

Capítulo 9

Violencia obstétrica y partería: el buen parir como camino para el desarrollo social sostenible en salud

Karina Xóchitl Atayde Manríquez

Resumen

El presente capítulo aborda el tema de la partería frente a la violencia obstétrica como una manera de gestión para un buen parir en el contexto de la búsqueda de un desarrollo social sostenible en salud. La violencia ejercida en contra de las mujeres en el momento del parto incluye diversas violencias y precisa ser comprendido desde las relaciones de poder. Se encontró que: 1) existen otras lógicas en la atención a la salud de las madres y bebés que se basan en formas empáticas y respetuosas en espacios no hospitalarios y hospitalarios; 2) el acompañamiento emocional que hacen las parteras es un elemento positivo que realizan a lo largo de la atención a las mujeres; 3) las parteras ofrecen formas alternativas de cuidar y acompañar el embarazo, parto y postparto; favoreciendo que en medio de contextos de violencia obstétrica existan espacios en los que se pueda experimentar un buen parir.

Palabras clave:

Buen parir; emociones; partería; violencia obstétrica; parto.

Cómo citar:

Atayde Manríquez, K. X. (2024). Violencia obstétrica y partería: el buen parir como camino para el desarrollo social sostenible en salud. En J. Luna-Nemecio, D. M. Sorzano Rodríguez, y J. E. Licea Reséndiz. (Coords.). *¿Hacia una era ecológica del capital? Condiciones, problemas y disyuntivas de la sustentabilidad frente a la emergencia socioambiental del siglo XXI*. (pp. 245-266). Atik Editorial; Universidad Autónoma del Estado de Morelos. <https://doi.org/10.46652/atikbook12.cap9>



Introducción

El desarrollo social sostenible se entiende como un modelo de desarrollo que busca tener una figura holística y de largo plazo que los países han acordado como un camino para mejorar las condiciones de vida en el mundo en términos de bienestar social, protección al medio ambiente y oportunidades económicas en el presente, pero sin comprometer los recursos del futuro (Naciones Unidas, 2017). Como parte de las metas planteadas por el desarrollo social sostenible en el punto tres se encuentra como objetivo la reducción de la mortalidad de madres y criaturas recién nacidas.

En México, dicho planteamiento pasa necesariamente por comprender, cuestionar críticamente y generar estrategias para la erradicación de la violencia obstétrica; entendida ésta como un problema de carácter estructural, irreductible al mal manejo ético del personal médico. Por supuesto, existe una responsabilidad individual para los actos de violencia ejercidos durante la gestación, el parto y puerperio y es necesario tener lineamientos legales e instancias que faciliten su denuncia y el seguimiento a las mismas de forma permanente y eficaz. Así mismo, se requiere de la implementación constante de estrategias preventivas y propositivas dirigidas hacia quienes prestan el servicio y a quienes lo reciben como elemento clave de la transformación.

Desde la investigación social es preciso analizar la forma en que se reproduce la violencia obstétrica en su dimensión estructural y sistemática, así como reforzar la comprensión de dicho fenómeno y fortalecer las estrategias para su transformación. La conceptualización de violencia obstétrica funciona como una forma heurística para poner en cuestión formas de maltrato a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto (Sesia, 2020), como una manera de trascender la normalización de actitudes y malos tratos hacia las mujeres. Es un concepto útil para nombrar esos despliegues como formas de violencia expresa y de mirar la sistematicidad con la que se repiten en distintos contextos y por distintos sujetos.

La violencia experimentada por las mujeres precisa también de investigación que ayude a conocer cuáles son las condiciones sociales y culturales que determinan el tipo de percepciones que tienen ellas a lo largo del embarazo, los prestadores de servicios médicos y parteras acerca de las mujeres en trabajo de parto, la salud, los derechos reproductivos, la maternidad, el proceso de embarazo y parto. De la misma manera es necesario comprender las condiciones de trabajo de quienes prestan los servicios y el efecto de éstas en su práctica profesional cotidiana. De esa forma se pueden ubicar los aspectos que determinan la violación a los derechos de las mujeres y tener mejores perspectivas para la transformación de dichos problemas. Particularmente el presente capítulo se ocupa de recoger los elementos que destacan en torno a la percepción de la atención al parto de ocho parteras, mediante entrevistas semiestructuradas. Así como entrevistas en profundidad a una mujer mediante diversos soportes metodológicos de corte etnográfico.

El objetivo del presente estudio es profundizar en el conocimiento de la experiencia de la violencia obstétrica, en correlato con la experiencia y prácticas de las parteras. En tanto que se considera que la eficacia de sus rutas de acción conforma un posible desarrollo sostenible, dado que la problemática de dicha violencia y la labor de las parteras participan del objetivo tres que busca reducir la tasa de mortalidad materna e infantil, garantizando la salud y el bienestar. El trabajo que pretenda incidir en la transformación de la violencia obstétrica pasa por comprender lo que sucede en lo macro, lo meso y lo micro de dicha problemática social. De esa manera las prácticas encaminadas a ello pueden fortalecerse tanto en las estrategias gubernamentales, las organizaciones sociales, las iniciativas independientes y el trabajo personal.

Desarrollo

El desarrollo social sostenible, en tanto que busca satisfacer las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de generaciones futuras para atender sus propias necesidades (Brundtland, 1989), subraya que se requiere pensar en formas de gestión de los recursos ambientales, económicos y sociales que los considere de manera mediata y también futura. En términos de salud, pensar en el desarrollo social sostenible implica profundizar en la comprensión de los problemas sociales y buscar las mejores formas de solución en el largo plazo, como es el caso de la violencia obstétrica.

Dicha violencia es un problema de salud que atañe a las mujeres y bebés en el proceso de gestación, parto y postparto y que muestra sus peores facetas de manera cotidiana para muchas mujeres durante su etapa reproductiva¹ y puede dejar secuelas físicas y psicológicas profundas (Elmir et al. 2010). Además, es un problema que han experimentado y experimentan millones de mujeres en México y que, si bien es mayor en el sector público, también se da de manera significativa en el privado (Castro & Frías, 2017). Retomando a Castro y Ervitri (2014), se entiende como violencia obstétrica al conjunto de prácticas que pueden degradar, intimidar u oprimir a mujeres y bebés en el ámbito de la atención a la salud reproductiva, particularmente durante el proceso de gestación, parto y post parto. Tales prácticas expresan manifestaciones de poder disciplinario que tienden a producir cuerpos sexuales y dóciles (Castro & Ervitri, 2014). Tal definición “sitúa al tipo de violencia ejercida bajo el alero de la obstetricia, rama de la medicina moderna que se enfoca en la gestación, parto y puerperio” (Sadler, 2020, p. VII).

La violencia obstétrica se caracteriza por situaciones experimentadas por las mujeres, como las siguientes: maltrato físico, humillación, abuso verbal, procedimientos autoritarios para imponer un método anticonceptivo o para realizar una cesárea, violación a la confidencialidad, a la privacidad, discriminación basada en características particulares de las mujeres,

¹ Según las cifras oficiales, en México, entre 2011 y 2016 el 33.4% entre 15 y 49 años que tuvieron un parto sufrió algún tipo de maltrato por parte del personal que las atendió (INEGI, 2017).

abandono durante la atención, obtención de consentimiento de forma involuntaria o con deficiencia en la información, negación al tratamiento, detención de las mujeres y bebés en las instalaciones debido a la imposibilidad para pagar (Castro & Frías, 2017). Tal conceptualización es también una categoría epistémica cuyo origen se encuentra en América Latina y es, en esta región, donde más se ha trabajado. Si bien el concepto es polisémico, resulta una categoría poderosa para explicar sucesos que ocurren en muchos partos dentro del sistema de salud y permite nombrar una realidad compleja que se muestra en espacios socio médicos específicos como las unidades de salud (Sesia, 2020).

Su abordaje no ofrece un concepto neutral, contiene un planteamiento político implícito que busca visibilizar un problema estructural y nombrarlo como tal, pretende borrar la dimensión de naturalización y normalización que por muchos años han tenido esos procesos de violencia en contra de las mujeres, en momentos de alta vulnerabilidad de sus cuerpos y emociones. En tal conceptualización no se alude a un fenómeno nuevo, sino que se da nombre a un problema arraigado y se busca subrayar una dimensión que rebasa la ética individual, mostrando que no se trata simplemente de problemas de calidad en la atención y situaciones aisladas, sino de violaciones a los derechos básicos de las mujeres en el marco de los servicios de salud de forma sistemática. De esa forma se está buscando comprender los procesos implicados en la constitución estructural de tal violencia, desde sus distintos aspectos, como el *habitus* profesional de los médicos, las condiciones objetivas del campo médico y de identificar los orígenes sociales de los posicionamientos autoritarios médicos, para de esa manera construir estrategias para su transformación (Castro, 2014).

El estudio presentado por Davis-Floyd (1993), refiere que el parto, en la época actual, tiene una figura mecanicista, ella lo nombra como parto tecnocrático (Davis-Floyd, 1993). Su mirada resulta pertinente para observar el desarrollo y camino que ha seguido la obstetricia moderna, pues permite contextualizar el proceso dentro de la estructura del capitalismo contemporáneo que privilegia el resultado, el valor de cambio, por encima de los procesos y del valor de uso. Comprender la historia de la obstetricia y de la atención al parto en sus determinaciones específicas posibilita observar las tendencias en el largo plazo de los procesos, la línea que ha seguido con la medicalización y tratar de transformarlos para que los espacios de parto sean más enfocados en la estructura mujer, bebé, pareja y el entorno de éstos. Notando así las determinaciones fisiológicas y emocionales que tienen incidencia a lo largo de estos procesos.

En términos históricos destaca que junto a la transformación del proceso de atención al parto, de ser un trabajo fundamentalmente de mujeres parteras a ser un trabajo principalmente de varones obstetras (Ehrenreich & English, 1988), se desarrolló un tipo de conocimiento legitimado en contraposición con un tipo no reconocido por no estar acorde a lo que se ha presenta como conocimiento científico y que, por largo tiempo, se ha igualado a ciencia positivista, siendo más una forma de reduccionismo epistemológico (Ibarzábal, 2007). Además, pueden encontrarse posicionamientos clasistas y racistas que privilegian a determinados sectores de la

sociedad y discriminan a otros sin un sustento propio de conocimiento sino con base en prejuicios (Lander, 2000). Sin embargo, cada vez más, las diversas formas de conocimiento han ido rompiendo las limitadas fronteras planteadas por el positivismo para mostrar que existen otras formas de ciencia.

Estos problemas que pudieran concernir, aparentemente, a un sector de la sociedad son, en realidad, retos que nos atañen de manera global, pues tienen efectos profundos y perdurables en la vida cotidiana. Ello en tanto que las mujeres que tengan un parto o una cesárea, éstos se mantendrán prevalentemente acordes a las condiciones históricas del momento y entorno social. Tal planteamiento —más que ser una obviedad— tiene un fuerte peso si se considera que los procesos referidos pueden causar daños en la díada madre-bebé y tener repercusiones en la pareja, en el grupo familiar y en lo social. El obstetra francés Michel Odent (2008, 2009, 2011), ha planteado que la forma de nacer influye en la salud de la persona.

Otro elemento que es preciso considerar, es que existe una relación de poder entre los servicios de salud y las mujeres que van a parir, en la cual prevalecen formas de subordinación por parte de quienes prestan los servicios por sobre quienes lo reciben. Dicha relación ha sido reconocida como una de las causas de la violencia obstétrica (Naciones Unidas, 2019). Esta condición se ve aún más subrayada con los estereotipos de género sobre los cuales se despliegan formas de violencia (Butler & Soley-Beltrán, 2006). Además, como ha sido referido por Bellón (2015), con el establecimiento de saberes legitimados y saberes denostados. Así mismo se muestran las condiciones de clase social que participan también en desventaja para las mujeres, especialmente las de los estratos más desfavorecidos económicamente (Bellón, 2015).

A lo largo de la historia de la medicina, particularmente de la obstetricia, se observa una separación de lo masculino y lo femenino, buscando establecer a lo primero sobre lo segundo y con ello a todas sus significaciones actuales, como la búsqueda del dominio de lo racional mediante la denostación de lo emocional, buscando desligar a lo verdadero, a lo lógico y analítico (reconocido como lo científico), de lo femenino (lo emocional, lo subjetivo y la naturaleza) (Sheperd, 1993). También es posible observar en las transformaciones acerca de la manera de entender el parto, que pasó de verse como un proceso fisiológico natural que ocurría en los hogares de las mujeres, a verse como un suceso peligroso que requería invariablemente de la intervención médica (Macdonald, 2006). De igual manera, ha tenido un peso significativo la serie de “ideales de género que veían a las mujeres como frágiles y dependientes —y por tanto incapaces de dar a luz o atender partos sin ayuda de expertos masculinos” (Bellón, 2015, p. 1).

Una dimensión de la violencia obstétrica es la asociada con el nivel micro de la atención en salud: la relación que se establece de manera individual entre quien presta el servicio y la mujer que va a parir. Al respecto, es preciso procurar estrategias prácticas y políticas para la mejora en la calidad de la atención. Sin embargo, este problema no se limita a ello y es justamente uno de los componentes que el uso del término violencia obstétrica busca poner en el centro: comprender la dimensión estructural que lo reproduce y sus alcances en

la construcción de estrategias específicas que transformen el problema, pues si su atención se limita a la individualización será muy difícil alcanzar resultados trascendentes.

Ahora bien, tiene sentido abundar en aspectos que pueden hacer parte de la definición de violencia obstétrica. Como se ha referido, es una conceptualización específica que puede resultar de utilidad para visibilizar formas de violencia que han sido naturalizadas. Sin embargo, si bien se habla de violencia obstétrica en una estructura semántica singular, su significado implica dimensiones plurales. Me refiero a que puede comprender, en la práctica, otras formas de expresión de la violencia, tales como la simbólica y la física. Cuando se hace referencia a la violencia simbólica se entiende desde la perspectiva bourdieuana:

...la violencia simbólica es un concepto acuñado por Pierre Bourdieu en la década de 70 y se utiliza para describir una relación social donde el ‘dominador’ ejerce un modo de violencia indirecta y no físicamente directa en contra de los ‘dominados’, los cuales no la evidencian y/o son inconscientes de dichas prácticas en su contra. (Olisa, 2016)

Pudiendo derivar en violencia psicológica. En relación con la violencia física, puede decirse que:

...están las prácticas invasivas, como las cesáreas cuando se practican sin justificación, la esterilización no consentida o forzada, el suministro injustificado de medicamentos, el retraso de la atención médica de urgencia o la falta de respeto a los tiempos de un parto. Entre las segundas se encuentran actos discriminatorios, uso de lenguaje ofensivo, humillante o sarcástico, falta de información oportuna sobre el proceso reproductivo y trato deshumanizado. (GIRE, s/a)

Para atender a dicho problema se ha subrayado, por ejemplo, la importancia de la atención con calidad y calidez, lo cual sirve para enfocar el sentido de una forma integral a la salud, para considerar a la mujer como un ser que posee fisiología, emociones y que hace parte de una cultura específica y que tales consideraciones que le son propias habrían de ser consideradas al momento de la atención al parto como un derecho (Bellón, 2015). Es decir, que se precisa transformar la perspectiva de atención a la salud materna en relación con las mujeres que paren para ser vistas como poseedoras de derechos y no como objetos sobre los cuales ha de ejercerse una acción.

La violencia obstétrica como experiencia

La violencia obstétrica, además de ser un concepto, es una realidad en el cuerpo y en las emociones de las mujeres que lo experimentan, lo cual es algo que metodológicamente conviene tener presente al momento de analizar sus distintos aspectos. La objetividad, aparentemente imparcial, de la estructura de la investigación positivista ha permeado en muchos estudios volviéndolos más que objetivos, unilaterales, dejando de lado dimensiones significativas de las personas y de la sociedad para la comprensión de los fenómenos sociales; cual es el caso de las emociones, que resultan determinantes a ser incluidas en el estudio social como ejes de investigación para observar y comprender dichos fenómenos.

Si las emociones son consideradas como ejes explicativos y no como meras ilustraciones de la teoría es posible notar que estas mismas pueden dar cuenta de aspectos significativos para el análisis. Ariza (2020), habla acerca de dichos elementos para la investigación social; refiere que la observación de las emociones funciona como: 1. Un prisma particular para observar núcleos de la estructuración social, 2. Trasluce lo emocional de la vida social de manera que puede dar cuenta de las bases afectivas de cohesión y reciprocidad en las relaciones sociales, 3. Juega un papel importante en la relación de orden y el conflicto en tanto preocupaciones clásicas de la sociología, 4. Realiza la naturaleza afectiva de la acción social. De conjunto, se busca construir un aparato teórico y metodológico que posibilite un acercamiento sistemático a lo emocional y afectivo de la vida en la sociedad (Ariza, 2020).

Para cumplir el objetivo del presente estudio que busca profundizar en el conocimiento de la experiencia de la violencia obstétrica, en correlato con la experiencia y prácticas de las parteras se aborda la experiencia de ocho parteras en Morelos, mediante entrevistas semiestructuradas realizadas entre 2018 y 2019, buscando reflejar sus narrativas y perspectiva acerca de la salud en el proceso reproductivo mediante un estudio de carácter exploratorio. Así mismo, se observan los resultados de la entrevista que explora la percepción de una mujer que experimentó violencia en sus partos y de manera más general (de forma indirecta a partir de las referencias de la entrevistada), de la de algunas mujeres cercanas a su entorno, ello mediante entrevistas en profundidad realizadas en distintos momentos de su proceso reproductivo. Dichas entrevistas comenzaron en 2016 y la última fue realizada en el año 2021. De éstas se destacan las narrativas de sus partos y los elementos asociados a aspectos que ella registra como significativos en su proceso reproductivo. Dada la estructura de la investigación no se pretende realizar generalizaciones, sino profundizar en exploración de la experiencia de estas parteras y en las experiencias de violencia obstétrica de una mujer.

Tanto las parteras como la mujer entrevistada son todas ellas habitantes de distintos municipios del estado de Morelos en México. Dicho estado colinda con la Ciudad de México (CDMX), se encuentra en vías de urbanización, aún conserva núcleos agrícolas y semiurbanos. Es un estado que ha incorporado en su desarrollo a personas de otros estados del país. La

mujer entrevistada es habitante de Tepoztlán (municipio del estado de Morelos), cuya conformación sociocultural es peculiar en tanto que integra a núcleos poblacionales diversos, por una parte, conserva espacios con comunidades indígenas, recibe cotidianamente a población de la CDMX y población extranjera. Ello genera contrastes entre las formas de atención a la salud sexual y reproductiva en un mismo territorio.

El presente estudio se ha seguido el camino de analizar la historia de vida de una mujer en particular, observando sus experiencias de violencia obstétrica, poniendo especial énfasis en la observación de sus emociones. Acorde a los fines éticos de la investigación y en vista de guardar su identidad se la nombra como Isela. Ella es una mujer de 36 años (al momento de la última entrevista) que vive en una comunidad de Morelos, tiene tres hijos y dos hijas de entre 5 y 18 años. La atención de sus respectivos partos ocurrió en dos hospitales distintos del estado de Morelos por médicos obstetras. Si bien a ella le habría gustado atenderse con parteras, refiere que sus recursos económicos no se lo permitieron. Ello porque el sistema de salud mexicano no incluye a las parteras en sus servicios; por lo que, si Isela hubiera buscado atender sus partos con una partera, habría sido necesario que hiciera un pago mayor (siendo un servicio privado), mientras que en el hospital, en tanto espacio público asumido por el gobierno mexicano, sólo debió pagar su transporte y algunos medicamentos y en el parto de sus últimos dos hijos no realizó ningún pago.

Así mismo en el caso de Isela se puede observar una percepción cultural en las mujeres de su entorno respecto de quienes prestan los servicios en el sistema de salud como personas que van a dar un mal trato. Refiere por ejemplo “Mi mamá me había dicho que cuando estuviera en el hospital no gritara ni llorara, dice: no vayas a gritar porque los doctores te van a regañar”. Esa misma visión se puede observar en otro comentario cuando dice: “mi suegra también decía que los doctores se enojaban”.

Isela llegó con esa expectativa a su primer parto y terminó por dar la razón a su madre y a su suegra cuando fue testigo de violencias verbales en contra de otras mujeres que eran atendidas a su lado en el momento del trabajo de parto y maltratos contra ella misma; Isela narra: “los doctores tenían su música y estaban bailando, yo decía `ellos porque no sienten feo y ahí andan como si nada’ y no me decían nada”. La descripción realizada por ella parece indicar que en ese momento el personal médico tenía una reunión festiva en un espacio en el que ella podía escuchar y observar lo que hacían cuando ella y otras mujeres estaban en trabajo de parto. Para ella significó una falta de sensibilidad hacia su condición, en la que no la atendían y también de empatía respecto a lo que sentía en el cuerpo y en sus emociones. En ese momento, ella no solo tuvo que trabajar con sus propios sentires y experiencias corporales relacionadas con el parto, sino que además no se sintió atendida y es posible considerar que su experiencia incluyera emociones como la soledad, tristeza y enojo respecto a la situación.

Existen estudios que refieren que el estrés en el momento del parto puede favorecer alteraciones en el curso natural del mismo. La psicóloga perinatal Gabriella Bianco (2021), refiere

que “un parto traumático afecta la salud mental perinatal de madre e hijo” (Bianco, 2021). Este tipo de actuaciones implican, además, formas de violencia simbólica en contra de las mujeres y fue lo que Isela vivió y experimentó. En su caso no presentó ninguna denuncia por los hechos y, al momento en que ella misma lo expresa, muestra gestos de dolor, sin embargo, no llega a referirlo como violencia, abuso o alguna otra forma que la lleve a pensar que es algo que ella podría reclamar o denunciar. Una de las utilidades visibles del concepto de violencia obstétrica que puede observarse en el caso de Isela es que pudiera haber mujeres, que, apoyadas en dicho concepto, lograran percibir y conceptualizar la violencia como tal; el hecho de que las propias mujeres tengan la posibilidad de observar sus experiencias y su propia persona como merecedora del derecho de ser cuidadas, atendidas y de recibir tratos dignos durante el embarazo y el parto.

Isela buscó guardar silencio y no expresar mucho en su trabajo de parto, especialmente se cuidó de no expresar sus sentimientos y sensaciones corporales. Narra su experiencia diciendo “yo me quedaba callada porque veía que a las otras las regañaban”. La manera en que una mujer llega al momento del parto, al espacio donde va a parir, requeriría tener otra disposición, otra forma de percibir el espacio al que llega.

A una que estaba junto a mí la regañaron porque le gritaba a su mamá y la enfermera le dijo ‘cuando estabas ahí con tu marido no le gritabas a tu mamá’, y ella gritaba ‘mamacita linda’ ¡pues le dolía! entonces yo pensaba que si me quejaba me iba a ir mal. El doctor me decía que no me podía aliviar y me regañaban de que me paraba porque quería ir al baño ‘¡que no!’, [me decía] que si yo iba al baño lo iba a tirar en la taza del baño que porque era la sensación de que ya me iba a aliviar.

En su segundo parto, refiere que llegó al hospital con dolores muy fuertes. La comenzaron a preparar para la cesárea, la amarraron con vendas a la cama. Posteriormente, llegó otro médico a revisarla y le dijo que no sería cesárea, que “iba para normal”. Narra:

...fue una doctora y otro doctor. Me dicen ‘nos vamos los dos porque la cesárea que vamos a preparar es de alto riesgo’, les digo: bueno, pero me enseñaron a las enfermeras, yo les digo: siento que me duele el hueso y le hablé a la enfermera, pero ahí sí me tenían abierta de pies y dice ‘ahorita te llevo un cómodo’ y cuando venía con su cómodo me dice: ‘¿sabes qué? no pujes porque la cabeza de la bebé ya está afuera y yo no la puedo recibir’. Le dije: no, pero dijeron que hasta las diez de la noche y ella ya no sabía para dónde correr, si para ayudarme o para gritarle al doctor y pues grité muy fuerte y el doctor volteó, le hace señas la enfermera y que se regresa corriendo con la pediatra, alcanzó a agarrarla en el aire y le digo a Victor [su actual pareja] que hasta el de la limpieza me vio, y ahí cayó la placenta.

Cuando su tercera hija nació vía cesárea comenta:

...luego me querían convencer para la operación para ya no tener hijos, que porque yo ya estaba en la edad para operarme y que ya tenía muchos hijos y qué futuro tenía y que me tenía que operar. Les dije que no quería y me dijeron 'ya como tienes la cesárea es más fácil que te operen', dije no, porque además dicen que causa efectos y le dije que no. Me dijo 'ustedes son bien tercas, ni tienen dinero para mantener a los hijos y no se quieren operar, no tienen dinero para mantener a sus hijos, para darles una carrera y no se quieren operar'. Le dije que tal vez mi esposo quería tener otro hijo (yo todavía le estaba explicando). Dice 'mejor opérate, te vale, si quieres estar de terca pues así, si los vas a sacar adelante y les quieres dar carrera pues sí, si no ni modo'. Y ya les dije que no y se enojaron.

Dos años después de ese evento, Isela comenzó a tener dolores de cabeza, náuseas y dolores fuertes en el vientre. Ella fue a revisión médica y quienes la atendían no lograban explicar atinadamente lo que le sucedía, fue a múltiples consultorios públicos y privados. Un médico le dijo que quizá pudiera tener que ver con su dispositivo intrauterino (DIU); a lo que ella contestó que no tenía ese dispositivo y que ella se cuidaba con un implante en el brazo. El médico le realizó estudios y le dijo que lo que sucedía era que ella no se había estado revisando su DIU como debe ser y que por eso ya se le había encarnado.

Isela se quedó muy sorprendida y asustada, pues ella nunca había autorizado que le pusieran ese dispositivo, ni siquiera se había enterado de que después de su último parto, en aquel enojo del personal médico, por haberse negado a ponérselo, ellos, de cualquier manera, se lo habían colocado. En ese momento Isela tenía un sufrimiento físico grande, problemas de salud que le impedían laborar normalmente en su trabajo y un dispositivo encarnado en su cuerpo. Intentaron retirarlo en un centro de salud y en un médico privado, pero no pudieron quitárselo, en cada intento ella refiere grandes dolores, pues el proceso consistía básicamente en tratar de arrancárselo a jalones.

Fue necesario que asistiera un hospital y ahí la programaron para retirárselo; narra que nunca le hizo efecto la anestesia que le pusieron, que podía sentir fuertes dolores cada que los médicos maniobraban dentro de su cuerpo para poder quitarle el dispositivo. Refiere que no parecían escuchar que les decía acerca de que ella podía sentir todo lo que le estaban haciendo, que la anestesia no parecía tener efecto, no le pusieron más anestesia, ni le dieron ninguna explicación.

Cuando ya le habían quitado el dispositivo, en posteriores consultas, ella se interesó en saber cómo podía cuidarse para no quedar embarazada, porque le habían recomendado no usar el dispositivo del brazo por todos los problemas que había tenido. El personal médico que la atendió le dijo que no se preocupara, que no era posible que se embarazara en mucho tiempo, un año quizá.

Cinco meses después, ella comienza a tener mareos y náuseas y al ir a revisión médica le informan que tiene entre cuatro y cinco meses de embarazo. Ella experimenta múltiples emociones encontradas, ya tiene un hijo y dos hijas y no tenía planeado otro embarazo, tiene miedo de ser despedida de su trabajo y no puede dejarlo porque necesita el ingreso. Un par de meses después, en su tercer ultrasonido, le dicen que tiene “dos productos”, un embarazo gemelar.

Al momento de la entrevista Isela tiene dos varones gemelos, que debieron nacer mediante una cesárea programada, aunque a ella le hubiera gustado intentar tenerlos por parto vía vaginal. Con sus tres hijos y sus dos hijas, se siente ahora feliz. Sin embargo, cada recuerdo en la narrativa de las distintas historias de malos tratos la hace sentir dolor, indignación y tristeza.

Aún hoy que han pasado varios años, es visible que se nublan sus ojos y su voz se quiebra. Isela nunca buscó denunciar ninguno de los actos ejercidos por diversos prestadores de servicios del sistema de salud, ni siquiera lo consideró como algo posible. Importa mirar el detalle de los sucesos porque, además, las estadísticas son altas, sin embargo, se visibiliza que más allá de las estadísticas hay cuerpos que importan, como refiriera Judith Butler (2018), en torno a los cuerpos impensables, abyectos e invisibles.

Violencia obstétrica versus buen vivir/buen parir

Es posible que las alternativas para salir del problema de la violencia obstétrica sigan varios caminos en función de la creatividad y los recursos disponibles en los distintos espacios geográficos y socioculturales. Una de las vías de transformación podría enriquecerse a partir de enfoques surgidos desde América Latina como es el nombrado buen vivir. Se ha llamado así a una forma civilizatoria que —en salud— busca observar desde una perspectiva ancestral que, de alguna manera, se ofrece como alternativa a la visión de desarrollo que representa el modelo biomédico hegemónico industrial (Arteaga-Cruz, 2017). Es una conceptualización que surge de intelectuales indígenas, amazónicos y andinos (Cubillo-Guevara & Hidalgo-Capitán, 2015). Así mismo, dicho concepto se ha relacionado con una forma de vida armónica, holística (Viteri, 2012), que busca maneras de existencia soberana basada en el manejo del ecosistema tanto del medio ambiente como el humano y en su proceso de interacción y reciprocidad.

Ana Patricia Cubillo-Guevara y Antonio Hidalgo-Capitán (2015), consideran que existen tres elementos que son comunes a las distintas corrientes que han abordado el tema del buen vivir en sus diversas formas y éstos son la identidad, la equidad y la sostenibilidad. Dichos autores conformaron una síntesis de los diversos pensamientos en la siguiente conceptualización del buen vivir: forma de vida en armonía con uno mismo, con la sociedad y con la naturaleza; concepto que incluiría la identidad (como armonía personal), la equidad (como armonía social) y la sostenibilidad (como armonía integral) (Cubillo-Guevara & Hidalgo-Capitán, 2015).

Ahora bien, no se trata simplemente de importar una forma de ver y entender la vida de manera teórica y querer generalizar ese conocimiento de manera externa, sino de observar

y realizar prácticas de intercambio de saberes, de observación y validación de conocimiento, por ejemplo, mediante la medicina basada en evidencia, que permite saltar las fronteras del prejuicio mediante evidencias prácticas y concretas que los estudios pueden ofrecer, pues resalta que en perspectivas socioculturales como el buen vivir se consideren ya elementos como la sustentabilidad y el respeto a la identidad de las personas.

Retomando la perspectiva general del buen vivir, sus principios y continuidades, en el presente capítulo se observa que a partir del trabajo que realizan las parteras tradicionales y profesionales es posible hablar de una práctica que constituye lo que sería análogo a llamar un buen parir. Dicha conceptualización busca subrayar los elementos que trabaja la partería y que son imprescindibles para la construcción de otra forma de concebir el parto que permita trascender la reproducción de la violencia obstétrica, que fortalezca las iniciativas individuales y grupales que buscan facilitar los espacios de contención, empoderamiento de las mujeres y un acceso a nacimientos sin violencia. Este tipo de parto se ha llamado, por ejemplo, parto humanizado, sin violencia o natural, estos conceptos tienen en común la búsqueda de que las mujeres y quienes nacen se encuentren en condiciones de atención con un trato cálido y de calidad.

Un trato con calidad y calidez es deseable para cualquier proceso de atención que implica una interacción humana. En el momento del parto es una necesidad imprescindible para que éste sea saludable. La tensión en una mujer o en la criatura puede generar complicaciones en el momento del parto y, por ejemplo, derivar en una cesárea no deseada. El planteamiento de que en términos biológicos el bebé es un mamífero (Odent, 2009), es un elemento clave para comprender las condiciones necesarias y determinantes que se requieren en una labor de parto. Un mamífero precisa tener una respuesta pronta ante el posible ataque de un predador, logrando detener el parto para huir si se percibe en peligro. La hembra humana en condiciones de estrés también puede tener respuestas análogas y, en una atención intrahospitalaria, ello la volvería una candidata directa para la realización de una cesárea.

Como correlato de esa situación se precisa un trato que propicie la tranquilidad y la confianza en la mujer que pare, lo cual permitiría lo que podemos denominar un buen parir. Una atención de calidad y un trato cuidadoso, incluso amoroso, dirigido hacia una mujer y su criatura en ese momento no es un elemento suntuario o lujoso, es una necesidad de la especie para tener mejores condiciones vitales, menos posibilidades de depresión post parto o de sufrimientos de quien nace.

La conciencia y responsabilidad plena del personal de salud de este proceso y sus implicaciones inmediatas y mediatas en la salud de la díada madre criatura no puede seguir siendo postergada o quedar atrapada en el engranaje ciego de la carrera de los recursos y el tiempo o destiempo tan característicos de la vida moderna. Más aún cuando se requiere, por ejemplo, permitir hacer su trabajo en la atención al parto normal a mujeres parteras que ya lo hacen y apoyarlas, garantizar que no existan procesos que trabajen en su contra, en las capacitaciones o en el abandono de su profesión por los gobiernos, inversión en capacitación humana.

Las prácticas que llevan a cabo las parteras pueden pensarse desde el concepto de buen parir; en dicha conceptualización nos encontramos con uno de los ejes fundamentales de la práctica de las parteras y ésta consiste en que ellas consideran a la mujer a quien atienden de manera integral, respetan su perspectiva socio cultural: lo que la mujer que va a parir considera como valioso e importante para el momento de su parto, a sus seres queridos más cercanos, sus referencias religiosas, morales, éticas y sus emociones a lo largo del embarazo y durante el trabajo de parto. Con base en ello, hacen un acompañamiento personalizado que considera la condición emocional de las mujeres como parte nodal para un buen desempeño del parto, no solo a nivel psicológico sino también a nivel físico; toman en cuenta elementos como la preocupación y la tensión de la mujer como parte de una condición muscular propicia o negativa para el momento del parto, para un buen parir (Atayde-Manríquez & González-Robledo).

Buen parir: la experiencia y las prácticas de las parteras

Si bien la partería no tiene una estructura fija en lo referente a su protocolo de atención, en tanto que la diversidad de las parteras es amplia, sí es posible observar una serie de prácticas que comparten. En entrevistas realizadas a parteras en el estado de Morelos, México (Atayde-Manríquez & González-Robledo, 2020), fue posible observar varias de las cosas que comparten las parteras a quienes se entrevistó. Entre ellas encontramos:

1. La dieta

Las recomendaciones dietéticas forman parte de las sugerencias de las parteras a las mujeres a quienes atienden. Ellas les proponen alimentos que pueden favorecer el buen desarrollo de su embarazo y los que deben evitar. En tanto que muchas de las parteras están inmersas o conocen la cultura de las mujeres y sus condiciones, tienen la posibilidad de hacer recomendaciones de alimentos con los que, quienes reciben la recomendación, se encuentran familiarizadas; ello pudiese hacer más factible la incorporación de hábitos alimenticios saludables para el embarazo mediante intervenciones más cercanas a cada mujer.

2. Control prenatal

Al respecto, las parteras entrevistadas refirieron patrones de acción similares a los de los médicos en términos del número de citas previas a la atención del parto, sin embargo, ellas piden menos estudios de sangre, ultrasonidos, y es menor también el número de tactos realizados a las mujeres y éstos son consentidos.

3. Actividad física

La insistencia acerca de la importancia de la actividad física durante el embarazo es algo que todas las parteras entrevistadas compartieron, algunas incluso considerando que pro-

blemas actuales relacionados con las complicaciones en el parto se encuentran asociados, entre otras cosas, a la falta de suficiente actividad física en las mujeres durante el embarazo.

4. Contacto con el propio cuerpo y elementos de la naturaleza (simbolismo)

Las parteras entrevistadas buscan que las mujeres tomen conciencia de sus propios cuerpos para que tengan el conocimiento de lo que sucederá en ellos durante el embarazo y el parto. Ellas coinciden en ocuparse de dar abundante información y ejercicios físicos de respiración, flexibilidad, reconocimiento de su cuerpo y de sus emociones asociadas al cuerpo. Suelen acompañar los procesos fisiológicos con elementos de la naturaleza como el uso de agua, de hierbas y de la propia respiración. Es común dentro de ellas encontrar elementos que hablan de la mujer como parte del medio ambiente, de consideraciones de la naturaleza como una madre. Vinculan estos elementos, en algunos casos, con prácticas espirituales, de rezos, de poner veladoras o de dinámicas de meditación.

5. Acompañamiento de personas allegadas durante el parto

Otro elemento común a las parteras entrevistadas es la consideración en su práctica cotidiana de la inclusión de las personas cercanas a las mujeres al momento del parto, sin importar si con ello se incluye a la pareja, a la abuela o a alguna amistad, la intención es que la mujer tenga un soporte emocional. Sin embargo, refirieron que consideran que la presencia de la pareja en el momento del parto favorece una mejor integración de la familia a la nueva condición de compartir la crianza y para la estructura de las relaciones en la familia.

6. Manejo del dolor

Otro elemento compartido por las parteras entrevistadas fue el uso de estrategias para abordar el manejo del dolor. Es un tema que tratan desde que las mujeres acuden a consulta durante el embarazo. Ellas les procuran herramientas que van desde sugerencias para el momento del trabajo de parto y el parto mismo hasta la práctica de ejercicios físicos y de respiración. Para ello, utilizan el agua como elemento relajante para las mujeres (en forma de compresas locales, baños o infusiones, también llevan a cabo masajes con sus manos y con rebozos, apoyan a la respiración adecuada de las mujeres, mostrando el efecto de un tipo de respiración y otro según la etapa del parto. La mayoría de las entrevistadas utilizan hierbas.

7. Consumo de alimentos y bebidas durante la labor de parto

Todas las entrevistadas refirieron que el consumo de alimentos y bebidas por parte las mujeres durante el trabajo de parto son a libre demanda, si bien sugieren cierto tipo de alimentos según la etapa del proceso. La mayoría de las entrevistadas refirieron que no es

preciso restringir los alimentos porque cuando el parto ya está cerca las propias mujeres no tienen apetito. Mientras que respecto a la disponibilidad de las bebidas consideran que debe ser permanente para mantener una hidratación adecuada.

8. Uso libre del tipo de ropa

Las parteras no piden ningún tipo de ropa particular (como el uso de batas hospitalarias). En las listas de cosas que piden a las mujeres solamente les indican que tengan ropa cómoda y limpia, refieren que eso permite a las mujeres sentirse más seguras y confortables. También hablan de formas de autorregulación de las propias mujeres que poco a poco van buscando tener menos ropa para estar más ligeras y de esa manera la mujer se encuentra libre de tener la ropa que la haga sentir confortable física y moralmente.

9. Construcción y cuidado del espacio para el trabajo de parto de manera inclusiva y respetuosa

De manera general las parteras entrevistadas atienden a las mujeres en sus propias casas. Para poder hacerlo de esa manera deben prever el tipo de espacio en el que se espera sucederá el parto. La preparación adecuada del lugar es una gestión que sucede de manera conjunta entre la partera, la mujer que va a parir y la pareja o personas que estarán en ese momento. Ello basándose en la experiencia de las parteras acerca de los criterios que han de considerarse y las preferencias e ideas de la mujer. Para ello realizan visitas domiciliarias previas al parto.

10. Plan de parto

La mayoría de las parteras entrevistadas refirieron realizar un plan de parto durante el embarazo, en el cual incluye paso a paso las cosas que sucederán y las preferencias de las mujeres, acerca de quién estará durante el trabajo de parto, lo que implica la presencia de cada persona, lo que se hará durante dicho trabajo, el plan B (lo que se haría si hay alguna complicación), el corte del cordón y uso de la placenta, entre otros aspectos que consideran importantes.

11. Prácticas tradicionales (herbolaria, masajes, rebozo, temazcal)

Varias de las parteras entrevistadas conservan el uso de prácticas tradicionales y las utilizan en función de las solicitudes y requerimientos de las mujeres a quienes atienden. Este tipo de prácticas, las implementan la mayoría de las parteras. Algunas de éstas son el uso de masajes, herbolaria, uso del rebozo y de temazcales. Las entrevistadas refieren que todas esas prácticas les han sido prohibidas implícita y explícitamente por la Secretaría de Salud, razón por la cual las niegan o las ocultan, pues para ellas tiene sentido e importancia y es su forma cultural y tradicional de atender. Sin embargo, una de las parteras entrevistadas refirió que se están perdiendo esos conocimientos porque ya no los comparten por temor a represalias de las autoridades de salud.

12. No uso de prácticas rutinarias invasivas (episiotomía, rasurado)

Ninguna de las entrevistadas refirió realizar prácticas como el rasurado o la episiotomía por rutina, y quienes lo han llegado a usar ha sido de manera extraordinaria. Les parece que es mejor evitarlas en lo posible en favor del bienestar y la salud de la mujer. Consideran que ambas prácticas son innecesarias y que cuando se ocupan de forma rutinaria no es de la mujer sino de la comodidad de quien atiende el parto. Tienen una posición crítica ante dichas prácticas.

13. Manejo del cordón umbilical y la placenta (como símbolo)

Las parteras refieren al cordón umbilical y a la placenta como partes importantes del parto y no solo como un “resto biológico que hay que tirar”, como refirió una de ellas. De manera que ambos son temas que tratan directamente con las mujeres y sus parejas para acordar lo que quieren hacer con ellas. Tanto la placenta como el cordón pueden ser enterrados en la casa de la familia, lo cual es una práctica común en México asociada con el arraigamiento a la familia, a la tierra y al lugar de nacimiento de quien nace, es una forma simbólica en la que se hace referencia a formas de reciprocidad entre el entorno social y la criatura que nace. También hay parteras que realizan tinturas a partir de dichos elementos (cordón y placenta); ello, según refieren, puede ser de ayuda para determinados tratamientos de salud de las madres y bebés en etapas posteriores al parto.

14. Procuran el contacto piel a piel entre madre y bebé

Para las parteras entrevistadas tiene sentido establecer un vínculo entre madre y bebé desde el momento del nacimiento por lo que el bebé busca ser puesto en contacto con su madre inmediatamente. Al respecto, la mayoría parece estar imbuida de consideraciones del parto humanizado que subrayan la importancia de dicho contacto.

Este conjunto de prácticas referidas y otras que las parteras implementan de manera cotidiana tienen una línea de acción que considera —de manera significativa— a las emociones de las mujeres que van a parir, se basan en su experiencia y en la de sus madres o maestras que les enseñaron la partería. Varias de sus prácticas son parte de la medicina basada en evidencia (Junquera, 2003; Cochrane, 2020). Lo cual se refiere a que:

... la medicina basada en la evidencia (MBE) nace precisamente para tratar de solventar algunas de estas dificultades. Consiste en la integración de las mejores pruebas científicas con la experiencia clínica y los valores y preferencias del paciente. Dicho de otro modo, trata de promover el cambio en la toma de decisiones: pasar de una toma de decisiones basada en opiniones a una toma de decisiones basada en pruebas científicas. (de Dios, 2001, p. 1)

Muchas de las práctica de las parteras están basadas en evidencia y contrapuestas a un trato violento, por el contrario se sitúan en lugares de respeto, cuidados y buen trato. Es preciso que el sistema de salud aprenda de ellas y no únicamente se busque mostrarles las prácticas médicas hospitalarias, como sucede en las capacitaciones dirigidas a ellas. La formación debería ser en ambos sentidos. Ello podría ayudar a reducir sustantivamente los niveles de violencia obstétrica nacionales.

Conclusiones

A partir de la información aquí proporcionada, se puede evidenciar que se cumplió con el objetivo de explorar la violencia obstétrica y sus formas en correlato con la experiencia y prácticas de las parteras. Se observó que dicha violencia, como concepto, es una herramienta de visibilización de una problemática normalizada que contiene un planteamiento político implícito de una cuestión estructural que no se encuentra reducida a una falta de ética individual, si bien existe responsabilidad también en quien personifica la violencia. Así mismo se pudo ver que el desarrollo histórico de la obstetricia moderna ha derivado en una forma particular capitalista que funciona privilegiando el resultado sin observar los procesos, sus formas y la importancia de ello, particularmente subestimando la importancia de la observación de las dimensiones emocionales y su cuidado.

Se notó la manera en que ha permeado la subordinación de lo femenino a lo masculino como una función del conocimiento, privilegiando a la razón y lo objetivo, sobre dimensiones como las emociones y la subjetividad, plasmadas en relaciones de poder entre los servicios de salud y las mujeres que van a parir y con saberes legitimados versus saberes denostados. Se observó la necesidad de que además de una atención con calidad y calidez, es preciso que se transforme la manera en que se mira a las mujeres parturientas como objetos para mirarlas como mujeres sujetas de derechos.

Además de observar conceptualmente la violencia obstétrica se pudo ver en la experiencia de Isela, las múltiples maneras en que ésta se muestra, la perspectiva de quien sufre la violencia, lo sistemáticas que pueden ser las violencias ejercidas sobre una misma persona, en diferentes momentos, por diferentes personificaciones, pero en un sentido análogo. En su caso también se pudo observar de su experiencia el entorno social que ella vive y cómo la violencia ha permeado en la cultura expresada en las mujeres que le dicen, por ejemplo, que debe estar callada y no quejarse para no ser maltratada por el personal médico.

La precisión de detalle aportada por un caso específico funciona como un fractal que nos muestra las distintas caras de las violencias. Así mismo, en su caso, es posible ver que en ningún momento se consideran las emociones que ella experimenta al momento de que el personal de salud la atiende, e incluso las implicaciones para su salud que esto tiene, el maltrato verbal y físico, ni siquiera cuando deriva en procedimientos ilegales como la implantación de un dispositivo DIU, aún con su expreso desacuerdo y sin aviso alguno de haberlo realizado.

Se encontró que las prácticas de las parteras se desarrollan mediante lógicas centradas en la atención a la salud de las madres y criaturas recién nacidas, que se basan en formas empáticas y respetuosas en espacios no hospitalarios y hospitalarios. Para ello, uno de los elementos que destaca es el acompañamiento emocional que hacen las parteras de manera propositiva y el hecho de que lo realizan a lo largo su atención a las mujeres, desde que éstas llegan a presentarse con las parteras y hasta tiempo después del parto.

Se mostró que las parteras ofrecen formas alternativas de cuidar y de acompañar el embarazo, parto y postparto; posibilitando que en medio de contextos de violencia obstétrica generalizada en los espacios atendidos por el personal de salud existan espacios en los que se pueda experimentar un buen parir cuando la atención depende de ellas. El buen parir puede ser una forma de integrar una perspectiva en el ver a las mujeres, de notar la forma en que las parteras las han visto de manera ancestral, una manera distinta de observar a esas mujeres y ello parte de la educación al personal de salud incluyendo otras formas de mirar además de las hegemónicas, de formas responsables y respetuosas, pasando por el propio empoderamiento de la mujer como conciencia de su cuerpo y precisa estar plasmado en todos los elementos que tienen contacto con las mujeres.

Así mismo, se pudo observar que el desarrollo social sostenible contiene también elementos sutiles de la subjetividad humana que es preciso observar y procurar. Y no únicamente ver a dicho desarrollo como un elemento cargado de una constitución de tipo material (conformado por objetos), sino también considerar todos los aspectos de la constitución social de las personas en lo micro y en las interacciones cotidianas. Sin esa observación, el desarrollo sostenible y la preservación sociocultural no estará completa y se estarían desperdiciando conocimientos para el presente y para el futuro.

Hoy el reto es grande porque implica retomar con respeto el trabajo de la partería e incorporar los nuevos elementos que favorecen y pueden apoyar la salud de las mujeres y bebés; ello respetando el trabajo independiente, incorporando a las propias parteras que así lo quieran y recuperando sus saberes. Se concluye así que la lógica y prácticas de la partería podrían ser beneficiosas para preservar la salud y el bienestar de la diada y que es preciso encontrar formas de vinculación entre los conocimientos de la partería y el sistema nacional de salud y que son aspectos imprescindibles a ser considerados dentro del desarrollo social sostenible en salud.

Referencias

- Ariza, M. (2020). *Las emociones en la vida social: miradas sociológicas*. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales.
- Arteaga-Cruz, E. L. (2017). Buen Vivir (Sumak Kawsay): definiciones, crítica e implicaciones en la planificación del desarrollo en Ecuador, *Saúde Debate*, 41(114), 907-919. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711419>

- Atayde-Manríquez, K. X., & González-Robledo, L. M. (2020). Experiencias y emociones de las parteras con relación al sistema formal de salud en México. *Religación. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(26), 118-131. <https://doi.org/10.46652/rgn.v5i26.737CICSH>
- Bellón, S. S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93-111.
- Bianco, G. (2021). Entrevista a Gabriella Bianco. *CuerpoMente*. <https://lc.cx/3BV2Wo>
- Butler, J. (2018). *Cuerpos que importan*. Paidós.
- Butler, J., & Soley-Beltrán, P. (2006). *Deshacer el género*. Paidós.
- Brundtland, G. H. (1989). *Nuestro futuro común* [Congreso]. Internacional de tecnologías alternativas de desarrollo: ponencias y comunicaciones. Servicio de Extensión Agraria. Publicaciones.
- Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista Conamed*, 19(1), 37-42.
- Castro, R., & Frías, S. M. (2017). Violencia obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016. *Primer Congreso sobre Violencia de Género contra las Mujeres*. CRIM-UNAM.
- Chancosa, B. (2010). El Sumak Kawsay desde la visión de la mujer. *América Latina en Movimiento*, 453, 6-9.
- Choquehuanca, D. (2010). El Buen Vivir / Suma Qamaña. 25 postulados para entender el Buen Vivir. La Razón.
- Cochrane. (2020). Evidencia fiable, decisiones informadas, mejor salud. <https://www.cochrane.org/es/evidence>
- Cubillo-Guevara, A. P., & Hidalgo-Capitán A. L. (2015). El buen vivir como alternativa para el desarrollo, *Perspectiva Socioeconómica*, (2), 5-27. <http://doi.org/10.21892/24627593.223>
- Dávalos, P. (2008). El Sumak Kawsay (Buen Vivir) y las cesuras del desarrollo. *Revista América Latina en Movimiento*, 103. 1-7.
- Davis-Floyd, R. E. (1993), The technocratic model of birth. En G. Cecil Helman, (ed.). *Medical Anthropology* (pp. 1-30). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315249360>
- de Dios, J. G. (2001). De la medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en la medicina. *Anales de Pediatría* 55(5), 429-439. [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(01\)77715-6](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(01)77715-6).

- Ehrenreich, B., & English, D. (1988). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras, dolencias y trastornos, política sexual de la enfermedad*. Edicions De Les Dones.
- Elmir R., Schmied V., Wilkes I., & Jackson D. (2010) Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing* 66(10), 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- García-Linera, Á. (2010). El Socialismo Comunitario. *La Migraña. Revista de Análisis*, 5(3). 73.
- GIRE (s/a). Violencia Obstétrica. *Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)*. <https://gire.org.mx/violencia-obstetrica/>
- Ibarzábal, I. M. (2007). El maniaco del unísono. Una crítica al positivismo por su reduccionismo epistemológico. *Dikaion*, 21(16), 91-103.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. <https://lc.cx/h4MLWe>
- Junquera, L. M., Baladrón, J., Albertos, J. M., & Olay, S. (2003). Medicina basada en la evidencia (MBE): Ventajas. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 25(5), 265-272.
- Lander, E. (2000). *Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos*. Clacso.
- Macas, L. (2010). Sumak Kawsay: La vida en plenitud. *América Latina en movimiento*, 452, 14-16.
- Macdonald, Margaret (2006), Gender Expectations: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(2), 235–256.
- Naciones Unidas (2017). ¿Qué es el desarrollo sostenible y por qué es importante? <https://lc.cx/5purpF>
- Naciones Unidas (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. <https://lc.cx/LU6bGH>
- Odent, M. (2008). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la Humanidad*. Ob Stare.
- Odent, M. (2009). *El bebé es un mamífero*. Ob Stare.
- Odent, M. (2011). *El nacimiento en la era del plástico*. Ob Stare.
- Olisa, M. (2016). 5 ejemplos de violencia simbólica. Afroféminas. <https://lc.cx/6bQApt>
- Oviedo, A. (2011). *Qué es el Sumakawsay*. Sumak Ediciones.

Sadler, M. (2020). Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. En P. Quattrocchi, & N. Magnone, (eds.). *Violencia obstétrica en América Latina, conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Instituto de Salud Colectiva y EDUN La Cooperativa.

Saldado, G. (2021). La forma de nacer influye en la salud. Entrevista a Michel Odent. CuerpoMente. <https://lc.cx/4Z515i>

Sesia, P. (2020). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En P. Quattrocchi, & N. Magnone, (eds.). *Violencia obstétrica en América Latina, conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Instituto de Salud Colectiva y EDUN La Cooperativa.

Sheperd, L. J. (1993). *Lifting the veil: The feminine face of science*. Shambala.

Viteri, C. (2012). Visión indígena del desarrollo en la Amazonía. *Polis*, 3.

Obstetric violence and midwifery: good birth as a path to sustainable social development in health

Violência obstétrica e obstetrícia: o bom parto como um caminho para o desenvolvimento social sustentável em saúde

Karina Xóchitl Atayde Manríquez

El Colegio de la Frontera Sur (Ecosur) | Chiapas | México

<https://orcid.org/0000-0002-7734-0746>

karina.atayde@guest.ecosur.mx

kxamm@yahoo.com.mx

Doctora en Ciencias Sociales. Actual estancia posdoctoral en el Colegio de la Frontera Sur (Ecosur), México. Sus principales líneas de investigación son: Emociones, salud y género, parto, partería, feminismos, cuerpo y masculinidades.

Abstract

This chapter addresses the issue of midwifery in the face of obstetric violence as a way of managing a good birth in the context of the search for sustainable social development in health. The violence exercised against women at the time of childbirth includes various forms of violence and needs to be understood from the perspective of power relations. It was found that: 1) there are other logics in the care of the health of mothers and babies that are based on empathetic and respectful forms in non-hospital and hospital spaces; 2) the emotional support provided by midwives is a positive element that they carry out throughout the care provided to women; 3) midwives offer alternative ways of caring for and accompanying pregnancy, childbirth and postpartum; favoring that in the midst of contexts of obstetric violence there are spaces in which a good birth can be experienced.

Keywords: birth; emotions; good birth; midwifery; obstetric violence.

Resumo

Este capítulo aborda a questão da obstetrícia diante da violência obstétrica como uma forma de administrar um bom parto no contexto da busca pelo desenvolvimento social sustentável na saúde. A violência contra a mulher durante o parto inclui várias formas de violência e precisa ser entendida em termos de relações de poder. Constatou-se que: 1) existem outras lógicas na atenção à saúde de mães e bebês que se baseiam em formas empáticas e respeitadas em espaços não hospitalares e hospitalares; 2) o acompanhamento emocional proporcionado pelas parteiras é um elemento positivo em toda a atenção às mulheres; 3) as parteiras oferecem formas alternativas de cuidar e acompanhar a gravidez, o parto e o pós-parto; favorecendo que, em meio a contextos de violência obstétrica, existam espaços em que o bom parto possa ser vivenciado.

Palavras-chave: bom parto; emoções; obstetrícia; violência obstétrica; parto.