andrés Tzicuilan
5	22 años	Casada	Ama de casa	5	Primaria	Tepetzintan

Cuadro 8: Perfil de Informantes a Mujeres Puerperio. Fuente: Elaboración propia a partir de información recabada en entrevistas a MPP en el HGC.

PERFIL DE INFORMANTES – MUJERES PUERPERIO HOSPITAL						
No.	Edad	Estado civil	Ocupación	No. De hijas(os)	Escolaridad	Junta Auxiliar
6	22 años	Casada	Ama de casa	1	Bachillerato	Veracruz
7	38 años	Casada	Ama de casa	10	Primaria	Tepetzintan

Cuadro 9: Perfil Informantes – Mujeres Puerperio Hospital. Fuente: Elaboración propia a partir de preguntas realizadas a las MPP en el HGC.

Algo importante a considerar es que las mujeres que tienen mayor número de hijas(os) son las que viven en las juntas auxiliares más lejanas de la cabecera municipal de Cuetzalan. Una de las razones que pueden dar respuesta, es por la lejanía de su domicilio con referencia a los servicios de salud, tales como: casas de salud, clínicas y Hospital en donde pueden tener acceso a métodos anticonceptivos en caso de que cuenten con ellos.

Existen diferentes contextos donde se violentan los Derechos Sexuales y Reproductivos, sobre todo en comunidades indígenas, ya que además de la pobreza hay desabasto de métodos anticonceptivos y falta de acceso a servicios de salud de calidad que se otorguen en la lengua materna, recordemos que en Cuetzalan más del 90% de la población es indígena.



Fotografía 12: Casa de Salud en  
Acaxiloco.  
2 de Febrero del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya



Fotografía 13: Casa de Salud en  
Cuahutamanca.  
26 de Febrero del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

En las clínicas sólo hay servicio de lunes a viernes con un horario de 8:00am a 4:00pm. Y en las casas de salud sólo son utilizadas para pláticas del programa OPORTUNIDADES cada dos meses. La información proporcionada en dichas pláticas influye en la toma de decisiones de las mujeres como lo indica la Dra. Sonia:

*...si les preguntas a las señoras ¿Qué han aprendido después de 10 años de estar en el programa? no saben de lo que han aprendido de lo que han oído. Porque las pláticas no tienen un nivel ni están hechas por gente que*

*tenga el conocimiento o la experiencia, lo hacen las mismas señoras que están dentro del programa y que las obligan y no entienden. Y entonces es una desventaja que la gente misma se esté auto capacitando, porque influye su cultura, sus ideas, su religión, y por ejemplo, ha habido auxiliares de salud que les dicen “es que la auxiliar nos dio una plática donde dice que no podemos planificar porque eso va en contra de las leyes de Dios.” Y ya la señora ya metió ahí sus ideas religiosas, y cambia la idea a una adolescente que está aprendiendo de los adultos y que sabe que eso es correcto.<sup>30</sup>*

Hay mala información sobre de métodos de planificación, incluso algunas mujeres mencionan a su médica(o) que su método era la abstinencia. Razón por la cual hay embarazos con periodos muy cortos y embarazo adolescente. Lo que habla del fracaso total en los métodos de planificación familiar.



Fotografía 14: Centro de Salud Santiago  
Yancuitlapan  
21 de Febrero del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya



Fotografía 15: Casa de Salud en  
Cohuatichan.  
3 de Abril del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

Después de esta breve introducción al análisis y resultado de la investigación, comenzaremos con la presentación de los siete casos de mujeres que recibieron atención resolutiva ginecobstétrica durante su parto en el Hospital General de Cuetzalan durante los meses marzo, abril y mayo del 2014.

<sup>30</sup> Entrevista realizada por la Dra. Mayra Chávez en el 2013.

## 5.2 Presentación de los casos

### 5.2.1 Mariela: “Yo nada más me quedé de no manches, no la chinguen”

El jueves 27 de marzo Mariela sintió dolor abdominal en su última semana de embarazo, llegó al hospital a las 5pm, fue revisada y le informaron que tardaría horas su trabajo de parto, ya que apenas había comenzado; preguntó si tenía que irse y le recomendaron quedarse para una futura revisión. Horas más tarde Mariela se sintió mejor y decidió irse a su casa. Regresó cada día para ser revisada hasta el lunes 31 a las 2am, le explicaron que su parto posiblemente sería a las 6am y la enviaron a la posada AME,<sup>31</sup> sin embargo, decidió quedarse en la sala de espera 2 horas, su esposo pidió que la revisaran antes de la hora indicada por el médico ya que Mariela no se sentía bien:

*Cuando entre a revisión a las 5am me decía (se refiere al médico) “pues síguete quedando dónde estás” y le digo “pues si acá afuera” y me dice “ya no te voy a revisar, hasta las 11” y le digo “¿Hasta las 11?, está bien hasta las 11, pero va a ir sobre usted, porque yo no me dejo” y ya se me queda viendo y me dice “descansa” y le digo “¿pero cómo si no puedo dormir?” Y aparte no me podía acostar, me dolía mucho, si me sentaba me dolía, si me paraba me dolía, si caminaba me dolía, y pues no. Le dije a mi esposo que mejor me quedaba ahí. Yo estaba sudando, y mi esposo decía que tenía frío, me preguntaba si yo no tenía frío y le dije que no, me veía que estaba bien sudada y toda colorada.*

Horas más tarde Mariela pidió que revisaran nuevamente su evolución del trabajo de parto, aunque cree que su presencia aburría al médico que ya la había atendido anteriormente, nunca se lo dijo, sin embargo, su actitud lo demostraba. Ante esto, se quejó con otro médico una vez que estuvo en tococirugía y pidió que le llamaran la atención.

---

<sup>31</sup> La posada para Atención a la Mujer Embarazada (AME) Es un espacio físico ubicado cerca de un hospital con capacidad resolutive que cuenta con camas, cocina, baño y estancia para que las mujeres que residen en localidades dispersas de un servicio de salud y que requieren atención especializada durante el embarazo, el parto o el puerperio, puedan recibir hospedaje junto con sus hijos y/o familiares durante el tiempo necesario.

El cuñado de Mariela llegó a las 10 am al hospital, al ver su estado le sugirió a su hermano que hablara con otro médico para que la ingresaran de inmediato, su estado había empeorado:

*...cuando me metieron, eran como las 10, y ya me sentía bien mal, bien cansada, y me ganaba el sueño, me vencía el sueño, hasta parada me dormía, se me iba todo, cerraba los ojos y no sabía dónde estaba. A la hora que ya me pasaron a la cama me quedaba dormida, se me olvidaba que estaba yo ahí, y ya cuando me pasaron a la sala de parto me quedé acostada en la cama, me pusieron el termómetro acá (axila) y no se creo que me dormí, y que levantó el brazo y se cayó, la enfermera me dijo “mira lo que te dije” y le digo “no sé que me dijiste, ya te lo pago al rato”. Me estaban checando y yo me dormí.*

La ingresaron a tococirugía, la enfermera mencionó que no parecía que tuviera nueve meses pues su vientre era muy pequeño, al pasarla a una nueva cama y después de diez minutos a Mariela se le rompió la fuente, informó a la partera y enfermera que ya no aguantaba, quiso levantarse porque pensaba que así toleraría más el dolor que recostada, sin embargo le negaron pararse ya que en ese momento el PSI alistaba lo necesario para la atención del parto en la cama de parto vertical.

En el momento del parto no gritó aunque si manifestó que le dolía, la enfermera le dijo “de por sí duele hija, pero respira y se te va a pasar, ahorita te duele, pero cuando nazca tu bebé ya no va a pasar nada”. No quiso gritar, recordó que a una prima le dijeron en el hospital “apoco gritaste cuando lo tuviste”. Guadalupe sólo cerró la boca:

*...ella (señala con la mirada a su hija que la carga en su regazo) estaba naciendo, estaba yo pujando y me preguntan “¡¿CÓMO SE VA A LLAMAR TÚ BEBE?!” Y yo le digo “Alisa” y me dicen “¿cómo?” y les digo “¡ahorita!”. Pues estaba yo pujando, y a la hora de que ya no pujo pregunta “cómo se va apellidar tu bebé”, no me dijo niña, y le digo “Arrieta Lozano” Y me dice “¿Adelita?”, “¡Que Arrieta!” y otra vez me*

*pedía que lo repitiera, yo nada más me quedé de ‘no manches, no la chinguen. A mí me dolía y ellos ahí preguntando’.*

Le hicieron episiotomía, sólo le explicaron que le iban a cortar “tantito” para que su bebé pudiera salir. Le realizaron en total la última noche 4 tactos vaginales efectuados por diferentes personas. Se referían a ella como hija, no por su nombre. No pudo estar acompañada durante el parto aunque su esposo lo pidió, y tampoco le informaron del estado de salud de ambas, él tuvo que preguntar y el vigilante le informó después de dos horas.

Al preguntarle como consideraba la atención -en general- por parte del personal fue buena, no identificó algún tipo de violencia física o verbal, ya que ella respondería en caso de sentir algún maltrato, y comenta “me decían hija, pero con respeto, porque si no, (risas) porque yo no me dejo.”

#### 5.2.2 Jessica: “Como que quería yo llorar y me decía: no llores, mejor puja”

El domingo 30 de marzo a la una de la tarde Jessica comenzó a sentir dolor abdominal y llamó a su esposo que estaba en el trabajo. Llegaron al Hospital General de Cuetzalan a las 2pm, la revisaron y enviaron a caminar. Dos horas más tarde fue ingresada con 5cm de dilatación. El personal de salud que la recibió fue amable con ella; sin embargo, hubo cambio de turno y la médica que atendió su parto fue descortés:

*La doctora que me atendió has de cuenta no dejaba que me expresara... que... llorara o así, has de cuenta que me regañaba. Haz de cuenta quería llorar y me decía... no sé...como que quería yo llorar y me decía “no llores mejor puja” pero como con regaños. Ella es que no sé cómo decirlo pero como que no.*

Durante la entrevista Jessica se mostró intranquila, su esposo que estaba junto a ella la abrazó y ante la dificultad que representaba expresar su experiencia, su esposo comentó:

*Yo pienso que ha de ver sido un poquito prepotente la doctora tal vez ella no sintió cómo se siente tener un bebé (...) porque me decía que le pedían que pujara más fuerte pero haz de cuenta que a ella pues como que le faltaba el aire para hacer fuerza y me la regañó.*

Le pedían que “pujara para abajo, no para arriba”, y aunque en ése momento no le dieron una mejor explicación, Jessica no tenía energía para seguir pujando por el dolor. La médica decidió entonces hacerle una episiotomía, aunque no sin regaños:

*... cuando me estaba cociendo sentí que me jalaba mucho y aparte tenía uñas largas y me rasguñaba y pues esta uno frágil de que acaba de nacer él bebé pues si me dolía y luego me movía yo y me decía “no se mueva porque si le queda algo o tiene una hemorragia no va a ser mi culpa, va a ser de usted” Y de dije “pero es que me duele, me duele, me lastima con sus uñas” Y yo pienso que un doctor o una doctora no tiene que tener las uñas largas.*

Incluso después del parto Jessica le dijo a la médica “*lo que pasa es que usted es muy exigente*”, sin obtener respuesta. Al preguntarles si en algún momento pidieron que el esposo de Jessica estuviera presente durante el parto respondieron que había reglas en el hospital, que niegan el acceso a familiares, sin embargo les gustaría que permitieran el acompañamiento durante todo el proceso del trabajo de parto. Menciona que una de las necesidades de mayor importancia es que informen de manera oportuna sobre el estado de la mujer e hija(o) ya que pasan horas antes de saber si su hija(o) nació. Incluso el tiempo que les permiten ingresar a familiares y amigos es únicamente en la hora de visita, sin embargo el tiempo es reducido, (11:00am-11:30am y 4:00pm-4:30pm) y normalmente ese tiempo se ocupa en hacer compras pendientes (ropa, pañales, agua), cuando desearían pasar más tiempo con la madre y el bebé.

Al preguntarle cómo consideraba la atención en general por parte del personal de salud respondió que no le gustó, identificó como violencia física y verbal los rasguños durante la episiotomía y la actitud de la médica que la responsabilizaba de una hemorragia si se movía.

### 5.2.3 Maribel: “Ahí en el pasillo, ahí me checó, otra vez el tacto”

El lunes 24 de marzo a media noche Maribel comenzó a reconocer los signos de trabajo de parto y dijo a su esposo “te voy a dar lata al rato”. Dudó por una hora si pedir a su conyugue que la llevara al hospital ya que no sentía mucho dolor. En el traslado al nosocomio rompió la fuente en el coche, finalmente a la 1:30 am llegaron y tras su valoración el médico le indicó que tenía 9 centímetros de dilatación y era necesario ingresarla en ese momento.

La dejaron en una camilla en el pasillo, después de media hora le realizaron el tacto vaginal en ese lugar:

*...lo que no me gustó es que luego para llegar a la sala de expulsión aparte hay como unas camillas donde las tienen todavía antes [se refiere a la sala de labor] y ya donde me van a pasar con el médico que me va atender ahí y le dicen las enfermeras “¿la va a checar aquí doctor o la pasamos a la mesa?” y responde “¡Aquí!”. O sea en el pasillo, todavía ni llegamos al cuarto y pues ahí en el pasillo, ahí me checó, otra vez el tacto y todo eso y ya ahí. A mí eso no me gustó porque pasa vigilancia, intendencia y a mí eso como que no me pareció.*

Su parto fue a las 2:30 am, en postura de litotomía, no le dieron la opción de utilizar la cama de parto vertical, no se sentía cómoda recostada, el dolor era más fuerte en ésta posición; sin embargo, cree que de cualquier forma ya le faltaba poco para el parto, todo fue muy rápido, en menos de una hora había nacido su hija.

*...yo no fui muy escandalosa, no me dijeron nada, fue rápido porque bueno, así escuchando comentarios de que “ellos se molestan”, y como trabajo en una farmacia y luego las señoras me cuentan y me dicen que las regañan los médicos de que gritan o hacen mucho pancho y yo dije “¡yo me aguanto, yo mejor no grito!”.*

Ni el médico ni enfermeras(os) se presentaron, se referían a ella como “señora”, y también como “madre” no por su nombre. Piensa que las enfermeras “son muy

*prepotentes muy no sé, son feas, muy serias, muy enojonas y pues es su trabajo.”* Por la noche después del parto no había PSI para pedir ayuda, su hija no dejaba de llorar y no podía amamantarla, además tuvo que ir sola al baño ante las dificultades que representa caminar con el suero.

Posterior a la revisión y control de rutina se dio cuenta que su hija estaba ronca, las enfermeras la revisaban y no le dijeron nada. Días posteriores fue con un médico particular quien le informó que no le habían sacado todas sus flemas, ahora Mariela tiene que sacárselas con una perilla a su hija. Al preguntarle si el personal de salud respondió sus dudas mencionó que trataba de no preguntar nada, prefería escuchar todo lo que ellos decían.

Después del parto la dejaron en espera de nuevo en el pasillo.

*...igual de regreso ya cuando me llevan al cuarto donde están con su bebé igual estuve un rato en el pasillo y le digo a mi esposo ‘pues creo que no es la forma, por eso hay espacios y está asignado el lugar para estar y no en el pasillo’, estuve un rato ahí en lo que me recibía el médico de donde están las señoras.*

Su esposo que permanecía en la sala de espera, preguntó reiteradas veces sobre el estado de Maribel, sin embargo el vigilante (que es el único contacto de comunicación entre la parturienta y su pareja) tampoco tenía dato alguno. Pidió hablar con la enfermera para solicitar un permiso para ver a su esposa, éste fue negado y le pidieron regresar a las 11:00 am en el horario de visita. Fue hasta las 5:00 am que al pedirle la ropa y pañales supo del nacimiento de su hija.

Al preguntarle si en algún momento se sintió maltratada por el PSI mencionó “*No, nada más fue eso*”, refiriéndose al tacto en el pasillo. No se sintió ignorada. Al cuestionarle cómo se sintió en todo el proceso del parto respondió “*Tranquila pues ya pasé uno y ya...*” Era su segunda hija y sabía a lo que iba en el hospital.

#### 5.2.4 Martina: “Que estaba muy chica, que ya no iba yo a disfrutar mi vida”

Martina llevó su control prenatal en el Hospital General de Cuetzalan por ser de alto riesgo, al ser menor de edad y tras una caída a los 8 meses requería vigilancia especializada. La primera consulta a la que asistió, el médico lejos de darle recomendaciones de cuidado la regañó por su embarazo a los 16 años:

*En la clínica y en el hospital me dijeron que estaba muy chica, que a lo mejor todavía no estaba preparada y que ya no iba yo a disfrutar mi vida.*

Incluso el regaño fue para la madre de Martina también:

*Nos tocó ese doctor y me dijo “Señora ¿En qué falló usted?” le digo “pues yo siento que en nada porque yo se los venía platicando a mis hijas, que se cuiden que si tienen un novio que se den a respetar y también que hable con el muchacho le dije “respeto a mi hija todavía está muy chica” (...) Entonces me pregunta el doctor que si nunca hablé con mi hija y le dije “Que si doctor, yo de hecho hablo con mis hijas, nos sentamos y platicamos, yo siento que no fallé doctor pues ahora sí que ella, no sé, no la pensaron porque yo siempre les vengo platicando, el día que quieran tener su vida sexual pues hay muchas cosas para no embarazarse”. (...) fue más la regañada porque fue más tardado eso que lo que la revisó y todo eso.*

Es importante mencionar que durante el embarazo vio a dos parteras, la primera vive en su comunidad (Xochical) y trabaja en el Módulo de Medicina Tradicional; la otra partera que también es enfermera atiende en un pequeño consultorio en la cabecera municipal. Ninguna le hizo comentarios desaprobatarios ni cuestionó su embarazo a su edad. La segunda partera tiene vinculación con el hospital de Zacapoaxtla y le dio a Martina un pase de atención para su parto. Les parecía mucho más seguro ese hospital ya que cuentan con personal especializado en caso de alguna emergencia obstétrica, sabían que en Cuetzalan no hay ginecólogo tres veces por semana y el riesgo que corría era alto en caso de requerir un traslado.

El 1° de abril Martina comenzó a sentir dolor abdominal a las 4:00 pm, avisaron a su esposo y a las 7:00 pm llegaron al hospital de Zacapoaxtla, sin embargo no la quisieron atender, una doctora les dijo que no les correspondía ese hospital y les pidió ir al de Cuetzalan. Les tomó un par de horas decidir la conveniencia de regresar, temían que Martina sufriera alguna complicación en el camino. Finalmente llegaron al hospital de Cuetzalan a la 1:00 am, el médico que la revisó le sugirió regresar al siguiente día, pero con la inquietud y miedo de la madre decidieron quedarse en la posada AME.

Cabe mencionar que no cuentan con vehículo particular y en la madrugada no hay servicio de transporte público, ni taxis. Además, su domicilio se encuentra muy cerca de la cascada Atepatahua, no hay forma de llegar en automóvil, es un lugar muy alejado del Hospital General de Cuetzalan, para llegar hay una desviación a un kilómetro caminando por senderas rocosas que descendían, sin servicio de electricidad; era prácticamente imposible regresar, al menos esa noche.

Martina y su madre permanecieron tres días más en la posada AME, la revisaban cada cinco horas y el viernes decidieron ingresarla a las 8:00 am para mantenerla en observación.



Fotografía 16: Posada AME en HGC.  
25 de Febrero del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

Una vez dentro y bajo supervisión médica constante, le pusieron una sonda ya que no podía defecar, también le pusieron oxígeno y regularon su presión arterial. Le

indujeron el parto con oxitocina, le aplicaron anestesia epidural, un médico y enfermera utilizaron la maniobra de kristeller, además le hicieron episiotomía.

*Cuando vieron que ya no podía fue cuando me metieron el medicamento en el suero y fue que hizo que me dieran los dolores, me ayudaron un doctor y una enfermera me ayudaron me agarraron el estómago así [señala su abdomen en la parte superior] y me aplastaron en cada pujido para que pudiera salir [el bebé].*

Le prohibieron gritar “Me dijeron que no gritara porque al hacerlo se iba el aire y que no podría pujar”, y también llorar, aunque con la anestesia no sentía nada. No pudo tomar agua hasta el siguiente día del parto, cuando su esposo le compró una botella de agua, aunque le explicaron que por medio de la intravenosa su cuerpo se hidrataba. Su esposo pidió permanecer durante el parto, pero le indicaron que estaba prohibido y que tenía que estar sola.

A pesar de las diversas acciones incómodas en el momento del parto por parte del personal médico, Martina menciona que no se sintió maltratada, las enfermeras y el médico se presentaban en cada cambio de turno con ella y de manera frecuente preguntaban sus síntomas. Además le dieron la opción de elegir entre la posición de litotomía o parto vertical, optó por la primera opción.

Pasaron 4 horas y no daban noticia de Martina a su madre y familiares, estaban sumamente preocupados ya que no les informaban sobre su estado de salud, sobre todo ante el temor de requerir un traslado hospitalario ya que no había ginecólogo, y no les garantizaban el servicio de ambulancia. A las 10:30 pm les informaron que madre e hija estaban bien, sólo ante la insistencia de la señora al vigilante y la recepcionista de la farmacia. La Sra. Eugenia, madre de Martina mencionó:

*Pues eso está incorrecto yo pienso que con que nos diga que ya nació y que esperemos. Ya con eso nos tranquilizan, pero hasta que a ellos les pegan la gana y pasan horas antes de avisarnos.*

### 5.2.5 Marta “Parto fortuito: no alcancé a llegar al hospital”

Como a las demás informantes, conocí a Marta en el hospital, durante las visitas previas en su domicilio. La trabajadora social me indicó que podía hablar con ella, tuvo un «parto fortuito», término utilizado en México para describir los nacimientos que ocurren fuera de las instalaciones médicas destinadas a la atención obstétrica que involucra una gran diversidad de condiciones, entre ellas, algunas con un elevado riesgo de morbilidad y mortalidad, tanto materna como perinatal. Razón por la que se incluye dentro de los estudios de caso, si bien no recibió atención médica durante el parto, es importante conocer bajo qué circunstancias ocurrió.

Como se describió al inicio del trabajo, llegar al domicilio de Marta no fue tarea fácil, ya que vive entre Tishiapan y Tepetzintan. Fue gracias a las personas en Ayotzinapan que amablemente me indicaron como llegar al domicilio de su madre, la que me llevó personalmente. Caminamos cerca de cuarenta y cinco minutos, atravesando pequeñas colinas, maizales y potreros, desde la parada más cercana llamada “Zotola”.



Fotografía 17: Vivienda en Tishiapan.  
31 de Marzo del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya



Fotografía 18: Camino a Tepetzintan.  
31 de Marzo del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

Durante la entrevista estuvieron presentes, su madre, suegra, cinco hijos y su esposo que estaba detrás de un poste, me percaté de su presencia sólo hasta que respondía algunas de las preguntas por ella. Mencionó que acudió hasta el sexto mes de embarazo a su consulta prenatal en la clínica de Tepetzintan, el camino es largo aproximadamente 40 minutos a pie, y no podía llevar a todos sus hijos con ella.

El 31 de marzo a las 11:00pm Marta comenzó a sentir el dolor que caracteriza el trabajo de parto, su esposo fue en busca de la partera Joaquina que vive en San Miguel Tzinacapan, a una hora de camino a pie. Al llegar a su domicilio le dijo que estaba muy enferma y no podría asistir a su esposa, le indicó el domicilio de otra partera que estaba en una comunidad cercana. Al llegar con la partera Ofelia y explicarle la situación de su esposa decidió acompañarlo a Tepetzintan, no sin antes recibir regaños de su esposo por arriesgarse a salir a media noche; sin embargo, ella respondió que ella sentía una obligación por los conocimientos que tiene como partera, tomó un botiquín y partieron.

Al llegar con Marta, su hija ya había nacido en su casa, la niña estaba morada envuelta en trapos en el suelo, tenía dificultad para respirar, la partera la limpió y cortó el cordón umbilical de la placenta. Regañó al esposo por no llevarla antes al hospital o buscar a una partera que la llevara, Marta no quiso que le diera ningún té, ni que la sobara. Al siguiente día tuvo que convencerlos y llevarlos al hospital, ambas estuvieron tres días hospitalizadas, la hija de Marta estuvo en incubadora.

La partera Ofelia lavó ropa y mantas que se utilizaron durante el parto, le pagarían por hacer este trabajo \$150 pesos, no por acudir a la media noche para ayudar a Marta y su hija, puesto que ya había nacido. Sin embargo y hasta la fecha de la entrevista no le habían pagado. Y menciona:

*Y a veces como te dije hace rato, la gente ya no quiere pagar, porque luego dicen “pero se los paga el gobierno” Yo le contesto a mis pacientes “pero eso no es pago, es una recompensa, no nos dan cada 15 días como a los médicos, porque nosotros no somos*



Fotografía 18: Partera Tradicional San Miguel Tzinacapan.

5 de Abril del 2014

Autora: N. Angélica Sánchez Maya

### 5.2.6 Guadalupe “Hija, le tienes que ganar a tu compañera”

Como se mencionó al inicio del apartado, los últimos dos estudios de caso correspondientes a Guadalupe y Francisca, se desarrollaran con base en lo registrado en el diario de campo los tres días que estuve en Tococirugía. El siguiente relato corresponde al día 27 de mayo del 2014 en el momento en que estuve con Guadalupe durante su trabajo de parto:

*Había una mujer en la camilla 3 que pedía ayuda, decía “por favor ayúdenme, ya no aguanto, virgencita, Dios, ayúdame ¿Por qué a mí?, revísenme, denme algo para el dolor”. La enfermera y la doctora sin verla le respondieron “respira por la nariz”. Decidí acercarme, le di la mano, ella la presionó y me dijo “ayúdame por favor ya no aguanto”. No supe que decirle al tiempo en que sostenía su mano y tocaba su hombro, le pedí que se tranquilizara y busqué en la siguiente habitación a la partera, la Dra. Margarita continuaba llenando formatos. Fui a los vestidores y la partera platicaba con una mujer de intendencia sobre la comida, me vio, sonrió, se dio la vuelta y se fue.*

*Regresé con Guadalupe y tomé de nuevo su mano, ella inhalaba y exhalaba de manera apresurada, le pregunté si tendría niño o niña, ella contestó que sería un varón, que vive en Veracruz y era su primer hijo. Mencionó que una semana antes, según el criterio del médico que le realizó el ultrasonido le dijo que su parto sería vía cesárea, además ella lo quería así. Le dije que era mejor un parto normal y que la recuperación de la cesárea era más tardada y que los médicos sabrían que sería lo mejor para ella.*

*Después de una hora Guadalupe seguía quejándose por el dolor, continuaba diciendo “Diosito ayúdame por favor ya no aguanto, me quiero ir, quiero ir a otro hospital aquí no me atienden, ya no lo soporto” Me veía y me pedía ayuda, le respondí que no podía hacerlo ya que no era médica. Ella movía los pies, sujetaba la orilla de la camilla con fuerza y preguntó si podía pararse, la partera le dijo que no porque tenía 9cm de dilatación y no era conveniente, los ejercicios que había hecho poco antes en el baño le habían servido (rotación de*

*cadere sujetándose de un tubo y medias sentadillas). Pasó media hora más y la mujer no paró de quejarse ni un minuto, estaba exhausta y desesperada, la partera tomó sus guantes y le hizo la cuarta revisión pélvica en casi dos horas, le pedía que pujara cuando sintiera dolor, la partera con fuerza metía su mano y la mujer se quejaba por la incomodidad. Le dijo que aún le faltaba pero que continuara respirando.*

*De pronto la enfermera, partera y médica platicaban de la boda de una compañera del hospital. Se olvidaron por completo de Guadalupe que pedía que le hicieran “algo” para aminorar su dolor. Éstas de vez en cuando lanzaban la frase “respira profundo por la nariz, tranquilízate que le haces daño a tu bebe, si no te tranquilizas no habrá avance”. Les parecía normal que ella se quejara y platicaban de su vida en general. Después Guadalupe de nuevo dijo “me quiero ir, es que aquí no me atienden, ayúdame Dios” La Dra. Margarita respondió “si te estamos atendiendo ya te revisamos pero todavía no es tiempo”. Otra enfermera que acababa de entrar dijo “Hija respira bien profundo por la nariz, acuérdate que tú bebé respira todavía a través de ti”.*

*En ese momento ingresó otra mujer con 9cm de dilatación, se sujetaba de los tubos de la camilla y se quejaba con los ojos cerrados. Después de una hora ambas comenzaron a manifestar dolor con más intensidad, dudaron quién se aliviaría primero pero decidieron atender a Guadalupe; la pasaron a la cama de parto vertical, le quitaron las vendas de las piernas y las cubrieron con unas botas de tela. En el momento en que la partera se sentó frente a ella dejó de manifestar dolor, se veía tranquila y cuando sentía dolor sólo se quejaba bajo, hubo un momento de silencio. La partera le pidió que pujara cuando sintiera dolor, después de varios intentos el bebé no bajaba, apenas se veía el cráneo, le sugirió que tomara diferentes posturas para que pujara con más fuerza. Dos enfermeras que estaban a su lado le decían “puja como si quisieras hacer popo, puja”. La partera le pidió a una de ellas que le hiciera la maniobra de Kristeller, ella dijo que no tenía mucha fuerza, fue por un banquito y se quedó a un costado de la mujer esperando la próxima contracción para presionar con ambas manos el estómago*

de la mujer, en la siguiente contracción se puso detrás de ella y con más fuerza empujó con los brazos.

En ese momento la otra mujer en labor de parto comenzó a decir “ya no, ya no aguanto más” la Dra. Margarita la revisó y pidió preparar la otra sala. Hubo momentos en que ambas manifestaban contracciones casi al mismo tiempo, las enfermeras decían: “A ver quién gana” La partera respondió “pues ella es primigesta y se entiende que sea tardado, pero la otra ya es el tercer hijo” miró a Guadalupe y dijo “hija le tienes que ganar a tu compañera”. En ese momento pidió anestesia local, tomó un instrumento en forma de tijeras y dijo a Guadalupe “te voy hacer un corte”, -“¿Cómo que un corte?” – “Si, para que salga más rápido tú bebé”. Hizo una episiotomía y le pidió que pujara de nuevo, pero apenas se veía la cabeza del bebé, una enfermera mencionó “¡Hija tienes que pujar como si hicieras popo, haz popo! No quiero ese ruido en la garganta bájalo”, la partera continuó diciendo “tú bebe no puede estar mucho tiempo ahí, a la próxima ya tiene que salir o va a sufrir” Guadalupe cansada intentó pujar de nuevo, sin embargo no se veía la cabeza de su bebé, así que la partera decidió hacer otro corte más, la enfermera que aplicaba la maniobra de Kristeller continuaba ejerciendo presión en el abdomen de Guadalupe sin resultado. A la siguiente contracción la cabeza del bebé podía verse un poco más, la partera decidió hacerle un tercer corte, cubría con gasas la sangre que corría, me miró y dijo “se hacen episios a todas las primigestas” Guadalupe pujó de nuevo y su bebé salió, estaba defecando en el momento en que le cortaron el cordón umbilical, de inmediato una enfermera lo tomó e hizo las revisiones explorando al recién nacido, aspiro con la perilla las flemas de boca y nariz, introdujo un tubo a la boca del bebé conectado a un aparato de aspiración, lo limpió con unas mantas, presionó sus labios y nariz un par de veces introdujo un termómetro en su ano, tocó sus testículos y pene, aplicó gotas en los ojos, la vitamina K, midió su cráneo y cuerpo lo pesaron y envolvieron en mantas.

La otra mujer fue atendida por la Dra. Margarita, los dos bebés nacieron con 5 minutos de diferencia.

### 5.2.7 Francisca “Ya casi, pero hay que romperle las membranas”

El siguiente relato corresponde al día 03 de junio del 2014:

*[9:00am]Al llegar al hospital noté que Francisca continuaba en trabajo de parto, había terminado de bañarse, la enfermera le llamaba “Panchita”. Le pidieron que caminara sujetándose del soporte del suero; después de 15 minutos la enfermera tomó una pelota para embarazadas, le pidió que se sentara y se sujetara de una camilla, la enfermera permaneció detrás de ella, le hablaba en náhuatl y le respondía con frases cortas. Después de cinco minutos en la pelota Francisca hizo una mueca de dolor, se le levantó y recostó en la camilla que le asignaron.*



Fotografía 19: Francisca sobre pelota para embarazada y enfermera Amy.  
3 de Junio del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

*Pasaron 5 minutos, en cada contracción se sujetaba de la cabecera y se quejaba con los ojos cerrados, la médica y partera le hacían tacto vaginal cada hora, le tomaban la presión, la temperatura y lo registraban. Otra enfermera se*

acercó y le dijo “señora cuando sienta dolor no puje, todavía no es hora, si lo sigue haciendo su hijo va a nacer con una cabezota”. Francisca sólo asentía con la cabeza.

Una hora más tarde, decidieron incrementar a 20 goteos por minuto en el suero. El Dr. Isaac entró y preguntó cuántos centímetros tenía, le informaron que 9cm y 50% del cuello del útero. Se puso los guantes e hizo un tacto vaginal y dijo “ya casi, pero hay que romperle las membranas y aumentar la dosis de oxitocina para que ya salga”. De inmediato la pasaron a la cama de parto vertical y una vez que se acomodó la partera metió la mano en el útero y rompió fuente, Francisca gritó muy fuerte y de un solo pujido logro sacar al bebé como disparo, fue tan rápido que la partera se agachó para tomar al bebé que casi caía al cesto de desechos. Segundos después Francisca quedo inconsciente, la enfermera le hablaba y le pedía que respondiera pero no lo hacía, el médico pidió que le pusieran oxígeno, todas estaban ocupadas y él de pie solo observaba a la partera como evaluándola. Una enfermera corrió por algodón y alcohol y lo puso bajo su nariz el médico le quitó la mano y mencionó “dije que oxígeno” se lo puso de inmediato y ella no contestaba, después le inyectaron algo en la solución intravenosa y despertó de golpe muy asustada y lo primero que dijo fue “¿Ya me operaron?” la partera respondió “no hija te van a operar después”.

Una vez que pasaron a Francisca a su camilla pidió agua, tenía mucha sed, no había tomado nada en los últimos dos días, la doctora le dijo que esperara a que su marido le enviara las cosas de su bebé y que pidiera agua.

### 5.3 Análisis comparativo de los casos

Estos siete casos que se han presentado, hablan de la realidad del mundo rural e indígena, y las condiciones de acceso a la salud para las mujeres embarazadas. Se destacaran a continuación aquellos aspectos que perjudican la integridad de las mujeres, reflejando lo que es bien sabido y sin embargo sigue sin resolverse:

### **Caso 1: Mariela, 18 años. San Miguel Tzinacapan.**

- ❖ Mala calidad de la atención en el Hospital (negligencia médica, ausencia de monitoreo, atención inoportuna, largos tiempos de espera).
- ❖ Desacreditación de la mujer como sujeto que sufre; el médico dictaminó que no sentía dolor, aun cuando ellas así lo reportó.
- ❖ Miedo de gritar durante el parto, para evitar regaños o malos comentarios.
- ❖ Falta de sensibilidad del Personal de Salud Institucional.
- ❖ Realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado (episiotomía).
- ❖ Infantilización de la mujer durante el parto: Hija

### **Caso 2: Jessica, 27 años. Cuetzalan.**

- ❖ Ausencia de sanciones para prestadores de salud.
- ❖ Falta de sensibilidad del Personal de Salud Institucional (regaños).
- ❖ Daño físico durante la episiotomía (rasguño).

### **Caso 3: Maribel, 23 años. Cuetzalan.**

- ❖ Realización de tactos vaginales en lugares no apropiados (pasillo).
- ❖ Miedo de gritar durante el parto, para evitar regaños o malos comentarios.
- ❖ No la llamaban por su nombre, solo por Señora o Madre.
- ❖ Negligencia médica a recién nacida (no le sacaron bien las flemas).
- ❖ Falta de información a familiares por estado de salud de Maribel.

### **Caso 4: Martina, 16 años. San Andrés Tzicuilan.**

- ❖ Estigma por parte del PSI por maternidad adolescente. Culpan a la madre por la “falta”.
- ❖ Negativa en atención materna en Hospital de Zacapoaxtla.
- ❖ Exceso de intervenciones médicas (oxitocina, epidural, maniobra de kristeller y episiotomía)
- ❖ Le prohibieron gritar.
- ❖ Falta de información a familiares por estado de salud de Martina.

### **Caso 5: Marta, 22 años. Tepetzintan.**

- ❖ Ausencia de caminos, transporte y condiciones de acceso.
- ❖ Hospital de Cuetzalan a una distancia lejana del domicilio.
- ❖ Acudió a la clínica al sexto mes por la lejanía de su domicilio.
- ❖ Gasto del bolsillo y resolución de emergencias por parte de la población (familia y parteras) y no del Estado.

### **Caso 6: Guadalupe, 22 años. Veracruz.**

- ❖ Mala calidad de la atención en el Hospital (la ignoraron)
- ❖ Desacreditación a la mujer como sujeto que sufre; el Personal de Salud Institucional dictaminó que no sentía dolor, aun cuando ella así lo reportó.
- ❖ Intervención médica innecesaria (maniobra de kristeller y episiotomía)
- ❖ Frases responsivas para culpar a la mujer del lento avance de trabajo de parto.
- ❖ Pedirle competir con otra mujer para tener a su hijo primero.

### **Caso 7: Francisca, 38 años. Tepetzintan**

- ❖ Intervención médica innecesaria (rompimiento de membranas)

Podemos notar que los testimonios de las mujeres en sus percepciones de la atención que recibieron durante el parto, hacen referencia a los patrones de interacción y comunicación que el PSI establece en relación a ellas, y las formas en que aplican los procedimientos sobre sus cuerpos. Es decir, no cuestionan los “mandatos institucionales”, como la posición que deben adoptar, el no estar acompañadas, medicación que reciben y tecnologías aplicadas sobre sus cuerpos. En este sentido, se da por sentado que muchas de las prácticas que se realizan deben ser de esa forma, sin cuestionar las intervenciones físicas como la maniobra de kristeller o episiotomía.

De esta forma “el lugar físico que corresponde a territorio médico, implica que las mujeres quedan aisladas de sus redes sociales de apoyo, y que sus saberes, emociones, sensaciones y experiencias no se constituyen conocimiento autorizado para lidiar con el proceso que las atañe íntimamente” (Sadler, 2003:157)

“El poder simbólico que detenta el campo médico en nuestra sociedad hace que tanto dominantes como dominados compartan la creencia de que en el marco de una buena atención es necesario entregarse a los mandatos médicos sin cuestionar al detentor de ese saber específico” (Castro & Erviti, 2014:39). Recordemos lo que Bourdieu (1998) menciona sobre la fuerza simbólica:

“...es una forma de poder que se ejerce directamente sobre los cuerpos y como por arte de magia, al margen de cualquier coacción física, los actos de conocimiento y de reconocimiento prácticos de la frontera mágica entre los dominadores y los dominados que la magia del poder simbólico desencadena, y gracias a las cuales los dominados contribuyen, unas veces sin saberlo y otras a pesar suyo, a su propia dominación al aceptar tácitamente los límites impuestos, adoptan a menudo la forma de emociones corporales –vergüenza, humillación, timidez, ansiedad, culpabilidad- o de pasiones y de sentimientos –amor, admiración, respeto- emociones a veces aún más dolorosas cuando se traducen en unas manifestaciones visibles, como el rubor, la confusión verbal, la torpeza, el temblor, la ira o la rabia impotente, maneras todas ellas de someterse, aunque sea a pesar de uno mismo y como de malagana, a la opinión dominante, y manera también de experimentar, a veces en el conflicto interior y el desacuerdo con uno mismo, la complicidad subterránea que un cuerpo que rehúye las directrices de la conciencia y de la voluntad mantiene con las censuras inherentes a las estructuras sociales” (Bourdieu 1998:55).

El relato de Maribel, resulta evidente cómo asume que debe comportarse de cierta manera para recibir un buen trato, lo cual sabía antes de ingresar al hospital, por lo que sus amigas y otras mujeres le habían contado. Al mencionar “*¡yo me aguanto!, yo mejor no grito (...) pero trataba de no preguntar nada, solo escuchaba lo que decían*” Como ella, la mayoría de las mujeres se quedan en silencio y no intervienen ni preguntan; la información que reciben es muy poca y en términos muy simples.

Es importante reforzar como Maribel traspasa el poder de la toma de decisiones al PSI, dando por sentado que lo que se le indique es lo correcto, independiente de lo que ella sienta o quiera. Como la postura, ya que menciona *“Pues me sentía un poco incómoda, pues es que también faltaba muy poquito porque si se siente feo acostada y con dolores pues sientes más feo y aguantas más parada que todo acostada, pero era poco lo que me faltaba y ya.”* De igual forma durante el tacto vaginal en el pasillo, cuando la enfermera pregunta al médico *“¿Aquí en el pasillo?”* El dialogo es exclusivo entre el PSI, no pidió que se le revisara en el lugar adecuado, no cuestiona las decisiones del médico aunque ella se sienta incómoda y poco segura.

A través de las entrevistas se puede observar, que a veces el poder y la violencia simbólica no alcanzan para controlar los cuerpos de las mujeres, y es necesario otro tipo de mecanismos de dominación mucho más explícitos. Como amenazar con que si la mujer no hace lo que el sistema le exige su bebé o ella corre riesgo. Como la enfermera indicó a Francisca *“señora cuando sienta dolor no puje, todavía no es hora, si lo sigue haciendo su hijo va a nacer con una cabezota”*.

En las narrativas, notamos también el trato infantilizador representado en frases como «hija» «mamita». “Cuando los profesionales quieren tratar de una forma cariñosa a un paciente pero al mismo tiempo quieren tener la responsabilidad y poder sobre sus decisiones, el único resultado posible es el trato infantilizador” (Quevedo, 2012:66).

En el caso del parto fortuito de Marta, podemos decir que:

*“...es una condición que se presenta prácticamente en todos los países con variaciones en su frecuencia en relación inversa con el grado de desarrollo humano del país o microrregión. No obstante, existen patrones que se repiten entre los diferentes estudios publicados: mujeres pobres con baja escolaridad, sin control prenatal, multíparas con una gran distancia por recorrer entre el domicilio y el hospital o con fallas en el acceso a un medio de transporte, así como deficiencias en el sistema de atención ambulatoria pre-hospitalaria”* (Villanueva, Morales, Lezana, 2014:67).

A partir de las experiencias narradas de cada una de las mujeres y de mi experiencia como observadora se puede dar respuesta a la pregunta formulada al inicio del apartado al cuestionarnos si existe Violencia Obstétrica en el HGC. Podemos afirmar que se ejerce Violencia Obstétrica en el nosocomio, en tanto que viola los derechos de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio, se da una apropiación de su cuerpo y procesos reproductivos por parte del PSI, misma que se expresa en un trato deshumanizador con maltrato psicoemocional y humillante en el cual existe un abuso de medicalización<sup>32</sup> y patologización de los procesos naturales, que trae consigo la pérdida de autonomía de las mujeres y su capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad en momentos tan vulnerables, al privarlas del acompañamiento psicoafectivo de su pareja o familiar.



Fotografía 20: Pintura del Hospital General de Cuetzalan - Pintor: Gregorio Méndez Nava.  
25 de Marzo del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

<sup>32</sup> Por medicalización entendemos “el uso de cualquier sustancia que se introduzca en el cuerpo de la mujer para afectar el curso natural del parto (acelerarlo o des-acelerarlo), o para aliviar el dolor, que se relaciona directamente con la tecnología de cada cultura. La tecnología se refiere por una parte a un conjunto de equipos, aparatos, herramientas y máquinas” (Sadler, 2003:67)

#### 5.4 ¿Violencia Obstétrica? Un tema del que no se habla

Una parte fundamental de la investigación fue conocer cómo se comprendía el concepto de Violencia Obstétrica el PSI y las mujeres que recibieron atención en el desenlace de su embarazo en el Hospital General de Cuetzalan. Comenzaremos por las respuestas de los médicos:

**I: Dr. Adrián (Ginecobstetra) E: Entrevistadora**

*E: Pasando al tema de Violencia Obstétrica ¿Conoce usted el termino y a que se refiere?*

*I: ¿De qué?*

*E: De Violencia Obstétrica*

*I: Ummmm... Violencia Obstétrica... Híjole... Violencia... pues no se a que se refiera la Violencia... ¿desde el punto de vista hacia quién? ¿Hacia la embarazada?*

*E: Si, hacia la embarazada*

*I: ¿De parte de...?*

*E: Del personal de salud.*

*I: Bueno yo creo que la violencia se puede dar en muchos aspectos, puede ser física pero también puede ser mental, verbal o psicológica. Y pues si la conocemos y yo siempre trabajo con residentes, con médicos generales, con pasantes y lo que se les comenta o que se les inculca es que a la gente hay que hablarles pues bien sin ese tipo de violencia, que trate uno a veces de intimidar a las embarazadas, asustarlas, darles maltrato, creo que lo importante es darles la apertura para que la gente venga, entienda y que realmente pues la gente cuando esté en su comunidad haga todas las acciones necesarias para cuando tenga una complicación... si conozco la violencia obstétrica como no, pero que puede ser psicológica el hecho de que y principalmente cuando se atienden los partos “¡abre las piernas!” yo he escuchado a veces a dos que tres enfermeras o médicos que posteriormente les llamamos la atención porque no puede ser eso, y actualmente yo creo que a la mejor mientras este yo ahí presente pues la gente trata de*

*comportarse como debe de ser, después de que yo no esté quién sabe como lo hagan, pero si, si conocemos.*

El Dr. Adrián al inicio no reconoce el término de Violencia Obstétrica, incluso duda de parte de quién se ejerce. Posteriormente menciona algunos tipos de violencia, tales como: física, verbal y psicológica. Sin embargo sólo enfatiza en las últimas dos, e incluso lo percibe como un problema de “calidad de la atención” hacia la mujer en trabajo de parto. Aunque habla de la violencia física, no lo relaciona con las intervenciones que realiza el PSI a fin de crear mecanismos de control sobre cuerpo de la mujer, como la medicalización, seguramente porque las percibe como necesarias.

### **I2: Dr. Arturo (Ginecólogo) E: Entrevistadora**

*E: ¿Usted conoce el término de violencia obstétrica y a que se refiere?*

*I2: Aja*

*E: Me puede contar.*

*I2: ¿Lo de violencia obstétrica?*

*E: Si por favor.*

*I2: Se supone que en el trabajo de parto o durante el embarazo tienen ciertos derechos las mujeres y dentro de esos derechos es que no tengan, o sea que tengan confiden... (No recuerda la palabra)*

*E: ¿Confidencial?*

*I2: Confidencial lo que dicen, no se deben de tratar de que “abre las piernas mamacita” violencia en ése aspecto a eso es a lo que se refiere de manera verbal y también hay violencia de manera ¿cómo te diré? Pues que les abren las piernas a fuerza ¿no?*

*E: ¿Física?*

*I2: A si física exactamente.*

*E: ¿A qué tipo de derechos se refiere que tienen las mujeres?*

*I2: A eso, es a lo que se refiere tienen ciertos derechos ellas de conservar de que no las estén agrediendo tanto verbalmente cómo físicamente, sobre todo está un poquito más enfocado al momento del parto pero desde que inician el embarazo hasta cuando nacen, por ejemplo una chamaca que está*

*embarazada, desde el principio [se refiere al inicio del embarazo] porque “no mira deberías de andar jugando con tus muñecas y no irte con el novio” esa es la palabrita “primero sentiste bonito y ahora” ese tipo de cosas. (...) me ha tocado presenciar a veces en el trabajo de parto de que se jalar un poco más bruscos, sobre todo con la mesa las pacientes de litotomía que tienen que subir las piernas y eso pero son duros porque por ejemplo si la paciente pone resistencia pues te tienen que jalar pero así agresión ¿no?.*

El Dr. Arturo comienza por reconocer algunos derechos de las mujeres en su etapa reproductiva, aunque no hace alusión a ellos, solo identifica la violencia verbal, y aunque menciona también la violencia física cree que los movimientos bruscos para sujetar las piernas de las mujeres son “necesarios” cuando ellas necesitan movilidad durante las contracciones en el trabajo de parto, o en cualquier otro momento. Tampoco identifica las intervenciones innecesarias o medicalización durante el parto.

De igual forma se preguntó a las mujeres que recibieron atención en el desenlace de su embarazo en el Hospital si conocían el término de Violencia Obstétrica y a qué se refería. Todas respondieron que nunca habían escuchado el término y no sabían que significaba.

En los estudio de casos, identificamos que 5 de 7 mujeres<sup>33</sup> manifestaron que no recibieron ningún tipo de violencia como: maltrato físico o verbal, sentirse ignoradas por el PSI, humilladas, con miedo, inseguridad, mal estar, ser criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto. Por el contrario, pese a las situaciones que pasaron manifestaron sentirse bien. La única que señaló maltrato físico fue Jessica, con los rasguños durante la episiotomía.

Podemos notar que muchas mujeres no saben que han sido víctimas de Violencia Obstétrica, por la falta de información y de conocimiento en torno al tema. Y como ya se ha dicho antes, porque en esta sociedad patriarcal la violencia es aceptada, está integrada en la vida cotidiana y de esa forma se normaliza e invisibiliza.

---

<sup>33</sup> No se cuenta a Marta por el parto fuera de la unidad hospitalaria.

Concluimos en este apartado evidenciando el desconocimiento del término sobre Violencia Obstétrica por parte del PSI y las mujeres entrevistadas. Este estudio permitió mostrar que está presente y no es familiar en ambos grupos.

### 5.5 ¿Intervenciones médicas o criterios personales?

“La medicina ha creado innumerables intervenciones médico–científicas con el objetivo de hacer del proceso reproductivo una secuencia dependiente del sistema sanitario” (Arnau, 2012:35). En la siguiente tabla se esboza las intervenciones a las que fueron sometidas las mujeres que recibieron atención durante el parto en el Hospital de Cuetzalan:

Intervención médica	Inf.1	Inf.2	Inf.3	Inf.4	Inf.5	Inf.6	Inf.7	
Episiotomía	✓	✓		✓	Parto fortuito	✓		
Corte inmediato del cordón umbilical	✓	✓	✓	✓			✓	
Intravenosa	✓	✓	✓	✓			✓	
Oxitocina	✓	✓	✓	✓			✓	
Epidural				✓				
Rasurado genital		✓						
Enema				✓				
Maniobra de Kristeller				✓			✓	
Amniorexis								
Postura de litotomía		✓	✓					
Número de tactos vaginales	Entre 4 ó 5	Entre 7 o 10	3	Entre 15 y 20			Entre 15 y 20	Entre 15 y 20

Cuadro 10: Intervenciones médicas.

Fuente: Elaboración propia a partir de preguntas realizadas a las MPP en el HGC.

Northrup (1999) menciona que muchos de los procedimientos que se realizan de manera rutinariamente a las mujeres durante el parto, no se basan en datos científicos, si no que “tienen su raíz en los prejuicios contra la sabiduría y el poder curativo innatos

del cuerpo. Muchos de estos procedimientos tienen su origen en opiniones emocionales sobre las mujeres, provenientes de generaciones anteriores. Ejemplo de esto son las episiotomías que se practican rutinariamente en el parto” (p. 87). Incluso el abuso de ésta incisión quirúrgica puede producir daños en la mujer:

“Estudios recientes han demostrado que la episiotomía aumenta la hemorragia, el dolor y el riesgo de lesiones perdurables en el suelo pelviano, algo que las comadronas llevan años diciendo. La episiotomía se ha practicado y continúa practicándose en el parto simplemente porque los tocólogos que lo hacen están seguros de que «protege» de lesiones el suelo pelviano. Sólo hace muy poco que se ha comenzado a poner en duda la conveniencia de este procedimiento, cuando los estudios han demostrado que no es útil y que incluso puede ser dañino” (Northrup, 1999:87).

En el hospital General de Cuetzalan como en muchos de nuestro país no les explican a las mujeres que tipo de procedimiento quirúrgico pueden realizar en su cuerpo. No hay consentimiento previamente informado en el caso de la episiotomía, suele ocurrir que durante el parto solo les digan “*hija te vamos a cortar tantito*”. El Dr. Arturo responde:

*Se supone que se les debe de explicar ahí antes y deben de autorizar. Con la cesárea sí, es una intervención quirúrgica mayor pero cuando ellas ingresan firman unos papeles donde se les explica que si es necesario hacer esto y aquello, hay un formato previo a cuando ingresan a la paciente y el familiar, en ése está autorizado si es necesario hacer una episiotomía.*

Sin embargo, no se hace explícito el procedimiento ni los riesgos que se corre. La episiotomía es un ejemplo contundente de cómo en la práctica médica existe una creencia: el cuerpo de la mujer no puede parir sin intervención.

En cuanto a los tactos vaginales, Sadler (2003) señala que están presentes en sistemas «no medicalizados» y «medicalizados». El primero refiere a los que realiza

una partera tradicional, en la que utiliza “su vista, audición, y sobre todo, sus manos para diagnosticar. Palpando el vientre puede obtener acuciosa información de la posición del bebé y del curso del trabajo de parto” (p.79) en la que incluso realizan técnicas de apoyo cómo masajes, sobadas, manteos.

En el segundo sistema «medicalizado» ocurre en los hospitales, el avance del trabajo de parto “se diagnostica a través de tactos vaginales, sin embargo éstos adquieren un carácter totalmente diferente al de las parteras, más impersonal, rutinario, y más frecuente. Las manos son usadas como medio para medir, o para colocar y operar instrumentos que hacen las mediciones” (Sadler, 2003:79).

Durante los días que estuve en el área de toco cirugía en el Hospital General de Cuetzalan, momentos previos a la expulsión, la partera al tiempo en que esterilizaba el área pélvica le dijo a la mujer en trabajo de parto que no podía tocar ni acercar las manos del ombligo para abajo. En éste sentido:

“El tacto de la madre puede ser concebido como potencialmente contaminante para su propio cuerpo y el de su bebé. Los paños esterilizados que se colocan cubriendo la zona inferior del cuerpo de la mujer, y el desinfectante que se aplica sobre su vagina, refuerzan las divisiones territoriales del cuerpo femenino, separando las zonas que ella está autorizada para tocar las prohibidas, donde sólo el personal médico autorizado puede intervenir. En estas circunstancias el tacto restrictivo rápidamente se transforma en punitivo” (Sadler, 2003:69).

Recientemente, diversos estudios<sup>34</sup> han aportado evidencias sobre las acciones que pueden dificultar el trabajo de parto y que tienen una estrecha relación con la violencia obstétrica. Nos referimos al uso de la oxitocina, si bien se utiliza para que las contracciones sean más frecuentes y más intensas también inhiben el proceso del parto. “En los seres humanos cualquier situación que produzca adrenalina, va a inhibir la oxitocina y por ende el trabajo de parto. Esto sucede en las mujeres con el frío, la luz, el pudor al sentirse observadas, los tactos vaginales, los regaños y cualquier

---

<sup>34</sup> Abordados por el Dr. Dr. Michel Odent. Médico francés, investigador ginecobstetra.

situación que produzca temor e inseguridad. La utilización de oxitócicos sintéticos y la anestesia epidural, también inhiben la producción de oxitocina natural” (Almaguer *et al*, 2010:7). Incluso un estudio de la Universidad Duke y la Universidad de Michigan indicó que hay una relación ante el uso de oxitocina sintética y el autismo, sobre todo cuando el bebé es varón:

“One possible explanation for the induction/augmentation-ASD association is through exposure to exogenous oxytocin. An estimated 50% to 70% of women who undergo labor induction receive exogenous oxytocin, a suggested contributor to the development of autism” (Gregory, Anthopolos & Osgood & Grotegut & Miranda, 2013:963).

En cuanto al corte del cordón umbilical el tiempo estimado tendría que ser de tres minutos después del nacimiento, ya que aumentaría las reservas de hierro en el organismo del bebé. Tal es la conclusión de un estudio realizado en Buenos Aires, en el que se encontró que cuando se practica el corte de cordón de forma inmediata al nacimiento la frecuencia de anemia por falta de hierro es tres veces superior en los bebés. Sin embargo, en la mayoría de los hospitales en nuestro país lo hacen de manera inmediata.

Otra intervención es la Maniobra de Kristeller, la presencia de complicaciones ante esta maniobra es enorme, los principales problemas para la madre son el aumento del riesgo de desgarros, rotura del útero y desprendimiento prematuro de placenta.

Es importante mencionar que la posición que las mujeres tomaron durante el parto fue a decisión del médico(a), la “ventaja” que tienen las mujeres en el turno matutino es utilizar la cama de parto vertical, la única que atiende en esta posición es la partera profesional Marcela. En los otros turnos se utiliza la cama en posición de litotomía.

El Dr. Arturo comenta:

*Con la partera y una doctora, empezamos ahorita en el turno matutino con los partos verticales, ahorita solamente cuando está la partera porque es*

*más difícil con los médicos que acepten. En la noche si quieren lo pueden tener así pero, para eso el médico debe de aceptar y hay algunos médicos como no saben, nunca han aprendido, es lo difícil, en la facultad te enseñan del otro del parto horizontal.*

El Dr. Adrián comentó lo contrario:

*Yo creo que aquí la paciente es libre de escoger como se tiene que aliviar, tenemos ahí en la sala de parto una mesa para parto vertical, entonces la gente lo puede hacer sin previa vigilancia, y aquí ahora si como el paciente quiera atenderse.*

Las entrevistas realizadas a las mujeres y la observación participante corroboran que no se les da la “elección” entre parto vertical o recostadas. Es la del médico o médica en turno, y en el primer turno, de la partera.

Además en el Hospital General de Cuetzalan (como en muchos del país) no se siguen las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (Convenio Interinstitucional) ni las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud OMS en la atención del parto normal.

- ❖ Acompañamiento.
- ❖ Beber agua o consumir alimentos antes del parto.
- ❖ Libre movimiento y de ambulación.
- ❖ Vestimenta adecuada, digna y cómoda.

A modo de conclusión de éste apartado podemos decir que el PSI comprende y atiende el embarazo como una enfermedad. El modelo de atención al parto actual se basa en procedimientos médicos de rutina que no reconocen las particularidades de cada mujer, las trata de manera indiferenciada, manejan todos los partos como si fueran de alto riesgo. Además se aplica una cascada de intervenciones innecesarias, prácticas que no tienen sustento científico, y que son ejercidas desde el hábito y criterio personal del médico(a) en turno.

## 5.6 Métodos anticonceptivos ¿Imposición o libre elección?

Muchas mujeres en edad reproductiva sufren la violencia en Salud Sexual y Reproductiva, en el momento en que el personal de salud descalifica o cuestiona el número de hijas/os, incluso cuando las mujeres se niegan a un método anticonceptivo inmediatamente después del parto, sufriendo regaños y castigos. A modo de ejemplo la siguiente nota de campo en el HGC:

*...en cuanto una mujer entró a tococirugía y al cambiarla de camilla la partera preguntó ¿Qué método te vas a poner? La mujer negó con la cabeza, la enfermera que estaba a su lado le dijo “tienes que pensar, para que pidamos el DIU o si te vas a operar”. La mujer esta vez asintió y logró pasar a la cama. Minutos después la médica entró y preguntó “¿qué método va a querer?” La enfermera respondió en tono sarcástico “Que no quiere”, la doctora respondió “¿Pero cómo? Mira el dispositivo es el más seguro, no te pasa nada” Pasó aproximadamente una hora y entró una enfermera que la habían cambiado de área y de nuevo preguntó por el método. En ese momento entre ellas dijeron “Doña Mary es la que convence” ésta se acercó de nuevo y la mujer terminó aceptando el dispositivo.*

Existe toda una labor de convencimiento para que se aplique un método anticonceptivo. Aunque la mujer se mantenga renuente y solo diga “no” sin dar más explicaciones termina desistiendo ante la insistencia del Personal de Salud Institucional. Sin embargo, este proceso inicia desde el embarazo, la Dra. Paulina de la clínica de San Miguel Tzinacapan comenta:

*...desde que vienen a su consulta prenatal ya les empiezo a decir “tu esposo rápido se va a encontrar quién lo quiera pero a tus hijos no ¿a ti te gustaría que todos los días les peguen que se queden sin comer? que tengan que dormir en el suelo porque ya llegó otra que duerme en la cama de ellos, para que tú quieras a alguien te tienes que querer a ti primero y si tú dices que quieres a tus hijos tú te tienes que cuidar y tú te*

*tienes que querer, entonces ve pensando que método se te va a colocar después de tu parto y aunque me digas que fue la primera después de tantos meses quedan embarazadas, imagínate si no puedes descansar porque el chiquitín llora que tienes que cambiar los pañales y luego ya viene el otro ¡imagínate ya con todos!”. Y ya se ponen a pensar. He tenido buena aceptación de los métodos de planificación.<sup>35</sup>*

Este discurso que tiene una connotación manipuladora, que es ejemplificada en el peor escenario, nos habla del poder del discurso médico, preparan a la mujer desde el embarazo para «que se cuide», sin incluir y hacer responsable de igual forma al varón. “El problema es la manera en que en ocasiones se impone la anticoncepción en la práctica médica de los servicios de salud. La presión por las metas (...) también ha justificado la aplicación de medidas de planificación y esterilización de manera forzosa” (Almaguer *et al*, 2010:10). Los hospitales ponen como meta determinado número de dispositivos o implantes que se deben poner a las mujeres cada mes; sin embargo, no se conoce hasta el momento un número determinado de vasectomías dentro de sus metas.

Otra cuestión que toma importancia es el embarazo adolescente, dimos cuenta en el caso de Martina de 16 años. Notamos cómo el médico culpa a la madre de la adolescente por el embarazo temprano, y ésta a su vez culpa a las hijas por su falta. Se tiende a creer que fue un acto de irresponsabilidad, se le señala como la causante del problema y se le obliga a cumplir con la carga, como si su situación respondiera a una acción negativa. Pero muchas veces los/las adolescentes no acuden por preservativos a la clínica u hospital por miedo a que se “corra la voz” en la comunidad sobre el tipo de información que están solicitando.

Estos factores y los que se plantearon en el apartado correspondiente influyen para que “a nivel mundial, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México ocupe el primer lugar embarazos en adolescentes, de 12 a 19 años de edad, registrándose al día 1,252 partos” (Reyes: 2014).

---

<sup>35</sup> Entrevista realizada por la Dra. Mayra Chávez en el 2013.

Un estudio de promajoven<sup>36</sup> argumenta que existen dos aspectos fundamentales en el embarazo de las adolescentes que viven en comunidades rurales; por una parte el embarazo a temprana edad está plenamente ligado con la maternidad, es una cuestión cultural que en el medio rural la mujer a través de ser madre, se afirma como «mujer», desde pequeña sus progenitores le enseñan más con hechos que con palabras que su rol principal en la vida es ser madre. En un segundo aspecto, el embarazo de mujeres adolescentes está íntimamente ligado con la situación de pobreza y la falta de oportunidades en muchas ocasiones lleva a la joven a pensar que la única oportunidad de hacerse de recursos y cambiar su condición de vida es el matrimonio.

Sin embargo, esto no se comprende de la misma forma por el PSI, ya que afirman que el número de hijos(as) que tiene en promedio cada familia en Cuetzalan se ve determinado por un beneficio económico, la doctora Sandra indica:

*El recurso que el gobierno les está dando a las familias con el Programa de Oportunidades por cada niño que nace, es superior la posibilidad de resolver el método para planificación. Entonces, tenemos a familias ya de siete días que no tienen para comer, pero siguen teniendo hijos porque les implica un ingreso familiar, y he tenido familias que por ejemplo, el padre ya no trabaja, la madre no le conviene trabajar, no les conviene cambiar su modus vivendi, porque si mejoran les quitan el beneficio del programa de oportunidades. Entonces entre más hijos más recursos.<sup>37</sup>*

La mayoría de los médicos opinan de la misma forma, y aunque exista toda clase de opiniones respecto al número de hijos/as que cada familia desee tener, lo cierto es que el artículo 4º menciona que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Sin embargo, lo que está realmente claro es que las autoridades mexicanas están lejos de cumplir con sus obligaciones de promoción, respeto, protección y

---

<sup>36</sup> Programa Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas.

<sup>37</sup> Entrevista realizada por la Dra. Mayra Chávez en el 2013.

garantía del derecho a información y servicios de anticoncepción; el panorama en la materia resulta desalentador.

Como ejemplo, retomaré una nota de campo, en donde Francisca de 38 años tuvo a su décimo hijo en el Hospital General de Cuetzalan:

*[1:30pm] Dieron aviso de la llegada de una mujer con 8 cm de dilatación, multigesta 10. En el momento en que la pasaban a TOCO a través de la barra con tubos giratorios a una camilla, el personal de salud hacía comentarios irónicos acompañados de risa y asombro. “Pues aún es joven, puede tener otros dos para un equipo de futbol”. “Hay mujeres que hasta los 50 todavía se animan en tener hijos.”*

*En cuanto la acomodaron en la camilla el médico se puso unos guantes y le hizo un tacto vaginal. Le preguntó si quería operarse para no tener más hijos, ella respondió que sí. El médico se quitó los guantes y dijo “Piénsalo bien, porque todavía puedes tener otro”, miró a la enfermera sonrió y tiró los guantes. En ese momento entraron dos enfermeras y la partera y preguntaron si se le colocaría un implante u operaría, había mucha insistencia en convencer a la mujer en que se operara al tiempo en que le ponían el monitor fetal.*

*Minutos más tarde su esposo estaba en la otra sala firmando el consentimiento de la OTB, lo tienen que firmar ambos, mencionaron que si faltaba la firma de él no se hacía la operación. El esposo con el tono de voz elevado dijo “ojalá que esta vez sí porque ya ni lo que me hicieron la otra vez”. La enfermera preguntó “¿Qué pasó esa vez?” El hombre respondió “pues no la operaron, me la dieron así, por eso se embarazo otra vez”. –“¿Y eso en dónde fue?”. –“Pues aquí, aquí se alivió”.*

En esta narrativa nos damos cuenta que “dada su naturaleza patriarcal adictiva, el sistema médico se convierte en el «marido» simbólico de todas las mujeres”

(Northrup, 1999:281). Pasa la «tutela» de cuidado y protección al PSI, al firmar el consentimiento de poner fin de la vida reproductiva de su esposa. Las relaciones de poder entre los géneros, son un obstáculo para que las mujeres puedan ejercer el derecho sobre la sexualidad y reproducción sin pedir “permiso” o “consentimiento”. Muchas mujeres como Francisca deben subordinar estas decisiones a la voluntad de su esposo.

#### 5.6.1 Acceso a métodos anticonceptivos y de emergencia

“De acuerdo con los datos estadísticos sobre provisión de servicios e información de anticoncepción, el acceso sigue siendo precario e insuficiente y resulta especialmente preocupante la falta de acceso para adolescentes y sectores de la población en situación de vulnerabilidad como es el caso de las mujeres indígenas” (GIRE, s/f, p. 69). En el 2013, en el Día Internacional de los Pueblos Indígenas se presentó un informe por parte del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) en el que indicaron “pese a que algunos están afiliados al IMSS, Oportunidades o al Seguro Popular, las mujeres siguen sufriendo por la falta de anticonceptivos, lo que incrementa el número de embarazos no planeados y de muerte materna” (Valadez, 2013).

En Promavojen (2012) indican que en nuestro país “la mayoría de los casos de embarazo juvenil se presentan en adolescentes con niveles bajos de estudio, y una de las causas de abandono escolar por parte de las jóvenes madres se encuentra en las circunstancias que prevalecen en su entorno, la estigmatización y los juicios severos por parte del grupo de amigos y la comunidad escolar” (p.50).

Y en la que podemos incluir al Personal de Salud Institucional como vimos en el caso de Martina al decirle “*Que estaba muy chica, que ya no iba yo a disfrutar mi vida*”.

Respecto al Hospital General de Cuetzalan, la Dra. Sandra cuenta:

*...hemos tenido niñas de 10 u 11 años, yo creo que en este año [2013] unas 5, con abuso sexual del mismo familiar y que están embarazadas y*

*que dijiste bueno, pues nunca durante el proceso de violación tu autoridad, tu médico legista nunca te dio método de emergencia para que el embarazo no evolucionara más. (...) y la negligencia de las autoridades de pronto no hay médico legista, lo tienen que traer de otra comunidad, y entonces cuando viene el médico legista ya pasaron 5 días después del abuso sexual, y pues un método de planificación de emergencia ya no puedes utilizar<sup>38</sup>. Y también por ejemplo, programas de métodos de emergencia, pregunta aquí en los consultorios ¿quién tiene pastillas de día siguiente? Nadie tiene, y cuando preguntas en la farmacia no hay, entonces son métodos que existen virtuales pero realmente no se aplica. Viene una adolescente a pedirte preservativos, a pedirte pastillas del siguiente día y le sales con “déjame te los consigo ven mañana” no la vuelves a ver, no regresa. (...) Aquí todavía hay muchas limitantes, los recursos están limitados, los preservativos vienen contabilizados para el área de influencia, si alguien extra viene a pedirte y que no pertenezca a tu área de influencia y que no lo conozcas tienes que conseguirlos. Ir a la farmacia, hacer una receta no es de libre uso, y para una persona adolescente que está apenas probando su sexualidad y que le da temor nada más pedirlo es difícil, decirle “espérate porque te están viendo” y que investiguen y generes todo un lío alrededor de un insumo tan sencillo y tan discreto que debiera de ser. Aquí está tu recurso y no pasa nada. Entonces tiene que ver con el asunto de orientación, de la educación y de todo pero también del acceso.<sup>39</sup>*

Podemos notar la dificultad a la que se enfrentan las y los adolescentes en Cuetzalan, en el que se puede agregar la falta de consejería en Salud Sexual, no hay

---

<sup>38</sup> El 9 de enero de 2013 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Víctimas, cuyo artículo 39 reconoce el derecho de las mujeres víctimas de violación sexual a acceder a los servicios de anticoncepción de emergencia; asimismo, establece que en cada una de las entidades públicas que brinden servicios, asistencia y atención a las víctimas se debe contar con personal capacitado en el tratamiento de violencia sexual y con un enfoque transversal de género. Resulta especialmente preocupante el desconocimiento o negativa por parte de algunas procuradurías para proporcionar información sobre el derecho de las víctimas de violación sexual a obtener información e insumos de anticoncepción de emergencia de acuerdo con lo establecido en la NOM 046.

<sup>39</sup> Entrevista realizada por la Dra. Mayra Chávez 2013

personal especializado de planta, cuentan con una psicóloga a cargo, que trabaja en el hospital sólo dos veces por semana, y tres días en la clínica de San Miguel Tzinacapan.

“Los programas de planificación familiar y sus recursos financieros han sido destinados básicamente a mujeres, lo que conduce a que sean mayoritariamente ellas quienes carguen con las ventajas pero también con la responsabilidad, las molestias y los riesgos que conlleva el uso de anticonceptivos” (Espinosa, 2004:237). En el Hospital de Cuetzalan no es la excepción, según el “Reporte gerencial” de los últimos tres años podemos notar el contraste de intervenciones quirúrgicas para planificación familiar:

PLANIFICACIÓN FAMILIAR 26/12/2011 AL 25/12/2012					
AÑOS		≤20	20 A 39	40 Y MÁS	TOTAL
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	Vasectomía Tradicional	0	2	0	2
	Vasectomía sin bisturí	0	0	0	0
	Oclusión Tubaria	5	221	7	233
ACEPTANTES DE MÉTODOS POSTEVENTO OBSTÉTRICO					
TOTAL: INSERCIÓN DIU	TOTAL: OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL	TOTAL: OTRO	ADOLESCENTE ACEPTANTE		
275	212	3	110		
<b>Sumatoria de intervenciones a varones: 2</b>					
<b>Sumatoria de intervenciones a mujeres: 833<sup>40</sup></b>					

Cuadro 11: Planificación Familiar y Aceptantes de Métodos Postevento Obstétrico del 26/12/2011 al 25/12/2012. Fuente: Elaborado con base en el Reporte General (Subsistema Automático de Egresos Hospitalarios). Información proporcionada en el HGC.

<sup>40</sup> Sumatoria de Planificación Familiar y Aceptantes de Métodos Postevento Obstétrico.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR 26/12/2012 AL 25/12/2013					
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	Años	≤20	20 A 39	40 Y MÁS	TOTAL
	Vasectomía Tradicional	0	0	0	0
	Vasectomía sin bisturí	0	0	0	0
	Oclusión Tubaria	0	113	9	122
ACEPTANTES DE MÉTODOS POSTEVEN TO OBSTÉTRICO					
TOTAL: INSERCIÓN DIU	TOTAL: OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL	IMPLANTE SUBDERMICO	ADOLESCENTE ACEPTANTE		
184	114	43	80		
<b>Sumatoria de intervenciones a varones: 0</b>					
<b>Sumatoria de intervenciones a mujeres: 543</b>					

Cuadro 12: Planificación Familiar y Aceptantes de Métodos Postevento Obstétrico del 26/12/2012 al 25/12/2013. Fuente: Elaborado con base en el Reporte General (Subsistema Automático de Egresos Hospitalarios). Información proporcionada en el HGC.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR 26/12/2013 AL 25/04/2014					
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	Años	≤20	20 A 39	40 Y MÁS	TOTAL
	Vasectomía Tradicional	0	2	0	0
	Vasectomía sin bisturí	0	0	0	0
	Oclusión Tubaria	0	11	0	11
ACEPTANTES DE MÉTODOS POSTEVEN TO OBSTÉTRICO					
TOTAL: INSERCIÓN DIU	TOTAL: OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL	IMPLANTE SUBDERMICO	ADOLESCENTE ACEPTANTE		
11	9	68	33		
<b>Sumatoria de intervenciones a varones: 0</b>					
<b>Sumatoria de intervenciones a mujeres: 132</b>					

Cuadro 13: Planificación Familiar y Aceptantes de Métodos Postevento Obstétrico del 26/12/2013 al 25/04/2014. Fuente: Elaborado con base en el Reporte General (Subsistema Automático de Egresos Hospitalarios). Información proporcionada en el HGC.

Los registros indican que desde 26 de diciembre del 2011 hasta el 25 de mayo del presente año se tiene registro de 1508 mujeres que aceptaron algún método anticonceptivo o quirúrgico, y sólo dos hombres se realizaron vasectomía. Existe “una

naturalización desde las instituciones de la responsabilidad, de la prevención y control de embarazos como un ‘asunto’ de mujeres, y la ausencia de la responsabilidad sexual y reproductiva como una dimensión constitutiva de la identidad masculina”. (Everti, Sosa, Castro, 2008: 5).

Es importante un abasto suficiente y oportuno de anticonceptivos como un eje central y directamente relacionado con la mortalidad materna por los embarazos no deseados, abortos inducidos, embarazo adolescente, pero además como un asunto de derechos de las mujeres a decidir sobre su sexualidad y reproducción.

### 5.7 Parteras como parte del Personal de Salud Local

En este apartado se abordará principalmente el papel que desempeñan las parteras. Es sustancial incluir el papel que desempeñan las parteras, ya que son agentes de salud capacitadas para las resoluciones de los partos, con años de experiencia, algunas bajo la certificación de la Secretaria de Salud, pero sobre todo reconocidas por las comunidades. Comencemos por dar cuenta de los cambios ocurridos a partir de la sexta etapa en el Hospital de Cuetzalan; nos enfocaremos en el desplazamiento del Personal de Salud Institucional hacia las parteras.

La Dra. Sonia comenta:

*El hospital allá abajo [Hospital Integral] tenía una presencia de parteras, curanderas, hueseras, que hacía más presencia que el mismo personal médico, eso generó que uno como médico, o te unías a la familia de parteras o hueseros o estabas excluido del sistema, ya no era de que la partera se involucrara con el médico, sino tú como médico ingresabas al hospital de nuevo ingreso, enfermera, médico, administrativo y tenías que saber de medicina tradicional, tenías que ayudarles, tenías que saber cómo trabajar con ellas, porque ellas tenían mucho peso en el hospital (...) Lo que pasa al hacer el cambio a esta unidad hospitalaria es que generó que la gente las desconociera las ignorara otra vez las discriminara y todo el trabajo que se hizo allá abajo de 30 años se vino abajo. Y entonces otra vez si están tratando de hacer presencia de retomar y demás, pero hay ya*

*mucho rechazo del nuevo personal que desconoce toda esta mística de trabajo que se llevó desde hace mucho. El Módulo de Medicina Tradicional está a la deriva, está en el limbo a nadie le importa si funciona o no funciona, mientras estén ahí de presencia y para la foto. (...) Allá sí atendían parteras y atendíamos médicos, en el 2006 el 51% de partos eran atendidos por parteras, 49% por médicos, si estaba superándose. Las parteras comenzaron a creer en el programa, a creer en los pacientes, pero todo se vino abajo.<sup>41</sup>*

Incluso en el Hospital Integral, existía una mejor comunicación entre el PSI y las parteras, cómo lo indica el Dr. Arturo:

*...ya se perdió esa vinculación realmente, antes sí la llevábamos porque incluso teníamos una reunión mensual con las parteras donde ellas nos decían “yo vine tal día y no me atendieron a mi paciente” había un poco de más comunicación ahorita ya no, allá es Medicina Tradicional que lo ven ya más como algo folklórico y aquí está el hospital, es lo que allá abajo [Hospital Integral] no teníamos.*

La partera Joaquina relata la relación con el PSI, negándoles la posibilidad de atender partos:

*...si ya tiene 8 de dilatación, y ya tomando hierbabuenita la llevo [al hospital] y dicen [los médicos] “Ave María purísima, se va a morir la señora” y yo estoy viendo que no, solo dicen eso para que la mujer se espante y se vaya con ellos, eso les dicen. Y ya te dicen [los médicos] “ya te puedes ir a tu casa, ya no te necesitamos aquí”, pero yo diciendo “no, hasta ver a bebé y la mamá que está bien si me voy, sino ¿qué tal a otro lado se fue y ya se murió? ¡Yo no me voy, esperando a la bebé y esperando a la señora!” Y ya me dicen “bueno, pero espera afuera”. (...) Bueno, yo estoy viendo que él quiere ganar más y nosotros no, yo pensando que así es.*

---

<sup>41</sup> Entrevista realizada por la Dra. Mayra Chávez en el 2013 en el Hospital General de Cuetzalan.

Cree que la razón por la que no les permiten atender partos es porque el personal médico quiere ganar más dinero, pero sobre todo ante el miedo de que las mujeres mueran al ser atendidas por parteras:

*Ya tiene dos veces que llevo al hospital, una ya tenía 9 de dilatación, ya está coronando el bebé, y ya dice el doctor “va a morir con tu mano, te van a castigar 10 años en la cárcel”. Y les digo “¿cómo me van a espantar con 10 años en cárcel? si atiendo a veces en el suelo cuando la mujer no tiene cama, a veces cuando les gana en el camino.” Mas pior porque yo no sé leer ni escribir. (...) Platicando con el encargado el Módulo dice “si se muere, se muere allá la señora [el en Hospital] no es culpa de nosotros, es culpa de ellos [de los médicos].*



Fotografía 21: Pintura del Hospital del Campo INI 1990. Módulo de Medicina Tradicional - Pintor: Gregorio Méndez Nava.  
5 de Junio del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

En los tres años que lleva en marcha el Hospital General, las parteras no han atendido ningún parto en Módulo de Medicina Tradicional, la resolución del embarazo está completamente en manos del PSI. Es común que ellos y las mismas parteras, desconozcan que la medicina tradicional indígena se encuentra incluida y protegida por el marco legal en nuestro país. En el marco nacional la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos en los artículos 1°, 2° y 5°. La ley General de Salud lo incluye en los artículos 6° (IV y VI Bis), 64° y 93°. En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en los artículos 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109 y 110. En el marco Internacional, los acuerdos firmados por México se encuentran: La Declaración de Alma Atta (1978), el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) Sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989), y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007).<sup>42</sup>

El trabajo de las parteras en el Módulo de Medicina Tradicional se limita a sobar y/o acomodar al bebé el día que les toca guardia, esto es sólo una vez al mes. Además la cantidad de consultas atendidas por curanderas(os), hueseros y parteras disminuyó drásticamente con su nueva ubicación ya que para la población en general, el costo para llegar a la unidad hospitalaria implica un gasto extra de \$5.00 pesos en transporte público, \$30.00 pesos en taxi o caminar 3 kilómetros. Razón por la cual algunas parteras ya no asisten a sus guardias ya que les pagan \$50 pesos por cada mujer embarazada que atiendan, y en término costo/efectivo muchas veces no resulta redituable, cuando solo atienden a una mujer de 10:00am a 4:00pm.

Tal es el caso de la partera Joaquina que comenta:

*No fui a mi guardia, dejó mis pollitos, no hay nadie y para caminar está lejos al hospital y no hay monedas. Aquí viene la mujer y si no tienen con qué pagar me dan maíz, me dan pan o café. Allá tardan en pagarnos, no como al doctor, con nosotras tardan.*

---

<sup>42</sup> Marco legal de la Medicina Tradicional y las Medicinas Complementarias.

En cuanto a la forma como perciben la labor de las parteras las médicas(os) se puede ejemplificar en la siguiente entrevista a la Dra. González de San Miguel Tzinacapan:<sup>43</sup>

*“... les recomiendo que en verdad no vayan con parteras, porque las parteras algunas son así como muy toscas por no decir salvajes y les dan unas movidas y le suben y les bajan entonces pueden provocar un parto prematuro (...) les digo “mejor no vayas con la partera porque pues igual te puede sobar y te va a doler”, no les digo y “te va a provocar un aborto” porque se van a asustar y yo también me busco problemas entonces siempre “mejor no, mejor hay que esperarnos tantito y vemos como se acomoda el bebé”.*



Fotografía 22: Partera Tradicional - Técnica de manteo para acomodar al bebé. San Andrés Tzicuilan.  
30 de Mayo del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

Le Breton (1995) menciona que el conflicto entre médicos y curanderos (en este caso parteras) es por una cuestión de legitimidad, ya que:

“opone el saber elaborado por la «cultura erudita» encarado en las instituciones universitarias y académicas, a los conocimientos de los

---

<sup>43</sup> Entrevista realizada por la Dra. Mayra Chávez en el 2013.

curanderos tradicionales, menos formalizado, proveniente del saber popular y de la experiencia particular del practicante. Lo que no significa que uno u otro sean falsos. La pertinencia de un acto terapéutico no significa que otro sea erróneo, puede diferir en la modalidad de aplicación, y sin embargo lograr los mismos resultados positivos” (Le Bretón, 1995:175).

Sin embargo, esta deslegitimación se da en mayor parte por el mismo PSI, tanto en el hospital, como en las clínicas en diferentes localidades en Cuetzalan. A modo de ejemplo se retomará una entrevista realizada a la Dra. Ríos de Tepetitán:

*Bueno las parteras siempre han existido ya viste que son señoras bien grandes. Son parteras pero porque a lo mejor una vez, en algún momento iba pasando alguien y le dijo “ayúdame con el parto” y ya lo “cachó” y se volvió partera, porque muchas veces son ¿cómo explicarle? dicen “muchas veces se nace no se hace” pero yo digo que tienen que ver mucho las coincidencias de la vida porque hay señoras que tu platicas con ellas y no tienen el conocimiento de cómo es el trabajo de parto, no, nada más estuve preguntándole así “cómo es un trabajo de parto” no tienen mucha idea, conocimiento o la cultura de cómo era en realidad nada más era “de callo y ya” eso era y yo siento que así funcionó que la primera vez fue accidental y luego ya dijeron “doña fulana atiende partos y es la partera” yo siento que así se van creando las parteras, porque hay unas señoras que son de Santiago que si son medio distócicas, una que hasta medicamento les manda ¡dónde vas a creer!.<sup>44</sup>*

Le Breton (1995) hace una crítica a la medicina ya que “quiere situarse fuera del marco social y cultural al detentar la palabra verdadera, la única «científica» y por lo tanto intocable. (...) Todo sucede como si la medicina occidental fuese la vara con que se midiesen todas las otras posibilidades de acercamiento a la enfermedad” (Le Breton, 1995:176). Si bien el conocimiento de las parteras fue totalmente empírico y bajo las

---

<sup>44</sup> Entrevista realizada por la Dra. Mayra Chávez en el 2013.

circunstancias que se hayan dado, en la actualidad están bajo un programa de “capacitación” de la misma Secretaría de Salud. Sin embargo, y como lo reconoce el Dr. Arturo, las parteras tienen más experiencia que muchos médicos:

*Doña Mica no tiene tiempo de ir a la capacitación que dan médicos que tienen un semestre de experiencia en obstetricia, con un internado de 2 meses de rotación, un año de servicio social y lo que tenga en la práctica médica privada, comparado con la experiencia y conocimiento de una partera como ella que tiene 40 años trabajando como tal que atiende 10 partos al mes lo que se traduce en 4000 partos en su vida. ¿Quién le va a enseñar a quién? ¿Tiene caso que ella vaya? Pues no, tiene demasiado trabajo en su casa.*



Fotografía 23: Partera Tradicional -  
Lleva al recién nacido a la primera  
vacuna al Centro de Salud de San  
Andrés Tzicuilan.  
16 de Mayo del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya



Fotografía 24: Partera Tradicional –  
Lleva al recién nacido a su prueba  
de tamiz neonatal al Hospital  
General de Cuetzalan.  
20 de Mayo del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

Las parteras han jugado un papel fundamental en la historia de la humanidad con un conocimiento milenario, que es más empírico que científico ya que todo es a través de la experiencia, aunque en las últimas décadas la Secretaria de Salud ha tratado de “capacitarlas” dentro de sus estructuras controladoras, cambiando la forma tradicional como las parteras trabajaban, ahora quieren atender partos con las mujeres acostadas y hacer tactos vaginales, cuando antes no lo hacían.

El conocimiento de las parteras no se reconoce, por el hecho de no ser considerado como tal por los médicos y además por ser un conocimiento de los subalternos. El conocimiento científico ha tratado de acabar con las parteras pero no lo ha logrado, continúan en pie. Y ese es el papel que nosotras(os) como científicos sociales podemos jugar, sacar a la luz ese conocimiento excluido dentro de la gran academia, que refleja su visión occidental. Y para cuestionar las Políticas Públicas en salud, que cada vez vuelven más hegemónicas en nuestro país.



Fotografía 25: Partera Tradicional en el Módulo de Medicina Tradicional realizando la maniobra de Leopold.  
23 de Abril del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya



Fotografía 26: Enfermera -Partera de Cuetzalan realizando maniobra de Leopold.  
2 de Marzo del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

Bajo estas estrategias se ha priorizado la atención hospitalaria del parto, por lo que el rol de las parteras como mujeres líderes en la comunidad y como proveedores de salud se ha debilitado. Se ha despojado a la partera de su poder gracias a las instancias de salud, creando la imagen de la partera como una mujer “contaminante,

infecciosa, en efecto contagiosa y un peligro para la humanidad”<sup>45</sup>. La estrategia de la misma Secretaría de Salud fue captarlas e “instruirlas” bajo los cuidados de un parto limpio y seguro, pero al mismo tiempo implanta miedo “*no vaya ser que la mujer se muera y tú vas a la cárcel*”, menosprecian su conocimiento y les impiden trabajar.

En cuanto a las evaluaciones hechas por el sistema médico, existen diversos foros y eventos en los cuales se propone que las parteras sean capacitadas y evaluadas entre parteras, desde su propia legitimidad y se cuestionan ¿acaso los médicos se formaron con arquitectos?<sup>46</sup> Recordemos que hay tres escuelas de partería profesional en nuestro país, que tienen el objetivo de apoyar a mujeres embarazada tanto en zonas rurales como urbanas. En San Miguel Allende Guanajuato se encuentra la Escuela de Parteras Profesionales CASA (1996). En Oaxaca se fundó la Organización Civil Nueve Lunas (2004) y en Guerrero se encuentra la Escuela Pública de Parteras Profesionales (2013).

En el municipio de Cuetzalan, la partera más joven registrada tiene 42 años y la más longeva tiene 78 años, no hay nuevas generaciones interesadas en continuar con este legado milenario, al menos así lo manifiestan algunas parteras tradicionales, sus hijas o nietas no están interesadas en este conocimiento, o buscan formarse en instituciones como enfermeras. En la actualidad el papel que se asignó a las parteras y auxiliares de salud es el de “madrinas obstétricas”. El promotor de salud de Santiago Yancuictlalpan menciona:<sup>47</sup>

*Madrina obstétrica se le llama a la persona que ella (mujer embarazada) busque, que ella elige para que de apoyo para cuando ella necesite una consulta, para cuando ella tenga que trasladarse, establecer en este caso vínculos con las madrinas obstétricas, darle a conocer a las autoridades que hay mujeres embarazadas, cuántas hay, si hay de alto riesgo para que las autoridades tengan conocimiento*

---

<sup>45</sup> Rodríguez, Marina. Partera Tradicional de Morelos. En "1er Foro Intercambio y experiencias de Partería, una profesión milenaria. A y 10 de Diciembre 2013. México, DF.

<sup>46</sup> "1er Foro. Intercambio y experiencias de Partería, una profesión milenaria". 9 y 10 de Diciembre del 2013, en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), México, DF.

<sup>47</sup> Entrevista realizada por Irma Romero en el 2013.

*también y en dado caso le pueda brindar apoyo cuando se dé el momento (parto).*

Parafraseando a Espinoza (2004), menciona que este discurso democratizador de la «participación comunitaria» en salud, oculta el recorte presupuestal y descansa en la labor gratuita de miles de mujeres que desde las comunidades asumen el problema de salud y tienen que hacerse cargo de las responsabilidades a las que el Estado desatiende. Este ahorro es cubierto con el bolsillo de usuarias pobres, pero también por el trabajo mal pagado a las parteras, que prácticamente no reciben retribución ni reconocimiento económico, y en el que además su labor se deslegitima.

“Existe también un imaginario en torno a que son las parteras las responsables de la mortalidad materna; sin embargo, los datos nos muestran que la mayoría de las muertes ocurren en los hospitales” (Berrio, 2011). Sin embargo, en México “más del 80% de las muertes maternas en 2010 ocurrieron justamente en establecimientos de salud públicos o privados y más del 90% de las mujeres que fallecieron recibió atención médica antes de morir” (Sesia: 2013:78).

Incluso, cada vez son menos los partos que se atienden en las clínicas de salud como en Cuetzalan, sin tomar en cuenta el tiempo que les toma a las mujeres en trabajo de parto llegar al hospital. Este es el verdadero riesgo, que su parto sea sin ningún tipo de asistencia sea médica o con partera (como en el caso de Marta con su parto fortuito), y como dimos cuenta, el PSI estimula en las mujeres que no acudan con las parteras, “se les ha colocado en un lugar de mayor subordinación pues no son reconocidas ampliamente como un actor clave en el proceso de atención al embarazo, parto y puerperio” (Berrio, 20119). Hecho lamentable, ya que de acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la inversión en la formación de parteras “puede contribuir a evitar un número significativo de las 290 mil muertes maternas y los 3 millones de muertes de recién nacidos que se registran todos los años por la falta de trabajadores de la salud calificados y reglamentados y de las instalaciones adecuadas” (Zamora: 2014).

El Hospital Integral de Cuetzalan fue una clara muestra de articulación entre la medicina alópata y la tradicional ya que por 8 años mantuvo cero muertes maternas. Sin embargo, tras el cambio a Hospital General de segundo nivel la dinámica cambió y el rol de las parteras también. Además, hubo una muerte materna. Normalmente a las mujeres con complicaciones y que requieren de atención especializada son canalizadas a otros hospitales, muchas veces por su propia cuenta o en alguna ambulancia, si alguna mujer muere en el traslado o en el hospital al que fue referido la MM se registra en ese nosocomio, no en Cuetzalan. Recordemos que tres días a la semana, al menos hasta el mes de mayo no había medico(a) ginecobstetra.



Fotografía 27: Partera Tradicional acomodando al bebé, en Cohuatichán.  
3 de Abril del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya



Fotografía 28: Partera Tradicional en San Miguel Tzinacapan  
3 de Abril del 2014  
Autora: N. Angélica Sánchez Maya

Después de dar voz a las mujeres que recibieron atención resolutive durante el parto en el Hospital General de Cuetzalan, al Personal de Salud Institucional y algunas parteras, se incluyen dentro de la investigación algunos retos y propuestas que puedan ayudar a erradicar la violencia obstétrica que sufren miles de mujeres en el mundo.

## 5.8 Retos y Propuestas

Las propuestas sugeridas se presentan con la finalidad de ofrecer ideas relevantes fruto de la investigación, que puedan ser aplicadas en un futuro en el ámbito sanitario e incidan de manera positiva en la atención perinatal de la mujer. Dichas propuestas no sólo se sitúan para las instituciones de salud, sino también para las personas encargadas de las políticas generales de desarrollo y presupuesto destinado para dichas demandas:

- Mejorar la calidad de la atención y la capacidad resolutive de las emergencias obstétricas, tales como medicamentos, personal capacitado y plantilla de personal completa.
- Capacidad de atención al parto las 24 horas los 365 días del año en el Hospital General de Cuetzalan y en los Centros de Salud de las localidades del municipio.
- Abasto suficiente de anticonceptivos y su promoción respetando el consentimiento informado.
- Diseñar y aplicar taller(es), para el empoderamiento de las mujeres, de esta forma podrán conocer sus derechos, exigirlos y reclamar cuando se violente alguno de ellos.
- Diseñar y aplicar taller(es), al Personal de Salud Institucional sobre violencia contra la mujer y violencia obstétrica, con el fin de que conozcan el término, que reconozcan que se ejerce y que se sensibilicen para disminuirla.
- Incluir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud durante la atención del parto.
- Diseñar y aplicar taller para el Personal de Salud Institucional y parteras para el reconocimiento del parto humanizado y que involucren a la madre y a su bebé como protagonistas, manteniendo la capacidad para decidir qué personas acompañan el nacimiento.
- Garantizar una atención adecuada durante el parto, utilizando la cama de parto vertical y traductores.
- Rescate, revaloración y reconocimiento de las parteras y no impedir su labor como agentes de salud en la atención resolutive de partos.

## CONCLUSIONES

En esta investigación se realizó un estudio exploratorio sobre Violencia Obstétrica en el Hospital General de Cuetzalan durante el periodo comprendido entre los meses de marzo-junio del 2014. En este apartado recogemos el contraste de los resultados obtenidos con la verificación de los objetivos generales y específicos, exponiendo las conclusiones alcanzadas.

En este marco, la investigación que se presenta pretende constituir un aporte desde un punto de vista antropológico donde la observación de la atención y los testimonios de las mujeres constituyen el eje de análisis. Damos cuenta de violencia obstétrica en el estudio de caso de siete mujeres que recibieron atención resolutoria durante su parto en el hospital, en el que se expresa la violencia física, psicológica y verbal.

A través de los discursos logramos percatarnos que las mujeres internalizan las normas del sistema médico haciéndolas propias, y se transforman en cómplices de su propia subordinación, participando así de una forma de dominación, la práctica médica está dada, no se cuestiona, solo se acepta. Lo que Bourdieu llama violencia simbólica, al poder que se ejerce directamente sobre los cuerpos y el reconocimiento entre los dominadores y los dominados.

Las mujeres entrevistadas mencionaron sentirse satisfechas y consideran haber recibido, durante la atención de parto, una buena atención y trato. Incluso aquellas con las que tuve la oportunidad de presenciar la atención completa. La Violencia Obstétrica (o violencia física, verbal o emocional) no es identificada por las mujeres. No se reconoce por la falta de información al respecto, y porque no se asumen las mujeres como sujetas de derecho y respeto.

Con base en las referencias teóricas damos cuenta de cómo el cuerpo es utilizado como objeto y blanco de poder, mediante el control del embarazo, parto y puerperio por parte del Personal de Salud Institucional, al relacionar prácticas que tiene

lugar en forma de malos tratos, medicalización y patologización de los procesos reproductivos de las mujeres, el cual da como resultado la Violencia Obstétrica.

Como consecuencia, en el mundo médico la gestación y parto son concebidos como enfermedades que deben ser intervenidas y las mujeres se transforman en enfermas-pacientes, lo que justifica las intervenciones innecesarias; algunas prácticas sin sustento científico, y que son ejercidas desde el hábito y criterio personal del médico(a) en turno.

Durante el parto no se respeta la voluntad de las mujeres en lo que respecta a la forma de parir, ya que el Personal de Salud Institucional así lo aprendido en la facultad de medicina. Castro lo denomina «*habitus* médico», señalando el origen de la forma en que se relacionan con las mujeres en las salas de parto, ya que el personal de salud ha sido incorporado en un campo autoritario y jerárquico. Además de que no quieren perder el lugar protagónico y de poder que históricamente los ha acompañado.

Una de las situaciones a las que se enfrentan las mujeres durante el trabajo de parto, es trabajar con sus miedos, su timidez, sus dudas, sus ganas de gritar, su dolor, mismos que son reprimidos, ¿Dónde queda la confianza si se impone el uso de una bata hospitalaria que apenas la cubre y expone el cuerpo a mirada de extraños, al quitarte la ropa interior y sin algo más abrigador que una sábana? Esto provoca que la mujer se sienta poco segura de sí misma, no se toma en cuenta su intimidad y pudor.

En la actualidad la atención en los hospitales se ha tecnificado tanto que se ha deshumanizado. El PSI ha olvidado que parir es un proceso fisiológico natural, es necesario que se deje de ver como una “bomba de tiempo” algo que en el sentido literal provoca muerte y desgracia.

Asimismo podemos decir que el personal médico identifica la violencia verbal relacionada con “calidad de atención” como una expresión de la Violencia Obstétrica, sin embargo el daño emocional y físico no lo contemplaban dentro del mismo. Ven como necesaria cualquier intervención que logre “extraer” bajo cualquier circunstancia al “producto” en curso.

Dimos cuenta de la presión ante las mujeres por utilizar un método anticonceptivo, desde el embarazo e inmediatamente después del parto. Hacen responsable únicamente a las mujeres de la planificación familiar, no involucran al varón, lo cual se ve reflejado en los reportes generales del HGC. En 28 meses el número de mujeres aceptantes de intervenciones quirúrgicas y/o métodos de planificación familiar fueron 1,508, a diferencia de los varones que en el mismo lapso sólo fueron 2. Lo que nos habla también del control que se ejerce sobre el cuerpo de las mujeres desde el ámbito familiar (sobre todo de pareja) y del Estado, al no crear y difundir campañas que involucren al varón en compartir la responsabilidad del control de nacimientos.

La Violencia Obstétrica históricamente sufrida por las mujeres tiene una relación directa con la desigualdad de género que es causa de nuestra estructura social patriarcal. Hasta que no se garanticen los Derechos Sexuales y Reproductivos a las mujeres sobre su propio cuerpo, difícilmente habrá cambios en el sistema de salud, es necesario empoderar a la mujer para que los ejerza de manera libre e informada. Para ello es necesario concientizar y sensibilizar al Personal de Salud Institucional sobre dichos derechos.

A pesar de los detallados planes y políticas nacionales, a menudo se observa, o queda de manifiesto en la aplicación, que los Derechos Sexuales y Reproductivos de la mujer a la salud materna no se respetan, no se protegen y no se llevan a la práctica porque no están adecuadas según el contexto, las necesidades de las mujeres rurales-indígenas de Cuetzalan son muy específicas.

Una de las políticas públicas a nivel federal para prevenir muertes maternas fue que los partos sólo se atenderían en hospitales y no en clínicas de salud. Sin embargo, como hemos visto en el Hospital General de Cuetzalan (y como muchos en nuestro país), la plantilla no está cubierta, y un número importante de mujeres tiene que trasladarse por su cuenta a hospitales más lejanos en el que pueden correr riesgos y complicaciones. Es necesario que los partos de bajo riesgo sean atendidos por las unidades de primer nivel y por las parteras tradicionales, además de garantizar

capacidad resolutive de las emergencias obstétricas en el hospital. Las parteras en ocasiones, son el único recurso disponible en la atención materno-infantil para un número importante de mujeres en las localidades, como ejemplo el estudio de caso presentado de María de Tepetzintan.

¿Qué habría sido de Marta y su hija sin la ayuda de la partera? ¿Qué médico accede a ir al domicilio de la mujer a la media noche en la atención de un parto fortuito? Y sobre todo con solo una promesa de pago. Las parteras son indispensables para prevenir muertes maternas, o neonatal, no se puede seguir ignorando su sabiduría y ocultando o menospreciando su amplia experiencia. Y aunque la partera tenga una formación profesional y trabaje en el Hospital General de Cuetzalan no es tratada como el resto del PSI, al contrario, su contrato está sujeto a renovación, aunado a la incertidumbre cada trimestre y la angustia que conlleva el saberse o no con empleo. Y en caso de prescindir de su servicio y llamarla una semana después a retomar sus labores, es obligada a cubrir con el número de horas de una semana para que no afecte su pago quincenal.

Desde el marco de las políticas de salud, el Hospital General de Cuetzalan representa un intento de llevar la medicina a las regiones indígenas y poner en práctica la teoría indigenista y las recomendaciones sobre la interculturalidad y la integralidad en la atención. Sin embargo, en la actualidad ya no es así, puesto que el proyecto original se ha venido modificando y cambiando de orientación en seis momentos, resultado de los cambios de autoridades locales, estatales y federales; dichos cambios reflejan la falta de continuidad de la idea original de la atención Integral (alópata y tradicional).

Es indispensable que el Estado Mexicano se comprometa con la igualdad de género, igualdad de recursos y comience a visibilizar la Violencia Obstétrica, que le dé un nombre y significado y sensibilizar al PSI en temas con perspectiva de género. Que tomen conciencia y un compromiso sobre su papel en la sociedad como sanadores.

El nacimiento ha sido controlado por un poderoso sistema médico institucional que nace del miedo, un sistema que cree inherentemente que el parto es peligroso y

debe ser controlado y manejado por tecnología moderna. Las razones nada tienen que ver con la seguridad, las razones tienen que ver con el poder de grandes instituciones como clínicas y hospitales del sistema médico que toma control, creando un monopolio del saber. El nacimiento se ha convertido en una industria lucrativa.

A modo de recomendación para futuras investigaciones, sugeriría el uso de la carta de consentimiento informado, ya que proporcionaría una mayor seguridad a las personas que colaboran con la investigación de proteger su identidad, y el manejo que se dará a la información. Crea mayor confianza, sobre todo cuando las entrevistas son audiograbadas, existe ese registro que puede representar un obstáculo para la apertura total de las y los informantes.

Otra sugerencia es el uso de guiones para dos tipos de situaciones, el primero en el que se desarrolla la entrevista a solas con la/el informante; y otro en caso de estar acompañados por algún familiar que formó parte del proceso que se investiga. En el caso específico de Violencia Obstétrica, es importante conocer las circunstancias que atravesaron desde la sala de espera. Recordemos que los afectados no solo son las mujeres durante el parto, también los familiares ante la negativa del sistema hospitalario de hacerlos partícipes en el nacimiento de su hija(o).

Dentro de ésta investigación se considera que hizo falta entrevistar a mujeres que recibieron atención resolutiva durante el parto por las parteras, para conocer las diferencias y similitudes en referencia al sistema médico. Sin embargo, y como se advirtió en la investigación, el desenlace del embarazo está completamente en manos del Personal de Salud Institucional. Esto tiene que ver con dos razones, la primera se desarrolla durante las consultas prenatales, al prohibir a la embarazada asistir con las parteras. La segunda se lleva a cabo al impedir a las parteras atender partos en comunidades y en el Modulo de Medicina Tradicional, les infundan miedo, ante la posibilidad de muerte de las mujeres o niños.

Los aportes de Le Bretón permitieron entender este conflicto de legitimidad entre el PSI y parteras. Aunque algunos médicos reconocen el conocimiento y la importancia

del trabajo en conjunto, la mayoría está en contra del trabajo del Personal de Salud Local.

En el desarrollo de la investigación se considera que pueden surgir nuevas líneas de investigación que puedan enriquecer la visión y contraposición del concepto de Violencia Obstétrica y Parto Humanizado. Recordemos los cuatro hospitales en México en el que se implementó el Modelo de Atención Intercultural a las Mujeres, en el Estado de México, DF, Durango e Hidalgo. Para conocer los alcances, limitaciones o dificultades que se enfrentan al aplicar un modelo en nosocomios públicos. De igual forma conocer la experiencia de mujeres y familiares que tuvieron un parto “humanizado”, “respetado” y/o “amigable”.

Por ello, vale la pena profundizar en el abordaje cualitativo para el estudio de la atención que se brinda en los hospitales, teniendo como eje de análisis la experiencia de los procesos de atención que viven las mujeres, a fin de comprender mejor las condiciones y los mecanismos que facilitan tales procesos. Las categorías analíticas de género, violencia obstétrica, derechos sexuales y reproductivos, así como parto humanizado se encuentran estrechamente relacionadas como se pudo observar en el presente estudio y por ello se propone que sean investigadas de manera integral, para poder incidir en los procesos que viven las mujeres durante el parto y, finalmente, modificarlos. La atención materna necesita un giro hacia el respeto por la mujer, por sus deseos, por sus derechos y también del recién nacido/a.

## ANEXOS

### Anexo 1: Definición de términos médicos

**Amniorexis:** “Rotura de la bolsa de las aguas. Puede ser espontánea o artificial (es decir, cuando te la rompen). La OMS dice que no está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina” [Blog “El parto es nuestro, (S/f)].

**Anestesia epidural:** “Es una sustancia anestésica que se administra por medio de inyección en la espalda y que adormece o causa una pérdida de la sensibilidad en la mitad inferior del cuerpo. Esto disminuye el dolor de las contracciones durante el parto” [MedlinePlus, (S/f)].

**Distócico vaginal:** “El parto distócico o parto anormal es un parto complicado, que tiene dificultades, esto sucede cuando el feto tiene anomalías tanto anatómicas como funcionales, esto puede ser tanto por la madre, pelvis, útero o cérvix, o una mezcla de algunos de ellos que llevan a tener complicaciones con el parto normal de una mujer” [Definiciones, (S/f)].

**Embarazo molar:** “Es una masa o tumor poco común que se forma en el interior del útero al comienzo de un embarazo y es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional. Una forma cancerosa de la enfermedad trofoblástica gestacional se denomina coriocarcinoma” [MedlinePlus, (S/f)].

**Episiotomía:** “Incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal «blando» para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura. La episiotomía como técnica preventiva para evitar desgarros está contraindicada por la Organización Mundial de la Salud. Las episiotomías no previenen desgarros en o a través del esfínter anal ni desgarros vaginales. De hecho, los desgarros profundos casi nunca ocurren cuando no se realiza una episiotomía” [Lexicoon, (S/f)].

**Fórceps:** “Instrumento obstétrico en forma de tenazas, que sirve para ayudar a la extracción fetal desde la parte exterior simulando los mecanismos del parto normal. Sus indicaciones son comunes a las de otros partos instrumentales: patología materna, riesgo de pérdida de bienestar fetal, alivio del período expulsivo, etc. Constan de dos ramas o palas metálicas que se articulan entre sí en su parte media, y tienen en un extremo los mangos y en el otro las cucharas o parte de prensado, habilitadas con una curvatura tal que se adaptan a la forma de la cabeza fetal y a las curvaturas de la pelvis ósea femenina o canal de parto óseo” [Wikipedia, (S/f)].

**Hemorragia obstétrica:** “Término que se usa para el sangrado que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio. Es un sangrado que puede aparecer por los genitales externos o bien, más peligrosamente, una hemorragia intraabdominal. El sangrado puede ser un evento característico del embarazo mismo, pero otras circunstancias pueden causar sangrados más voluminosos. El sangrado obstétrico es una causa principal de mortalidad materna” [Wikipedia, (S/f)].

**Intravenosa:** “Administración de sustancias líquidas directamente en una vena a través de una aguja o tubo (catéter) que se inserta en la vena, permitiendo el acceso inmediato al torrente sanguíneo para suministrar líquidos y medicamentos. Puede ser intermitente o continua; la administración continua es denominada goteo intravenoso” [Lexicoon, (S/f)].

**Oxitocina:** “Igualmente llamada informalmente por algunos como la «molécula del amor» o «la molécula afrodisíaca», La hormona de los mimosos, es una hormona relacionada con los patrones sexuales y con la conducta maternal y paternal que actúa también como neurotransmisor en el cerebro. En las mujeres, la oxitocina igualmente se libera en grandes cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto, así como en respuesta a la estimulación del pezón por la succión del bebé, facilitando por tanto el parto y la lactancia” [Lexicoon, (S/f)].

**Enema:** “Medicamento líquido que se introduce en el cuerpo por el ano con un instrumento adecuado para impelerlo, y sirve por lo común para limpiar y descargar el vientre” [Real Academia Española, (S/f)].

**Eutócico:** “Un parto eutócico es un parto normal, en el que no se identifican alteraciones en su transcurso, el feto se encuentra en posición fetal cefálica y flexionada, su salida tendrá lugar por vía vaginal” [Embarazo y bebé, (S/f)]

**Maniobra de Kristeller:** “Se realiza empujando con los puños o el antebrazo la parte superior del útero coincidiendo con la contracción y el pujo de la madre. Esta maniobra puede causar a la madre traumatismos que van desde hematomas y dolor en las inserciones musculares y fractura de costillas hasta rotura del útero e inversión uterina, que pueden provocar a su vez hemorragias graves y, en casos extremos, conducir a la extirpación del útero. En cuanto al bebé, también puede producirle traumatismos y lesiones como las del plexo braquial” [Wikipedia, (S/f)].

**Maniobra de Leopold:** “Se denomina así a la maniobra, realizada en cuatro pasos a partir del segundo trimestre del embarazo, que consiste en la palpación abdominal para determinar la presentación, situación y posición del feto” [Enfermería CIENCIA Y ARTE, (S/f)].

**Oclusión Tubaria Bilateral (OTB):** “Método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y no quieren tener más embarazos, y que han recibido previamente consejería; este procedimiento de anticoncepción se realiza en la mujer después de un parto, aborto, durante la cesárea o en cualquier momento que la mujer decida no tener más hijos. Consiste en realizar una pequeña incisión quirúrgica, que se puede efectuar a través del ombligo en el momento inmediato a la atención del parto, o a nivel del nacimiento del vello púbico; también se puede realizar durante una cesárea” [IMSS, (S/f)].

**Postura de litotomía:** “Término médico que se refiere a una posición común para los procedimientos quirúrgicos y exámenes médicos que implican la pelvis y la parte baja del abdomen, así como una posición común para el parto en los países occidentales. La posición de litotomía implica el posicionamiento de los pies de un individuo por encima o al mismo nivel que las caderas, con el perineo posicionado en el borde de una mesa de examen” [Campodocs, (S/f)].

**Primigesta:** “Dícese de la mujer que está embarazada por primera vez” [Doctissimo, (S/f)].

**Sepsis:** “Es la invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales durante o después del parto y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo materno en estas etapas” [EcuRed. (S/f)].

**Tacto vaginal:** “Prueba exploratoria que consiste en la introducción de los dedos índice y medio de la mano del explorador en la vagina de la paciente para conocer posición, consistencia, longitud, dilatación del cuello uterino, y el descenso y rotación de la cabeza fetal” [Rivas, 2013].

## Anexo 2: Guión de entrevista

### GUIÓN MÉDICAS(OS)

1. ¿Conoce Ud. el término violencia obstétrica y a qué se refiere?
2. ¿Considera que en éste hospital existe Violencia Obstétrica por parte del personal de salud? (médicos, enfermeros, camilleros)
  - a. ¿De qué tipo?
  - b. ¿Por quién podría ser ejercida la violencia obstétrica?
  - c. ¿Cuáles cree que son las causas?
  - d. ¿Cree que pueda solucionarse?
  - e. ¿De qué manera?
3. ¿Ha presenciado alguna vez el maltrato a una embarazada durante su atención?
4. ¿Sabe si el Hospital ha recibido alguna vez denuncias o quejas por Violencia Obstétrica?
5. ¿Ha percibido consecuencias, o algún tipo de secuela en las mujeres o el/la recién nacido/a en un acto de Violencia Obstétrica?
6. ¿Existe la infraestructura y recursos necesarios para cumplir correctamente con las leyes? Por ejemplo hay un área específica para realizar denuncias.
  - a. ¿Por qué?
  - b. ¿Qué sería necesario para que se cumpliera?
7. ¿Aquí en el Hospital algún profesional o las mismas autoridades han realizado estudios, estadísticas, o algún tipo de intervención respecto de esta temática?
8. ¿Capacita o informan a las mujeres embarazadas para el momento del parto?
  - a. ¿En qué aspectos o temas?
  - b. ¿Qué resultados producen?
  - c. ¿Dan cursos de psicoprofilaxis para las mujeres embarazadas?
  - d. ¿Sabe si dentro de los planes a futuro del Hospital esté incluir dichos cursos?

### **PARTO**

9. Cuénteme por favor si en el momento del parto realiza alguna de las siguientes intervenciones de manera rutinaria y si piden autorización a las pacientes:

- a. ¿Episiotomías?
- b. ¿Corte inmediato del cordón umbilical?
- c. ¿Revisión y control de rutina al recién nacido inmediatamente después de haber nacido?
- d. ¿Utilización de fórceps?
- e. ¿Colocación de la vía intravenosa?
- f. ¿Colocación de Goteo con Oxitocina?
- g. ¿Colocación de epidural?
- h. ¿Rasurado genital?
- i. ¿Colocación de enema?
- j. ¿Presión en el abdomen durante los pujos?
- k. ¿Rotura de la bolsa?

10. Cuénteme si se le permite a la mujer:

- a. ¿Tomar agua?
- b. ¿Bañarse?
- c. ¿Comer?
- d. ¿Ir al baño? ¿Alguien la acompaña?

11. ¿En Hospital se solicita consentimiento informado (autorización por escrito) a la paciente previo a la realización de los actos médicos como:

- a. Realización de cesárea
- b. Utilización de aceleradores del parto
- c. Realización de esterilización quirúrgica
- d. Colocación de Dispositivo Intrauterino

12. ¿En el Hospital existen los medios necesarios para la atención de parto en posición vertical?

13. ¿La mujer puede estar acompañada en todo el proceso de parto por su esposo o algún otro familiar?

- a. En caso negativo ¿Por qué no se permite?
- b. ¿Existe alguna ley o reglamento que lo prohíba en el hospital?
- c. ¿Qué ley o en qué reglamento?

14. ¿Le ofrecen a la mujer diferente tipos de posiciones en el momento del parto o le dan la libertad de cambiar de posición? Por ejemplo sentada, parada o de costado.
15. ¿Hay practicantes o residentes que revisan a la mujer o presencian el parto en grupo?
- a. ¿Le piden autorización a la mujer en labor de parto?
16. ¿Se dirigen a las mujeres de manera personalizada?
17. ¿Con qué frecuencia son referidas las mujeres al siguiente nivel o de alta especialidad?
- a. ¿A qué hospitales las canalizan?
  - b. ¿Son llevadas en ambulancia o las mujeres van por su cuenta?
  - c. ¿Sabe con cuántas ambulancias cuenta el hospital?
  - d. ¿Todas están en buen estado?
18. ¿Está usted informado de cuáles son los organismos en México encargados de prestarle ayuda a las mujeres víctimas de violencia obstétrica?

## **RELACIÓN PARTERAS**

19. ¿Cree que sea correcta la medida de no permitir la atención la atención del parto en el Hospital General por parteras?
20. ¿Cree usted que a las parteras se les debería prohibir ejercer su actividad? ¿Por qué?
21. ¿Hay algún tipo de relación en la actualidad de médicos(as) con las parteras para la atención prenatal del embarazo, parto y puerperio? ¿De qué tipo?
- a. ¿En el hospital Integral hubo algún tipo de relación?
22. ¿Ah atendido a mujeres embarazadas que vienen de urgencia por algún tipo de negligencia por parte de las parteras?
- a. ¿Qué tipo de complicaciones presentan las mujeres?
23. ¿Qué cambios cree que se deban realizar para mejorar la atención del parto en el hospital?
24. Cuénteme ¿Cómo son tratadas las mujeres que vienen con un aborto?
25. ¿Cuántas muertes maternas se tienen registradas en el Hospital en éstos tres años?

## GUIÓN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN HOSPITAL

### ATENCIÓN PRENATAL

1. Cuando estabas embarazada ¿Asistías a consultas prenatales en la clínica de tu localidad?
2. ¿A partir de qué mes?
3. ¿Siempre había médico en la clínica?
4. ¿Cómo era la atención del médico(a) en la clínica?
5. En caso de tener alguna duda durante la consulta ¿El doctor(a) las resolvía con claridad a las preguntas que le realizabas?
6. ¿Te daban medicamento como ácido fólico o calcio?
7. ¿Tu embarazo fue de alto riesgo?
8. ¿Te canalizaron al Hospital General de Cuetzalan?
9. ¿Te enviaron a otro hospital diferente para tu atención?

### PARTO

10. Una vez en el hospital en el momento del parto ¿Te negaron la atención en algún momento porque no había camas disponibles o porque no había personal?
11. En el momento del parto ¿Cómo consideras que fue la atención en el Hospital?  
¿Cómo te sentiste?
12. ¿Cómo calificarías el servicio del médico(a) que te atendió?
13. En el momento en que estabas internada en el hospital con las contracciones de trabajo de parto ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de su comportamiento y dolor?
14. ¿Te sentiste maltratada por alguien del personal de salud? enfermera(o), médica(o)
15. ¿Te sentiste ignorada por el personal de salud?
16. ¿Recibiste maltrato físico o verbal?
17. ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita)?
18. ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto? ¿Te lo prohibieron?

19. Cuénteme ¿en algún momento le fue difícil preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?
20. ¿Se te permitió tomar agua?
21. ¿Se te dio de comer?
22. ¿Se te permitió ir al baño?
23. ¿Le realizaron rasurado genital o colocación de enema?
24. ¿Le indicaron permanecer acostada durante el trabajo de parto?
- ¿Estabas cómoda?
  - ¿Te colocaron medicamentos, goteo?
  - ¿Te explicaron para que era?
  - ¿Pidieron tu autorización?
25. ¿Le hicieron episiotomía?
- ¿Te preguntaron o explicaron para que era?
26. ¿Le realizaron tactos reiterados?
- ¿Diferentes personas? ¿en grupo?
  - ¿En algún momento se negó?
39. ¿Estuvo completamente desnuda durante el parto?
- ¿Se sintió incómoda?
  - ¿Les manifestó su inconformidad?
  - ¿Qué le respondieron?
40. ¿Tuvo algún aborto?
- ¿Cómo la trataron?
41. ¿Te rompieron la bolsa?
42. ¿Te apretaron el abdomen mientras pujabas?
43. En el momento del parto:
- ¿estaba acostada en la cama?
  - ¿se lo pidieron o lo decidió?
  - ¿le explicaron y dieron la posibilidad de tomar otras posiciones?
44. ¿Cuándo su hija/o nació pudo estar con ella/el inmediatamente?
- ¿le dio pecho?

f. ¿estuvo más de 1 hora con él/ella antes de que se la/o llevaran para ser revisado?

45. Durante el proceso de trabajo de parto y parto ¿cómo se sintió? (miedo, inseguridad, mal estar)

46. ¿Te dejaron sola sin asistencia en algún momento?

47. Además de lo hablado ¿Te paso algo que consideras incorrecto durante el embarazo, parto o puerperio que quieras compartir?

48. ¿Pudiste estar acompañada por algún familiar o alguien de confianza durante el parto?

g. ¿Lo pediste?

h. ¿Qué respuesta te dieron?

40. ¿Después de cuánto tiempo se le informó a tu esposo o familiares del nacimiento de tu hija(o)?

41. ¿Dónde permanecieron tu esposo o familiares durante el parto?

a. ¿En algún momento utilizaron la POSADA AME?

49. ¿Conoces el término violencia obstétrica y a qué se refiere?

50. ¿En algún momento recibiste violencia física, verbal o emocional?

51. ¿Has realizado alguna denuncia por violencia o maltrato durante el parto?

52. ¿Cuál tipo de violencia ha denunciado?

## GUIÓN ENTREVISTA PARA PRESTADORAS DE SERVICIO LOCAL

1. Cuénteme todo lo que hace cuando llega a una casa para atender un parto normal o bien si la señora viene a su casa ¿Qué hace?
2. ¿Cómo prepara a la mujer para el parto?
3. ¿Cómo arregla el lugar donde va a tender el parto?
4. ¿Cuáles son las etapas que usted ve en el parto?
5. ¿Cómo sabe que ya empezó el trabajo de parto o que ya va a nacer el/la bebe?
6. ¿A partir de qué momento se queda con la mujer para atenderla?
7. ¿Efectúa tacto vaginal? ¿En qué momento? ¿Cómo lo hace? ¿Usa guantes?
8. ¿Cuál es la posición que usted prefiere para que la mujer se alivie?
9. ¿Les permite adaptar diferentes posturas durante el parto? (Cunclillas, acostada, de pie)
10. ¿La mujer puede estar acompañada en todo el proceso de parto? ¿Quién puede estar presente?
11. ¿Durante el parto utiliza oxitocina? ¿En qué momento? ¿Cuánto?
12. ¿Realiza la maniobra de Kristeller? ¿Para qué lo hace? ¿Cuándo lo hace?
13. ¿Utiliza fórceps? ¿En qué momento? ¿Cómo lo hace?
14. ¿Realiza la técnica “manteada”? ¿Para qué lo hace?
15. ¿Sabe hacer episiotomía? ¿Para qué lo hace?
16. ¿Qué hace si hay desgarramiento?
17. ¿Qué hace o qué le da a la mujer cuando ya se alivió?
18. ¿Cuánto tiempo se queda con la mujer después de que se alivió?
19. Si se alivia en su casa ¿Cuánto tiempo la cuida? (horas o días)
20. ¿Cuándo acaba de salir la/el niña(o) ¿Qué hace con él?
21. ¿Lo entrega inmediatamente a la madre?
22. ¿Aspira las flemas de la boca y la nariz? ¿Cómo y con qué lo hace?
23. ¿Cuándo y quién le da el primer baño?
24. ¿Baña o asea a la madre después del parto?
25. ¿Le aplica vacunas al recién nacida(o)?
26. ¿Le aplica nitrato de plata en los ojos?

27. ¿Qué problemas puede presentarse en el momento de expulsar la placenta?
28. ¿Qué hace o que le da a la señora para sacar la placenta cuando no sale de forma natural? (instrumental quirúrgico, herbolario, farmacológico, maniobra, anestesia local)
29. ¿Después del parto, vuelve a visitar a la madre?
- ¿Cada cuánto?
  - ¿Para que la visita?
  - ¿Sigue usted revisando al/la recién nacida(o)?
  - ¿Le aplica vacunas?
30. ¿Qué tipo de instrumentos tiene para el parto?

## BIBLIOGRAFÍA

- Almaguer, J. & García, H. & Vargas (2010) LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: Una forma de Patriarcado en las Instituciones de Salud. Género y Salud en Cifras. Volumen 8, No. 3, Septiembre-Diciembre 2010, pp. 3-20. [En línea] [Fecha de consulta: 2 de Julio 2014] Disponible en: <http://es.calameo.com/read/00094772022b20bea4972>
- \_\_\_\_\_ (2012) Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Género y Salud en Cifras. Volumen 10, Núm. 2/3, Mayo - Diciembre 2012, pp. 44-59.
- Arnau, J. (2012) Estudio Exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la Mujer en el Área I de Salud de la Región de Murcia. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Murcia. 682 p. [En línea] [Fecha de consulta: 2 de Julio 2014] Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/125859/TJAS.pdf;jsessionid=59106CDFC048D47216E7DFBAFCA6ADC3.tdx2?sequence=4>
- Berrio, L. (2011) Foro virtual sobre mortalidad materna y mujeres indígenas “El rostro de la mortalidad materna en México”, organizado por Web 2.0. Lina Berrio Rosa de Kinal Antzetik. <http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/node/396>
- Blog “El parto es nuestro”. (S/f) Amniorexis. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/rotura-artificial-de-bolsa-amniorexis>
- Boletines de Epidemiología SSA. (2014) Muertes maternas semana acumulada 1-43. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <https://public.tableausoftware.com/profile/graciela.freyermuth#!/vizhome/MAPA43/Dashboard1-43Y43>
- Bourdieu, P. (1998) *La dominación masculina*. Anagrama, Barcelona. 159 p. [En línea] [Fecha de consulta: 7 de Julio 2014] Disponible en:

[http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015\\_1/investigacion\\_genero/u\\_1/bou\\_pie.pdf](http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015_1/investigacion_genero/u_1/bou_pie.pdf)

Campodocs. (S/f) Postura de litotomía [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: [http://campodocs.com/articulos-para-saber-mas/article\\_47601.html](http://campodocs.com/articulos-para-saber-mas/article_47601.html)

Castro, R. (2014) Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*. México. D.F abril-junio 2014, núm. 2, pp. 167-197. [En línea] [Fecha de consulta: 19 Junio 2014]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/karinamarfalcon/articulo-32333485>

Castro, R. & Joaquina E. (2002). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En Rico & López & Espinoza & Langer, comp. *Género y políticas de Salud en México*. México: SSA-UNIFEM, pp. 255- 275.

Castro, R. y Joaquina E. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, vol. 19, núm. 1, enero-marzo 2014, pp. 37-42 ISSN 1405-6704. [En línea] [Fecha de consulta: 20 Junio 2014]. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2014/vol19/no1/6.pdf>

Castro, R. (2010) Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En Castro R. y López A. Editores, *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM, 2010, pp. 49-72. [En línea]. [Fecha de consulta: 22 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.crim.unam.mx/drupal/?q=node/413>

Calvillo, A. & Cabada, X. & García K. (2013). Cesárea y ausencia de lactancia materna, Primeras causas de la epidemia de obesidad en México. El poder del consumidor. Pp. 1-12 [En línea]. [Fecha de consulta: 22 Julio 2014]. Disponible

en: <http://alianzasalud.org.mx/wp-content/uploads/2013/01/Ces%C3%A1reas-y-Lactancia-M%C3%A9xico.pdf>

CDI. (2010) Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena. Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en: INEGI Censo General de Población y Vivienda, México. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx/cedulas/2010/PUEB/21043-10.pdf>

Chávez Courtois, M. (2011) *Infertilidad y Reproducción Asistida: Una mirada antropológica. Dimensiones de cuerpo, género y parentesco*. Editorial Académica Española. 284 p.

CONEVAL (2010) Pobreza en Puebla. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <http://desarrollosocial.guanajuato.gob.mx/coneval/informe-puebla.pdf>

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (1981) 11 p. [En línea] [Fecha de consulta: 25 Julio 2014] Disponible en: <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/cedaw/cedaw.pdf>

Cuetzalan Pueblo Mágico (S/f) Municipio de Cuetzalan del Progreso, Puebla. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: [http://cuetzalanpueblomagico.mex.tl/frameset.php?url=/978980\\_Mapas.html](http://cuetzalanpueblomagico.mex.tl/frameset.php?url=/978980_Mapas.html)

Decálogo CLAP-OPS/OMS. (2003), 8p. [En línea] [Fecha de consulta: 25 Julio 2014]. Disponible en: [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/NOVEDADES/NOVEDADES%20DECALOGO%20Julio%202003.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/NOVEDADES/NOVEDADES%20DECALOGO%20Julio%202003.pdf)

Definiciones. (S/f) Distócico vaginal. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <http://definicionesdepalabras.com/parto-distocico>

Dirección General de Epidemiología (DGE). (2014) Defunciones maternas y Razón de Muerte Materna por causa básica, Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica. Información hasta la semana 39 del 2014. [En línea] [Fecha de

consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en:  
<http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN%2039%20COMPLETO%202014.pdf>

Doctissimo. (S/f) Primigesta. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014]  
Disponible en: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/primigesta.html>

Duarte, M. & Brachet, V. & Campos, N. & Nigenda, G. (2004) Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Vol. 46, núm. 5, septiembre-octubre, 2004, pp. 388-398, Instituto Nacional de Salud Pública México, SSN.0036-3634 [En línea] [Fecha de consulta: 17 Julio 2014] Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646504>

EcuRed. (S/f) Sepsis. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: [http://www.ecured.cu/index.php/Sepsis\\_puerperal](http://www.ecured.cu/index.php/Sepsis_puerperal)

Embarazo y bebé. (S/f) Eutócico. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <http://embarazomas.blogspot.mx/2011/11/parto-eutocico-distocico.html>

Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Estado de Puebla (S/a). [En línea] [Fecha de consulta: 30 de Diciembre 2014] Disponible en: <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/EMM21puebla/municipios/21043a.html>

Enfermería CIENCIA Y ARTE. (S/f) Maniobra de Leopold. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <http://eenfermeriauv.blogspot.mx/2009/02/maniobras-de-leopold-palpacion-durante.html>

Erviti & Sosa & Castro (2008) Instituciones hegemónicas, varones como agentes reproductivos y equidad de género. Ponencia presentada en el III Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades. Medellín, Colombia, 3-5 de diciembre de 2008, pp. 1-17. [En línea] [Fecha de consulta: 12 Agosto

- 2014] Disponible en:  
<http://www.uacm.edu.mx/uacm/Portals/3/4%20Documentos/III%20COLOQUIO%20INTERNACIONAL%20DE%20ESTUDIOS%20SOBRE%20VARONES%20Y%20MASCULINIDADES/Ponencias/5-joaquina-erviti.pdf>
- Espinoza, G. (2004) Presupuestos Sensibles al género. En *Tecnología y finanzas en un marco de política económica sistémica*. México DF: UAM-X, CSH, Depto. de Producción Económica; 2004 1a. edición, pp. 227-247, ISBN: 9703103820 [En línea] [Fecha de consulta: 29 Julio 2014]. Disponible en: [http://148.206.107.15/biblioteca\\_digital/estadistica.php?id\\_host=6&tipo=CAPITULO&id=3009&archivo=175-3009kgy.pdf&titulo=Presupuestos%20sensibles%20al%20g%C3%A9nero](http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=CAPITULO&id=3009&archivo=175-3009kgy.pdf&titulo=Presupuestos%20sensibles%20al%20g%C3%A9nero)
- Freyermuth, G. (2003) *Las mujeres de humo morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. CIESAS, México. 431 p.
- GIRE (S/a) Capítulo 4: Violencia Obstétrica. Pp. 119-147. [En línea] [Fecha de consulta: 20 Julio 2014]. Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>
- GIRE (S/a) Capítulo 2: Anticoncepción. Pp. 67- 96. [En línea] [Fecha de consulta: 30 Julio 2014]. Disponible en: <http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/anticoncepcion>
- GIRE. (S/f) Mortalidad Materna. Defunciones en 2010. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <https://gire.org.mx/2-uncategorised/492-puebla-1>
- Google Maps (S/f) Hospital Integral de Cuetzalan. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: [https://www.google.com.mx/maps/@20.0205816,-97.5272257,3a,75y,276.53h,84.51t/data=!3m4!1e1!3m2!1snDBLOGS\\_Q6vL5vhpEWFB1Q!2e0?hl=es](https://www.google.com.mx/maps/@20.0205816,-97.5272257,3a,75y,276.53h,84.51t/data=!3m4!1e1!3m2!1snDBLOGS_Q6vL5vhpEWFB1Q!2e0?hl=es)
- Gregory, A. & Osgood, G. & Miranda (2013) Association of Autism With Induced or Augmented Childbirth in North Carolina Birth Record (1990-1998) and Education

Research (1997-2007) JAMA Pediatrics, Formerly Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. October 2013, Vol. 167, No. 10, pp. 959-966. [En línea] [Fecha de consulta: 10 de Noviembre 2014]. Disponible en: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1725449>

Guevara, L. (2006) *La fotografía documental como elemento editorial en la diagramación de revistas turístico-culturales de los municipios del Estado de Puebla*. Tesis Licenciatura. Diseño de Información. Departamento de Arquitectura y Diseño, Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla. [En línea] [Fecha de consulta: 5 Julio 2014]. Disponible en:

[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/ldf/guevara\\_a\\_le/portada.html](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ldf/guevara_a_le/portada.html)

Héritier, F. (1991) La sangre de los guerreros y la sangre de las mujeres. *Alteridades*, No.1, Vol. 2, pp. 92-102, México.

Hernández, A. (S/f) Derechos de las mujeres en la atención del parto. Hospital Integral de Cuetzalan. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en:

[http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/eventos/3semint\\_IDS\\_presentaciones/12.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/eventos/3semint_IDS_presentaciones/12.pdf)

IMSS. (S/f) Oclusión Tubaria Bilateral [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral>

Indicadores Sociodemográficos de la población total y la población indígena (2010). CDI. Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en INEGI Censo General de Población y Vivienda, México. 3 p. [En línea] [Fecha de consulta: 3 de Agosto 2014] Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx/cedulas/2010/PUEB/21043-10.pdf>

INEGI (2005) Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos Cuetzalan del Progreso, Puebla. Marco geoestadístico Municipal 2005, versión 3.1. Información Topogeográfica Digital escala 1:250 000 serie III.

[En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en:  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/datos-geograficos/21/21043.pdf>

Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica (2014). Información hasta la semana 39 del 2014. Dirección General de Epidemiología (DGE) 1 p. [En línea] [Fecha de consulta: 15 Agosto 2014] Disponible en:  
<http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/5-2014.pdf>

Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas para los Derechos humanos. (2012) Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las norma políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Naciones Unidas, Asamblea General.

Lamas, M. (2000) Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco. Enero-Abril 2000, número 018. México, D.F, pp. 2-25. [En línea] [Fecha de consulta: 4 Julio 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>

Lagarde, M. (1994) Democracia genérica. México: REPEM – México y Mujeres para el Diálogo. 14 p. [En línea] [Fecha de consulta: 3 de Agosto 2014] Disponible en: <https://docs.google.com/document/edit?id=1PpN9i-M6Px3p0yzzn95t5OAGP52ep2Dxxxj-3QaEnno&hl=es&pli=1>

Le Breton, D. (1995) Antropología del cuerpo y modernidad. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina. 255 p. [En línea] [Fecha de consulta: 9 de Julio 2014] Disponible en: <https://programaddssrr.files.wordpress.com/2013/05/le-breton-david-antropologia-del-cuerpo-y-modernidad.pdf>

Lexicoon. (S/f) Episiotomía. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <http://lexicoon.org/es/episiotomia>

Lexicoon. (S/f) Intravenosa. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <http://lexicoon.org/es/intravenoso>

Lexicoon. (S/f) Oxitocina. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014]  
Disponible en: <http://lexicoon.org/es/oxitocina>

Ley General de Salud (S/a) Servicios de Planificación Familiar. [En línea] [Fecha de consulta: 24 Julio 2014] Disponible en:  
<http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf>

Ley de Protección Integral a las Mujeres (2009) Ley 26.485. [en línea] [fecha de consulta: 30 Junio 2014] Disponible en:  
<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Magnone, N. (2011) Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. Departamento de Trabajo Social-FCS. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-14 de Setiembre de 2011. 24 p. [En línea] [Fecha de consulta: 5 de Septiembre 2014] Disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Magnone.pdf>

Malagón, A. (2013) Mi encuentro con la luna. En *Nacer en el ombligo de la luna*. Falcón, K. Compiladora, CALIOPE, México. 91 p. [En línea] [Fecha de consulta: 20 Julio 2014]. Disponible en: <http://cidem-ac.org/maternidad/wp-content/uploads/2013/06/NACER-EN-EL-OMBLIGO.pdf>

Mauss, M. (1979) *Sociología y Antropología*. Editorial, Tecnos, Madrid. 431 p. [En línea] [Fecha de consulta: 19 de Septiembre 2014] Disponible en:  
<http://filosinsentido.files.wordpress.com/2013/07/110435225-durkheim-mauss-sociologia-y-antropologia.pdf>

Marco legal de la Medicina Tradicional y las Medicinas Complementarias. (S/a) Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. 42 p. [En línea] [Fecha de consulta: 20 Julio 2014]. Disponible en:  
[http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/taller\\_inter/Marco\\_Legal.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/taller_inter/Marco_Legal.pdf)

MedlinePlus. (S/F) Anestesia epidural. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000484.htm>

- MedlinePlus. (S/f) Embarazo molar. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000909.htm>
- Mortalidad materna (2014) Nota descriptiva N°348. En línea] [Fecha de consulta: 15 Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Mejía, S. (1990) Las mujeres nahuas de Cuetzalan como sujetos sociales: conflictos y tensiones en la construcción y defensa de sus demandas de género y etnia. [En línea] [Fecha de consulta: 30 de Diciembre 2014] Disponible en: <http://www.ciesas.edu.mx/proyectos/pagina/t/susanaequipo.pdf>
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. (S/a) [En línea] [Fecha de consulta: 25 Julio 2014] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- Northrup, C. (1999) *Cuerpo de Mujer, Sabiduría de Mujer. Una guía para la salud física y emocional*. Ediciones Urano, Barcelona. 518 p. [En línea] [Fecha de consulta: 25 Agosto 2014] Disponible en: <http://www.mediafire.com/view/?bd2npoqys9qsnh1>
- Perspectiva estadística Puebla (2013) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). 101 p. [En línea] [Fecha de consulta: 27 Julio 2014] Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/estd\\_perspect/junio\\_2013/pue/702825038809.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/estd_perspect/junio_2013/pue/702825038809.pdf)
- Pozzío, M. (2011) *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Argentina. Amtropofagia.
- Pozzío, M. (2013) *Reconfigurando el género. Experiencias de las mujeres en la medicina mexicana*. Tesis doctoral inédita en Ciencias Antropológicas, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. DF
- Programa de Acción: Salud Reproductiva (2001) Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. ISBN 970-7210 47 – 8. México. [En línea]

- [Fecha de consulta: 25 Julio 2014] Disponible en:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7102.pdf>
- Promajoven (2012) Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: Una visión desde promajoven. 185 p. [En línea] [Fecha de consulta: 25 Julio 2014] Disponible en:  
[http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo\\_Adolescente.pdf](http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf)
- Quevedo, P. (2012) *Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina. 314 p. [En línea] [Fecha de consulta: 12 Junio 2014] Disponible en:  
[http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/4785/tesisquevedo.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf)
- Real Academia Española. (S/f) Enema. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=enema>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. (S/a). [En línea] [Fecha de consulta: 25 Julio 2014] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>
- Rivas, A. (2013) Tacto vaginal. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <http://es.slideshare.net/alejandrarivas3154/23275002-tactovaginal>
- Rivas, S. & Silva C. (2012). La Construcción de saberes en torno al cuerpo, la sexualidad, la salud sexual y reproductiva. Equidad de Género en la atención de salud. En *La perspectiva de género en la construcción de los saberes. Reflexiones, investigaciones y propuestas*. Cabral B. Compiladora. Pp. 485-494. Universidad de los Andes: Vicerrectorado Académico. [En línea] [Fecha de consulta: 3 Agosto 2014] Disponible en:  
<http://www.serbi.ula.ve/serbiula/librose/pva/Libros%20de%20PVA%20para%20libro%20digital/perspectivagenero.pdf>
- Sadler, M. (2003) Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. Santiago, Universidad de Chile. Departamento de Antropología. Tesis para optar al título de antropóloga. 175 p.

[En línea] [Fecha de consulta: 12 Junio 2014] [http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Asi\\_me\\_Nacieron\\_a\\_mi\\_Hija.\\_Aportes\\_antropologicos\\_para\\_el\\_analisis\\_de\\_.pdf](http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Asi_me_Nacieron_a_mi_Hija._Aportes_antropologicos_para_el_analisis_de_.pdf)

Senado aprueba sancionar violencia obstétrica (2014) COMUNICADO-749. [En línea] [Fecha de consulta: 2 Julio 2014] Disponible en: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/12513-senado-aprueba-sancionar-violencia-obstetrica.html>

Sesia, P. (2013) Derechos Humanos, Salud y Muerte Materna: características, potencial y retos de un nuevo enfoque para lograr la maternidad segura en México. Revista Andaluza de Antropología. Núm. 5: Aportaciones y potencialidades de la Antropología de la Salud. Septiembre del 2013. ISSN 2174-6796, pp. 66-99. [En línea] [Fecha de consulta: 12 Noviembre 2014] Disponible en: <http://www.revistaandaluzadeantropologia.org/uploads/raa/n5/raa5/sesia.pdf>

Tipificación violencia obstétrica. Comunicado-749 [En línea] [Fecha de consulta: 25 Julio 2014] Disponible en: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/12513-senado-aprueba-sancionar-violencia-obstetrica.html>

Taylor, S. & Bogdan, R. (1986), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós, Barcelona. 329 p. [En línea] [Fecha de consulta: 18 Junio 2014] Disponible en: <http://colegiodesociologosperu.org/nw/biblioteca/INTRODUCCION%20A%20LOS%20METODOS%20CUALITATIVOS%20DE%20INVESTIGACION-TAYLOR-BOGDAN.pdf>

Terven, A. (2009) Justicia indígena en tiempos multiculturales. Hacia la conformación de un proyecto colectivo propio: la experiencia organizativa de Cuetzalan. Tesis doctoral, CIESAS. México D.F. [En línea] [Fecha de consulta: 30 de Diciembre 2014] Disponible en: <http://ciesasdocencia.mx/Tesis/PDF/563.pdf>

- Villanueva, E. & Schiavon E. (2013) Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna. Revista CONAMED. Enero-Marzo 2013, n° 1, pp. 21-30. [En línea] [Fecha de consulta: 11 Septiembre 2014] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4237220>
- Villanueva, L. (2010) El maltrato en las salas de parto: Reflexiones de un ginecobstetra. En Género y Salud en Cifras. Septiembre-Diciembre 2010. Volumen 8. No. 3, pp. 148-151. [En línea] [Fecha de consulta: 10 Septiembre 2014] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393251>
- Villanueva & Morales & Lezana (2014) Parto fortuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México. Revista CONAMED. Vol. 19, núm. 2, abril-junio 2014, pp. 67-77. [En línea] [Fecha de consulta: 5 Agosto 2014] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4760901>
- Vuelvas, S. (2012) Hacia una biopolítica de los cuerpos: la importancia de un nuevo enfoque de promoción de salud comunitaria. En *Análisis interdisciplinario de las diversas formas de violencia contra la mujer*, Juan Cristóbal Aldana Alfaro Director. Guatemala, Caraparens. Pp. 97-120.
- Wikipedia. (S/f) Fórceps. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/F%C3%B3rceps>
- Wikipedia. (S/f) Hemorragia obstétrica. [En línea] [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia\\_obst%C3%A9trica](http://es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia_obst%C3%A9trica)
- Wikipedia. (S/f) [En línea] Maniobra de Kristeller. [Fecha de consulta: 04 de Enero del 2014] Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Maniobra\\_de\\_Kristeller](http://es.wikipedia.org/wiki/Maniobra_de_Kristeller)

## HEMEROGRAFÍA

Ballinas. (7 de Noviembre de 2014). Eliminan los derechos sexuales de los menores y adolescentes de Ley General. La Jornada, pág. 49. [Fecha de consulta: 19 de Noviembre 2014] Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2014/11/07/sociedad/049n2soc>

Camacho, F. (12 de diciembre de 2012) Residentes expulsadas de La Raza denuncian misoginia ante la CNDH. Periódico La Jornada, pág. 39. [Fecha de consulta: 30 de Octubre 2014] Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2012/12/12/sociedad/039n2soc>

Canseco, G. (9 de Mayo de 2014) Víctimas de violencia obstétrica, 80% de madres indígenas: UNAM. Revista Proceso. S/p [Fecha de consulta: 30 de Octubre 2014] Disponible en: [www.proceso.com.mx/?p=371799](http://www.proceso.com.mx/?p=371799)

Castillo, K. (23 Enero 2009) Medicina tradicional en Hospital de Cuetzalan disminuye MM. Cimacnoticias. S/p [Fecha de consulta: 15 de Septiembre 2014] Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/45980>

Cruz, G. (26 octubre 2011a) Tijera millonaria para la salud de las mexicanas. Inter Press Service. S/p [Fecha de consulta: 15 de Septiembre 2014] Disponible en: <http://www.ipsnoticias.net/2011/10/tijera-millonaria-para-la-salud-de-las-mexicanas/>

\_\_\_\_\_ (4 Noviembre 2011b) Recortes millonarios a la salud de las mexicanas. Periodismo humano. S/p [Fecha de consulta: 16 de Septiembre 2014] Disponible en: <http://periodismohumano.com/mujer/recortes-millonarios-a-la-salud-de-las-mexicanas.html>

Díaz, D. (27 de agosto de 2014a) Del dicho al hecho ¿cuánto trecho?: el acceso a anticonceptivos. Fundar, Centro de Análisis e Investigación. S/p [Fecha de consulta: 25 Julio 2014] Disponible en: <http://fundar.org.mx/del-dicho-al-hecho-cuanto-trecho-el-acceso-anticonceptivos/#.VFXDf2c1DTo>

\_\_\_\_\_ (14 de octubre de 2014b) Presupuesto 2015: ¿Cómo viene el presupuesto para salud reproductiva y Seguro Popular? Fundar, Centro de Análisis e Investigación. S/p [Fecha de consulta: 2 de Noviembre] Disponible en: <http://fundar.org.mx/presupuesto-2015-como-viene-el-presupuesto-para-salud-reproductiva-y-seguro-popular/#.VFawTGc1DTo>

Espinosa, M. (6 Junio 2011) Las autoridades de Puebla no le han dado importancia al cierre del Hospital Integral de Cuetzalan: SNTSA. S/p [Fecha de consulta: 10 de Octubre 2014] Disponible en: [http://www.educacioncontracorriente.org/archivo/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24963:contracorriente&catid=16:noticias](http://www.educacioncontracorriente.org/archivo/index.php?option=com_content&view=article&id=24963:contracorriente&catid=16:noticias)

Franco, A. (14 Mayo del 2013) Sin atención a la salud reproductiva no habrá desarrollo. Cimacnoticias. S/p [Fecha de consulta: 22 de Octubre 2014] Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/63299>

Luis, M. (7 de Mayo del 2013) Embarazo adolescente: fenómeno expansivo. Periódico Excélsior. S/p [Fecha de consulta: 14 de Septiembre 2014] Disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2013/05/07/897807>

Matías, P. (16 de mayo de 2014) Partos callejeros: Indignación y quejas... sin resultados. Revista Proceso. S/p [Fecha de consulta: 19 de Julio 2014] Disponible en: <http://www.proceso.com.mx/?p=372368>

Méndez, P. (19 de Diciembre 2013) Destaca la ONU alta mortalidad materna e infantil en Puebla. E-Consulta. S/p [Fecha de consulta: 3 de Noviembre 2014] Disponible en: <http://e-consulta.com/nota/2013-12-19/salud/destaca-la-onu-alta-mortalidad-materna-e-infantil-en-puebla#sthash.FOW1MX3O.dpuf>

Navarro, M. (2 de mayo de 2014) Familias indígenas con más de 3 hijos ya no tendrán apoyo de Oportunidades. Periódico La Jornada, pág. 20. [Fecha de consulta: 22 de Junio 2014] Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2014/05/02/politica/020n1pol>

- Pérez, T. (14 Agosto 2014) Inconformes por la ley de Violencia Obstétrica. Novedades Quintana Roo. S/p [Fecha de consulta: 30 de Junio 2014] Disponible en: <http://sipse.com/novedades/medicos-en-desacuerdo-con-ley-de-violencia-obstetrica-107120.html>
- Pool, A. (27 Junio 2014) Van médicos por amparo contra Ley de Violencia Obstétrica. El Periódico de Quintana Roo. [Fecha de consulta: 12 de Agosto 2014] Disponible en: [www.el-periodico.com.mx/noticias/van-medicos-por-amparo-contra-ley-de-violencia-obstetrica/](http://www.el-periodico.com.mx/noticias/van-medicos-por-amparo-contra-ley-de-violencia-obstetrica/)
- Rea, D. (1 de Junio 2014) 13 años de ser mamá en estado vegetal. Periódico el Universal. S/p [Fecha de consulta: 2 de Octubre 2014] Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/impreso/13-aos-de-ser-mam-en-estado-vegetal-216703.html>
- Reyes, J. (24 Septiembre 2014) México, líder en embarazos adolescentes de la OCDE. El Economista. S/p [Fecha de consulta: 2 de Octubre 2014] Disponible en: <http://eleconomista.com.mx/sociedad/2014/09/24/mexico-primer-lugar-ocde-embarazos-adolescentes>
- Sáenz, J. (1 de Julio 2014) 13 años de ser mamá en estado vegetal. Periódico El Universal, pág. 30. [Fecha de consulta: 28 de Octubre 2014] Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/impreso/13-aos-de-ser-mam-en-estado-vegetal-216703.html>
- Valadez, B. (9 de Agosto 2013) Indígenas sufren la carencia de anticonceptivos. Periódico Milenio. S/p [Fecha de consulta: 1 de Septiembre 2014] Disponible en: [http://www.milenio.com/tendencias/Indigenas-sufren-carencia-anticonceptivos\\_0\\_131987052.html](http://www.milenio.com/tendencias/Indigenas-sufren-carencia-anticonceptivos_0_131987052.html)
- Zamora A. (21 Octubre del 2013a) Menos recursos y más opacidad en montos para salud femenina. Cimacnoticias. S/p [Fecha de consulta: 1 de Septiembre 2014] Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/64701>

\_\_\_\_\_ (29 mayo 2014b) Avalan diputadas y funcionarias violencia obstétrica. Periódico Ciudadanía, Periodismo de paz. S/p [Fecha de consulta: 26 de Junio 2014] Disponible en: <http://ciudadania-express.com/2014/05/29/avalan-diputadas-y-funcionarias-violencia-obstetrica/>

\_\_\_\_\_ (5 de Mayo 2014c) Revalorar importancia de parteras en combate a muerte materna. CimaNoticias. S/p [Fecha de consulta: 12 de Noviembre] Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/66390>

## CITA DOCUMENTAL

Falcón, K. (Invitada especial) & Fernanda T. (Conductora) (2014) *Violencia obstétrica*. [Episodio de la serie de televisión] DR © XEIPN Canal Once TV MEXICO del Instituto Politécnico Nacional. En *Diálogos en confianza (Sociedad)*. México DF. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=aZCkeOFzoUo>

Bunch, W. (Productora) & De Maistre, G. (Director). (2007). *El Primer Grito* [En línea]. Francia/Production Mai Juin Productions. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=JzYDq-nUblw>

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Mortalidad Materna. Defunciones en 2010. (Pág. 60)

Cuadro 2: Defunciones maternas y Razón de Muerte Materna por causa básica, 2014. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica. Información hasta la semana 39 del 2014. (Pág. 61)

Cuadro 3: Muertes maternas semana acumulada 1-43. México 2014. (Pág. 62)

Cuadro 4: Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena, 2010. (Pág. 72)

Cuadro 5: Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena, 2010. (Pág. 73)

Cuadro 6: Pobreza en Puebla, 2010. (Pág. 74)

Cuadro(s) 7: Parto o Cesárea del 26/12/2011 al 25/04/2014. (Pág. 82)

Cuadro 8: Perfil de Informantes a Mujeres Puerperio. (Pág. 90)

Cuadro 9: Perfil Informantes – Mujeres Puerperio Hospital. (Pág. 90)

Cuadro 10: Intervenciones médicas. (Pág. 117)

Cuadro 11: Planificación Familiar y Aceptantes de Métodos Postevento Obstétrico del 26/12/2011 al 25/12/2012. (Pág. 128)

Cuadro 12: Planificación Familiar y Aceptantes de Métodos Postevento Obstétrico del 26/12/2012 al 25/12/2013. (Pág. 129)

Cuadro 13: Planificación Familiar y Aceptantes de Métodos Postevento Obstétrico del 26/12/2013 al 25/04/2014. (Pág. 129)

## ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1: Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos Cuetzalan del Progreso, Puebla. (Pág. 68)

Imagen 2: Municipio de Cuetzalan del Progreso, Puebla. (Pág. 69)

Imagen 3: Hospital Integral de Cuetzalan. (Pág. 78)

Imagen 4: Hernández, A. (s/a) “Derechos de las mujeres en la atención del parto” Hospital Integral de Cuetzalan. (Pág. 78)