



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

---

---

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA**

**MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD**

**“EXPERIENCIA DE UNA MUJER SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN OBSTETRICIA EN UN HOSPITAL DEL MUNICIPIO DE CHIMALHUACÁN, ESTADO DE MÉXICO”.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER GRADO DE  
MAESTRA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD**

**P R E S E N T A:**

**LIC. EN. E.P.S PATRICIA MENDOZA ZOSAYAS**

**TUTORA:**

**DRA. MARÍA LUISA QUINTERO SOTO**

**COMITÉ TUTORIAL:**

**DRA. ELISA BERTHA VELÁZQUEZ RODRÍGUEZ**

**MTRA. ELIA CHAMORRO VÁZQUEZ**



**JUNIO 2018**



Nezahualcóyotl, México 2 de mayo de 2018

**DRA. OFELIA MÁRQUEZ MOLINA  
COORDINADORA DE LA  
MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD  
PRESENTE**

Sirva este conducto para enviarle un cordial saludo y hacer de su conocimiento que los integrantes del comité de tutores de la alumna **Patricia Mendoza Zosayas** hemos concluido con la revisión del proyecto de tesis que lleva por título "**Experiencia de una mujer sobre el Modelo de Atención Integral en Obstetricia en un Hospital del Municipio de Chimalhuacán, Estado de México**", la cual cumple con los requisitos necesarios.

Por lo anterior, otorgamos por unanimidad de votos la presente:

**ACTA DE VOTOS APROBATORIOS**

Para que se pueda proceder a la impresión de la tesis.

Sin más por el momento, quedamos a sus órdenes.

**ATENTAMENTE**  
**"PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO"**  
**"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"**

<b>INTEGRANTE</b>	<b>Firma</b>
Dra. Ma. Luisa Quintero Soto	
Dra. Elisa Bertha Velázquez Rodríguez	
Mtra. Elia Chamorro Vázquez	

Km. 2.5 Carretera Amecameca - Ayapango.  
Amecameca, Estado de México  
Tel. (597) 9782158 / 59  
www.uaemex.mx

**CU Amecameca**

# Índice

	<b>Pág.</b>
Acta de Votos Aprobatorios	2
Agradecimientos	6
Dedicatoria	7
Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
<b>CAPÍTULO 1 REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	
<b>1.1 Marco Conceptual</b>	14
1.1.2 Experiencia	14
1.1.3 Prácticas de la atención al parto normal	15
1.1.4 Parto humanizado	16
<b>1.2 Marco Teórico</b>	18
1.2.2 Teoría de género	18
1.2.3 La aplicación de la perspectiva de género en la salud	28
1.2.4 Relación entre salud, derechos humanos y género	30
1.2.5 El enfoque de género en el parto	32
<b>1.3 Marco referencial</b>	35
1.3.1 El parto: Modelo hegemónico y la propuesta de parto humanizado	35
1.3.2 Consecuencias de modelo hegemónico para la atención del parto	39
1.3.3 Trabajos y análisis de los beneficios del parto humanizado	50
1.3.4 Responsabilidad social en el sector salud	60

---

## **CAPÍTULO 2 DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

2.1 Marco contextual	65
2.2 Unidad de estudio	67
2.3 Modelo de Atención Integral Obstétrica (MAIO)	68
2.4 Planteamiento general de la investigación	69
2.5 Supuesto hipotético	73
2.6 Objetivos	74
2.7 Justificación	74

## **CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1 Metodología	78
3.2 Método	79
3.3 Técnica	80
3.4 Selección de la participante	81
3.5 Muestreo por conveniencia	82
3.6 Participante	82
3.7 Escenario	83
3.7 Acciones de investigación	83

---

## **CAPÍTULO 4 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

4.1 Trato digno en la atención	88
4.2 Derechos reproductivos y parto libre	92
4.3 Personalización del parto y manejo del dolor	101
4.4 Acompañamiento	103
<b>DISCUSIÓN</b>	106
<b>CONCLUSIONES</b>	110
<b>Referencias bibliográficas</b>	113
<b>Anexos</b>	125
1. Carta de Consentimiento Informado	126
2. Acuses de recibo de la Nota de Investigación	127
3. Ponencias en eventos académicos	152

---

## Agradecimientos

**Al apoyo económico brindado por CONACYT**, mi profundo agradecimiento porque así pude culminar mis estudios de posgrado.

**A mi tutora, Dra. María Luisa Quintero**, por quien siento una gran admiración y respeto; mi gratitud enorme por confiar en mí al emprender este posgrado, por su empatía, paciencia al instruirme y guiarme para cimentar este trabajo de investigación; me enseñó a confiar en mí, a no dejarme caer ante cualquier circunstancia, a mirar siempre hacia adelante; por sus grandes enseñanzas, conocimientos invaluable y sus excelentes aportes académicos y personales en este trayecto profesional, ella plasma lo enorme desde abajo, centrada y con los pies en la tierra, he aprendido de su hermosa nobleza, humanidad y espiritualidad.

**A mi comité tutorial, la Dra. Elisa Bertha Velázquez y la Mtra. Elia Chamorro Vázquez**, por transmitirme su enorme entusiasmo, conocimiento y enriquecerme con sus saberes compartidos; sus apreciables sugerencias, me impulsaron a mejorar esta tesis.

**A mis maestros y todo el claustro docente que integra la maestría en Sociología de la Salud**, gracias por compartir sus inestimables conocimientos, críticas y aportaciones profesionales para seguir superándome y continuar trabajando cada día.

A la **participante del estudio**, mi enorme agradecimiento por su confianza y valioso testimonio; su experiencia ha hecho posible el desarrollo de esta tesis.

**A Dios**, por guiarme en este camino de la vida, al encontrar personas quienes que han creído en mí, inspirándome con sus conocimientos y que han sido un apoyo incondicional en mi formación profesional.

---

## Dedicatoria

**A Dios**, por su inmensa misericordia al permitirme respirar y observar cada día el amanecer; por ser mi fortaleza, acompañándome siempre en el trayecto de mi vida, quien me ha concedido recorrer sueños alcanzables como lo es este, transformado en realidad.

**A mi padre**, por enseñarme la honestidad y responsabilidad para perseguir mis ideales y no desistir a pesar de los obstáculos.

**A mi madre**, por darme la vida, muestra de perseverancia por la existencia y el trabajo digno.

**A mi hermano Alfonso**, a quien quiero y respeto enormemente, quien siempre ha creído en mí y ha sido mi apoyo incondicional en todo momento, particularmente en mi formación profesional; cada uno de estos logros le pertenece a él, a quien admiro mucho y de quién he aprendido su gran optimismo y fortaleza al hacer las cosas.

**A mi hermana Rosario** quien, aunque está lejos, siempre está conmigo en momentos especiales.

Sin dejar de mencionar en general a **toda mi familia** entrañable, a quienes aprecio por su amor y entusiasmo al inspirarme por seguir en este recorrido (sobrinos, sobrinas, tíos, tías y hermanos).

**A mi tío Albino** quien vivirá por siempre en nuestros corazones y sé que ahora, nos alumbra desde el cielo, transmitiendo eternamente su contagiosa alegría.

---

## Resumen

En 2020 se cumplirán dos décadas desde que se propuso la humanización en la atención obstétrica, debido a la excesiva medicalización, patologización del parto e intervencionismo rutinario. El Modelo de Atención Integral en Obstetricia (MAIO) promueve el parto humanizado considerando la dignidad, libertad, autonomía, y el respeto a las mujeres. La presente investigación tiene por objetivo interpretar el relato de experiencia de una mujer atendida con el MAIO en un hospital público del ISEM en Chimalhuacán, Estado de México durante el año 2015. Se utiliza la metodología cualitativa, la técnica es a través de la entrevista a profundidad; las categorías de análisis de los datos obtenidos son en torno a cuatro ejes: trato digno en la atención, derechos reproductivos y parto libre, personalización del parto y manejo del dolor, y acompañamiento. El enfoque con que se aborda es desde la perspectiva de género. Los resultados revelan que existe violencia de género e institucional en los servicios obstétricos, permea el modelo hegemónico en el orden y reproducción social, se constriñen los derechos sexuales y reproductivos e invisibiliza la autonomía de la mujer en el parto. Es imprescindible la coparticipación y corresponsabilidad de los actores involucrados; por un lado, la capacitación y sensibilización del personal de salud, respecto de paradigmas humanizados como interculturales, por otra parte, el empoderamiento de la mujer en la autoconfianza de su capacidad reproductiva y; que, al hombre como pareja o familiares, no se les aisle en este proceso perinatal.

**Palabras clave:** Experiencia del parto, perspectiva de género, parto humanizado.



---

## Abstract

By 2020, two decades will be accomplished since humanization was proposed in obstetric care, due to excessive medicalization, pathologization of childbirth and routine interventionism. The Integral Obstetric Care Model (MAIO) promotes humanized childbirth considering the dignity, freedom, autonomy, and respect of woman. The objective of the present research is to interpret the experience report of a woman attended with the MAIO in a public hospital of the ISEM in Chimalhuacán, México during 2015. The qualitative methodology is used, the technique is through the interview depth; the categories of analysis of the data obtained are based on four axes: worthy deal received, reproductive rights and free birth, personalization of labor and pain management, and accompaniment. The focus is from a gender perspective. The results reveal that there is gender and institutional violence in obstetric services, it permeates the hegemonic model in order and social reproduction, constricts sexual and reproductive rights and makes women's autonomy in childbirth invisible. It is essential to act with co-participation and co-responsibility by involved actors; on the one hand, the training and sensitization of health personnel, regarding humanized and intercultural paradigms, on the other hand, the empowerment of women in the self-confidence of their reproductive capacity and; that the man as a couple or relatives are not isolated in this perinatal process.

**Key words:** Birth experience, gender perspective, humanized childbirth.

---

## Introducción

El parto humanizado centrado en las necesidades y el protagonismo de la mujer, ha sido globalizado en los sistemas de salud desde hace más de una década, con la finalidad de disipar el *modelo biomédico* enfocado en la patologización del parto y la desmesurada medicalización surgido a finales del siglo XIX, en el que la excesiva práctica de tecnologización; supone el abordaje del cuerpo y la mente por separado, como dos engranajes que giran cada uno en sentido contrario (Quintero y Velázquez, 2017, p. 14); siendo la racionalidad “solamente la forma de percibir la realidad” (Velázquez, Quintero y López, 2015, p. 21). En este sentido se contrarresta el sentir, el saber, el placer y la palabra de la mujer en la atención sanitaria que rige actualmente dentro de los nosocomios, tanto públicos como privados, en donde “converge un entramado de relaciones de poder, discriminación e inequidad social y de género” (Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas, 2013). Bajo esta postura, las investigaciones revelan cómo es atendida la gestante en los espacios hospitalarios, con base en una estructura del discurso médico, en que la mujer es visualizada como enferma (Camacaro, 2009; Belli, 2013; Hernández y Echevarría, 2016) y, por ende, se elimina la posesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo (Arnau et al., 2012), transgrediéndose los derechos sexuales y reproductivos en la atención obstétrica (Villanueva, 2010; Magnone, 2013; Valdez et al., 2013; Arguedas, 2014; Camacaro, Ramírez, Lanza y Herrera, 2015; Castrillo, 2016; Adib, Casado y Santos, 2017).

El reconocer las necesidades, sentimientos, y visibilización de las gestantes (Ferreiro et al., 2013; Westbrook, 2015; Bautista et al., 2015; Correa, 2016); propósito de la

---

humanización del parto naufraga al concretarse como política consolidada en las unidades hospitalarias (Hernández y Echevarría, 2016; Silva, 2017). Esto es un problema de salud en la agenda pública que requiere ser atendido tanto a nivel mundial, nacional, y regional. Varios países en el mundo continúan con la ardua tarea de la humanización en el parto; en México, según la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV, s.f), la única política pública humanizada es el Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro, iniciativa de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), adoptado en Estados como Chiapas, Colima, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Veracruz, (Almaguer, García y Vargas, 2010), además de Hidalgo y Durango (García, Almaguer, Ortega, Gutiérrez y Montoya, s.f).

Mientras la propuesta del proyecto Modelo de Atención Integral en Obstetricia (MAIO), se implementó en el año 2014 por el Dr. Christian Byron Mera Hernández, cuando fue director del Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero (HMIVG) de Chimalhuacán, Estado de México; significó una gran iniciativa en favor del parto humanizado “quien ha logrado una reducción significativa del índice de cesáreas en la institución a su cargo, integrando los criterios de atención humanizada y un voluntariado de doulas al hospital” (Campiglia, 2015, p. 84).

Las directrices del quehacer científico, en pleno siglo XXI, apuntan al contexto entre el intervencionismo obstétrico y el parto humanizado, desde el nivel internacional hasta el escenario local; por ello la pertinencia de la presente investigación, para visibilizar lo que ocurre en la sala de parto del HMIVG, en Chimalhuacán, Estado de México.

---

En este trabajo se cruzan tres ejes medulares: el estudio de la mujer; la ideología del modelo biomédico y un espacio hacia la humanización del parto. Los ejes no están en paralelo porque lo medular está en la perspectiva de género; es decir, la opción no es estudiar sólo a la mujer, sino cómo se explica su situación en los servicios de atención perinatal dentro del contexto social. Lo cual “permite comenzar a pensar sociológicamente las explicaciones de la Intervención Médica en el Parto (IMP), sus condiciones de posibilidad, las dimensiones y variables que la atraviesan, el lugar de los sujetos y su carácter eminentemente relacional” (Castrillo, 2014a, p. 12).

Tomar en cuenta las necesidades, contextos y visiones de los diferentes actores responde a una *corresponsabilidad* colectiva, y también de la *coparticipación*, como señala Correa (2016, p.1230): “democratizar en las esferas de la vida: político, social y profesional”. Lo anterior, posibilitará reformular políticas públicas de salud reproductiva que sean factibles ante problemáticas de la realidad social.

Se considera que la importancia de esta investigación se sitúa en analizar la experiencia de una mujer con respecto al MAIO en el HMIVG, dado que son escasos los estudios donde se incluya la vivencia de las mujeres, con respecto a ellas mismas y el impacto generado de la humanización como un fenómeno más amplio.

Para abordar la premisa anterior, se trabajó con una metodología de tipo cualitativo, por medio del desarrollo de la entrevista a profundidad, que permitió interpretar la experiencia del parto, narrada directamente por la mujer y, al mismo tiempo, mostró el impacto del Modelo de Atención Integral en Obstetricia.

El trabajo está estructurado en cuatro capítulos: en el primero, está la revisión de la literatura para el análisis conceptual, teórico y referencial, que permite explicar las

---

aproximaciones idóneas para describir el fenómeno social de estudio; el segundo capítulo está conformado por la definición del objeto de estudio, las características de la población en cuestión, se describe el Modelo de Atención Integral en Obstetricia, se analiza la problemática, seguido del supuesto hipotético, objetivos, y la justificación de la investigación; en el capítulo tercero, se explica la metodología utilizada, se aluden los aspectos que permiten conocer el enfoque y la manera en la que se diseñó la investigación; en el capítulo cuarto, se exponen los resultados, con el análisis e interpretación de los mismos, derivados de la entrevista a profundidad; por último, se anotan la discusión y las conclusiones generales de la investigación, además de las referencias bibliográficas y los anexos; entre los que se encuentran el consentimiento, la nota de investigación generada y las constancias de ponencias de los Congresos asistidos.

---

# CAPÍTULO 1

## REVISIÓN DE LITERATURA

### 1.1 Marco Conceptual

Este capítulo pretende conceptualizar los acercamientos teóricos para explicar las vivencias de la mujer entrevistada, para entrelazar y profundizar cómo vivió su experiencia durante el proceso del parto.

#### 1.1.2 Experiencia

La Real Academia Española (RAE), define “experiencia”, del latín *experientia*, como una circunstancia o acontecimiento vivido por una persona.

Kant (2007, p. 270-271) al respecto, sostiene que:

Es un conocimiento empírico, es decir, un conocimiento que determina un objeto mediante percepciones. Es por tanto, una síntesis de percepciones que no está a su vez contenida en la percepción, sino que contiene la unidad sintética de lo múltiple de ésta en una conciencia.

Heidegger (citado en Minayo, 2010, p. 254) afirma:

---

El concepto de experiencia habla del ser-ahí (tal como se presenta), del ser-en-el-mundo y de la acción humana. Para este autor, el sentido de la experiencia es la comprensión: el ser humano "es" comprendiéndose a sí mismo y su sentido en el mundo de la vida.

Gadamer (1993, p. 8 [1975]), dice “comprender e interpretar textos no es sólo una instancia científica, sino que pertenece con toda evidencia a la experiencia humana del mundo”.

Transpolar a ese comprender y entender implica dar significación a través de la palabra; como plantea Gadamer (citado por Garagalza, 2014, p. 95), “el lenguaje es el elemento que interviene en todo conocimiento y en toda aprehensión de la realidad”.<sup>1</sup>

En este sentido, se comprende la situación en ese entender con la comunidad y compenetración en conjunto, para interpretar así al sujeto de estudio, respetando su pensamiento, creencias y cultura.

### **1.1.3 Prácticas de la atención al parto normal**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 1985 llevaron a cabo una Conferencia en Brasil debido a que, desde 1980, comenzaba a cuestionarse la práctica médica en la atención del parto, por el uso excesivo de la medicalización (OMS, 1985); en la reunión, exhortaron a analizar el modelo biomédico de atención al embarazo, parto y puerperio. Ahí la OMS decretó recomendaciones para evitar prácticas rutinarias que no eran benéficas en la atención del

---

<sup>1</sup> Se considera que hay una realidad allá afuera que debe ser estudiada, capturada y entendida, Taylor y Bogdan, 1996 (citado en Álvarez, 2003:1).

---

parto y no estaban justificadas médicamente (episiotomía, enema, uso de oxitocina, rotura de bolsa, litotomía y maniobra de kriesteller, rasurado del vello púbico); así como restringir sólo a causas médicas requeridas el uso de otras prácticas (tactos vaginales, monitorización, aplicación de analgesia epidural, uso de cesárea sólo en el 10-15% de los casos); enlistó una serie de acciones que, aunque no se acostumbraban en el modelo anterior, resultaban benéficas (acompañamiento continuo, plan de parto, ambiente íntimo, tratamiento del dolor, postura libre, parto vertical, pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto piel a piel madre e hijo, lactancia materna) ; en el fomento del protagonismo de la mujer, el bebé y su pareja; y en privilegiar la autonomía y necesidades de la gestante.

#### **1.1.4 Parto humanizado**

Se refiere al modelo de atención que hace énfasis en el protagonismo de las mujeres, la/el bebé y la pareja durante el parto, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna (Almaguer, García y Vargas, s.f, p. 45).

Arnau et al. (2012, p. 231) señala:

Se examina en Ceará Brasil en el año 2000, a través del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento (PHPN), caracterizado por el respeto a los derechos a la ciudadanía de la mujer y al nacimiento del neonato, el acceso y cobertura a los servicios de salud en el parto y el periodo del puerperio, como conjuntamente el fomento del acompañamiento desde la etapa prenatal. La humanización contempla dos aspectos primordiales: por un lado, el trato digno hacia la gestante, familiares y



---

al recién nacido. Se hace un llamado a los profesionales sanitarios e instituciones hospitalarias para establecer, en la medida de lo posible, un ambiente agradable; erigir prácticas clínicas rutinarias, y que la mujer no sea confinada en el proceso; por otro lado, la adopción de disposiciones y procedimientos en favor del acompañamiento del parto y del nacimiento, para evadir intervenciones rutinarias innecesarias que no tienen beneficio, al contrario, perjudican la salud de la gestante y del recién nacido.

De acuerdo con Almaguer, et al. (s.f, p. 45), existe consenso en considerar que el nacimiento humanizado debe de incluir los siguientes elementos:

- Reconocer a la madre, al padre y a su hija/o, como los verdaderos protagonistas.
- No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
- Reconocer el derecho de la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle su experiencia.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).

- 
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterla a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios.

En síntesis, como afirma Correa (2016, p. 1229): “cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización”.

## **1.2 Marco Teórico**

Es necesario revisar otra de las aristas de esta investigación, desde el enfoque de género. Para ello, se comenzará por esbozar qué es el género y cuáles son sus planteamientos centrales. Se analizan algunos postulados de esta perspectiva y cómo se han incorporado a los temas de salud, para profundizar sobre su inclusión en el estudio del parto.

### **1.2.2 Teoría de género**

El término género se utilizó por primera vez como una categoría de análisis incorporada en diversas disciplinas y estudios; como un avance o evolución del feminismo, cabe decir que inicialmente el género había sido utilizado y comprendido como un sinónimo de sexo, pero se atribuye a Money, Jean y Hampson quienes, en 1955, hacen la diferencia entre sexo y género; más tarde, en 1968, lo retoma Stoller, argumentando que el sexo alude a atributos fisiológicos y biológicos de ser macho y hembra, mientras que el género es una construcción social de las diferencias sexuales, aprendido en el contexto cultural (Lamas, 2016).

---

Si bien su largo análisis ha dado origen a muchas y diversas definiciones, para esta investigación se retoman algunas de las que han elaborado varios estudiosos importantes.

Scott (2013, p. 289 [1996]), señala que la categoría de género, como un componente elemental en las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, es una forma primaria de relaciones significantes de poder.

Es decir, la jerarquía de poder en las relaciones entre hombres y mujeres proviene de la diferencia sexual. Adicionalmente, el mismo autor sostiene que:

El género está interrelacionado con cuatro elementos: los símbolos y sus representaciones múltiples, interpretaciones de la significación simbólica, nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales; además de la identidad subjetiva (Scott, 2013, p. 289-291[1996]).

De acuerdo con lo que señala el Consejo Nacional de Población (CONAPO), (2000, p. 10):

El género se constituye en la relación entre lo biológico: el sexo (genético, hormonal y gonádico), lo psíquico (los procesos y estructuras conscientes e inconscientes que estructuran intelectual y afectivamente a los sujetos), lo social (la organización de la vida colectiva, las instituciones y las relaciones entre los individuos y los grupos), y lo cultural (las concepciones, los valores, las normas, los mitos, los ritos, las tradiciones), que definen, marcan y controlan las relaciones entre los individuos y los grupos, y también el sentido de sus cambios. El género es histórico.

Mientras que para Fonseca (2008, p. 17), el género es entendido como “el resultado de la producción de normas culturales sobre el comportamiento de los hombres y las mujeres,

---

mediante la compleja interacción de un amplio espectro de instituciones económicas, sociales, políticas, y religiosas”.

Por otro lado, Castro (2016, p. 339) describe al género como:

Una categoría que ilumina una de las formas fundamentales de la desigualdad en los sistemas sociales, aquella que se produce históricamente (es decir, con variaciones temporales, estructurales, y culturales) en las relaciones entre los individuos, las instituciones y el Estado, mediante la arbitraria instauración sobre las mujeres y lo femenino.

Diez y Díaz (2016, p. 67), al respecto señalan que:

Género, hace alusión a los roles socialmente construidos alrededor de las diferencias naturales o biológicas que pueda haber entre sexos; a las desigualdades en torno a la distribución de las funciones que una sociedad considera apropiadas para mujeres y hombres; a la interrelación entre ambos y a las diferentes relaciones de poder/subordinación en que esas interrelaciones se presentan.

Del análisis de los planteamientos anteriores, se deduce que la formación cultural de los roles de género divide en dos polos, totalmente excluyentes, a los seres humanos por atributos biológicos, generando a su vez pautas de comportamiento y roles sociales asociados a los hombres o a las mujeres. De tal forma, que la masculinidad y la feminidad son construidas socialmente bajo un imaginario colectivo de lo que debe ser un “hombre” y una “mujer”.

En la sociedad cultural se instruye a la mujer para que sea reproductora y ama de casa, mientras que al hombre se le alecciona como proveedor del hogar, se imprime una

---

relación asimétrica de poder de *dominante–dominado*; por tanto, el cuerpo femenino y su aspecto será sometido a través de abusos, castigos, represiones, desigualdad, exclusión, inequidad, coacción y discriminación, para asumir las leyes de una heterosexualidad impuesta por la sociedad, lo que recaerá en la obstaculización de ser sujetos reconocidos y relacionados con su identidad sexual.

Sin embargo, ello no es así por una cuestión natural, sino es el resultado de normas, prácticas, o representaciones culturales bajo las que se rige la sociedad, es el *sistema sexo-género del que* nos explica Rubyn (citado en Lamas, 2016, p. 159), entendido como:

El conjunto de acuerdos a partir de los cuales una sociedad transforma la sexuación en un producto de la actividad simbolizadora humana; con este “producto cultural” cada sociedad establece un conjunto de normas a partir de las cuales la materia cruda del sexo humano y de la procreación es moldeada por la intervención social, y se satisface de una manera que se considera “natural”

Eso nos lleva a entender que el sistema sexo-género funciona como un dispositivo cultural, que controla a varones y mujeres a partir de la diferencia sexual, en el cual el poder y la violencia actúan como mecanismos de mantener y consolidar el *orden social*.

En las décadas de los 80s y 90s, la cuestión del género permea en el desarrollo teórico, desde Derrida, Habermas, Hierro, entre otros autores de la visión feminista. También de pensadores sociales como Bourdieu quien contribuye al entendimiento del

---

género desde el contexto cultural, e indaga cómo se reproducen los *habitus*<sup>2</sup> en el *orden social y simbólico*.

El capital o poder simbólico “es en efecto este poder invisible que sólo puede ejercerse con la complicidad de quienes no quieren saber que lo sufren o que incluso lo ejercen” (Bourdieu, 2001, p. 88 [2000]).

De tal manera que Bourdieu se refiere a la violencia simbólica entendida como:

Aquella violencia insensible e invisible para los dominados, que se ejerce a través del conocimiento, desconocimiento, reconocimiento y del sentimiento, es aceptada tanto por el dominador como por el dominado y enfatiza que la *dominación masculina* es consecuencia de aquella sumisión paradójica (Bourdieu, 2000, p. 12 [1998]).

Por ende, la violencia simbólica constituye lo esencial de *la dominación masculina*, en el cual la *división sexual* es un elemento adyacente a esta *violencia invisible*.

Bourdieu (2000, p. 50 [1998]) afirma, pues, que:

Las estructuras de dominación son el producto de un trabajo continuado (histórico, por tanto) de reproducción al que contribuyen agentes singulares (entre los que están los hombres, con unas armas como la violencia física y la violencia simbólica) y unas instituciones: Familia, Iglesia, Escuela, Estado.

Por otra parte, Bourdieu (1996, p. 26) señala que el mundo social construye el cuerpo a la vez como realidad sexuada y como depositaria de categorías de percepción y de apreciación

---

<sup>2</sup> Sistema de categorías de percepción, pensamiento y acción. Se trata de la concordancia entre las estructuras objetivas y las estructuras cognitivas que posibilita esa relación con el mundo que Husserl describía con el nombre de "actitud natural" o experiencia dóxica (Bourdieu, 1996, p. 16).

---

sexuantes, que se aplican al cuerpo mismo en su realidad biológica. Es así que, el poder simbólico de la *sexuación* posibilita a que los *habitus* y los preceptos culturales sean concebidos como normas naturalizadas.

Otro de los intelectuales importantes es Foucault quien nos remite a entender sobre cómo funcionan las relaciones de poder, explica que éstas son inherentes en cualquier relación dentro del *orden social*; argumenta que, al interior de tal hegemonía, figuran los dominados y los dominantes, adheridos en cada entorno de la sociedad (contexto laboral, centros educativos, instituciones médicas, religiosas, e incluso en el núcleo la familiar); en que estos últimos, más que poseer el poder lo ejercen para subyugar a sus súbditos. De ahí enfatiza que, en las relaciones de poder, “es dócil un cuerpo que puede ser sometido, utilizado, transformado y perfeccionado” (Foucault, 1976, p. 140 [1975]).

Foucault no conceptualiza el poder como una institución, ni como una estructura, sino como una situación estratégica compleja en una sociedad dada (Foucault, 1998, p. 55 [1977]). Sostiene que las estrategias del poder se mediatizan en *discursos*, *saberes*, y *sujetos*, afirma así que “las relaciones de poder están profundamente arraigadas en el *nexo social*...” (Foucault, 1988, p. 17). Además, develó que:

El capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica (Foucault, 1977, p. 5).

---

Así pues, en resumen, para Foucault (1998, p. 83[1977]) el biopoder permite a las técnicas de poder la invasión de la vida, explica que existen dos técnicas: la primera la anatomopolítica, centrada en el cuerpo como máquina; la segunda, una biopolítica de la población, se enfoca en el cuerpo-especie, en el cuerpo transitado por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos (la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad), con todas las condiciones que pueden hacerlos variar; todos esos problemas los toma como una serie de intervenciones y controles reguladores.

Otro aporte importante es el de Butler (2001, p. 39 [1990]), al afirmar que “la distinción sexo/género indica una discontinuidad radical entre cuerpos sexuados y géneros culturalmente construidos”; o sea, que el sexo también es algo construido. El género no es expresivo sino resulta ser performativo; es decir, que conforma la identidad que se supone que es (Butler, 2001, p. 58 [1990]). De ahí que los sujetos interpretan los arquetipos adoptados del género, por lo que reiteradamente los reproducen.

Es así como el género confiere al debate, en relación con las diferencias sexuales, la identidad sexual, el poder, las relaciones interpersonales, y también a las estructuras sociales. Sin embargo, como señala Lamas (2016, p. 168-169), “la presencia del género obliga a revisar nuestra propia mirada más allá de pensar el género como un constructo epistemológico”, por consiguiente, pide comprender el género como un “habitus que tiñe la forma en que internalizamos al mundo y condiciona nuestras respuestas a él”.

La amplia construcción cultural del concepto de género y su incorporación como una categoría de estudio se ha denominado Teoría de género. Surge como “resultado de la confluencia de tendencias académicas contemporáneas: los estudios de las mujeres y de dos



---

posiciones teóricas: el feminismo radical y los análisis de discursos, de culturas y prácticas sociales de corte post- estructuralista” (Castellanos, Accorsi y Velasco, 1994, p. 22).

La teoría de género ubica a las mujeres y a los hombres en su circunstancia histórica; por ello puede dar cuenta de las relaciones de producción y de reproducción social como espacios de construcción del género (CONAPO, 2000). También critica la “sexualización del poder y lucha por la liberación del placer femenino” (Hierro, 2014, p. 66 [2001]), manifestado en la autonomía, como una forma de rescatar la corporeidad y restablecer la dignidad humana, aunado al placer legitimado.

Belausteguigoitia (2013, p. 178) define a la teoría de género “como un dispositivo capaz de intervenir en diferentes escenarios socioculturales y hacer visibles los entresijos del poder, que ordenan jerárquicamente a los sujetos, sus voces y demandas”. De manera que, como disciplina teórica, posibilita metodológicamente construirla desde su comprensión a la realidad y su reflexión de acciones específicas para su transformación.

Ahora bien, quienes han trabajado con la citada teoría, han postulado que la categoría de género debe utilizarse con el objetivo de contribuir a la construcción de la equidad entre hombres y mujeres, desde la universalidad de la condición humana, pero siempre considerando las diferencias entre cuerpos sexuados.

Por consiguiente, De Keijzer (1997, p. 2-3) propone que: “Para lograr relaciones igualitarias con las mujeres o los hombres es necesario deconstruir primero nuestros procesos de socialización, así como los elementos enajenantes y los costos que conllevan”. Así pues, afirma que “el género se interioriza a través de todo un trabajo de socialización, entendida como un complejo y detallado proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en mundo”.

---

Graciela Hierro, reflexiona respecto a la sexualidad femenina, al afirmar:

Que la sociedad patriarcal subyuga el goce sexual de las féminas, el cual forma parte del dispositivo de control en el que la sociedad se rige con base en atributos culturales, plantea “el poder se infiltra y controla los cuerpos a través del placer” (2014, p. 10 [2001]) es decir, *el género es la sexualidad del poder*.

Su aporte se enfoca sobre el análisis del universo simbólico que cimenta el carácter sexuado. Continúa en la misma línea de pensamiento de Foucault cuando se refiere a las relaciones entre *el poder, el saber y la sexualidad*; entre tanto, apunta a *el poder, el saber, y el placer* como conceptos vinculados al discurso sexual de la masculinidad.

Propone *la ética del placer* referida a una ética feminista, de libertad y madurez en que obedece a las necesidades, los deseos, las aspiraciones e inclinaciones de las mujeres en el que se provean del derecho al placer, deseo y erotismo (Hierro, 2014, p. 21 [2001]). Es decir, en la reapropiación del cuerpo femenino.

Hierro insiste en la necesidad de revalorar la conceptualización del placer, “como sentido de existencia, ingrediente determinante de la vida buena, digna de ser vivida, criterio último de decisión para alcanzar la rectitud de las acciones” (2014, p. 145 [2001]). Refiriéndose en ese sentido, a la autonomía de las mujeres como libertad del placer (Hierro, 2014, p. 22 [2001]).

Por otro lado, Velázquez (2011, p. 163-165 [2005]) es otra de las intelectuales importantes que en su eje de análisis plantea:

---

El placer de las mujeres a través de sus cuerpos no sólo consiste en liberarlo de la opresión sino comprenderlo, recordarlo y aprenderlo a través del círculo hermenéutico, que significa la conjunción de horizontes de hombres y mujeres.

Derivado de lo anterior, la autora propone la ética de la diferencia sexual basada en el diálogo con el que las mujeres conjugan el sentir y el pensar. Pensar lo que se siente sin que sea a costa de que se pierdan el uno en el otro.

Postula que el placer está ligado al cuerpo y, más puntualmente, el cuerpo está en el centro del placer, es la fuente de las percepciones, el puente entre el mundo exterior y el deseo, el baúl de las fantasías el constructor de la imagen y el mediador del afuera y del adentro.

A partir de las diversas aportaciones que se han hecho en la Teoría de género, en su apogeo en la década de 1990, surge también el concepto de Perspectiva de género, con el que se incorpora la Transversalización de Género en las agendas gubernamentales y públicas.

La perspectiva de género, o también conocido como enfoque de género, es el análisis de cómo la diferencia sexual se manifiesta en falta de equidad de género, en el cual los hombres son más valorados que las mujeres, “además reconoce su participación en la explicación del cruce de identidades, como son las de raza, etnia y clase” (Garduño, 1997, p. 1).

Belausteguigoitia (2013, p. 178) afirma al respecto que:

La perspectiva de género constituye una forma de mirar y de hablar que “desteje” los ordenamientos culturales, nuestras prácticas cotidianas, nuestros puntos de vista,

---

nuestras opiniones y actitudes frente a los eventos que determinan nuestro hacer, lo que vemos y decimos sobre lo que observamos.

De ahí que la transversalización de género, como explica la ONU:

Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad entre los géneros (ONU, 1999, citado por Borries, 2012, p. 12).

Así pues, el propósito de la perspectiva de género “permite que las políticas y los programas estén fundamentados en las condiciones de vida existentes y en la posición social de mujeres y hombres” (Hofbauer, Sánchez y Zebadua, 2003, p. 59) sobre la mejora de la calidad de vida, en favor del desarrollo humano; en donde impere la equidad, la justicia, e igualdad dentro de las relaciones sociales.

### **1.2.3 La aplicación de la perspectiva de género en la salud**

La discusión que ha implicado la incorporación de la perspectiva de género, en todas las esferas de la sociedad, ha permitido que se aborde en diversas disciplinas del conocimiento. Resalta el interés de exponer los argumentos que se han planteado en el ámbito de la salud.

El concepto como tal, se trata con profundidad en las agendas políticas y sociales de la mayoría de los Estados y, en forma general, permea en la población a partir de la década de los 90, después de muchos años de lucha por parte de las organizaciones feministas.

---

La categoría de género, en la sociedad, es una herramienta necesaria que permite la comprensión de las condiciones de vida de mujeres y hombres. En el sector de la salud, es fundamental para ubicar las necesidades y problemas de salud, riesgos y consecuencias, a través de la interacción entre las características biológicas y las condiciones genéricas.

Garduño (1997, p. 4) explica:

El uso de la categoría y la perspectiva de género en el nivel colectivo (perfil de salud-enfermedad), permiten exponer las diferencias de los problemas de salud de hombres y mujeres, primero como el resultado de relaciones sociales; segundo, sujetas al cambio es decir en la modificación de determinantes sociales; tercero más ampliamente incluye otros procesos vitales; y cuarto, la exploración del control, dominio y dirección de esos procesos, pero a su vez de la propia corporeidad.

Entretanto Benno De Keijzer, (1997, p. 1-5) plantea que la perspectiva de género:

Posibilita comprender los costos (en relación con algunos aspectos de la salud masculina: la esperanza de vida, varias de las principales causas de mortalidad en la edad productiva y las formas en que los hombres desarrollamos (o no) el autocuidado) y las consecuencias de la socialización masculina, que predispone a ciertos tipos de causa de muerte. También postula “al *hombre como factor de riesgo* en tres campos: el daño hacia la mujer (y a niñas y niños), que recupere el daño entre hombres y enfatice los costos hacia el hombre mismo”.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f), manifiesta que “la inclusión de la perspectiva de género permite satisfacer las necesidades y demandas particulares en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y es un medio para contribuir al empoderamiento

---

de las mujeres, la reconceptualización de los modelos de atención y la organización de los servicios, así como la promoción al acceso, la participación y el control de las mujeres a los mismos” (Citado en Checa, 2000, p. 153).

Dicho de otro modo, como explican Diez y Díaz (2016, p. 69):

En un análisis de salud, el enfoque de género visualiza los patrones que modelan distintos perfiles de salud y enfermedad; propone avanzar hacia el cumplimiento de derechos y a la protección de la salud, considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres (factores hereditarios, genéticos y fisiológicos que afectan a su salud y a los riesgos de padecer ciertas enfermedades), así como las desigualdades sociales derivadas de sistemas tradicionales que perjudican al sexo femenino. Analiza la situación de salud de mujeres y hombres de los diversos grupos de edad y busca reducir el impacto nocivo sobre la salud determinado por roles, estereotipos y relaciones desiguales. Establece los mecanismos para propiciar una verdadera igualdad de acceso a medicamentos y atención a la salud, así como favorecer el disfrute de una vida saludable, permitiendo una adecuada detección y atención de los problemas de salud de la población femenina. Al mismo tiempo, reconoce a la mujer, al margen de estereotipos, como agente divulgadora muy importante dentro de su hogar y en su comunidad, considerándola desde el diseño de las estrategias y acciones como un actor fundamental en la mejora de la situación sociosanitaria de la población.

#### **1.2.4 Relación entre salud, derechos humanos y género**

---

Como bien señala la OPS (s.f, p. 40) “la equidad de género en y para la salud adquiere pleno sentido cuando se interrelaciona con los tres pilares fundamentales del paradigma actual del campo de la salud: Derechos a la Salud, Diversidad Cultural y Desarrollo Humano”.

Es imprescindible que el nexo que existe entre salud y género se circunscriba en la agenda de políticas de igualdad social respecto de los derechos humanos, sociales, políticos y civiles.

Un ejemplo de los derechos humanos que se derivan del vínculo entre salud, derechos humanos y género, es el siguiente:

[como] “subderechos” se cuentan el derecho a la información médica, la educación en salud, la asistencia médica, el acceso efectivo a medicamentos, la prevención de enfermedades, el consentimiento informado, el acceso al expediente clínico, el no ser objeto de actos de experimentación y el ser incluido en actos de experimentación sólo cuando se hace de manera informada y voluntaria (Leñero, 2013, p. 213-214).

Por consiguiente, como explica Rico (citado por Leñero, 2013) “para incorporar el marco de los derechos humanos a la práctica médica es preciso un cambio de paradigma en el que los pacientes sean considerados sujetos de derecho, autónomos y con capacidad de decisión sobre su cuerpo y su salud”.

Dado lo anterior, la perspectiva de género en pro de la *igualdad de género* permitirá instituir herramientas para promover el bienestar de mujeres y varones para lograr, inicialmente, ejercer la salud como derecho humano, el cual está establecido en el artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos; consecutivamente, al empoderar el

---

fomento de la participación sobre la autonomía respecto a su propia salud; y por último, la perspectiva de género se incorpora como un eslabón imprescindible en los programas y las políticas públicas sanitarias.

### **1.2.5 El enfoque de género en el parto**

La revisión desde el enfoque de género aporta datos para comprender el lugar que ocupa la mujer frente a los servicios obstétricos, la influencia de aspectos históricos y socioculturales durante el parto; y evidencia el actuar de los profesionales sanitarios sobre la producción y reproducción del discurso y simbolizaciones en este poder de relaciones.

La investigación de Camacaro (2008, p. 297), el género como herramienta de análisis:

(...) permitió develar que el discurso y la práctica médica obstétrica se sustentan en concepciones sexistas sobre el cuerpo sexuado, la salud y la capacidad reproductiva de las mujeres, y más que eso, proporcionó las herramientas teóricas para deconstruir lo que la mujer es y ha sido para la lógica patriarcal, y obviamente para el discurso médico oficial.

En otra de las investigaciones de Camacaro (2009, p. 151).develó que la teoría y metodología de género:

Posibilitó captar el sentido de muchas prácticas y conductas que se aplican normalmente en las salas de parto, y son reproducidas tanto por las/os profesionales de salud, como por la institución hospitalaria, las cuales legitiman que [éstos] despojen a las mujeres de su papel activo en tanto que ellos/ellas saben y controlan el proceso de embarazo, parto, y puerperio, quedando el papel de la mujer reducido



---

al de paciente. La perspectiva de género permitió acercarse a la realidad de esa vivencia desde una postura que parte de preguntarse por qué la mujer no es una sujeta activa de esos procesos, sino que su autonomía ha sido secuestrada por la práctica médica. El género llevó a cuestionar el valor, supuestamente “natural”, de estas prácticas, construcciones e instituciones.

Mientras que Checa (2000, p. 153) aclara que:

Posibilita explorar y explicar los comportamientos, representaciones y actitudes de las mujeres en torno a los procesos vinculados a su salud reproductiva. La cristalización del lugar que ocupa la maternidad y el cuerpo femenino como receptáculo privilegiado de la procreación, da lugar a una identidad naturalizada “mujer-madre” como pilar de la reproducción social, identidad que constituye la base de la desigualdad entre los géneros.

Castrillo (2014a, p. 3) explica al respecto:

Al analizar la IMP desde una perspectiva de género, capitalizan su carácter relacional y multidimensional (en tanto que articula aspectos de carácter socio-estructural y socio-simbólico e incluye tanto determinantes macro como microestructurales), lo que permite pensar en las desigualdades económicas, socioculturales y de poder, inter e intra-sexos, alrededor de este fenómeno.

Por su parte, Castro (2014a, p. 174-175), uno de los estudiosos importantes en México sobre el tema, afirma:

La violencia obstétrica que se ejerce en las instituciones sanitarias hacia las mujeres es debido a que el profesional de la salud reproduce los castigos que experimentó a

---

su vez, como parte de su formación médica reflejado con mensajes, enseñanzas, recriminaciones, clasificaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquías (de clase, de género, etcétera). Se trata de “tecnologías del yo” por cuanto constituyen prácticas pautadas a través de las cuales el campo médico se legitima y se reproduce.

Con lo anterior, el autor argumenta que “el enfoque de género no puede ser sobreestimado” (ante tal problemática entre una de sus importantes aportaciones es el origen del *habitus* médico autoritario que violenta los derechos de las mujeres.

Sin embargo, el análisis de la perspectiva de género no sólo ha aportado para las discusiones teóricas de los modelos de atención de la salud y las relaciones de poder, también hay contribuciones centradas en su estudio, según Almaguer et al. (2010, p. 10):

De las relaciones desiguales de género presentes entre el personal y los diferentes niveles jerárquicos, al exponer a todo el personal médico (general, interno y residente) inmerso en un ambiente deshumanizador y con una sobrecarga de trabajo, se les puede producir problemas emocionales y depresión, lo cual es conocido como Síndrome de Burnout. En Texas, Estados Unidos, en un grupo de médicas/os residentes de ginecobstetricia, 38.2% manifestó agotamiento emocional elevado y 47% reportó alta despersonalización. En España se tiene una prevalencia de 58% de desgaste en médicas/os residentes de ginecología y obstetricia. En un estudio realizado en México con ginecobstetras se encontró que la prevalencia general del Síndrome de Burnout fue de 59.26%, siendo afectado el género masculino en 52.63%; mientras en las mujeres hubo 75% de afectadas por el síndrome.

Los estudios reflejan que ejercer el abuso institucional tiene repercusiones negativas en la salud del profesional sanitario, siendo afectada su calidad de vida; también habría que

---

explorar en el personal que sirve de apoyo como son las parteras o las doulas. De igual manera, averiguar cómo influye esta violencia en la vida adulta de los infantes, y cuál es la afección en los familiares de las pacientes.

Como se ha demostrado, la violencia institucional que discrimina según el género es un *epifenómeno multifactorial* que debe atenderse y prevenirse desde la salud pública y su relación con los modelos de atención interculturales, las políticas públicas en fusión con el enfoque social.

## **1.3 Marco Referencial**

### **1.3.1 El parto: Modelo hegemónico y la propuesta de parto humanizado**

El objetivo de este capítulo es exponer algunos aspectos que permitan comprender los modelos médicos con los que ha atendido el parto. Se explican los beneficios de la aplicación del parto humanizado; y se presenta el estado del arte de las investigaciones sobre la actuación de la práctica médica. Se inicia con un breve recuento de las concepciones tradicionales que se tenían con respecto al parto. Más adelante, se describen las características del modelo hegemónico de atención al parto, así como algunas consecuencias de su aplicación. Con tales elementos teóricos, se persigue comprender la importancia del planteamiento del problema de esta investigación.

Según Lembo (2009):

Hasta hace aproximadamente 250 años, las prácticas culturales esenciales asociadas con los nacimientos eran relativamente uniformes. Las mujeres de todo el mundo se movían libremente durante el trabajo de parto, cambiaban de posición

---

frecuentemente como un método para manejar el dolor asociado a las contracciones y a la dilatación cervical. Ellas comían y bebían de acuerdo con lo que culturalmente era aceptado como nutritivo y seguro para la madre y el bebé. Eran atendidas por otras mujeres a quienes conocían bien, en un lugar que les era familiar—usualmente en sus casas o en la de algún pariente femenino. Ellas elegían posiciones verticales para el trabajo de parto y para el parto usando su conocimiento instintivo para expandir el tamaño de la pelvis, aprovechar la gravedad y maximizar la eficiencia de los músculos abdominales necesarios para pujar. Desarrollaron artefactos como banquetas o sillitas de parto y sogas que colgaban de ramas o de alguna viga de la cual traccionar para facilitar el parto vertical. Las parteras se arrodillaban delante de las madres verticales para recibir a sus bebés. Los recién nacidos eran mantenidos con sus madres por el calor y por una lactancia exclusiva a largo plazo; el co-lecho, los rebozos y otras tecnologías mantenían al bebé y a la madre cerca durante un año o más en la extero-gestación.

La historia y evolución de los modelos médicos nos dice que a partir del siglo XX se presenta una atención basada en la relación médico paciente asimétrica, en la cual el saber del paciente, para la práctica médica, es equívoco; la racionalidad científica, expuesta como criterio de legitimación y exclusión, se conceptualiza al cuerpo como máquina, minimización de la subjetividad, separación entre mente/cuerpo, individuo/sociedad, fragmentación del diálogo; visualizado desde una perspectiva biologicista, patologista, mecanicista, tecnologista y deshumanista. Es un modelo que impera en el entramado ideológico, institucional, político y cultural. Desde esta perspectiva, se percibe la salud en el Modelo Médico Hegemónico (MMH) que refiere Menéndez (1988, p. 1-2):

---

Como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, que desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías hasta entonces dominantes, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. Modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos.

Las principales características del MMH son las siguientes: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2003, p. 194).

Cabe decir, por otra parte, que dentro del proceso salud, enfermedad, y atención, la Antropología Médica, durante varias décadas, ha posibilitado socavar el discernimiento de los sistemas como modelos de salud, en el que los concibe como intereses culturales adyacentes al contexto histórico e ideológico. Su aporte a la Antropología del Nacimiento, como una línea de investigación, destacan los estudios de investigadoras como Mead, Kitzinger, Illich; asimismo Davis-Floyd (2001, p. 6-10), planteó el modelo tecnocrático basado en doce principios, enumerados a continuación:

1. Separación mente cuerpo.
2. El cuerpo como una máquina.
3. El paciente como objeto.
4. Desapego del médico al paciente.

5. Diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro.
6. Organización jerárquica y estandarización del cuidado.
7. Autoridad y responsabilidad inherente al médico, no al paciente.
8. Sobrevaloración de la ciencia y la tecnología.
9. Intervenciones agresivas con énfasis a corto plazo.
10. La muerte como derrota.
11. Sistema guiado por las ganancias.
12. Intolerancia hacia otras modalidades de curación humanas.

Davis Floyd afirma que, en la atención al parto, contemporáneo a nivel mundial, permean tres paradigmas: el tecnocrático, el humanista y el holístico. Puntualiza así de esta forma que:

el modelo tecnocrático acentúa la separación mente-cuerpo y ve al cuerpo como una máquina; el modelo humanista enfatiza la conexión mente-cuerpo y define el cuerpo como un organismo; el modelo holístico insiste en la unidad del cuerpo, la mente y el espíritu y define el cuerpo como un campo de energía en constante interacción con otros campos de energía (Davis- Floyd, 2001, p. 1).

Es a partir del siglo XVIII, en Europa, donde comienza a darse el proceso de medicalización e institucionalización del parto (Gainza, Labastie, y Magnone, 2013, pp.175). Mientras que en Francia, en 1738, el médico Mauriceau introduce la posición horizontal para todo el trabajo de parto y parto con el objetivo de facilitar al médico la ejecución del diagnóstico y la asistencia (Gallo, 1980, citado en Magnone, 2006, p .47).

Así pues, se asienta la hegemonía en las instituciones hospitalarias del poder respecto de la salud, enfermedad, y atención al nacimiento, mientras que declina el modelo

---

tradicional del parto en el que el saber y prácticas, tanto de las gestantes como de las parteras, es usurpado por el modelo biomédico, ubicado en escenarios de discriminación, desigualdad, dependencia, exclusión y violencia, además del predominio del discurso médico caracterizado por reproducir, normalizar, y subordinar el proceso reproductivo de la mujer.

### **1.3.2 Consecuencias del modelo hegemónico para la atención del parto**

Ahora que tenemos claro el desarrollo de los modelos médicos que han permeado y dictado las prácticas médicas, podemos revisar la manera en la que esos modelos se concretizaron, a través de la historia en distintas formas de atender y concebir el parto. Por ello, es necesario indagar acerca del modelo biomédico para conocer cómo se ha comprendido y actuado con respecto al parto, con el objetivo de tener claridad sobre la violencia que experimenta la mujer en este proceso, de la revisión bibliográfica se destacan los aportes que se apuntan a continuación.

Camacaro (2009), en Caracas, Venezuela, llevó a cabo una investigación cualitativa de tipo descriptiva, se centró en el análisis de la teoría feminista y específicamente en la perspectiva de género; su instrumento fue el de entrevistas enfocadas, con una representatividad dada por la Saturación del Conocimiento, aplicada a 18 médicos obstetras y 14 residentes sobre sus propias experiencias en las salas de parto. Concluyó que la medicalización/patologización escarnece la dignidad de las mujeres, dado que este tipo de atención obstétrica es dependiente del intervencionismo médico al usurpar el espacio corporal, sexual, psíquico y afectivo de las gestantes.

---

En una investigación realizada por Magnone (2013), se indagó sobre los contemporáneos modelos de atención al parto en Uruguay, con base en teorías antropológicas y sociológicas, particularmente de David-Floyd sobre el riesgo, el cuerpo y la medicalización de la sociedad, de los modelos de atención a la salud humana, y de perspectivas feministas sobre la sexualidad. El instrumento utilizado consistió en técnicas de producción de datos, entrevistas en profundidad y grupos de discusión. En los resultados se observó que, en los distintos modelos de atención al parto, permea la creencia en la capacidad de la tecnología médica para controlar la vida, el dolor y la muerte; la pérdida de la capacidad de las personas de controlar su salud como consecuencia del desconocimiento del propio cuerpo; las expresiones del patriarcado en la asistencia al parto; la radicalización del enfoque de riesgos en conjunto con la medicina defensiva para la producción de la cascada intervencionista; y la visión del parto como fenómeno patológico. Se concluyó que es importante humanizar el embarazo y el parto disminuyendo el nivel de intervencionismo innecesario, permitir la movilidad de las mujeres durante el trabajo de parto y en el parto, generando mayores posibilidades para la vivencia del evento en condiciones de intimidad y tranquilidad. Así como también precisó la importancia de respetar el derecho de las mujeres de elegir cómo, dónde y con quién parir. Propuso construir instituciones que funcionen fuera de los hospitales, específicamente en partos de bajo riesgo, y garantizar la asistencia al parto domiciliario dentro de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Valdez et al. (2013), en su estudio transversal, cuali-cuantitativo, mostraron diferentes prácticas rutinarias efectuadas en dos hospitales del Estado de Morelos, México. Los objetivos de su trabajo se enfocaron en: Identificar el abuso desde la perspectiva de las usuarias, determinar algún tipo de abuso durante la atención del parto y conocer la opinión



---

del personal médico en relación con el trato que se brinda a las usuarias. Utilizaron entrevistas semiestructuradas para las mujeres; mientras para el personal de salud, aplicaron la técnica de grupos focales. Sus resultados mostraron una proporción de cesáreas de 50%, en ambos hospitales, se reportó la práctica de 1 a 40 tactos vaginales y 8% del uso excesivo de la presión abdominal (maniobra de Kristeller). La proporción de mujeres que reportaron abuso total (percepción de maltrato, maltrato verbal o físico) durante la atención del parto fue de 29% y no encontraron diferencias por hospital. De acuerdo con lo expresado por los prestadores de servicios, existen deficiencias en la infraestructura de las instalaciones y en los insumos disponibles; además de una sobrecarga laboral, también encontraron evidencias de situaciones de precariedad laboral, debido a la inestabilidad en el empleo por estar sujetos a contratados temporales. Concluyeron que existen prácticas del personal de salud en las que se hace evidente el ejercicio de poder, en el cual se violentan los derechos en salud de las usuarias.

Castrillo (2014a) se propuso describir, analizar y problematizar los sentidos y prácticas asociados a las intervenciones de la medicina en la asistencia en el embarazo, parto y puerperio; recuperando la perspectiva de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud. El instrumento que utilizó fue el de entrevistas a profundidad para profesionales de la salud (obstetras, ginecólogos, parteras), y entrevistas conjuntas a los dos integrantes de la pareja (mujer-madre y varón-padre, en tanto se estudiaron familias heteroparentales). Concluyó que es necesario incluir un nudo conceptual que vincule al modelo médico hegemónico, al género y al patriarcado; también otras variables explicativas asociadas a la clase y la pertenencia étnico-cultural de los sujetos implicados; la constitución y las dinámicas del saber-poder médico; el enfrentamiento entre saberes y

---

prácticas populares y el saber científico, el análisis de las prácticas médicas gineco-obstétricas, el manejo de la información como elemento de poder simbólico, las determinaciones económicas, institucionales, culturales y políticas del contexto estudiado, y aspectos vinculados a la dimensión emocional y afectiva de mujeres y varones en el proceso de parto (miedo al dolor, incertidumbre, acompañamiento y sostén, entre otros). Propone pensar sociológicamente la Intervención Médica en el Parto (IMP), a través de la mirada de profesionales de la salud, de mujeres-madres y, como aporte novedoso, de los varones-padres implicados en el proceso.

En otro de sus estudios, Castrillo (2014b) efectuó una investigación en Argentina, su objetivo fue describir las categorías analíticas sobre los modos de estudio de la intervención médica en el parto; como metodología, utilizó la revisión bibliográfica de 60 artículos académicos; de sus conclusiones, destaca que los modos en que se ha estudiado la intervención Médica en el Parto (IMP), se encuentran dentro del marco de clasificación arbitraria, en el que se presentan las dimensiones del proceso vistas desde conceptualizaciones generales (vinculadas a la institucionalización y medicalización del proceso de parto/nacimiento, en el marco de relaciones de poder desiguales), y otras más específicas que se propusieron problematizar aspectos particulares de la IMP. Reflexiones sobre maternidad, paternidad y parto y el análisis de los sujetos que entran en esas relaciones de dominación, son algunos de los tópicos que recorren la producción de conocimiento científico sobre la temática. Por último, resaltó la necesidad de estudiar la violencia obstétrica como una consecuencia de la IMP y no como un punto de partida, para lograr incluir otros elementos explicativos que den luz acerca de cómo se significan las

---

prácticas médicas en el parto, según los actores que participen en las relaciones sobre las que se sustentan.

Castro (2014b), abordó una investigación desde la perspectiva sociológica, su objetivo fue explorar la percepción y apreciación de los prestadores de servicios de salud, en cada encuentro con las usuarias y con los diferentes actores sociales de la red institucional de servicios; (pasantes, médicos de primer y segundo nivel; médicos generales y médicos especialistas; enfermeras, trabajadoras sociales, etcétera. Su metodología se basó en la observación directa en las salas de labor y parto en varios hospitales públicos de México, tanto de la Secretaría de Salud (SSA) como del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), hechas a lo largo de tres meses. Abarcó un total de 14 grupos focales con estudiantes de medicina, internos, residentes y ginecobstetras, en cuatro Estados del país, todos ellos formados en universidades públicas. Los resultados mostraron que la educación médica juega un papel central en la génesis de un *habitus* profesional que, junto con el currículum oficial, desarrolla otro currículum paralelo basado en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos, en la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa, así como en la desigualdad de género. Un aparato educativo que, mediante tecnologías del yo muy específicas, sienta las bases para la generación y reproducción del poder en el nivel micro de la interacción social. Concluyó que la solución al problema de las violaciones de derechos humanos de las mujeres, en servicios de salud, implicaría una reestructuración del campo médico y el desarrollo de la ciudadanía de las usuarias. Por tanto, es imprescindible impulsar importantes reformas en la estructura del campo médico, si se quiere dar lugar al nacimiento de otro *habitus*, menos autoritario y menos propenso a reivindicar para sí todo el poder y toda la atención del campo médico.

---

Arguedas (2014) en su investigación, se planteó como objetivo teorizar acerca de la violencia obstétrica, a partir del caso de Costa Rica, propone una categoría nueva para estudiar el objeto propuesto: el poder obstétrico, desde el enfoque teórico de Foucault. Su instrumento se centró en entrevistas, noticias de periódicos locales, legislación y normativa derivada de otros países latinoamericanos, sistematizaciones de observaciones empíricas, estudios históricos sobre la atención médica del parto, investigaciones de organismos internacionales especializados en salud y población, textos clásicos de teoría feminista, estudios críticos sobre la maternidad y el embarazo. Sus hallazgos muestran que, desde el activismo feminista y de derechos humanos, así como las numerosas investigaciones empíricas y teóricas, queda en evidencia que sí hay un ejercicio de una forma particular de violencia relacionada con las mujeres y la reproducción. La perspectiva teórica elaborada por Michel Foucault resulta idónea para realizar este tipo de análisis. A pesar de ello, no se ha encontrado todavía ninguna referencia puntual a sus textos, ni tampoco una robusta producción teórica que ahonde en el análisis crítico de este serio y extendido problema social. Arguedas concluyó que el poder obstétrico es una forma de poder disciplinario dentro de la institución médica, ésta es a su vez una institución patriarcal, en tanto que permite comprender que la violencia obstétrica es un mecanismo que disciplina los cuerpos de las mujeres, refuerza el mandato social inscrito en la categoría sexo/género, también perpetúa las relaciones de poder que subordinan a las mujeres y naturalizan el deber de obediencia y de docilidad.

Camacaro et al. (2015), hicieron un estudio epidemiológico, analítico, transversal y prospectivo en el Hospital Central de Maracay en Venezuela; su objetivo fue analizar si las conductas de rutina obstétrica, pautadas en la sala del Hospital Central de Maracay,

---

incurren en actos de violencia obstétrica, tomando en cuenta lo contemplado en la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (artículos N°15 y 51) y determinar cuáles son las conductas de rutina obstétrica. El instrumento que usaron consistió en un cuestionario con 13 preguntas, apoyado en los parámetros de los artículos aludidos. En sus resultados reconocieron la aplicación de oxitócicos sin autorización en un 83.3%, episiotomía como rutina 75%, estimulación de los pezones 86.7%, exploración del útero postparto 97.7%, lo cual significa el uso de medicamentos oxitócicos otra vez en la etapa de puerperio. En esta investigación concluyeron que las conductas de rutinas obstétricas constituyen actos de violencia de género.

En Bolivia Medellín, Giraldo, González y Henao (2015) llevaron a cabo una investigación cualitativa fenomenológica desde la perspectiva husserliana, en la que el objetivo fue develar las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. La metodología que utilizaron abarcó la entrevista a profundidad, el muestreo de saturación teórica, con diseño de triangulación a través de grupos focales y la observación. Construyeron las categorías descriptivas, posteriormente agruparon en categorías de orden axial y finalmente obtuvieron las de orden selectivo para determinar las categorías núcleo por medio de la saturación de los datos. El análisis lo hicieron de forma simultánea con la recolección de información, con ayuda del Software Atlas ti. Los resultados mostraron que el dolor, la fatiga y la sed son experiencias altamente significativas que comprometen el bienestar y la satisfacción materna. La soledad estuvo presente en todo el proceso, las mujeres prefirieron estar acompañadas primero por su madre y luego por su compañero. De tal forma, el apoyo espiritual, los familiares que esperaban y la presencia del personal de salud, lo consideraron una fuente de acompañamiento. A pesar del sufrimiento y el dolor

---

del trabajo de parto, el nacimiento de su bebé las hizo considerar que el proceso del parto las reafirmaba frente a la adopción de su rol materno. En su estudio concluyeron que el dolor, la fatiga y la sed, desde la Teoría de los síntomas desagradables, están relacionados con el estado emocional, el acompañamiento y con la soledad. Por tanto, es importante involucrar la compañía familiar, particularmente de la madre, en conjunto con la espiritualidad que tiene una función protectora y de seguridad en el parto. Se reitera que es necesario cambiar los métodos tradicionales de cuidado en los servicios de salud obstétrica y propiciar otras formas de atención más humanizadas.

Patrón (2016) empleó una investigación observacional, transversal; en la Ciudad de México, en mujeres con diagnóstico de embarazo a término en trabajo de parto, para identificar las repercusiones en la calidad de atención generadas por la violencia obstétrica, ejercida por el personal de salud, a pacientes en trabajo de parto; analizó las dimensiones del maltrato (físico y psicológico) que sufren las mujeres en este proceso, con la finalidad de identificar los derechos reproductivos que se violan en ese contexto, y formular propuestas de intervención que contribuyan a disminuir el problema. En su metodología utilizó un cuestionario de “violencia obstétrica”, conformado de 13 preguntas cerradas, aplicado a 200 pacientes. En los resultados mostró que en 39% de las pacientes se llevaron a cabo procedimientos sin previo consentimiento, evento que corresponde al tipo de violencia obstétrica más frecuente, seguida por 29% de las pacientes que refirieron haber sido criticadas por llorar de emoción o alegría; 28% manifestaron que se les obligó a permanecer acostadas a pesar de la incomodidad; 25% dijeron ser criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción o alegría durante el trabajo de parto o parto; 22% recibieron comentarios irónicos, en tono de burla, por parte del personal de salud, así como falta de

---

apego neonatal inmediato. El autor concluyó que existe una asociación significativa entre la violencia obstétrica y la calidad de atención. Afirma que se requiere la realización de estudios multicéntricos para evidenciar resultados que lleven a las instituciones a generar estrategias que favorezcan la autonomía y derechos de las pacientes y en las que el personal de salud conozca las repercusiones que existen por los actos con carencia de ética, falta de humanización y profesionalismo. Propone que es necesario capacitar al personal médico para que lleve a cabo procedimientos de acuerdo con normas establecidas, como: atención oportuna y eficaz de atención obstétrica, adquisición de equipo para la adecuada atención de las mujeres, promoción del apego precoz, evitar técnicas que aceleren el parto, así como obtener el consentimiento voluntario expreso e informado para la realización de procedimientos y eliminar técnicas o actitudes perjudiciales para la mujer.

Hernández y Echevarría (2016), en España, efectuaron una investigación cualitativa con enfoque de género, su objetivo fue explorar, desde la propia óptica de las madres, los posibles conflictos surgidos entre sus necesidades y las rutinas medicalizadas inherente de este patrón cultural de parto. Su metodología abarcó el acceso a la información desde la perspectiva “emic”, entrevistas semiestructuradas; para determinar la muestra siguieron el criterio de saturación (20 participantes). Aplicaron el programa MAX.QDA (versión 2) de gestión de datos cualitativos, seleccionaron los testimonios con base en las categorías y objetivo del estudio, por lo que dieron prioridad a los relatos que reflejaban las tensiones fundamentales entre las necesidades maternas e institucionales. Entre los resultados que reportan están, fundamentalmente, tres tipos de tensiones asistenciales: la interacción asimétrica (el poder biomédico y la subyugación de la relación humana a la tecnológica, los discursos maternos de miedo e inseguridad sobre el propio funcionamiento corporal,

---

realidad que incrementa, a su vez, la dependencia técnica de los expertos); la subordinación tecnológica (las mujeres son condicionadas a vivir y sentir aquello que dicta la propia tecnología, que en cierta medida suplanta la identidad corporal); y la asunción de praxis de “abuso institucional” (relación de ciertas praxis esporádicas, como las amenazas o agresiones verbales, la tendencia a la cosificación materna, la falta de respeto a la intimidad personal, las experiencias dolorosas, el ambiente desagradable, los abusos de autoridad y el aislamiento de los seres queridos. Concluyeron que el miedo al peligro en las madres ha inmovilizado, en parte, sus recursos y saberes, moldeando sus voluntades, por lo que se ponen en manos de los “expertos” para someterse a un ritual iniciático que es justificado y vivido como lo deseable y “normal”. Lo que manifiestan las gestantes como algo inevitable, pero a su vez asumido en favor de la seguridad que aporta la tecnología, surgiendo en los alegatos maternos esa tensión apuntada entre sus necesidades emocionales y la tendencia medicalizadora y biologicista, típica de este patrón asistencial. De igual manera, enfatizan que es necesario apostar por una mayor humanización de los partos institucionalizados, intentando así aunar las necesidades maternas con los intereses institucionales y burocráticos que apuestan por el intervencionismo biomédico como medio de control de riesgos.

Derivado de los estudios revisados, se corrobora que en todos ellos está descrita la problemática de la violación de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en el contexto de la salud que enfrenta la medicina actual; todos los trabajos revelan que existe una situación de poder y desigualdad de género, donde la mujer es subordinada por la falta de la toma de decisiones que merma su autonomía y, por tanto, la desposesión de su propio



---

cuerpo en la que domina el poder médico, conduciendo a una serie de secuelas negativas, tanto fisiológicas como psicológicas, en la vida de las mujeres y de los recién nacidos/as.

Generalmente encontramos que estas investigaciones se circunscriben a América Latina, incluyendo México. Se clasificaron de forma cronológica. Se eligieron estudios que incorporaran el enfoque antropológico y sociológico, además de la perspectiva de género, siendo hoy por hoy vigentes y orientadas a contribuir en la investigación científica respecto al análisis del proceso de parto; por eso se recuperan las principales conceptualizaciones y categorías analíticas utilizadas y producidas en dichos trabajos (Camacaro, 2009; Magnone, 2013; Castro, 2014a; Castrillo, 2014b; Camacaro et al., 2015; Hernández y Echevarría, 2016) y se considera que los aspectos planteados son importantes para el desarrollo de la presente investigación. Es pertinente diseñar investigaciones de abuso obstétrico en la población primigesta, adolescente, e indígena; a pesar de que se sabe que estas últimas acuden menos, proporcionalmente, a las instituciones hospitalarias. También se debe indagar sobre la atención obstétrica en el puerperio tardío, y en la influencia de la violencia obstétrica en las pérdidas gestacionales.

En respuesta a esta problemática, entre uno de los propósitos de este estudio, ha sido la propuesta de humanizar la atención en el parto, para ello es necesario revisar a continuación las siguientes investigaciones en torno a este paradigma, conocido también como “parto respetado o digno en América latina y Europa” (Almaguer et al., s.f, p. 49) e indagar sobre cuáles han sido principales sus efectos.

---

### 1.3.3 Trabajos y análisis de los beneficios del parto humanizado

Se toman en cuenta los aspectos que ha formulado la OMS de acuerdo con las recomendaciones para mejorar la atención del parto y el puerperio. Se incluyen los estudios que respaldan las prácticas sugeridas por el parto humanizado, como estrategia para mejorar muchos de los aspectos de la salud del recién nacido y de la madre.

Contreras (1998), llevó a cabo en México un estudio comparativo, experimental, prospectivo, y transversal; su objetivo fue evaluar la eficacia del apoyo emocional proporcionado durante el trabajo de parto, para reducir el índice de cesáreas; como diseño metodológico, elige una muestra de dos grupos: el grupo A, un 68.4%, como grupo control; y el grupo B, el 29.6%, como grupo experimental de los casos intervenidos a quienes se les proporcionó el apoyo emocional. Se concluyó que hubo diferencia, estadísticamente significativa, en el grupo experimental que recibió el apoyo emocional por parte de las "Doulas", al lograr disminuir la duración del trabajo de parto, menor uso de oxitocina, menor uso de analgesia obstétrica, disminución del índice de cesáreas, disminución de la estancia intra-hospital de las pacientes; aumentó la autoestima de las pacientes y se obtuvo mejor aceptación de un método de planificación familiar posparto inmediato.

Bravo, Uribe y Contreras (2008), en Chile, reportaron una investigación cualitativa, en donde su objetivo fue conocer la percepción del buen cuidado de las mujeres en proceso de parto. Se basaron en una revisión bibliográfica que abarcó los años entre 1999 y 2006, seleccionaron 20 artículos de investigación, 14 de ellos con metodología cualitativa, que comprendieron análisis de contenido y fenomenológico, etnometodologías (una etnografía) y una teoría fundada. Los otros seis estudios se apoyaban en una metodología cuantitativa, que corresponden a diseños de ensayo clínico randomizado

---

controlado y analíticos de corte transversal. Sus resultados demostraron que, durante el proceso de parto, las mujeres prefieren estar acompañadas por un profesional de la salud, por encima de la compañía familiar, la diferencia estadística es significativa ( $p = 0.0001$ ); pues, durante el proceso de parto (53%), la satisfacción de las mujeres está determinada mayoritariamente por el componente relacional brindado por las enfermeras, quienes brindan escaso tiempo de apoyo a las madres. Este análisis reveló la percepción del cuidado que tienen las protagonistas del proceso de parto, sustentado en dos componentes principales: El componente técnico, refiere a las competencias técnicas-procedimentales de los profesionales involucrados en el proceso del parto; frente a ello, las madres se sienten más seguras si las enfermeras demuestran habilidades en los procedimientos y lo hacen profesionalmente. El componente más fuerte de la percepción del buen cuidado corresponde a la competencia relacional, que permite que las madres se sientan escuchadas, miradas, valoradas y complacidas en sus deseos e inquietudes, el cual influye en el empoderamiento y sentirse partícipes de su experiencia, lo que les propicia adquirir seguridad y mantener control sobre el propio dolor. Se concluyó que el componente relacional favorece el manejo del control de las mujeres en su propia situación de parto, lo que ha demostrado un aumento significativo en el nivel de satisfacción de la madre durante la atención recibida en el proceso. Se requiere fortalecer las interacciones relacionales de calidad y satisfacción de las necesidades maternas, por parte de los profesionales de la salud; velar por este cambio, hacia la humanización de la atención del proceso de parto, apuntar hacia la horizontalidad de la atención, donde la usuaria y el profesional se encuentren en un mismo nivel y se perciba igualdad, ello permitirá que la mujer se sienta tratada dignamente, de un modo personalizado y humanizado.

---

Hodnett, Gates, Hofmeyr y Sakala (2013), desarrollaron una investigación para evaluar los efectos del apoyo continuo de uno a uno durante el parto, en comparación con la atención habitual. Se concentraron en buscar información en el Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group). Los criterios de selección incluyeron todos los ensayos controlados y aleatorios, publicados y no publicados, que comparaban el apoyo continuo durante el trabajo de parto con la atención habitual. Hicieron análisis de efectos aleatorios para las comparaciones en las que había una alta heterogeneidad, e informaron los resultados por medio de la relación de riesgo promedio (RR) para los datos categóricos, y la diferencia de medias (MD) para los datos continuos. Veintidós ensayos con 15,288 mujeres, cumplieron los criterios de inclusión y proporcionaron resultados útiles, derivados de análisis de efectos aleatorios (a menos que se indicara lo contrario), encontrándose que las mujeres que recibieron apoyo continuo fueron más propensas a tener un parto vaginal espontáneo (RR 1.08, intervalo de confianza del 95% (CI) 1.04 a 1.12), tuvieron menor probabilidad de recibir analgesia en el parto (RR 0.90, IC 95%: 0.84 a 0.96) o de informar insatisfacción (RR 0,69; IC del 95%: 0,59 a 0,79). Conjuntamente, el tiempo de labor de parto fue más corto (DM -0,58 horas, IC del 95%: -0,85 a -0,31), estando menos expuestas a una cesárea (RR 0,78, IC del 95%: 0,67 a 0,91), o parto vaginal instrumental (efecto fijo, RR 0.90, IC 95%: 0.85 a 0.96), analgesia regional (RR 0.93, IC 95%: 0.88 a 0.99), o un bebé con puntaje de Apgar bajo a los cinco minutos (efecto fijo, RR 0.69, IC 95%: 0.50 a 0.95). Por otro lado, no hubo un impacto evidente en otras intervenciones intraparto, en la madre o complicaciones neonatales, o en la lactancia. Los análisis de subgrupos sugirieron que el apoyo continuo fue más efectivo cuando el proveedor no era parte del personal del hospital, ni de la red social de la mujer,

---

en entornos en los que la analgesia epidural no estaba disponible de forma rutinaria. No se logró concluir sobre el momento de inicio del soporte continuo. Finalmente, los autores infieren que el apoyo continuo durante el parto tiene beneficios clínicamente significativos para el binomio madre e hijo y no se conoce ningún daño. Todas las mujeres deben tener apoyo durante todo el proceso de parto y en el parto.

Ferreiro et al. (2013), dieron a conocer una investigación cualitativa sobre: “Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto”. El objetivo fue analizar, desde el punto de vista de la usuaria, la asistencia al parto, lactancia y posparto en los hospitales públicos. Metodológicamente, manejaron cuatro grupos focales de mujeres que habían dado a luz, en cuatro hospitales, la muestra fue aleatoria y estratificada. Las herramientas incluyeron soporte de audio, previa aprobación de las asistentes para garantizar la confidencialidad de la información; usaron pizarras, cartulinas y pegatinas de colores para facilitar la expresión de las madres. Por sus resultados, se comprobó que las madres tienden a estructurar el proceso en torno a tres tipos de elementos: 1) las dependencias físicas en las que están en cada momento; 2) los acontecimientos y sensaciones que van viviendo; y 3) los diferentes profesionales con los que se van encontrando. Las mujeres manifestaron necesitar: un trato más empático y humano, más información durante todo el proceso y facilitar la participación en las decisiones, favorecer un mejor manejo del dolor, administrando correctamente la epidural y ofertando métodos alternativos.. En conclusión, no es posible alcanzar un servicio de calidad si no se tiene realmente para la usuaria, por ello es preciso conocer sus necesidades. Las madres centran sus necesidades en una atención personalizada donde la empatía, el trato humano, la correcta información durante todo el proceso y la participación en las

---

decisiones, son elementos considerados indispensables. Se reclama un esfuerzo en favorecer un mejor manejo del dolor, aumentar las posibilidades de acompañamiento y la libertad de movimientos y posturas, así como la flexibilidad en la ingesta de líquidos, implicando una actitud menos directiva por parte del personal y una mayor naturalización del proceso y comodidad para la madre. Las matronas constituyen un elemento que se identifica como punto fuerte del servicio, dado que su decir y hacer influye significativamente en la satisfacción de la madre. La seguridad en el proceso, la presencia de la pareja, la ayuda en la lactancia y los cuidados del bebé, son otros aspectos que también refirieron.

Galicia y López (2014), aplicaron un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, y observacional, con el objetivo de analizar la percepción que tienen las usuarias en la atención obstétrica brindada por enfermeras obstetras en un Hospital Materno Infantil, del Distrito Federal en México. El instrumento que diseñaron fue un cuestionario conformado por 47 ítems, con preguntas abiertas para datos sociodemográficos y gineco-obstétricos; con preguntas de opción múltiple, para explorar el control prenatal durante el parto y la atención del parto. Por último, midieron el grado de satisfacción sobre la atención recibida, a través de la escala de Likert; para el análisis, se usó el software estadístico SPSS. En los resultados, se detectó que, a pesar del alto porcentaje en la no realización de episiotomía, el 60% de las usuarias tuvo desgarros; al brindar una atención humanizada, 92% se sintió protagonista del nacimiento de su hijo; 92.5% de las usuarias opinaron que se atenderían en su siguiente embarazo en la misma institución; el 80% de las usuarias aluden sentirse muy satisfechas durante la vigilancia de su trabajo de parto; 85% refirió sentirse muy satisfecha con la atención recibida. El estudio concluyó que la percepción de las usuarias fue

---

satisfactoria, pues las mujeres refirieron que el personal de salud tiene el conocimiento y las habilidades para ofrecer una atención de calidad. Incluso con esos resultados, falta unificar criterios, mejorar actitudes y ampliar el panorama de la atención obstétrica, acciones como el maltrato y la prepotencia hacia la usuaria descalifican la calidad de la atención, procedimientos como el bajo índice de episiotomías que se contraponen al elevado número de desgarros, pone en duda la habilidad y destreza del profesional que atiende.

En Perú, Vela (2015) desarrolló la tesis “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015”, su metodología se basó en un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. El instrumento fue una encuesta que incluyó 28 preguntas, en escala de Likert. Los resultados mostraron que la percepción global sobre el parto humanizado en el 53% de las pacientes coincide que el proceso se ejecutó de forma regular, un 35% percibió que el parto humanizado se efectuó de forma adecuada y sólo el 12% expresó que fue inapropiado. El estudio concluyó que el trato profesional implícito en el parto humanizado, que se brinda en el Instituto Nacional Materno Perinatal, siempre fue percibido por la mayoría de las pacientes de forma favorable, refiriendo tanto el acompañamiento como el manejo del dolor; no obstante, la libre elección de la posición implícita en el parto humanizado nunca fue percibida por las pacientes de forma satisfactoria.

Lucas, Rocha, Costa, Oliveira y Melo (2015), realizaron en Brasil un estudio transversal, descriptivo y de abordaje cuantitativo, el objetivo fue evaluar la atención brindada por personal de enfermería hacia la gestante durante el periodo del embarazo en la maternidad de la Regional del Vale Juruá, conforme los dictámenes de los indicadores de

---

calidad asistencial propuesto por el Ministerio de la Salud y las conductas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud. Con el método de observación participante y el diseño de un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas, basado en la guía práctica de asistencia al parto normal y por el manual parto, aborto y puerperio – asistencia humanizada a la mujer. En sus resultados mostraron que no hubo restricciones de líquidos en la maternidad estudiada; pese a que al 40% de las gestantes no se les ofreció líquido, tampoco se les limitó el acompañamiento; el estudio evidenció: toque vaginal frecuente, cardiotocografía y administración de oxitócicos que ocurrieron en más del 30% de los casos, mientras que el uso del partograma, el enema, enteroclisma y tricotomía, son prácticas clínicas eliminadas de la rutina. En las técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor, el 33.3% sin evidencias suficientes para su indicación, pues sólo a 21.4% de los casos se ofreció el baño de aspersion con agua tibia, y a 33.3% de las usuarias se aplicó técnicas respiratorias; por consiguiente, se utilizó menos medicalización, prefiriendo la deambulacion en el 92.9% de los casos; se estimuló la utilización de posturas verticales (83.3%), los ejercicios en el caballo (81.0%) y en menor frecuencia, en la bola suiza (16.7%). Se concluyó que el equipo profesional de la institución adopta las medidas recomendadas por el OMS y el Ministerio de Salud para un parto humanizado; pese a ello, se identificaron carencias en el proceso asistencial, relacionadas con la oferta o ausencia de algunas conductas/prácticas consideradas esenciales y de fácil implantación, como la ausencia del acompañamiento en el trabajo de parto por medio de un partograma y la oferta de orientaciones esenciales dadas a las mujeres. Por lo que se considera que aún es necesario la implementación y solidificación de las políticas públicas ya existentes para evaluaciones constantes y mejorar los indicadores de la calidad asistencial.



---

López (2016), elaboró en México un estudio observacional, descriptivo, transversal, y prospectivo, su objetivo fue identificar el miedo al parto y conocer las experiencias de las mujeres primigestas, cuyo embarazo se resolvió por vía vaginal. La muestra incluyó 99 embarazadas y 84 puérperas. Como metodología se utilizó el cuestionario (W-DEQ) el cual consta de 33 ítems (10 exploraron sensaciones de tipo positivo y 7 de tipo negativo), aplicaron un cuestionario extra en el que incluyeron cuatro preguntas abiertas. Con los resultados compararon las sensaciones: fuerza, miedo, confianza y trato; solamente existió una diferencia estadísticamente significativa entre la percepción del miedo al parto, el miedo al dolor fue la sensación predominante, tanto en el embarazo como en el puerperio, seguido del miedo a tener complicaciones con un 70% contra un 50% entre ambas etapas; sin embargo, el miedo al fracaso, pese a que representó el 7% durante el embarazo y el 25% durante el puerperio, resultó estadísticamente significativo, puesto que el resto de los tipos de miedo no fueron diferentes entre ambas etapas del evento obstétrico. Se concluye que existió miedo al parto como consecuencia del temor al fracaso durante este evento. A pesar de esto, las sensaciones positivas son mayores que las sensaciones negativas. Existen algunas ventajas de oportunidad para que este tipo de sistemas de salud mejoren las expectativas y/o percepciones que las embarazadas exteriorizan ante el parto, como lo es el acompañamiento, y/o intervención psicológica- afectiva durante el trabajo de parto y el nacimiento. Se comprobó que la aplicación de W-DEQ A y W-DEQ B resultó ser un instrumento útil.

Camacho y Romero (2018) con su investigación en Valencia España, trazaron el objetivo de conocer las expectativas de parto de gestantes españolas y estudiar las diferencias entre las perspectivas de las gestantes primíparas y multíparas. A través de la

---

metodología cualitativa basada en una pregunta de respuesta libre sobre expectativas de parto, emplearon el muestreo por conveniencia realizada en 10 mujeres, con los datos aplicaron el análisis del contenido, transcribieron las respuestas, identificando los temas comunes para codificar los datos y reducirlos a conceptos, estructuraron los conceptos en categorías y subcategorías y, para aumentar la fiabilidad del análisis de los datos, los codificaron dos investigadoras, de forma separada; los compararon y discutieron para reevaluarlos hasta crear códigos y categorías compartidas. Obtuvieron la clasificación de siete categorías: parto rápido, relacionadas con el dolor, buen resultado obstétrico, apoyo, relacionadas con el tipo de parto, información y control, y relacionadas con los protocolos de atención al parto normal; y cuatro subcategorías. Con ayuda del programa de Excel, cuantificaron el número total de respuestas de cada categoría y los datos sociodemográficos, para luego hacer uso del software SPSS versión 17.0. Al ser todas las variables categóricas, la comparación entre ellas se hizo mediante la prueba de Chi-cuadrado para variables categóricas de Pearson (nivel de significación estadística  $p < 0.05$  para pruebas bilaterales. En los resultados constataron la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas entre las expectativas de primíparas y multíparas. Entre las expectativas más importantes destacan las relacionadas con tener un parto rápido, seguido de un buen resultado obstétrico y sin experimentar dolor. Aunque las relacionadas con los protocolos de atención al parto normal tienen una presencia escasa, posiblemente debido a la reciente introducción de dicho modelo asistencial de las primíparas a las actividades formativas de preparación al parto. La investigación concluye que el conocimiento de las expectativas resulta importante, dado que las gestantes miden su satisfacción en el parto con base en el cumplimiento de lo que esperan recibir. Igualmente, se resalta la importancia

---

del apoyo prestado por los profesionales sanitarios, y en concreto la matrona, como actor principal para conseguir alinear expectativas y experiencias de parto de las gestantes. Se ve a la matrona como la principal facilitadora para que la gestante logre el empoderamiento sobre información con relación al embarazo, parto y maternidad, y destaca que es fundamental el apoyo en el momento del parto, para que las gestantes se sientan protagonistas de este.

A través de las investigaciones citadas, se revela que la atención humanizada en el parto y puerperio ha sido percibida por la mayoría de las pacientes de forma favorable, pues mejora el bienestar del binomio madre-hijo; además, promueve el apego inmediato, la lactancia materna, también el acompañamiento es referido como pilar fundamental; con ello, se ha logrado disminuir partos por cesárea, y se ha conseguido minimizar el tiempo en la labor de parto, reducir el parto instrumental y los medicamentos para el dolor y, en el recién nacido, la puntuación de Apgar<sup>3</sup> es mayor de siete a los cinco minutos (OPS, 2009). El parto humanizado apoya el parto vertical; ocurren menos nacimientos asistidos, descienden las tasas de episiotomías, hay menor dolor agudo durante la segunda etapa (SSA, 2014, p. 40).

Solo algunos profesionales sanitarios poseen el conocimiento sobre la política de humanización y, de ellos, todavía son menos quienes la llevan a la práctica. Determinados estudios demuestran que se cumple únicamente con ciertos indicadores del parto respetado o humanizado. Se requiere conocer aun de investigaciones sobre la atención humanizada en México, dado que permitirá conocer el impacto e influencia en la repercusión sobre la

---

<sup>3</sup> El sistema de puntuación de Apgar permite valorar la gravedad de la depresión respiratoria y neurológica en el nacimiento, por ciertos signos físicos. La puntuación máxima de 10 es poco frecuente (Laffita, Ariosa y Cutié, 2004).

---

disminución del abuso obstétrico. También de llevar a cabo estudios con enfoque cualitativo e indagar en el grupo de madres adolescentes y primíparas.

### **1.3.4 Responsabilidad social en el sector salud**

En este apartado se analizará la responsabilidad social en relación con la salud en la atención del parto, para visibilizar los obstáculos existentes en las relaciones entre la sociedad y las organizaciones.

A lo largo del desarrollo de esta investigación, resaltan las desigualdades sociales que permean dentro del campo Obstétrico, el uso desmedido de la tecnificación biomédica y patologización, “cada vez más es motivada por los intereses económicos, perdiéndose la necesaria lógica de la ciencia para el bien de la humanidad” (De Siqueira, 2001, p. 192).

Bergel (2007), enfatiza que “la equidad en salud no puede ser un concepto apolítico, acultural, tecnocrático, limitado al campo de la asistencia sanitaria o al de la salud pública”; ni tampoco se considera, en lo particular, que sea ajeno a la Responsabilidad Social (RS), que comprende deber ético y social, cuyo principal propósito es contribuir al desarrollo sostenible.

De acuerdo con De Siqueira (2001, p. 173), “para que haya responsabilidad, es preciso que exista un sujeto conciente. Lo que ocurre es que el imperativo tecnológico elimina la conciencia, elimina al sujeto, elimina la libertad en provecho de un determinismo”.

Ahora bien, es necesario profundizar que es la responsabilidad social, en la conceptualización de varios autores.

---

Ruíz (2006), expresa lo siguiente:

Se fundamenta en la dignidad de la persona, en la esencia de lo que el hombre es y debe llegar a ser. Por eso dicho fundamento radica en el ser humano individual, sus dimensiones, su estructura ontológica, antropológica, ética, axiológica, estética y demás partes que componen la ciencia.

Argandoña (2012) cita la norma ISO-26000:

La responsabilidad de una organización ante los impactos que sus decisiones y actividades ocasionan en la sociedad y en el medio ambiente, mediante un comportamiento ético y transparente que contribuya al desarrollo sostenible, incluyendo la salud y el bienestar de la sociedad; tome en consideración las expectativas de las partes interesadas; cumpla con la legislación aplicable y sea coherente con la normativa internacional de comportamiento, y esté integrada en toda la organización y se lleve a la práctica en sus relaciones.

Tal normativa, “identifica algunas materias fundamentales: el gobierno organizacional, los derechos humanos; las prácticas laborales; el medio ambiente; las prácticas justas de operación; los asuntos de consumidores; la participación activa y el desarrollo de la comunidad” (Montero, 2012).

De acuerdo a Terán, Pérez, Brunett y Mejía (2011, p. 54), es:

La imputabilidad de una valoración positiva o negativa por el impacto que una decisión tiene en la sociedad. Puede referirse a la imputación del perjuicio causado a un ente social o a la sociedad en su conjunto; o al compromiso supuestamente necesario de un agente social con su propia sociedad.

---

Mientras que para Antonio Argandoña (2012), la RS no es una realidad física, sino una construcción social, que cada uno ve desde la óptica de sus conocimientos, capacidades e intereses.

Considerar los significados de la RS, permite reconocer su vínculo con el ámbito de la salud.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en el Artículo 14 referente a la Responsabilidad social y salud (UNESCO, 2005), señala lo siguiente:

1. La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.
2. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:
  - a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano;
  - b) el acceso a una alimentación y un agua adecuadas;
  - c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente;
  - d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo;
  - e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo

---

En consecuencia, y de acuerdo con Bergel (2007, p. 25-26):

La responsabilidad por la promoción, prevención y atención de la salud (incluyendo a los factores condicionantes externos) —tanto individual como colectiva, tanto en el orden interno de un estado como en el planeta—, es un asunto que nos concierne a todos, sin exclusión alguna (a la comunidad de naciones, a los estados, a las organizaciones públicas y privadas, a los dirigentes políticos, gremiales, empresariales, etc., al individuo del común).

Por consiguiente, la responsabilidad social en los servicios obstétricos no sólo recae en el Estado, indiscutiblemente, sino en cada uno de los ciudadanos, en todas sus esferas operacionales. Por lo que se requiere de la coparticipación de que cada una de las voces involucradas; gestantes, personal médico, familiares de las pacientes, pareja de la mujer, parteras, doulas, Comisiones de Derechos humanos, Bioética, Arbitraje Médico, Organizaciones de la sociedad civil, etc., e integrarlas en los programas y las políticas de salud reproductiva. Bergel, (2007, p. 26) afirma que “los valores humanos como la universalidad, la solidaridad social y la justicia social proporcionan una base moral efectiva para la equidad sanitaria mundial”. Si bien es cierta su afirmación, existe actualmente una *crisis económica* y también de *valores* como argumenta Gual (2013, p. 126), quien propone que estos valores debiesen “ayudar a que las instituciones que en alguna medida y en algún momento tienen responsabilidades en el aprendizaje, formación y mantenimiento de la competencia de los médicos”<sup>4</sup>.

En concordancia con Terán et al., (2011, p. 58) “la responsabilidad social en los servicios médicos es la base para actuar con humanidad teniendo presente al paciente y no

---

<sup>4</sup> y de los demás profesionales de la salud, porque no es responsabilidad exclusiva de una u otra institución, sino que es responsabilidad compartida de todas las instituciones implicadas en los procesos de formación.

---

únicamente en la fisicalista, concepción reduccionista suficientemente criticada”. En tanto que, urge reevaluar los programas de salud sexual y reproductiva como señala (Ruíz, 2006) enseñando a fondo el porqué de dichos programas y hacer entender a todos que son para los hombres y no los hombres para los programas. Reflexionar con dignidad humana desde la realidad social ante, lo ontológico del ser, en la libertad de relacionarse con la naturaleza en colectividad, “en los códigos de ética del médico y la deontología médica dentro de lo que se denomina responsabilidad social por el derecho a la salud. Esto significa sentido de equidad y cumplimiento de los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia” (Correa y Valencia, 2016, p. 86), con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la sociedad. La expansión equitativa de la corresponsabilidad social denota la coexistencia de los seres humanos en su contexto esencial, esto es dignificar al ente humano como sujeto, especie y colectividad en su relación, ideológica, político, económico, y sociocultural.



---

## CAPÍTULO 2

### DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

#### 2.1 Marco Contextual

##### a) Aspecto demográfico

La presente investigación se desarrolla en el Hospital Materno Infantil “Vicente Guerrero”, Chimalhuacán, al oriente del Estado de México; municipio que ocupa el 0.2% de la superficie del territorio estatal. Limita al norte con el municipio de Texcoco, al sur con los municipios de La Paz y Nezahualcóyotl; al oriente con los municipios de Chicoloapan e Ixtapaluca y al poniente con el municipio de Nezahualcóyotl.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015a) registra que Chimalhuacán cuenta con una población total de 679,811 habitantes, la cual representa el 4.2% de la entidad estatal. La distribución por sexo es 48.8% de hombres y 51.2% de mujeres. La edad mediana de la población tiene 25 años o menos.

Con respecto a la fecundidad a lo largo de su vida, las mujeres entre 15 y 49 años tuvieron en promedio 1.7% hijos nacidos vivos. El indicador de mortalidad reporta, para las mujeres entre 15 y 49 años, un 2.9% de fallecimientos por cada 100 hijos nacidos vivos, datos arrojados por la Encuesta Intercensal realizada por INEGI (2015b).

---

## **b) Aspecto de salud**

Según datos estadísticos de SEDESOL (2018), en 2015 sólo 25% de la población tuvo acceso a los servicios de salud. Respecto a la derechohabiencia, el 74.6% de la población cuenta con servicios médicos de alguna institución pública (INEGI, 2015b); de ese porcentaje, el 63.6% de la población está afiliada al Seguro Popular; el 26.8% al IMSS; el 6.5% al ISSTE y el 0.6% a Pemex (INEGI, 2015 a).

## **c) Aspecto social**

SEDESOL (2018) revela que, durante el 2015, la población en pobreza correspondió a 8'054,703, con respecto del número de habitantes.

En relación al número de personas por hogar es de 4.1%; el 53.3% dispone de agua entubada y el 97.9% cuenta con drenaje (INEGI, 2015b). Existe un 7.5% de hogares en hacinamiento; 1.7% de las casas tienen piso de tierra y 2.2% están construidas con techo de material endeble (SEDESOL, 2018).

El municipio de Chimalhuacán sufrió flujos migratorios importantes que ocurrieron desde la década de los años setenta, hasta la primera década del siglo XXI (Moreno y Espejel, 2013).

El INEGI (2015b) registra 16.35% de población indígena en Chimalhuacán; de ellos, el 0.16% no habla español.

---

#### **d) Aspecto educativo**

SEDESOL (2018) reconoce que en Chimalhuacán existe 15.4% de rezago educativo. Mientras que, en el Panorama sociodemográfico del Estado de México, el INEGI (2015b) registra en los datos del mismo municipio que el 4.4% no tiene escolaridad; el 62.6% de la población tiene educación básica, y solamente el 8% tiene estudios de nivel superior. En cuanto a las Tecnologías de Información y Comunicación, 23.4% de personas cuentan con servicio de Internet, aunque sólo 20.9% tiene una computadora, y el 74.8% tiene celular.

#### **e) Aspecto económico**

En Chimalhuacán, el total de la producción bruta es de 2'509,338.00 (Miles de pesos). De cada 100 personas de 12 años y más, 52.2% participan en las actividades económicas; el 65.7% corresponde a los hombres y el 34.3% a las mujeres. De la población que no es económicamente activa, el 34.5% son estudiantes y el 48.2 % amas de casa (INEGI, 2015a).

### **2.2 Unidad de estudio**

El Hospital Materno Infantil “Vicente Guerrero”, es una unidad pública del ISEM situado Chimalhuacán, Estado de México, se ubica en Av. Emiliano Zapata s/n, Col. Barrio Transportistas, CP. 56351, entre las calles de Ciruelos y Zafiro; pertenece a la jurisdicción Texcoco. El 20 de julio de 2011, se concretó la apertura de la unidad obstétrica. Este hospital con una extensión de 15,000m<sup>2</sup> y 60 camas censables primero en su tipo en la región, está destinado a la atención de la población abierta materno-infantil y beneficiaria del seguro popular de la zona, que alcanza 419,000 habitantes de los municipios de

---

Chimalhuacán, Chicoloapan y Texcoco (Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero (HMIVG, 2011).

Su misión es otorgar atención médica materna infantil integral con servicios de salud de calidad en continuo desarrollo profesional y humanístico a la población mexiquense, con oportunidad, eficiencia, calidez, ética, y sustentabilidad, satisfaciendo sus expectativas mediante un personal altamente capacitado, en continuo desarrollo profesional y humanístico. La unidad hospitalaria, en 2011, atendió 1,743 partos; en 2012, hubo un notable incremento dado que atendió a 5,547 nacimientos y, en 2013, hubo una mínima variación al atender a 5,532 nacimientos (C. B. Mera, comunicación personal, 2014).

### **2.3 Modelo de Atención Integral en Obstetricia (MAIO)**

Ante la iniciativa del parto humanizado, en Chimalhuacán, Estado de México, el Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero (HMIVG) se sumó a la iniciativa e implementó el Modelo de Atención Integral Obstétrica (MAIO), creado por el Dr. Christian Mera Byron y Dar a luz en Conciencia, A. C.; el proyecto piloto se gestionó en el año de 2013 y comenzó su ejecución en el 2014, para su posterior evaluación y sistematización que permitiera mejorarlo. Actualmente, se tiene previsto implementarlo en otras instituciones de salud del sector público. Su finalidad es brindar un trato digno y respetuoso de la autonomía de la mujer parturienta y dar una atención humana y libre de violencia. La propuesta del MAIO se justificó porque, en el HMIVG, más del 95% de los nacimientos vía vaginal eran practicados como partos medicalizados rutinarios; debido a tal situación, surgió la iniciativa de mejorar y abrirse a la práctica del parto humanizado en embarazos de bajo riesgo; propiciar el parto natural, impartir el curso psicoprofiláctico; fomentar el acompañamiento

---

y vigilancia del trabajo de parto, preferir la posición vertical y utilizar el agua como manejo del dolor, emplear técnicas de relajación benéficas para el producto para su mejor adaptación al medio extrauterino y el favorecer del apego inmediato “piel con piel” con la mamá. En el MAIO se integra personal de salud en Enfermería perinatal, quien atiende y cuida el bienestar de la mujer en estado grávido, detecta oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrece prácticas, desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad. Como parte del equipo de salud adicional, la doula participa en el manejo integral del proceso apoyando emocionalmente a las gestantes, esa función es significativa durante el desarrollo del parto y la primera etapa post-parto, emplea técnicas no invasivas como masajes, aromaterapias; sugiere posturas adecuadas y libres; provee líquidos, musicoterapia; aplica técnicas de relajación, de respiración, brindan información a las madres y sus familias, añaden la práctica y asimilación de ejercicios físicos; explican, tanto los beneficios como los signos de alarma que ayudarán a la gestante a cursar un embarazo saludable, un parto autodirigido y una lactancia exitosa; incluso auxilian en el manejo emocional de las mujeres con pérdidas gestacionales (grupos de apoyo). (C. B. Mera, comunicación personal, 2014).

## **2.4 Planteamiento general de la investigación**

Actualmente, la tendencia en las instituciones hospitalarias es exhortar la asistencia humanizada, para evitar modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad (Arnau et al., 2012, p. 227); dicha tendencia se dirige a eliminar la concepción del parto como evento patologizado, medicalizado e intervencionista; pretende ejercer los derechos humanos,

---

sexuales, y reproductivos de la gestante, ello a partir de acciones recomendadas tanto la OMS como la OPS. Expresa la CEAV (s.f) que:

La información cuantitativa relacionada con el enfoque de atención humanizada es escasa a nivel mundial, al no existir protocolos específicos, tanto para la atención del parto, como de la aplicación del enfoque en otras situaciones del proceso reproductivo como la cesárea, la interrupción legal del embarazo, la pérdida gestacional o muerte fetal intrauterina o durante el control prenatal mismo.

La demanda de atención humanizada en los hospitales obstétricos, según las investigaciones; es un desafío inmerso como política solidificada hasta el día de hoy, para los profesionales de la salud, las instituciones y la sociedad (Silva, Barbari y Fustinoni, 2011).

De acuerdo con datos proporcionados por la OMS (2016), a nivel internacional, cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; el 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y es mayor en las comunidades más pobres; en especial, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.

Por otra parte, es cierto que la cesárea (CS) ha sido un mecanismo para salvar la vida de la gestante y del bebé; no obstante, también es verdad que se ha abusado del procedimiento, innecesario en la mayoría de los casos; a causa del modelo medicalizado, prevalece la desinformación de beneficios del parto vaginal versus riesgos de la cesárea. Betrán et al., (2016) afirman que América Latina y el Caribe tiene las tasas más altas de cesárea (40.5%); seguida de América del Norte (32.3%), Oceanía (31.1%), Europa (25%), Asia (19.2%) y África (7.3%). Encontraron que República Dominicana, México y

---

Colombia (36.4, 32.8 y 27.4 puntos, respectivamente) son los tres países latinoamericanos con el mayor incremento en las tasas de CS.

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación (OMS, 2014).

Cabe decir que, a nivel nacional, “aunque las muertes evitables han disminuido y las diferencias entre entidades bajaron, no se ha visto un impacto importante en la Razón de Muerte Materna (RMM) en el país” (Freyermuth y Luna, 2014, p.58). A nivel municipal, por entidad federativa, en el año 2010 se encontró que el Estado de México tuvo el número más elevado de muertes maternas con 12%, seguido de Veracruz con 7.9% y del Distrito Federal con 7.7% (Gamboa y Valdés, 2015).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014), las cesáreas representan 46.3% del total de partos ocurridos entre enero de 2009 y septiembre de 2014 en el país; en el sector público, en los últimos 12 años, la CS se incrementó un 33.7%, y en el privado un 60.4% (Suárez et al., 2012b). Mientras el Consejo Nacional de Población CONAPO (2014) reportó que 46.4% de los partos fueron realizados por cesárea a nivel municipal.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) afirma que en los últimos 5 años, 33.4% de las mujeres sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes la atendieron en el último parto; el dato demuestra que 70.7% son madres mexicanas entre un rango de edad de 15-49 (INEGI, 2017).

---

De acuerdo a Fernández y Rizo (2018, p.35), las estadísticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) ratifican que del 2001 al 2015, atendió 2,578 quejas; vinculadas a la atención de Ginecología y Obstetricia, representando este servicio 11.3% del global de las quejas concluidas. Puntualiza también que la especialidad de Ginecología y Obstetricia ocupa el tercer lugar con mayor número de quejas después de los servicios de urgencias y traumatología y ortopedia.

Es importante saber que en México se han adoptado políticas estatales para que se atienda de mejor manera el proceso de parto; la única estrategia, que integra el enfoque humanizado, es el Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro pero no se ha podido conocer el impacto logrado como asunto de combate a la violencia contra las mujeres (CEAV, s.f); es necesario dar a conocer más resultados porque la constante evaluación permitirá mejorar y duplicar la atención en otras instituciones. Entre otra propuesta con relación al contexto humanizado es el Proyecto MAIO que se implementó tras un lapso en el HMIVG, siendo único en Chimalhuacán Estado de México, dado que más del 95% de los nacimientos vía vaginal habían sido realizados como partos medicalizados (Mera, 2014). Por ello, la importancia de conocer el efecto, e impacto y, el grado de satisfacción de la mujer con la asistencia recibida durante el proceso del parto con el MAIO.

El problema que se intenta resolver con la implementación de los programas es que, va más allá de cifras y estadísticas, en tanto que su evaluación implica un reto metodológico para las disciplinas involucradas con respecto a los fenómenos de salud social. En concordancia con Ferreiro et al. (2013, p. 2), la incorporación de la calidad percibida a la gestión sanitaria es relativamente reciente, y en consecuencia no siempre se



---

utilizan herramientas para poder escuchar a los pacientes con la forma o intensidad adecuada, por lo cual resulta indispensable centrarse en los relatos de vida del individuo de manera directa y se acerca a sus motivaciones, intereses y expectativas.

Por consiguiente, se considera pertinente en esta investigación, el unir la sociología, la perspectiva de género, los derechos humanos, la corresponsabilidad social y la coparticipación en los modelos de salud para diseñar metodologías que permitan comprender y evaluar la importancia que los esquemas del parto humanizado traen para las mujeres mexicanas. De ahí que la pregunta de investigación que planteamos en este trabajo sea la siguiente:

¿Cómo vive una mujer su experiencia del parto, atendida con el Modelo de Atención Integral en Obstetricia, en un hospital del Municipio de Chimalhuacán, Estado de México?

## **2.5 Supuesto hipotético**

La experiencia vivida del parto de la mujer estará construida a partir de su propia óptica frente al trato recibido en los servicios de salud; en que la satisfacción de la atención depende de la confianza, empatía, comunicación, autonomía y el respeto recibidos.

---

## 2.6 Objetivos

### Objetivo general

Interpretar y analizar el relato de la experiencia de una mujer que fue atendida con el Modelo de Atención Integral en Obstetricia, en un hospital del municipio de Chimalhuacán, Estado de México.

### Objetivos específicos

- Relatar la experiencia vivida del parto de una mujer en su interrelación con la asistencia recibida del equipo de salud atendida en el Hospital Materno Infantil “Vicente Guerrero” del municipio de Chimalhuacán, Estado de México.
- Explicar el impacto que tiene en la mujer el Modelo de Atención Integral en Obstetricia implementado en el Hospital Materno Infantil “Vicente Guerrero” del municipio de Chimalhuacán, Estado de México.

## 2.7 Justificación

La *mirada médica* contemporánea aparta las experiencias subjetivas que vive la mujer en el proceso del embarazo, parto y puerperio, resultado del uso excesivo de la tecnología; confluye la racionalidad como una forma de percibir la realidad.

Las investigaciones confirman que existe una violencia estructural porque la heteronomía de la gestante la sustrae el profesional de la salud; revelan que la calidad de la atención en el parto depende de varios factores como: la falta del personal médico, sobrecarga laboral, deficiencias en la infraestructura y en los insumos necesarios, las

---

reformas educativas en la formación médica, la coordinación entre los diferentes niveles de atención y la desvinculación entre la mujer y los profesionales médicos (Sachse et al., 2012; Valdez et al., 2013; Arguedas, 2014; Castro, 2014a; Camacaro et al., 2015; Hernández y Echevarría, 2016).

Con respecto a estudios del parto humanizado, reflejan que la mayoría de las pacientes perciben su aplicación de manera favorable, pero como política legítima de derechos de las mujeres, todavía es inexistente en las instituciones hospitalarias (Silva, 2017). Por ello es importante revisar los indicadores de la salud reproductiva, con la finalidad de mejorarlos y aportar cambios en los programas perinatales.

Cabe resaltar que, en la revisión de la literatura, se encontró que gran parte de las investigaciones son de tipo cuantitativo, se analizan porcentajes y gráficas, pero es limitante; a diferencia del uso de la metodología cualitativa, con la que sí es posible caracterizar y descubrir en profundidad el fenómeno estudiado.

Ante esta problemática, como fenómeno social que repercute en la salud pública, el estudio que aquí se propone implica varios aspectos considerados importantes, a saber: que desde la postura de la Sociología, analizar el trasfondo del problema obstétrico es un desafío que aún está pendiente, y más al vincularlo con el enfoque de género. Por lo que es imprescindible indagar y comprender la relación de las distintas variables, para crear una experiencia más sana con respecto al parto humanizado, en fomento de la responsabilidad social, a favor de la modificación de estilos de vida saludables y con ellos, mejorar la calidad de vida de todas y cada una de las personas que se involucran en el proceso obstétrico.

---

Por otro lado, la investigación también plantea conocer el impacto que tienen los aspectos del parto humanizado con la experiencia que atraviesan las mujeres. Este planteamiento, si se considera la falta de elementos para evaluar y mejorar los programas que existen en México, se torna muy valioso; la metodología puede replicarse para que no se hagan evaluaciones que se queden en elementos superficiales y cuantitativos. Se tienen en cuenta que este aspecto aporta grandes oportunidades, no sólo para conocer más a fondo y mejorar los programas existentes, sino para facilitar que tales programas se extiendan a la mayoría de la población, no sólo en hospitales privados, sino también que se incorporen elementos valiosos para que el parto humanizado se consolide como una política de salud pública y no sólo como un intento en programas aislados.

Trabajar en conjunto con la lupa de un equipo multidisciplinario, con los mismos intereses y desde diferentes visiones. “La ética y el ejercicio humanizado no se aprende con cátedras magistrales”, sino en contacto con la realidad, donde se nos da el mundo de la vida y con el ser humano en la plenitud de su dignidad, intimidad, y autonomía (Bonilla, 2016).

Para identificar cómo es la experiencia del parto de una mujer que fue atendida con el Modelo de Atención Integral en Obstetricia en el HMIVG del municipio de Chimalhuacán, Estado de México. Se plantearon los siguientes cuestionamientos: ¿Cómo se aborda el cuerpo femenino en la praxis obstétrica en la cultura mexicana? ¿Por qué la mujer demerita su capacidad reproductiva y la coloca en manos del aparato médico? ¿Por qué se reproduce y legitima la violencia obstétrica? ¿El abuso obstétrico es generado por profesionales de la salud de los dos sexos? ¿Por qué existe la deshumanización del parto y puerperio? ¿Cómo viven las mujeres su experiencia del parto? ¿Cuáles son las necesidades y expectativas que tienen las mujeres en el parto? ¿Qué factores interfieren para el

---

desarrollo óptimo de los modelos humanizados en la práctica obstétrica? ¿Cómo repercute esta violencia en el personal de la salud?

El presente estudio marca la pauta para ampliar líneas de investigación, su impacto incide en las áreas de las Ciencias de la Salud, en el aporte de estrategias para el personal médico sobre los paradigmas de atención del buen cuidado perinatal; igualmente, explica la dualidad de los beneficios tanto de la gestante como del profesional de la salud.

Desde la Sociología de la Salud, esta investigación también contribuye a evidenciar la problemática; por un lado, emana estrategias preventivas y de cuidado para la mejora de la atención del parto en los servicios públicos, expuestas en los testimonios de la mujer, a partir de su experiencia vivida, en la que se construye como sujeto activo; por otro lado, con las líneas de análisis explícitas, ofrece una herramienta de conocimientos fehacientes que para que el personal profesional de la salud reflexione respecto a la sensibilización de su práctica, referente a las recomendaciones de las OMS, la humanización en el parto y la integración de modelos interculturales.

Por último, desde la Educación para la Salud, el principal aporte de este estudio es proporcionar información para beneficiar la calidad de vida de la mujer, del neonato, y del profesional de la salud; y posteriormente para la toma de decisiones en el diseño de las políticas públicas, dado que “las instituciones se colocan a sí mismas en una perspectiva en la que se reconoce abiertamente la necesidad y la capacidad que tiene la población, sus grupos y actores de plantear sus demandas, definir sus problemas, indicar sus expectativas, proponer soluciones y participar en conjunto con la autoridad y los expertos en el diseño, implementación y evaluación de políticas” (García, 2014, p. 96).

---

## CAPÍTULO 3

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Metodología

La línea metodológica se centró en la investigación cualitativa para profundizar en los propios constructos y significaciones del sujeto ante la realidad social (comportamiento, interacción y lenguaje) que propiamente conforman su existencia cotidiana.

El acercamiento cualitativo permite aproximarse al sujeto en su contexto natural, donde los significados, vivencias e interpretaciones coexisten en sus propias experiencias.

La investigación cualitativa busca la comprensión y la interpretación de la realidad situándose en la perspectiva de las personas investigadas, a las que entiende como sujetos reflexivos y pensantes y que, desde una visión holística, enfatiza el contexto, además tiene sensibilidad sociocultural (Berenguera et al., 2014, p. 13), lo que permitirá explicar el panorama que refiere el sujeto de estudio. Los estudios cualitativos conllevan varias fases o etapas de acercamiento al objeto de estudio y, más que perder el rigor científico o la orientación general del estudio, las perspectivas son vistas como una posibilidad de ofrecer una visión más amplia de la pregunta formulada en el problema de la investigación (Mercado y Torres, 2000, p. 15).

El trabajo cualitativo es inductivo más que deductivo, dado que desarrolla conceptos y entendimientos a partir de los datos. En 1967, Glasser y Straus (citado en Schettini y

---

Cortazzo, 2015, p. 19) postulan que, “en metodologías cualitativas, la creación de teorías obtenidas de los datos de la investigación es una de las tareas más importantes de la sociología actual”.

### **3.2 Método**

El propósito del método explicativo–interpretativo es explicar las causas que conforman el fenómeno e identificar cómo interactúan estas causas para producir dicho fenómeno (Berenguera et al., 2014, p. 80). En términos de Garagalza (2007, p. 51) la interpretación (y su relato la comprensión) es el ser humano en su peculiar modo de ser.

Garagalza (2007, p. 50) apunta que, “existir es interpretar la realidad e interpretarnos a nosotros mismos”, en donde “el lenguaje (la interpretación) es presentado ahora como aquello humano que hace humano al ser humano, abriéndole a un mundo de sentido” (Garagalza, 2014, p. 91). En este sentido, la realidad no se aborda con la razón sino por medio de las experiencias vividas, siendo el lenguaje lo que corrompe los esquemas en su propia naturaleza humana.

Por consiguiente, es necesario entender como lo explica Minayo (2010, p. 261) al decir que el interlocutor que informa sobre su experiencia es: 1) un sujeto cognoscente; 2) que produce una narrativa significativa (habla) sobre sí y sobre su mundo; pero que 3) al enunciarla está envuelto en el desvelamiento y en el velamiento de las situaciones vividas. Su narrativa, por tanto, no es una verdad, sino una interpretación que emerge de la comprensión que tiene del mundo vivido.

---

Entretanto “le cabe al investigador enriquecer, con el conocimiento científico acumulado, con la historia y con el contexto, el significado de la narrativa de los interlocutores” (Minayo, 2010, p. 259).

Las investigaciones, partiendo de la premisa de que han de ser interpretativas, pueden producir resultados más naturalísticos (más próximos a los datos) o caminar por la línea de la interpretación hasta llegar al nivel más interpretativo, que es la generación de teoría (Berenguera et al., 2014, p. 79), “vinculada además con el método y creatividad, bajo la perspectiva comprensiva, comunicativa y dialéctica” Minayo (2010, p. 260).

### **3.3 Técnica**

El instrumento utilizado fue la entrevista a profundidad, porque tal como señala Taylor y Bodgan, (1994, p. 101 [1987]) permite “esos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, las expresan con sus propias palabras”. Por lo que es importante entender los relatos del objeto de estudio “desde sus prioridades, necesidades o deseos en lo propio de su contexto, cultural, social, y político” (Berenguera et al., 2014, p. 106). Y en propias palabras de Robles (2011), es adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias, zozobras y alegrías significativas y relevantes del entrevistado; consiste en construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro.



---

Se diseñó previamente una guía para la entrevista: en el primer apartado se consideraron las características sociodemográficas (edad, ocupación, estado civil, escolaridad, paridad), con el objetivo de generar un primer grupo de variables que explicaran si los datos sociodemográficos tienen o no alguna influencia o correlación con lo que deseamos conocer. El segundo apartado, atiende la relatoría de la experiencia del parto y sobre el Modelo de Atención Integral en Obstetricia, con la finalidad de indagar el significado que tiene el parto en la voz de la mujer; cuyos temas atienden a cuatro aspectos fundamentales.

El eje de investigación se sustentó bajo el comentario: Relátame, ¡cómo te trataron en el parto!

### **3.4 Selección de la participante**

El proyecto se comenzó a implementar en 2014, con lo que se trabajó de la siguiente manera:

1.- Temporalidad: El primer criterio de selección fue el tiempo, se decidió que la mujer gestante tuviera la experiencia de atención con el proyecto MAIO durante el año 2015 ó 2016.

2.- Características de la participante: La mujer participante en el MAIO, atendida entre 2015 ó 2016, debía aceptar colaborar en el estudio, por lo que se adjuntó un consentimiento informado (ver anexo 1); leído a la participante explicándole la finalidad de la investigación y obtener su autorización. El consentimiento se escribió de acuerdo con el temario de Bioética de la *Ley General de Salud* Capítulo IV.

---

### **3.5 Muestreo por conveniencia**

Para este estudio se manejó el muestreo por conveniencia que, de acuerdo con Casal y Mateu (2003, p.5), consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo; en este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo, lo que es el mayor inconveniente del método, pero es útil cuando no podemos cuantificar la representatividad de la muestra.

Crespo y Salamanca (2007), señalan que este muestreo es fácil y eficiente, aunque no es uno de los preferidos, la clave es extraer la mayor cantidad posible de información de los pocos casos de la muestra. Utilizado en fenómenos muy frecuentes, pero no visibles. Tiene como características: a) establecer diferentes etapas de selección de muestra y, b) identificar sujetos que cuenten con el fenómeno en general. Se incluye en diseños como: fenomenología, etnografía y etnometodología). Este muestreo recurre a los sujetos que se encuentren por la facilidad de disponibilidad (Mendieta, 2015, p. 1149).

### **3.6 Participante**

El sujeto de estudio es una mujer de 25 años, casada, ama de casa, multigesta (con cuatro hijos actualmente) quién, al asistir a control prenatal en el Hospital Materno Infantil “Vicente Guerrero”, Chimalhuacán, Estado de México, se le invitó a participar en el taller de psicoprofilaxis que se impartía dentro del Modelo de Atención Integral en Obstetricia

---

(MAIO); ella decidió aceptar, puesto que le pareció interesante ser asistida con esta atención.

Posteriormente el contacto se logró porque asistió para vacunar a su niña en el centro de salud en 2017, brindando su testimonio.

### **3.7 Escenario**

La mujer entrevistada reside en la colonia Talabateros en Chimalhuacán, Estado de México; de acuerdo con los datos del INEGI, Chimalhuacán presenta los siguientes índices: Grado de marginación municipal: Bajo; Grado de rezago social municipal: Muy bajo; Porcentaje de población en pobreza extrema: 13.70%; Grado de marginación alto: 66.67%. (INEGI, 2015a). Es necesario precisar que la investigación se efectuó en el HMIVG, por ser el primer hospital público que aplicó la atención humanizada, resulta insoslayable conocer su impacto en una zona “marginada y con rezagos en servicios de salud”, a pesar de que “este municipio forma parte de la metrópoli más importante del país y de Latinoamérica” (Moreno y Espejel, 2013, p. 78 y 92).

### **3.7 Acciones de investigación**

#### **a) Descripción de la entrevista a profundidad**

La entrevista fue en abril de 2017, con una hora de grabación de audio, en el hogar de la mujer, en el periodo de puerperio tardío. Firmó un consentimiento informado, asegurándose el anonimato y la confidencialidad, para fines éticos de la investigación.

---

La primera sesión fue para establecer el acercamiento con ella, crear un ambiente de comunicación y confianza, se le explicó detalladamente en qué consistía la investigación, la sesión duró 30 minutos. En la segunda sesión se hizo una prueba piloto de la entrevista, una hora de grabación que se transcribió al software Dragon, para corroborar los datos de la participante y verificar que todo estaba listo. El que la mujer se hallara en el periodo de puerperio tardío (después de un año de su parto), se decidió para evitar sesgar el estudio de investigación, en la medida de lo posible, dado que la subjetividad de la gestante en el postparto experimenta diversos cambios hormonales que interfieren en su estado psicológico que, de alguna forma, puede influir con la experiencia de la atención recibida.

Para el diseño de la guía de entrevista a profundidad, las preguntas se delinearon con relación a la literatura revisada del tema e instrumentos cualitativos; para someterla a la evaluación, corrección y validación con expertos (Profesores del área curricular de Investigación). La información recabada en la entrevista permitió la categorización sobre el análisis del modelo de atención y en la concepción que se codifica desde la misma percepción de la mujer, de los ella consideró los temas más relevantes. Primeramente, se agruparon y se separaron los relatos por ejes temáticos, encontrándose segmentos de un mismo tópico, por lo que posteriormente se obtuvo la saturación de estas. De esta forma, se codificó y categorizó el texto (codificación abierta) asignándose finalmente un nombre clave a cada una de las categorías. Estas se clasificaron en cuatro ejes: trato digno en la atención, derechos reproductivos y parto libre, personalización del parto y manejo del dolor, y acompañamiento.

---

## **b) Aproximación teórica**

Se contrastó la indagación teórica con la experiencia de la mujer; para organizar planteamientos respecto a su experiencia personal sobre el Modelo de Atención Integral en Obstetricia.

El abordaje teórico metodológico, para analizar los datos, fue con la perspectiva de género. Desde esta mirada se acepta que la realidad es socialmente construida, que la división sexual nos remite a establecer diferencias entre mujeres y hombres en su forma de ser y en su modo de construir el mundo, desde vestir, expresar, y actuar, así como desde las maneras de sentir y de pensar los significados o los valores que transitan y se comparten en la sociedad como formas de reproducción social, que permean en las jerarquías del poder.

La teoría de género remite a uno de los componentes fundamentales del proceso salud-enfermedad en las diferencias y en la construcción histórica, social y cultural de los géneros.

Es así como se analiza el género sobre la experiencia que se tiene en el parto, además de su relación con la salud a través de los relatos de la participante, dado que permite entender la heterogeneidad de realidad social; por tanto, resulta necesario profundizar en el universo conceptual de la significación sociocultural de la gestante como participante del Modelo de Atención Integral en Obstetricia.

---

## CAPÍTULO 4

### RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

En la investigación cualitativa, el análisis de los datos recabados de los sujetos representa una de las labores más significativas. Tal como señala Schettini y Cortazzo (2015, p. 88), lo que pretendemos en el análisis es conocer los procesos en los que el mundo sociocultural de los sujetos y en todo caso sus juicios se conviertan en analíticos; porque son los sujetos participantes y sus expresiones quienes terminan de configurar los ejes del análisis.

Los recursos para el análisis parten de la categorización y la codificación de los datos. Con la codificación se establecen las categorías, para confrontar la información y fusionarse con la interpretación de la realidad; con apoyo de los fundamentos teóricos. De tal forma, que este proceso de categorización facilita la sistematización de los datos.

La categoría es un concepto o significado que proviene de los relatos y que comienza a dar respuesta a las preguntas de la investigación. La categoría agrupa por similitud los códigos del mismo tema y es una primera línea de interpretación. Pueden construirse de tres formas distintas: deductivamente, inductivamente, o de forma mixta. Las categorías pueden estar definidas a priori por el equipo investigador a partir del marco conceptual que engloba el estudio, o a partir de otras investigaciones previas sobre el tema (codificación cerrada). La categorización es abierta cuando las categorías se construyen de forma emergente a la par que se hace el análisis. Y, por último, la categorización es mixta

---

cuando las personas que analizan parten de categorías amplias a priori, que se van modulando y ampliando con lo que emerge durante el proceso de análisis (Berenguera et al., 2014, p. 144).

A lo largo del proceso de categorización, es primordial el desarrollo de categorías y subcategorías, tener presente las anotaciones hechas al margen durante el análisis, las cuestiones subrayadas en el texto, los mapas mentales, así como la posibilidad de usar un software que apoye en el proceso (Hernández, 2014).

Codificar consiste en etiquetar cada cita con una palabra o palabras (código) que generalmente están en la cita y que hacen referencia a lo tratado en la misma (Berenguera et al., 2014, p. 142).

La codificación de las variables es justamente la etapa en que se sistematiza y filtra la interpretación. Es la etapa donde, además del pulido de ideas de que hablamos, comenzamos, lentamente, a descartar otras (Schettini y Cortazzo, 2015).

Este procesamiento del análisis de los datos se presenta inicialmente con la categorización y la codificación, seguido de la interpretación y el supuesto teórico.

Una vez que definimos las categorías analíticas, las pensamos en relación con nuestras categorías teóricas, se establecen relaciones entre los diferentes conceptos. Esto no significa que nos respaldemos en una sola teoría, sino que, lo que hacemos es una triangulación teórica; es decir, intentamos comprender el fenómeno estudiado a la luz de distintas teorías con el objeto de establecer la manera en que diferentes premisas atraviesan nuestros hallazgos e interpretaciones (Schettini y Cortazzo, 2015, p. 76).

---

Gibs (2012, p. 24) señala que el enfoque cualitativo se basa tanto en la lógica deductiva como en la inductiva; es deductiva en su enfoque. Se deduce una hipótesis a partir de una ley general y esa deducción se somete a prueba con la realidad buscando circunstancias que la confirmen o la refuten. También muchas investigaciones cualitativas tratan explícitamente de generar nuevas teorías y nuevas explicaciones. En ese sentido, la lógica subyacente es inductiva.

En el paradigma cualitativo la teoría es relativa, dado que la realidad social no es estática se modifica y por ende no existe algún método ideal o universal pues, en palabras de Popper, una teoría es válida hasta que no se compruebe lo contrario (Popper, 1991, p. 293 [1983]).

En el proceso de recolección, codificación y presentación de los datos, el investigador en su labor, formula cuestionamientos e interpreta respuestas, elabora conjeturas e intenta probar o rechazar supuestos hipotéticos. Es un proceso dialéctico, en el cual los datos permiten generar análisis y confrontaciones teóricas.

A continuación, se presenta el análisis detallado de la información que se obtuvo a través de la entrevista en profundidad con la participante. Para fines éticos del estudio, el nombre de nuestro sujeto se reservará confidencialmente.

#### **4.1 Trato digno en la atención**

La categoría de análisis *trato digno en la atención*, corresponde el derecho a la asistencia individualizada, al respeto, a la amabilidad, la confianza, e información clara y oportuna



---

sobre los procedimientos clínicos, que recibe la mujer por los profesionales de la salud en los servicios asistenciales.

El parto se representa en la mujer como uno de los momentos únicos en su vida; no obstante, es frecuente que le lleve a experiencias desagradables, manifestada en la falta de respeto, indiferencia, abusos y despotismo, que ejerce el profesional sanitario en la gestante. Cabe recordar que esta atención es parte del paradigma *biomédico* presente en las instituciones hospitalarias, caracterizado por las desigualdades del poder; se indica a continuación en uno de los relatos de la mujer entrevistada:

*“Sentí muy cortante el trato de la enfermera pues empezó a regañarme, [risa] diciendo: ¡Ya con cuántos hijos, debería de operarse, pues no es justo traer niños a sufrir!, creo que estaba de malas porque ya llevaba dos turnos”.*

El modelo biomédico inhibe el trato personalizado, se hacen presentes las jerarquías del poder y el autoritarismo en la atención obstétrica, en donde el cuerpo femenino y su proceso fisiológico se controla, la mayoría de las veces, en un tipo de intimidación sutil y disfrazada como lo es la “violencia simbólica”, la que acuñó Bourdieu en la “*dominación masculina*”, que extralimita a los implicados sin diferencia de género.

Una violencia que, como explica Fernández 2005 (citado en Casal y Alemany, 2014, p.62), se ejerce sin mediación de la fuerza física, sobre un agente social con su complicidad, puesto que el agente dominado no es consciente de su estado de sumisión, no se siente obligado a actuar y pensar de la forma en que lo hace, porque hacerlo significaría ir en contra del orden lógico o “natural” de las cosas. Son estas conductas represivas como regaños, burlas, humillaciones, y otras, las constantes que recibe la mujer; no es común de este *habitus* médico mirar a los ojos mientras se comunica con la paciente, dirigirse con la

---

mujer por su nombre, ni tampoco estrechar su mano en forma de saludo o como manifestación de confianza en el parto, “es decir que, en principio, no existe una intención de establecer un diálogo, sino más bien una relación de poder” (Arguedas, 2014, p.155). A la mujer se le juzga acerca de su vida reproductiva y se menoscaban sus derechos de escoger cuándo y cuántos hijos tener, como señalan (Gainza, et al., 2013).

El condicionamiento patriarcal dice: el soma de la mujer que va a dar a luz no puede disfrutar su *capacidad reproductiva, sexualidad y placer* (Gainza, et al., 2013, p. 182), condenan a la mujer a sentir culpa de su cuerpo como si fuese demoniaco; evidencia de ello es este relato:

*“Los practicantes fueron muy groseros conmigo, yo le decía a una de ellas es que me duele demasiado mi cabeza, es normal dice... ¡Ahora sí que, nosotros no la mandamos a embarazarse, estamos aquí nada más para atenderle, así que se tiene que aguantar a lo que es un parto y hasta que termine!, y después de expresar esto, una de ellas me movió bruscamente la camilla”.*

“El parto, además de ser parte de la vida reproductiva, es parte de la sexualidad de las mujeres y el modo de atención al parto institucional compone el dispositivo más general de represión sexual actual” (Rodrigáñez, 2009, citado en Gainza et al., 2013, p. 179).

El problema es por qué se sigue reproduciendo el *discurso médico*, lo hacen porque su discurso es objetivista, pretende encuadrar y cubrir el discurso de la subjetividad que tienen las mujeres, este discurso es verdadero, objetivo, científico; por el contrario al discurso de la mujer que consideran incierto, subjetivo, banal, torpe y además inexacto; porque las contracciones del útero, según el discurso médico, ocurre en un mismo tiempo para todas las gestantes, en esa totalidad es que la ciencia humana aborda de esta manera el

---

cuerpo femenino. En concordancia con (Arguedas, 2014, p. 155), las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas. No hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica. Afirma que el saber de las *mujeres* por la institucionalidad médica; atribuye a estereotipos de un saber “subyugado”, definido pues, como un saber ingenuo, insuficiente, acientífico. Como se muestra en otros de los fragmentos de la informante:

*“Yo ya sentía que la bebé estaba por nacer y le decía a la practicante, pero ella muy déspota respondía, ¡No, es que todavía no es hora! e iba y me checaba y era el momento donde me lastimaba”. [Momento en que realizaba el tacto vaginal].*

Es decir, el discurso médico trabaja con generalizaciones, el médico no piensa que las mujeres atraviesan un proceso doloroso, de duelo, de angustia, de estrés; el discurso opera en la cuestión de las madres, por ejemplo, contabilizando los tiempos aproximados en la dilatación del útero y por lo tanto invisibiliza el desconocimiento que tiene la mujer sobre su propia vagina o útero. Si se dilata por una razón propia del deseo, psíquico o no, se dilata por la propia obstrucción del deseo psíquico. Ante la racionalidad obstétrica es incomprendible concebir “la sexualidad como la extrema relajación, la activación total del tono vagal, la confianza en el entorno, el switch off del simpático y de la intervención del neocortex, etc., lo opuesto al estado neuro-endocrino-muscular de un cuerpo que tiene miedo” (Rodrigáñez, 2008, p. 20 [2007]). Cuando “el cuerpo es el centro del placer, la fuente de las percepciones, el puente entre el mundo exterior y el deseo, el baúl de las fantasías, el constructor de la imagen y el mediador del afuera y el adentro” (Velázquez, 2011, p. 163 [2005]).

---

Hoy por hoy, lo femenino contra lo femenino, también la mujer médica violenta a la gestante en la atención del parto, envolviéndose en este orden social que privilegia el discurso médico y el modelo hegemónico, aunque ella es del sexo femenino, se asume en esa cultura patriarcal.

Es mediante actitudes y posturas déspotas como se genera una forma de castigo, en que se entiende y explica el cuerpo de la mujer en la construcción cultural y que se reproduce socialmente en la lupa médica; esto es debido, en términos de Castro (2014a), a que existe una vinculación estructural entre el *habitus* médico, el cual se cimienta en la formación universitaria en las facultades de medicina y se consolida durante la especialización en los hospitales, y la relación autoritaria que los médicos establecen con las mujeres en la atención del parto. Se trata de “tecnologías del yo” por cuanto constituyen prácticas pautadas a través de las cuales el campo médico se legitima y se reproduce (p. 174).

#### **4.2 Derechos reproductivos y parto libre**

La categoría de los *derechos reproductivos* comprende cómo la mujer asume sus derechos en la atención del parto, y como el profesional de la salud los reconoce en las instituciones hospitalarias; se refieren a la restricción de la violencia física (conductas rutinarias del parto que dañan la integridad corporal femenina) y la violencia institucional (relaciones de poder, obstaculización de derechos reproductivos). A su vez, el *parto libre* hace referencia a las prácticas recomendadas por la OMS para la Atención del Parto Normal y en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010) y la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en

---

Embarazo de Bajo Riesgo (Secretaría de Salud), (SSA, 2014); siempre y cuando la salud de la gestante no sea contraproducente (decisión del lugar de nacimiento, ingesta de alimentos o líquidos, libre movimiento, elección de la postura en el parto, cambio de posición para mayor comodidad, aceptar o no el rasurado del vello púbico y de la lavativa intestinal, y al ambiente íntimo).

En la atención obstétrica, subyace un abuso oculto, representado desde el diferimiento de la interlocución, a las determinaciones médico/paciente, a la utilización de la jerga obstétrica hasta disfrazar o manipular la información en relación con el parto como la administración de medicamentos, los procedimientos clínicos y a las contraindicaciones de estos. Al respecto, la entrevistada relata:

*“Me daba pena preguntar por mi estado de salud y cualquier información por la forma irrespetuosa y grosera en que ellos contestaban, prefería quedarme callada, cuando me daban pastillas los médicos residentes no entendía lo que me explicaban, lo que hacía era tomármelas”.*

Breilh (citado en Villanueva 2010, p. 23) explica: “Tanto el método como las bases de información se estructuran también como formas de poder simbólico. Muchas veces la información se construye y presenta de tal manera de servir como oscurecimiento más que como recurso de conocimiento”.

Por otro lado, “la psicopatología es una práctica que observa y controla el cuerpo y el comportamiento de la mujer, los cuales si se aleja de la norma, indica de inmediato una alteración de sus sistemas, lo cual justifica el uso de medicamentos” (Quintero y Velázquez, 2017, p. 17).

---

En el acceso a los servicios sanitarios del parto, la cultura del patriarcado confluye en un entorno en el que el responsable médico dice cómo va el proceso, cuánto va de dilatación, mide el cuerpo como si el comportamiento objetivo fuera la verdad de ese cuerpo. El profesional de la salud omite que las mujeres atraviesan de un proceso doloroso, de duelo, de angustia, de estrés, el discurso opera en las madres. La entrevistada contextualiza esta situación al decir:

*“Una vez que estuve ya en quirófano, me sentí angustiada y dejé de sentir las contracciones, por lo que los practicantes me gritaban desesperadamente para que pujara pero mi cuerpo me decía que no era momento”.*

La mujer es recluida de su autonomía, delega su protagonismo en el nacimiento, sus percepciones son medidas. En el régimen de la mirada médica el cuerpo de la mujer está sexuado. “Este hecho lo convierte en la carne de la tentación, que alberga el imperio de la sexualidad insaciable y desencadena los trastornos psicósomáticos en el régimen de la mirada médica” (Quintero y Velázquez, 2017, p. 17).

Se ha instado a las instituciones que regulen las rutinas innecesarias; pese a ello, el tacto vaginal<sup>5</sup> y la maniobra de kristeller<sup>6</sup> permean en la práctica clínica, inadvertidamente característico del poder obstétrico; es su discurso objetivista y decisivo, propio de la institucionalización que la misma sociedad le adjudica.

---

<sup>5</sup> La Guía de Práctica Clínica (SSA, 2014, p. 33) señala: El riesgo de infección se incrementa con el número de tactos vaginales, sobre todo si existe ruptura prematura de membranas que es el factor más importante para infección materna y neonatal. En la fase activa del trabajo de parto, se realizará tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas condiciones de antisepsia, además de “ser consciente de que el examen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección”, aunado a que debe ser inspeccionado por personal médico responsable.

<sup>6</sup> Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarras perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller (SSA, 2014, p. 46).

---

El cuerpo de la gestante se concibe como un objeto mecanizado, dócil, para la manipulación de tales procedimientos rutinarios. Presente en los siguientes relatos:

*“Me hicieron más de diez veces los tactos vaginales, eran dos practicantes las que se encargaban de mí, y yo les decía groserías porque cada vez que iban me lastimaban y ellos contestaban, ¡Ay, Sra. nosotros no la mandamos a embarazarse!”.*

*“La ginecóloga presionó mi vientre hacia abajo, según me dijo que era porque la bebé estaba muy arriba todavía, entonces me la empujaba”.*

Según la OMS (2015, p. 14), el número de tactos debe limitarse a lo estrictamente necesario. Asimismo, los lineamientos técnicos refieren que la maniobra de kriesteller como herramienta de rutina está desacreditada (SSA, 2014); no obstante, estos procedimientos continúan ejecutándose habitualmente en las instituciones hospitalarias.

Bajo la óptica del *biopoder* que plantea Foucault, el médico es quien tiene el *poder del saber* en donde censura el cuerpo dócil de la mujer por medio de la toma de decisiones. Aunado al *disciplinamiento social* como ejercicio de la *biopolítica* que explica el citado teórico: “hacer vivir, dejar morir” (Foucault, 1998, p. 83 [1977]) en este sentido cuando se deja vivir se *normatiza* través del *castigo* (Foucault, 1998, p. 50 [1977]).

En estas condiciones, la maternidad es símbolo del castigo y sufrimiento ante procedimientos invasivos y violentos, es cuerpo silenciado para el esquema hegemónico a través de la diferenciación sexual en los significados que impone la cultura patriarcal. La mujer, al sentirse maltratada, responde con la ira impotente como una de las manifestaciones visibles al sometimiento que plantea Bourdieu (2000, p. 55 [1998]), y

---

vulnerable frente a su empoderamiento vinculándose así también en este juego del poder como se muestra en el primer relato.

Hoy por hoy continua la imposición de los métodos anticonceptivos en las salas obstétricas, el profesional sanitario evade la autonomía de la gestante sobre la elección de éstos, cosifica a la mujer como una maquinaria en que es disfuncional su voz, y funcional para resistir el dolor; soportar el *castigo* maternal es parte del *biopoder*, una racionalidad que evita los sentidos, lo subjetivo de la búsqueda a esa interpretación humana. El siguiente fragmento evidencia esta situación:

*“Me habían colocado ya el DIU pero otro ginecólogo del turno diferente dijo: ¡Tú, te vas para operar!, como yo había firmado un documento anteriormente para que me realizaran la ligadura de las trompas. Le respondí, es que como no me hicieron la cesárea; tuve un parto demasiado doloroso y además con lo del dispositivo no me siento bien, ahora para pasar a quirófano otra vez mejor me aguanto. ¡No, no se va a hacer lo que tú digas! fue entonces; que me retiró el DIU. Aun así continuaron insistiéndome otros médicos para operarme, por lo que al final decidí que me colocaran otra vez el dispositivo, ya fue un trato mejor porque se dieron cuenta que iba a las pláticas [taller psicoprofiláctico]”.*

Resaltar también que, ante este escenario, las mujeres experimentan miedo al dolor, por lo que ante tal situación se perciben frágiles, desconfían de su capacidad reproductiva y optan por la cesárea, se adjudican “en la necesidad de la medicalización para regular sus alteraciones, es decir, sus patologías” (Quintero y Velázquez, 2017, p. 13). En consecuencia, no sólo el modelo hegemónico proyecta el parto como una enfermedad, sino



---

también las mismas mujeres se sienten así, aunado a la creencia errónea de que el parto vaginal es un riesgo (Suárez et al., 2012a).

La insistencia constante, tanto del primer médico como de los otros profesionales, en que la gestante recurriera a la oclusión tubaria bilateral (OTB) es una de las estrategias desde la institucionalización; según Castro y Erviti es:

En términos de cumplimiento de metas o bien, por los riesgos reproductivos y a la salud que, se dice, enfrentan las mujeres que no limitan su descendencia. Aunque existen matices acerca de la “necesidad” de imponer métodos anticonceptivos a las mujeres, es relevante que en general se parte del supuesto de que esto se hace por el bien de ellas” (Castro y Erviti, 2015, p. 212).

Entre otras causas, se encuentran:

La comodidad” que esta intervención supone tanto para la institución, como para las usuarias, la interpretación del proveedor de las condiciones del trabajo de parto, la protección médico-legal de los proveedores y los incentivos económicos, particularmente en las instituciones privadas (citado en Suárez et al., 2013, p.231).

Y no en la posibilidad de la mujer para tomar decisiones propias que considere más idóneas sobre su salud reproductiva.

Las investigaciones han dado evidencia científica de las prácticas recomendadas en la atención del parto por la OMS sobre los múltiples beneficios en el binomio madre- hijo. Este estudio revela que, a pesar de que se les capacitó a las mujeres con tales prácticas, les fueron restringidas. El hecho se muestra a continuación en el relato de la usuaria:

---

*“En el taller que nos dieron me decían cómo iba a ser toda la labor de parto, que podía estar una persona al lado mío ya fuera mi pareja o un familiar, también me explicaron la opción de parto en el agua y sobre la postura sentada o en cuclillas, el tomar líquidos, caminar y cambiar de posición en la cama; pero el día que ingresé me dijeron que no era posible nada de éstos, porque se me subió la presión además que podía haber infecciones”.*

La praxis médica institucionalizada incita al alto intervencionismo clínico y conceptualiza a la gestante heterónoma, sumisa, e inconsciente; asume que debe estar acostada con postura en decúbito supina (litotomía)<sup>7</sup> simbolizada como enferma, en una posición en que se tensa más el vientre de la mujer y por lo cual, se complica la expulsión del bebé, ya que “se produce una presión de la cabeza del feto en el ángulo inferior de la vulva, lo cual favorece los desgarros” (SSA, s.f.b), el parto es más doloroso para la madre, causa más alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal y existe una mayor utilización de procedimientos como fórceps y episiotomías (Citado en Furszyfer, Bishop y Narváez , 2012, p. 48).

Se argumenta que la postura acostada, es una posición que facilita la comodidad del profesional de la salud, pero no de la gestante. Se dice que antiguamente, quien recibía al bebé debía arrodillarse delante de la mujer; no era una posición cómoda para introducir las

---

<sup>7</sup> Posición en la que la mujer es colocada en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas y los muslos en abducción y rotación externa (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, p. 272).

Mientras que la postura vertical en el parto favorece el apego y lactancia inmediata, el tiempo de periodo expulsivo es menor como la expulsión de la placenta, favorece la formación del vínculo médico-paciente y logra un importante impacto en el afecto psicoemocional logrado con el acompañamiento en el parto (SSA, s.f.b). Además, permite la disminución de cesáreas, menor uso de analgesia epidural y se reducen los cuidados intensivos neonatales (citado en García et al., s.f).

---

técnicas que los médicos proponían, ni resultaba psicológicamente aceptable estar arrodillado a los pies de una mujer que está pariendo (SSA, s.f.c, p. 7).

Otro aspecto propio de la institucionalización es la limitación de la deambulaci<sup>8</sup>, pues en los embarazos de bajo riesgo la mujer puede caminar antes de ser intervenida en el parto dado que, “aumenta la actividad uterina y las contracciones son más regulares, debido a una mayor irrigación del útero“(Baz, González y De la Peña, 2004, p. 26). Pero, desde que las gestantes ingresan al nosocomio se les simboliza *asexuadas*, como explica (Gainza et al., 2013, p. 191) se les da un número de cama y se las transforma en una historia clínica. Son uniformadas y cubiertas en su desnudez, son higienizadas, conectadas a monitores de alta tecnología”. Por lo que, consecutivamente en esta sumisión se les ata a la cama imposibilitándoles de esta forma a deambular.

Al permanecer en un hábitat distinto, la mujer se siente observada y genera inseguridad, pena y vergüenza para deambular. Entre otros aspectos suelen ser el bloqueo motor, la falta de información y la presión asistencial y, en mayor porcentaje, la demanda a ninguna otra postura según Baz et al. (2004, p. 29).

Está comprobado que en los embarazos de bajo riesgo no existe daño en que la gestante ingiera líquidos y alimentos durante el transcurso de parto (OMS, 2015, p. 28-29). A pesar de ello, la restricción de líquidos<sup>9</sup> en el entorno hospitalario insisten en que afecta la tranquilidad de la mujer, pues al permanecer en un contexto diferente experimenta

---

<sup>8</sup> y los cambios de postura, disminuye el tiempo de parto y la medicalización excesiva (SSA, 2014, p. 34), Asimismo con la libre postura existe menos dolor en las contracciones y mayor satisfacción en la vivencia del parto (Furszyfer et al., 2012, p. 46).

<sup>9</sup> La ingesta de líquidos claros durante el parto no influye sobre la evolución de este, tampoco en el tipo de parto, duración y empleo de oxitocina, ni sobre los resultados del recién nacido (RN). Por el contrario, mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementan las complicaciones maternas (Citado en Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, p. 53).

---

desconfianza, incertidumbre, terror, ansiedad, que pudiera derivar en una profunda sed producida por estas sensaciones, pero también es debido a “enfermedades como la diabetes, por no tener la mente ocupada y por los medicamentos” como se encontró en el estudio de Giraldo et al. (2015, p. 276- 278) en el que concluyeron que tanto “la sed, la fatiga y el dolor están relacionados con el estado emocional, el acompañamiento y la soledad”.

Es necesario reconocer, promover, solicitar, y exigir que modifiquen los procedimientos en los nosocomios públicos y privados; son derechos humanos bajo la normativa que le corresponde a cada una de las gestantes. Adicionalmente, está sustentado en evidencias científicas que no atentan con la salud de la embarazada ni del recién nacido, sino por el contrario producen placer, bienestar y satisfacción.

Reconocer el placer es soltar la inhibición inconsciente y automática, socialmente adquirida (Rodrigáñez, 2008, p. 40[2007]) e impregnada de la *falacia patriarcal*. En efecto, el placer depende del cuerpo y sólo se alcanza si se es autónomo (Hierro, 2014, p. 26-27 [2001]), de modo que Velázquez (2011, p. 164-166 [2005] ) exhorta en que el cuerpo es la carta de presentación en el mundo, pero el cuerpo no podría manifestar nada si el placer está ausente; e insiste en responsabilizarse en ambos, pensando en las sensaciones y sintiendo los pensamientos, lo cual es posible con el diálogo puesto que es el lazo que une a las mujeres. Con esta visión, el placer va combinado con el dolor es una relación dialéctica, porque el placer no es el orgasmo que quede claro, el placer es hasta los imaginarios que tienen las mujeres acerca de sus hijos, de cómo será ese nuevo ser, es decir es todo lo que se construye en el parto, entonces es una sensación muy emocionante entre que si hay dolor pero al mismo tiempo imaginar cómo va a llegar el bebé, asimismo el tomar líquidos, elegir la postura, tener libre movimiento, deambular, tener acompañamiento

---

y contacto físico piel a piel con el bebé, amamantar al recién nacido, definir el destino de la placenta, y el hecho de sentir como late el cordón umbilical antes de cortarlo; son placeres en el parto que exoneran la libertad de decidir sobre el cuerpo de la mujer. Por consiguiente, se trata de aprender un modo diferente de escuchar y mirar al sujeto para abrir la posibilidad del encuentro en el respeto y la dignidad; dándole así el lugar a la mujer desde lo ético, legal y los derechos humanos.

### **4.3 Personalización del parto y manejo del dolor**

En esta categoría sobre la personalización del parto, refiere a la identificación del personal, empatía, ambiente íntimo e individualizado. Respecto al manejo del dolor, da cuenta de las sensaciones de la mujer por su propio dolor, en qué situaciones se desenvuelve el miedo, el autocontrol de la mujer ante el dolor, además cómo se involucra el profesional médico sobre el manejo del dolor de la paciente.

Como ya se ha dicho, la práctica construida en el campo médico se concentra mediante una tradición objetivista en el que se gestiona el cuerpo, los pensamientos y deseos, cuando la mujer protesta a gritos que su cuerpo sea interpretado, escuchado, no medido ni descrito como una propiedad del médico; en ese cuerpo se ejerce violencia de género, como lo relata la mujer entrevistada en el siguiente párrafo:

*“Empecé a gritar del dolor, y la practicante me dijo: ¡Ay cómo si fuera la primera vez que tiene un hijo, nosotros no la mandamos a estarse embarazando a cada rato ya la veremos aquí, dentro de un año más!*

---

Esta forma de poder disciplinario se acopla con la jerarquía del género para naturalizar lo que son funciones socialmente construidas. De ahí que la tolerancia al dolor durante el proceso de labor de parto será una exigencia moral, asociada a un indicador sobre la calidad y aptitud de la mujer para asumir su papel de madre (Arguedas, 2014, p. 157).

López (2016), revela en su estudio que las mujeres primigestas reflejan miedo al parto, a las complicaciones, al dolor y al fracaso. Mientras Arnau, Martínez-MT, Castaño, Nicolás y Martínez-ME (2016, p. 376), explican que los factores que van a dar lugar a esta emoción están estrechamente vinculados a la falta de cumplimiento de expectativas de la mujer y al desajuste en las transacciones entre la gestante y los agentes de salud. Sin embargo, también la mujer experimenta temor sobre su propia vida. Como se plasma a continuación:

*“Sentí miedo que al tener a la bebé me diera un infarto”.*

La desconfianza que existe entre el personal de la salud y la mujer expone a ésta a la pérdida de control durante el parto, que consecuentemente inducen al estrés y angustia miedo debilidad, e inseguridad en todo el proceso.

Llegadas a este punto, las madres prefieren derivar el control de sus partos a los profesionales, ya que así se sienten más seguras. El miedo al peligro ha inmovilizado, en parte, sus recursos y saberes, moldeando sus voluntades, por lo que se ponen en manos de los “expertos” para someterse a un ritual iniciático que es justificado y vivido como lo deseable y “normal” (Hernández y Echevarría, 2016).

Es necesario que las mujeres se empoderen a través de una cultura sobre el proceso del parto y a su vez, estén conscientes en este evento obstétrico, recuperando el autocontrol

---

de su cuerpo. Pero también corresponde al profesional de la salud crear ese vínculo de confianza y comunicación con la paciente, transmitiéndole seguridad.

#### **4.4 Acompañamiento**

El acompañamiento es una categoría con relación al apoyo emocional y físico para el bienestar de la paciente, como ser escuchada y orientada, la necesidad de mejorar la preocupación e interés por el otro, característica que, como prestadores de la salud debe ser fundamental para brindar un cuidado humanizado, que proporcione a la paciente la posibilidad de recobrar su independencia y autonomía. Este apoyo que, además de ofrecer seguridad a la gestante, logra un momento de interacción único en el que la mujer logra ver la disponibilidad que tiene para atender sus necesidades y expectativas, acciones que demuestran su compromiso con el cuidado digno y responsable, tales como mirarlo cuando le habla, promover la disminución de su dolor físico y la satisfacción de la atención en los servicios de la salud.

La mujer en el parto se aterroriza y siente miedo por varias situaciones, el sentirse en un contexto diferente como el hospital; otras veces, por la insuficiente información sobre el parto, sobre todo en las gestantes primerizas, la influencia de los comentarios de la familia, las amigas, al relacionar el parto como un proceso de “dolor y sufrimiento”; también influye que no están preparadas emocionalmente ni fisiológicamente; hay mujeres que no comen bien, por lo que su proceso de embarazo les resultó complicado; existen quienes no tienen pareja o un familiar que esté con ellas en ese momento; y en otros casos, es porque se les restringe el acompañamiento:

---

*“Necesitaba la compañía de mi esposo para sentirme segura en el parto, pero no le permitieron el acceso”.*

La presencia de un acompañante significativo para la mujer durante el parto representa un apoyo emocional que propicia un ambiente de mayor confianza y seguridad, lo que disminuye a su vez los niveles de estrés y ansiedad de la madre (López y Monroy, 2015 citan a. Pujadas, 2011). El compañero de la mujer, al que se le asigna la tarea de esperar en silencio, es considerado un estorbo en este escenario (Arguedas, 2014).

Cardus (2015, p. 138) cita a Dick-Read (1942) quien encontró que las mujeres pueden parir perfectamente sin dolor ni sufrimiento, la dulzura y la ternura son elementos indispensables que repercuten en este proceso, debido a que son cualidades “innatas” de la mujer. Y que los partos indoloros o con dolor muy leve, tenían en común la variable de una mujer en situación de relajación y ausencia de miedo o estrés.

La usuaria manifiesta la insatisfacción de la atención brindada en el hospital en la que argumenta:

*“Considero en particular que los médicos practicantes fueron demasiado groseros conmigo”.*

*“Me sentí agredida por el ginecólogo quien no respetó mi autorización al retirarme el DIU, y demasiado presionada al insistirme que me operara”.*

La sociedad contemporánea, se incrusta desafiando las relaciones de dominación que recluyen y seducen todas las formas posibles del poder, a la cual los pacientes deben someterse en obtención de la atención médica. En efecto, la atención en el parto se concentra en una realidad racionalista; prevalece “el modelo médico hegemónico, la



---

institucionalización, el patriarcado, la medicalización, el discurso médico, la violencia simbólica, el poder obstétrico, la biopolítica” (Castrillo, 2014b, p. 2) mientras se fragmenta el paradigma humanizado. Por consiguiente se hace necesaria la reflexión de que “el cuerpo en el momento de mirarlo y significarlo es que se ha vestido de lenguaje, dejando de ser un objeto-cosa para representarse en un significante que quiere ser narrado” (Quintero y Velázquez, 2017, p. 28).

Como producto de los resultados, se generó la Nota de Investigación “Relato de la experiencia del parto de una mujer con el Modelo de Atención Integral en Obstetricia en México, desde la perspectiva de género” (ver anexo 2).

Además, en el anexo 3, se agrega la evidencia de las ponencias expuestas en eventos académicos.

---

## DISCUSIÓN

Si bien la presente investigación plantea un modelo humanizado como lo es el MAIO, la experiencia de la gestante revela en este estudio violencia de género por parte de los profesionales de la salud en los servicios públicos, con esta tendencia podemos afirmar que permea el modelo hegemónico patriarcal (Menéndez, 1988; Castro, 2014a; Magnone, 2016; Arnau, 2016; Moreiras y Dalcanale, 2017) y que “dista aún hoy en día la humanización en el parto de ser una realidad consolidada en los hospitales”, lo que coincide con Hernández y Echevarría (2016, p.3) y concuerda en que falta elaborar estrategias y mecanismos que difundan de manera amplia y constante esta nueva visión de la atención ginecoobstétrica, como una política que llegó para quedarse y no como un programa o acción coyuntural al que no le prestan mucha atención (CEAV, s. f.). En efecto, como argumenta Castro (2015, p. 229), es indispensable redefinir el problema sustrayéndolo de la lógica médica (que tiende a reducirlo a cuestiones meramente instrumentales), y reconstituirlo como un problema sociológico en el marco del análisis de las cuestiones de ciudadanía y de derechos en salud.

La gestante manifiesta que fue violentada particularmente por personal sanitario residente, y por mujeres médicas, se asume hoy por hoy, lo femenino contra lo femenino, quienes también atribuyen a que se constriña a la gestante en la atención del parto, envolviéndose en este orden social que se relega del discurso médico y el modelo hegemónico, aunque también son mujeres, las médicas se asumen en esa cultura patriarcal. Se coincide con el estudio Pozzio (2016, p.113), cuando señala:

---

Las mujeres son las que más maltratan, pero en realidad todos maltratan y hay diversidad de género entre quienes maltratan y quienes van por modelos alternativos, críticos, y/o buscan – al menos – modificar la ‘misoginia’ enraizada en el origen mismo de la gineco-obstetricia.

Consecutivamente estas relaciones de poder no sólo dependen de determinantes de género se coincide con las investigaciones de (Castrillo, 2016, p.1), en que también son de “clase, edad, etnia, culturales, etc.”, sin omitir en este estudio la escolaridad y en el número de gestas, contrario al estudio de Santiago, Reyes y Gómez (2015), quienes encontraron que las más afectadas son las mujeres primerizas.

En concordancia con Castro (2014b) y Valdez et al. (2013), otra de las formas de violentar los derechos reproductivos de las mujeres consiste en la *imposición de los métodos anticonceptivos coercitivamente*, evadiendo la palabra y consentimiento de la gestante, adjudicándose así el poder institucionalizado en la elección de los métodos de planificación familiar. Existe una alta prevalencia en que las mujeres son las que se someten más generalmente a la esterilización femenina en comparación mínima con los hombres a la vasectomía, este es otro “indicador fundamental en la desigualdad de género”; el cual “puede representar en el terreno simbólico y social un atentado grave, en tanto que el campo está organizado sobre la base material y conceptual de que los cuerpos sobre los cuales puede intervenir en términos de reproducción son los femeninos” (Castro y Erviti, 2015, p. 209 y 221). Asimismo, como señalan Castro y Erviti (2015, p. 220):

“Materialmente son pocos los incentivos hacia quienes practican las vasectomías, contrario a lo que ocurre con las OTB, existen nociones entre los médicos que

---

asumen como equivalente el hecho de practicar una vasectomía con el hecho de “atacar” la sexualidad de un hombre”.

Otro de los puntos que cabe enfatizar en este estudio, es que la mujer en el parto se manifiesta dependiente de la tecnología, pese a que su cuerpo fisiológicamente está preparado para un proceso natural para dar origen a otro ser humano, siempre y cuando tenga la seguridad de sí misma aunado con apoyo de herramientas informativas sobre su proceso reproductivo. Por tanto, se coincide con Hernández y Echevarría (2016, p.10), cuando plantean “en las gestantes subyace, también, cierta desconfianza hacía sus propios cuerpos, que, en ocasiones, perciben como caprichosos e imprevisibles, produciéndose, así, cierto grado de enculturación del proceso en clave patológica”.

De esta manera, la postura médica desde su discurso construye al sexo femenino como débil, manifiesta su salud como deleznable, mientras que fractura la enfermedad en los procesos corporales de menstruación, embarazo, parto, puerperio y menopausia. Además, “tanto el dolor como el sufrimiento en la secuencia reproductiva sean medicalizados” (Arnau et al., 2012, p. 32).

Ha sido muy complejo llevar a los sistemas de salud este paradigma de atención humanizada, pues el campo médico “se trata de un medio regido por códigos masculinos en el que el poder circula descaradamente entre unos grupos y otros” (Campiglia, 2015, p. 84). Puesto que cierto grupo de profesionales sanitarios ha modificado su postura hacia la humanización obstétrica, al apartarse de la reproducción social ante el contexto cultural que los involucra sobre esta amenaza de violencia.

Si bien se considera que el MAIO es un programa piloto que está bien delineado, que plantea elementos importantes hacia al parto respetado, desafortunadamente en cuanto

---

a su aplicación aún falta por mejorarse; primero, se requiere de amplia capacitación y sensibilización de todo el personal de salud respecto de los derechos reproductivos, para generar no sólo el bienestar y satisfacción de las gestantes, sino también acrecentar la calidad de vida de los profesionistas sanitarios; por consiguiente, lo segundo es, admitir este enfoque de modelos interculturales, posibilitará a los trabajadores de la salud minimizar su carga laboral en las instituciones y mermar con el síndrome de Burnout que afecta su salud. Para ello, la presencia de las doulas en el MAIO es imprescindible para atender la problemática anterior y contemplar su apoyo en el parto más del tiempo necesario, ya que sólo asistían un día a la semana, además de que su labor sea retribuida económicamente. Al mismo tiempo se debe fomentar, todavía más, la participación de la pareja o familiares de la mujer en todo el proceso gestante.

Es importante dar seguimiento y evaluar periódicamente a los proyectos pilotos y modelos con enfoque humanizado, dado que, como señala CEAV (s.f), “algunas regiones siguen avanzando en la operación del Modelo, aún se desconoce su alcance e impacto y sobre todo sí constituye una estrategia que esté incidiendo en la erradicación de la violencia obstétrica”.

Finalmente, se requiere de toda una transformación estructural, en todos los niveles de atención, desde los derechos humanos y reproductivos, la ética, los valores, el contexto jurídico, educativo, político y sociocultural. Por ello, es pertinente reivindicar y replantear el compromiso de las políticas públicas en México que apoyen la atención humanizada, como estrategia en contra de la violencia obstétrica.

---

## CONCLUSIONES

Desde la mirada del género, el análisis derivado de este trabajo de tesis sobre los servicios de salud públicos que se brindan en la atención de las salas obstétricas demuestra que existe violencia sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, en que concurren violencia estructural de género además de violencia institucional.

Tal abuso es ejercido por el personal de la salud, como médicos adscritos y residentes, también del profesional de enfermería residente femenino. El abuso de las mujeres médicas toma el modelo hegemónico y el discurso patriarcal, aunque sean mujeres se asumen en esa cultura; hablamos de violencia de género como un estado cultural simbólico que se juega en una relación binaria de dominante-dominado. La mujer médica se asume como dominante, es una de las seducciones de la cultura patriarcal, cuando una mujer va a formarse como profesional en medicina, será de mentalidad masculina en el puesto de dominante.

El Modelo de Atención Integral en Obstetricia no tuvo impacto en la mujer, existe insatisfacción por el maltrato que recibió por parte del personal de la salud. Se considera que el Modelo cuenta con elementos importantes en la atención humanizada; no obstante, en la praxis médica, permean las relaciones de poder; coexisten acentuadas jerarquías, atributos y divisiones que limitan que todo el equipo de profesionales esté sensibilizado en la promoción del paradigma humanizado, para que atienda las necesidades, escuche la voz y admita la autonomía de la mujer en el parto. Por otra parte, es necesario dar seguimiento a esos proyectos piloto con enfoque humanizado y evaluarlos constantemente para la mejora

---

de estos, y que no esté lejos el momento de su consolidación como política pública en México.

Se acepta el supuesto hipotético que la satisfacción de la atención depende de la confianza, empatía, comunicación, autonomía y el respeto que brinda el personal profesional de la salud hacia la gestante.

Así que una de las aportaciones de esta investigación, desde la perspectiva de género, radica en coadyuvar en las políticas públicas de salud reproductiva, se requiere de una transformación estructural a nivel político, económico, social y cultural, en las reformas educativas y de salud; acciones de coparticipación y corresponsabilidad. Por un lado, se insiste en promover la humanización en el parto por parte de los profesionales de la salud, haciendo hincapié en que los modelos interculturales sean íntegros en el sistema sanitario y sirvan de apoyo, dado que actualmente la salud del equipo médico también está siendo afectada por el síndrome de Burnout. Es necesario que en la formación médica se fomente la Perspectiva de género, la Bioética y la responsabilidad social para el bienestar propio y de la sociedad. Por otro lado, adjudicar el empoderamiento de la mujer y alcanzar el placer sintiéndose libre por el respeto a sus derechos humanos, sexuales y reproductivos, a ser tratadas con dignidad, a la no discriminación y a ejercer su autonomía; concientizar que su cuerpo está preparado fisiológicamente para un proceso natural, con seguridad en sí misma y con apoyo de herramientas informativas. Resulta insoslayable que el hombre como pareja o familiares de las gestantes, participen activamente, que no se les aísle de este proceso, que también es suyo, dado que son un gran sostén para la mujer. Otro punto es que se requiere aún el fomento hacia los hombres en la participación de los métodos de planificación familiar.

---

Es imprescindible que las investigaciones futuras sean enfocadas a profundizar en lo que conllevan las implicaciones de los aspectos tratados en esta tesis. Este punto llama para otros análisis en el quehacer científico, es urgente hallar una vía que oriente a las instituciones educativas y de salud, al profesional médico y a las gestantes, a cómo prevenir y combatir la violencia obstétrica, en favor de la mejora de la calidad de vida de cada actor involucrado; para ello se considera que la Sociología permite comprender que el abuso de los derechos reproductivos como un epifenómeno estructural del poder, adicionalmente posibilita captar la problemática sustancialmente; y de esta forma contribuye en la modificación del comportamiento social. Dado lo anterior, se considera importante que se sensibilice a las autoridades médicas para estudiar sobre el tema, puesto que la evaluación de estos modelos permitirá visualizar sus fortalezas y debilidades y conocer las evidencias y recomendaciones del parto humanizado con la finalidad de contribuir en su optimización en México.

*“Para cambiar el mundo primero hay que cambiar la forma de nacer”*

*Michel Odent*



---

## Referencias Bibliográficas

- Adib, M. Al., Ibáñez, M., Casado, M., y Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual*, 34 (1). Recuperado de: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140900152017000100104](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152017000100104)
- Almaguer, J. A., García, H. J., y Vargas, V. (s.f). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en cifras*, 2. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- Almaguer, J.A., García, H.J., y Vargas, V. (2010). La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las Instituciones de salud. *Género y Salud en Cifras*, 3, 1-20. Recuperado de: <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/EquidadGenero/SepDic10.pdf>
- Álvarez, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. Recuperado de: <https://mayestra.files.wordpress.com/2013/03/bibliografc3ada-de-referencia-investigac3b3n-cualitativa-juan-luis-alvarez-gayou-jurgenson.pdf>
- Argandoña, A. (2012). Otra definición de responsabilidad social. Recuperado de: [http://www.iese.edu/en/files/catedra%20abril\\_tcm4-79450.pdf](http://www.iese.edu/en/files/catedra%20abril_tcm4-79450.pdf)
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11 (1), 145-169. Recuperado de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>
- Arnau, J., Martínez, M. E., Nicolás, M.D., Bas, E., Morales, R., y Álvarez, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia, *Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>
- Arnau, J., Martínez, M. T., Castaño, M.A., Nicolás, M.D., y Martínez, M. E. (2016). Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan*; 16(3): 370-381. doi: 10.5294/aqui.2016.16.3.8
- Baz, M., González, A., y De La Peña, G. (2004). Efectos de la deambulaci3n durante el parto en gestantes con analgesia epidural. *Revista. Matronas Profesi3n*, 18, 26-29. Recuperado de: <http://www.federacionmatronas.org/revista/matronasprofesion/sumarios/i/7184/173/efectos-de-la-deambulacion-durante-el-parto-en-gestantes-con-analgesia-epidural>
- Bautista, L.M., Parra, E.L., Arias, K. M., Parada, K. J., Ascanio, K.A Villamarin, M.I.,... Herrera, Y. M. (2015). Percepci3n de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una instituci3n de salud de 3º y 4º nivel de atenci3n. doi: <http://dx.doi.org/10.22463/17949831.331>

- Belausteguigoitia, M. (2013). Sesión 9. Conocimiento en espiral: las teorías de género como modelo de crítica cultural. En M.I. Leñero (Ed.), *Trayectos de género encuentros con diversos campos de conocimiento* (pp.177-194). México: UNAM. Recuperado de: [http://www.cieg.unam.mx/cieg-historico/imagenes/publicaciones/digitales/trayectos\\_de\\_genero.pdf](http://www.cieg.unam.mx/cieg-historico/imagenes/publicaciones/digitales/trayectos_de_genero.pdf)
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 4, 1 (7), 25-34. Recuperado de: [http://www.unesco.org/uy/shs/redbioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org/uy/shs/redbioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed MJ., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., y Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud: Aportaciones de la investigación cualitativa*. Recuperado de: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>
- Bergel, S. (2007). Responsabilidad social y Salud. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 7 (12), 10-27. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127020800002>
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., y Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLOS ONE*, 2, 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0148343
- Bonilla, J. C. (2016). Deshumanización en la atención en salud, un reto de la Bioética. Recuperado de: <http://es.calameo.com/read/002060306f8d7c074d3a6>
- Borries, V. (2012). Reflexiones en torno al concepto de transversalización de género. Delineando una tipología para el análisis de sus expresiones empíricas. *Revista Punto Género*, (2), 9-29. doi:10.5354/0719-0417.2013.28362
- Bourdieu, P. (1996). La dominación masculina. *La Ventana*, 3. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5202635.pdf>
- Bourdieu, P. (2000 [1998]). *La dominación masculina*. Recuperado de: <https://www.ocac.cl/wp-content/uploads/2015/01/Pierre-Bourdeu-La-dominaci%C3%B3n-masculina.pdf>
- Bourdieu, P. (2001[2000]). *Poder, Derecho y clases sociales*. Recuperado de: <https://rfdvcatedra.files.wordpress.com/2013/02/pierre-bourdieu-poder-derecho-y-clases-sociales.pdf>
- Bravo, P., Uribe, C., y Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Rev. Chil Obstet Ginecol*, 73 (3), 179-184. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300007>
- Butler, J. (2001[1990]). *El Género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Traducción Mónica Mansor y Laura Manríquez. México: Paidós.
- Camacaro, M. (2008). Dos sentencias masculinas: parirás con dolor... parirás acostada. En: Y. Delgado y M. C. González, (Coords.), *Mujeres en el mundo. Migración, género,*

- trabajo, historia, arte y política. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/281067870\\_MUJERES\\_EN\\_](https://www.researchgate.net/publication/281067870_MUJERES_EN_)
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la mujer*, (14) 32, 147-162. Recuperado de:  
<http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/2183/1/PatologizandoLoNatural.pdf>
- Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L., y Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 20 (68), 113-120. Recuperado de:  
<http://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/19763/19710>
- Camacho, F., y Romero, M. J. (2018). Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. *Enfermería Global*, 17(49), 324-347. doi:  
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.276061>
- Campiglia, M. (2015). Violentar el nacimiento. *El Cotidiano*, (191), 79-86. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/325/32538023009.pdf>
- Cardus, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata*, 7(18), 129-15. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106938.pdf>
- Casal, J., y Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev.*, 1, 3-7. Recuperado de:  
<http://www.mat.uson.mx/~ftapia/Lecturas%20Adicionales%20%28C%C3%B3mo%20dise%C3%B1ar%20una%20encuesta%29/TiposMuestreo1.pdf>
- Casal, N., y Alemany, M.J. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto. Un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 61-64. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013>
- Castellanos, G., Accorsi, S., y Velasco, G. (Comp.) (1994). *Discurso, Género y mujer*. Recuperado de: <http://bdigital.unal.edu.co/53115/1/95890470089.pdf>
- Castrillo, M. (2014a). La perspectiva de género en el estudio de la intervención médica en el parto. I Post Congreso de Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales, 2 al 3 de octubre de 2014, Córdoba, Argentina. *En Memoria Académica*. Recuperado de:  
[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4125/ev.4125.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4125/ev.4125.pdf)
- Castrillo, M. (2014b). Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto. I Jornadas de Género y Diversidad Sexual, 24 al 25 de octubre de 2014, La Plata, Argentina. Políticas públicas e inclusión en las democracias contemporáneas. *En Memoria Académica*. Recuperado de:  
[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4126/ev.4126.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4126/ev.4126.pdf)
- Castrillo, M. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 24, 43-68. doi:  
<https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>

- Castro, R. (2014a). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rms/article/view/46428/41695>
- Castro, R., y Erviti, J. (2014b). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19 (1), 37-42. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-conamed/articulo/25-anos-de-investigacion-sobre-violencia-obstetrica-en-mexico>
- Castro, R., y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Recuperado de: <https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Sociolog%C3%ADa%20de%20la%20pr%C3%A1ctica%20m%C3%A9dica.pdf>
- Castro, R. (2016). Violencia de género. En H. Moreno, y E. Alcántara (Coords.), *Conceptos clave en los estudios de género*. (pp.339-354). México: UNAM.
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV). (s.f). Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagnostico\\_VO\\_port.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagnostico_VO_port.pdf)
- Consejo Nacional de Población. (CONAPO). (2000). *La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*. México: CONAPO. <http://enp4.unam.mx/diversidad/Descargas/G%E9nero%20y%20Salud%20Reproductiva/Nociones%20y%20definiciones%20perspectiva%20de%20g%E9nero.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (CONAPO). (2014). *Salud sexual y reproductiva del Estado de México*. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/158914/15\\_MX.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/158914/15_MX.pdf)
- Contreras, C. (1998). *Estrategia alternativa para la disminución en el índice de cesáreas: apoyo psico-emocional durante el trabajo de parto*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F. Recuperado de: <http://132.248.9.34/pdbis/267340/267340.pdf#search=%22Estrategia%20alternativa%20para%20la%20disminuci%C3%B3n%20en%20el%20C3%ADndice%20de%20ces%C3%A1reas:%20apoyo%20psicoemocional%20durante%20el%20trabajo%20de%20parto%22>
- Correa, A. M., y Valencia A. (2016). Responsabilidad Social y Ética Médico-sanitaria. *Revista Ratio Juris*, 11 (22), pp. 73-90. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5728410.pdf>
- Correa, M.L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 1, 1227-1231. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- Crespo, M. C., y Salamanca, A.B. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investigación*, 27. Recuperado de <http://www.sc.ehu.es/plwllumuj/ebalECTS/praktikak/muestreo.pdf>

- Checa, S. (2000). La perspectiva de género en la humanización de la atención perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19 (4), 152-156. Recuperado de: <http://ucsj.redalyc.org/articulo.oa?id=91219403>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 (1). Recuperado de: [http://www.academia.edu/22158487/The\\_technocratic\\_humanistic\\_and\\_holistic\\_paradigms\\_of\\_childbirth](http://www.academia.edu/22158487/The_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth)
- De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. Recuperado de: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/El%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/El%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo_0.pdf)
- De Siqueira, J. E. (2001). El Principio de Responsabilidad de Hans Jonas. *Acta bioethica*, 7(2), 277-285. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2001000200009>
- Diez, C., y Díaz, M.A. (2016). La igualdad de género en salud: Un gran reto internacional. *Farmamundi*. Recuperado de: [http://www.farmacosmundi.org/farmamundi/descargas/publicaciones/La%20igualdad%20del%20g%C3%A9nero%20en%20salud\\_Farmamundi\\_2016\\_ED\\_DIGITAL.pdf](http://www.farmacosmundi.org/farmamundi/descargas/publicaciones/La%20igualdad%20del%20g%C3%A9nero%20en%20salud_Farmamundi_2016_ED_DIGITAL.pdf)
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). (2014). Principales resultados. Recuperado de: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/promo/resultados\\_enadid14.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/resultados_enadid14.pdf)
- Fernández, S.B., y Rizo, J.N. (2018). La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015. *Rev. CONAMED* 23(1), 33-42. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con181g.pdf>
- Ferreiro, M.T., Díaz, E., Martínez, M.D., Rial, A., Varela, J., y Clavería, A. (2013). Evaluación Mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso de parto. *Revista de Calidad asistencial*, 5, 291-299. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.02.001>
- Fonseca, C. (2008). Aproximación teórica sobre la construcción cultural del género. En C. Fonseca, y M. L. Quintero (Coords.), *Temas emergentes en los estudios de género* (17-51). México: Porrúa.
- Foucault, M. (1998 [1977]). *Historia de la Sexualidad Vol. 1: La voluntad del saber*. Recuperado de: <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/681.pdf>
- Foucault, M. (1976 [1975]). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Recuperado de: <https://introhistoria13.files.wordpress.com/2012/11/foucault-vigilar-y-castigar-parcial.pdf>
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25. Recuperado de: <http://terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizaci%F3n.pdf>

- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50 (3), 3-20. Recuperado de: <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Foucault-M.-El-sujeto-y-el-poder.pdf>
- Furszyfer, G., Bishop, A., y Narváez, S. (2012). El derecho de la mujer a una atención humanizada en el parto. *Revista derechos humanos- defensor*, 3, 44-50. Recuperado de: [http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1708/1/Nu%CC%81mero%2003,%20an%CC%83o%20x,%20marzo%20de%202012\\_6.pdf](http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1708/1/Nu%CC%81mero%2003,%20an%CC%83o%20x,%20marzo%20de%202012_6.pdf)
- Freyermuth, M.G., y Luna, M. (2014). Muerte materna y muertes evitables en exceso: Propuesta metodológica para evaluar la política Pública en salud. Recuperado de: [http://www.inegi.org.mx/rde/rde\\_13/doctos/rde\\_13\\_art4.pdf](http://www.inegi.org.mx/rde/rde_13/doctos/rde_13_art4.pdf)
- Gadamer, H G. (1993 [1975]). *Verdad y método: Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Recuperado de: <http://files.berniceblanco1.webnode.es/200000089-633d56437f/-Gadamer-Hans-Georg-Verdad-y-Metodo-I.pdf>
- Gainza, P. P., Labastie, M., y Magnone, N. (2013). La atención contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos. *Ulúa Revista de Historia, Sociedad y Cultura*, (22), 175-196. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/ulua/article/view/1187>
- Galicia., y López (2014). *Percepción de las usuarias en la atención obstétrica por enfermeras obstetras*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2014/junio/409019524/Index.html>
- Gamboa, C., y Valdez, S. (2015). Mortalidad materna en México: Marco Conceptual, Derecho Comparado, Políticas Públicas, Tratados Internacionales, Estadísticas y Opiniones Especializadas. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf>
- Garagalza, L.J. (2007). El problema de la Hermenéutica y las Ciencias Humanas. *KREI*, 9, 47-72. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2692696>
- Garagalza, L.J. (2014). *El sentido de la Hermenéutica: La articulación simbólica del mundo*. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa: Antrophos.
- García, H.J., Almaguer, J.A., Ortega, M.A., Gutiérrez, D.G., y Montoya, E. (s.f). Implantación del “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”: Hospital Integral La Guajolota, Durango y Hospital General de Tula, Hidalgo. Recuperado de: [http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen13\\_3/13\\_3Art2.pdf](http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen13_3/13_3Art2.pdf)
- García, M. (2014). *La interacción heurística y multidisciplinaria entre administración Pública, Derecho y Políticas Públicas. Un enfoque contemporáneo*. México: UNAM.
- Garduño M.A. (1997). La categoría de género y su utilidad en la explicación de problemas de salud. *VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Oficina de trabajo sobre Género y Salud*. Buenos Aires.

- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en Investigación cualitativa*. Recuperado de: [https://issuu.com/ediciones\\_morata/docs/gibbs-1/19](https://issuu.com/ediciones_morata/docs/gibbs-1/19)
- Giraldo, D I., González, E. M y Henao, C. P. (2015). Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Avances en Enfermería*, 33(2), 271-281. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.42279>
- Gual, A. (2013). Responsabilidad social de las instituciones en la formación de los médicos y profesionales de la salud. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 16(3), 125-126. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322013000300001>
- Hernández, J. M., y Echevarría, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático. *Revista Internacional de Sociología*, 74 (1), 2-13. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- Hernández, R.M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187-210. Recuperado de: [http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/23/Mis\\_5.pdf](http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/23/Mis_5.pdf)
- Hierro, G. (2014 [2001]). *La ética del placer*. (2da ed.). México: Universidad Nacional Autónoma de México. PUEG.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G., y Sakala, C. (2013). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *Biblioteca Cochrane Plus*. (5):337-347. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- Hofbauer, H., Sánchez D., y Zebadua, V. (2003). *Presupuestos sensibles al género: Conceptos y elementos básicos*. México: Secretaría de salud.
- Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero. (HMIVG). (2011). Hospital Materno Infantil “Vicente Guerrero” Chimalhuacán. Recuperado de: <https://maternoinfantilchimalhuacan.webnode.es/%c2%bfquienes%20somos/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015a). *México en Cifras. Chimalhuacán, México (15031)*. México: Autor. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015b). *Panorama sociodemográfico del Estado de México 2015. Encuesta Intercensal*. México: Autor. Recuperado de: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/inter\\_censal/panorama/702825082246.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082246.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). (2017). *Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*. México: Autor. Recuperado de: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017\\_08.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf)
- Kant, I. (2007). *Crítica de la razón pura*. Traducción Mario Caimi. Recuperado de: <https://filosinsentido.files.wordpress.com/2013/06/148087652-immanuel-kant-critica-de-la-razon-pura1.pdf>
- Laffita, A., Ariosa, J.M., y Cutié, J.R. (2004). Apgar bajo al nacer y eventos del periparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1. Recuperado de:

---

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2004000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2004000100002&lng=es&tlng=es).

- Lamas, M. (2016). Género. En Moreno, H. y Alcántara, E (Coords.), *Conceptos clave en los estudios de género* (pp.155-170). México: UNAM.
- Lembo, M. (2009). Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales. Recuperado de: [http://www.fmv-uba.org.ar/comunidad/revistasylibrosdigitales/antropologia/VolIV\\_N2\\_2009/lembo.pdf](http://www.fmv-uba.org.ar/comunidad/revistasylibrosdigitales/antropologia/VolIV_N2_2009/lembo.pdf)
- Leñero, M.I. (2013). Trayectos de género encuentros con diversos campos de conocimiento. México: UNAM. Recuperado de: [www.pueg.unam.mx/images/publicaciones/digitales/trayectos\\_de\\_genero.pdf](http://www.pueg.unam.mx/images/publicaciones/digitales/trayectos_de_genero.pdf)
- López, I., y Monroy, J. (2015). *Construcción de significados en torno a la elección del parto humanizado vs parto medicalizado. Narrativas de parejas heterosexuales*. (Tesis, para obtener el grado en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2015/noviembre/308007181/Index.html>
- López, N.L. (2016). *Miedo al parto y experiencia de las primigestas acerca del mismo*. (Tesis para obtener el grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2016/agosto/513227969/Index.html>
- Lucas, M., Rocha, M., Costa, K., Oliveira, G., y Melo, J. (2015). Nursing care during labor in a model maternity unit: cross-sectional study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(1), 32-40. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20155067>
- Magnone, A. (2006). *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización*. (Tesis de la Maestría en Sociología). Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales, Uruguay. Recuperado de: [http://www.mujerahora.org.uy/sites/default/files/derechos\\_y\\_poderes\\_en\\_el\\_parto\\_magnone.pdf](http://www.mujerahora.org.uy/sites/default/files/derechos_y_poderes_en_el_parto_magnone.pdf)
- Magnone, A. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 5 (12), 79-92. Recuperado de: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/viewFile/244/181>
- Magnone, A., Pacci, G., y Calce, C. (2016). Diagnóstico prospectivo en brechas de género y su impacto en el desarrollo. *Violencias de Género*. Recuperado de: [https://www.opp.gub.uy/images/Informe\\_G%C3%A9nero\\_con\\_foco\\_en\\_violencia.pdf](https://www.opp.gub.uy/images/Informe_G%C3%A9nero_con_foco_en_violencia.pdf)
- Mendieta, G. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina*, 17 (30), 1148-1150. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239035878001.pdf>
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo de 1988, Buenos Aires. Recuperado de:



---

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electiva/s/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electiva/s/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)

- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Saúde Colectiva*, 8 (1), 185-187. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Mercado, F. J., y Torres, T.M. (2000). Un tema olvidado en el ámbito de la salud. El análisis cualitativo de los datos. En F. Mercado y M. Torres (comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica* (pp.11-29). Recuperado de: [https://books.google.com.mx/books?id=mY\\_VARw3wScC&pg=PA11&lpg=PA11&dq=Un+tema+olvidado+en+el+%C3%A1mbito+de+la+salud.+El+an%C3%A1lisis+cualitativo+de+los+datos&source=bl&ots=sH43lkuqed&sig=IFPcTqsS2QplQFTAKwj8lbelb0Y&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj\\_4oKS-4jbAhUIGKwKHcD9BEAQ6AEIJzAA#v=onepage&q=Un%20tema%20olvidado%20en%20el%20%C3%A1mbito%20de%20la%20salud.%20El%20an%C3%A1lisis%20cualitativo%20de%20los%20datos&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=mY_VARw3wScC&pg=PA11&lpg=PA11&dq=Un+tema+olvidado+en+el+%C3%A1mbito+de+la+salud.+El+an%C3%A1lisis+cualitativo+de+los+datos&source=bl&ots=sH43lkuqed&sig=IFPcTqsS2QplQFTAKwj8lbelb0Y&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj_4oKS-4jbAhUIGKwKHcD9BEAQ6AEIJzAA#v=onepage&q=Un%20tema%20olvidado%20en%20el%20%C3%A1mbito%20de%20la%20salud.%20El%20an%C3%A1lisis%20cualitativo%20de%20los%20datos&f=false)Minayo,
- Minayo, .C.S. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Revista Salud Colectiva*, 6(3), 251-261. Recuperado de [http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/t.3\\_souza\\_minayo\\_m.\\_c.\\_los\\_conceptos\\_estructurantes\\_de\\_la\\_inv\\_cualitativa.pdf](http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/t.3_souza_minayo_m._c._los_conceptos_estructurantes_de_la_inv_cualitativa.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. 1ª ed. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Part0\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf)
- Montero, M. (2012). La Responsabilidad Social y la Norma ISO 26000. *Formación Gerencial*, 1, pp.1-2. Recuperado de: [http://www.iese.edu/en/files/catedra%20abril\\_tcm4-79450.pdf](http://www.iese.edu/en/files/catedra%20abril_tcm4-79450.pdf)
- Moreiras, L., y Dalcanale, T. (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(60), 209-220. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>
- Moreno, E., y Espejel, J. (2013). Chimalhuacán en el contexto local, sociourbano y regional. *Quivera*, 15(2013-1) 77-99. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40128395005>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Recuperado de: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1985). *Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto*. Ginebra: Autor. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/08/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>
- Organización mundial de la Salud. (OMS). (2014) *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado

- de:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=F0B4E0D86DE9B0E79BEB5B2906581E5D?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=F0B4E0D86DE9B0E79BEB5B2906581E5D?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2016). *Mortalidad materna*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (s.f). *Género y Salud. Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud*: OPS. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2009). *AIEPI Neonatal: Intervenciones basadas en evidencia*. Washington, DC: OPS. Recuperado de: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/final\\_intervenciones.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/final_intervenciones.pdf)
- Patrón, M. (2016). *Repercusiones en la calidad de atención por violencia obstétrica en pacientes en trabajo de parto con embarazo de término en unidad tocoquirúrgica*. (Tesis para obtener Diploma de Especialista en Ginecología y Obstetricia). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina, México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2015/julio/302273678/Index.html>
- Popper, K.R. (1991[1983]). *Conjeturas y Refutaciones: El desarrollo del conocimiento científico*. Recuperado de: <https://elartedepreguntar.files.wordpress.com/2009/06/popper-karl-conjeturas-y-refutaciones.pdf>
- Pozzio, M. R. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas*, 24(1), 101-117. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Quintero, M. L., y Velázquez, E B. (2017). *Imaginario y realidades del climaterio y la menopausia*. México: Castellanos.
- Real Academia Española (RAE). (2018). Diccionario de la lengua española. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18 (52), 39-49. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592011000300004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004)
- Rodríguez, C. (2008 [2007]). *Pariremos con placer: Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Recuperado de: <https://pointpointpoint.org/wp-content/uploads/2012/06/PARIREMOS.pdf>
- Ruiz, I. (2006, julio 13). Responsabilidad social [Foro]. Recuperado de: [http://www.filosofia.mx/index.php?/perse/archivos/responsabilidad\\_social](http://www.filosofia.mx/index.php?/perse/archivos/responsabilidad_social)
- Sachse, M., Sesia, P., Pintado, A., y Lastra, Z. (2012). Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en

- Oaxaca. *Rev. CONAMED*, 17 (4). Recuperado de: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/325/602>
- Santiago, C., Reyes, R.A., y Gómez, L.F. (2015). Violencia obstétrica y perspectiva de género: la Recomendación 3/2015 de la cdhdf. *Métodos. Revista Electrónica de Investigación Aplicada en Derechos Humanos*, (10), 9-133. Recuperado de: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/revista-metodos/article/view/31195/28163>
- Scott J. W. (2013 [1996]). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: M. Lamas (Compiladora), *El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). Recuperado de: <http://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/EI%20genero.%20La%20construccion%20cultural%20de%20la%20diferencia%20sexual.pdf>
- Schettini, P., y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Recuperado de: [http://artemisa.unicauca.edu.co/~gerardorengifo/Documentos/Seminario\\_I/2016\\_Seminario%20I\\_IIP\\_2016\\_primera%20lectura.pdf](http://artemisa.unicauca.edu.co/~gerardorengifo/Documentos/Seminario_I/2016_Seminario%20I_IIP_2016_primera%20lectura.pdf)
- Secretaría de Desarrollo Social. *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2018*. (SEDESOL). (2018). Recuperado de: [https://www.extranet.sedesol.gob.mx/pnt/Informe/informe\\_municipal\\_15031.pdf](https://www.extranet.sedesol.gob.mx/pnt/Informe/informe_municipal_15031.pdf)
- Secretaría de Salud. (SSA). (2014). *Guía de Práctica Clínica (GPC): Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. México: SSA. Recuperado de: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejodelParto/IMSS\\_052\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf)
- Secretaría de Salud. (SSA). (s.f. a). *Guía de implantación. Modelo de Atención a las mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque humanizado, Intercultural y Seguro*. México: SSA. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>
- Secretaría de Salud. (SSA). (s.f. b). *La Atención Intercultural de las mujeres: El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud*. México: SSA. Recuperado de: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo\\_parto.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_parto.pdf)
- Secretaría de Salud. (SSA). (s.f. c). *La Atención Intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud*. México: SSA. Recuperado de: <http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Parteria/Mexico2008.pdf>
- Silva, L. M., Barbieri, M., y Fustinoni, S. M. (2011). Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 60-65. doi: <https://dx.doi.org/10.1590>
- Silva, M. (2017). *Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto*. (Dissertações e Teses de Maestrado en Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil. Recuperado de:

- [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-AQCL2R/milene\\_silva\\_rodrigues.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-AQCL2R/milene_silva_rodrigues.pdf?sequence=1)
- Suárez, L., Campero, L., de la Vara, E., Rivera, L., Hernández, M. I., Walker, D.,... Lazcano, E. (2012a). Elevada recurrencia a las cesáreas: revertirla tendencia y mejorar la calidad en el parto. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/M0502.pdf>
- Suárez, L., Campero, L., de la Vara, E., Rivera, L., Hernández, M. I., Walker, D.,... Lazcano, E. (2012b). Evidencia para la política pública en salud. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>
- Suárez, L., Campero, L., de la Vara, E., Rivera, L., Hernández, M. I., Walker, D.,... Lazcano, E. (2013). Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud pública de México*, 55(2), 225-234. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331020>
- Taylor, S.J., y Bogdan, R. (1987 [1994]). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Recuperado de: <https://issuu.com/sebastian96/docs/78156817-taylor-s-j-bogdan-r-introd/257>
- Terán, O. E., Pérez, R., Brunett, L., y Mejía, L.A. (2011). La responsabilidad social de las instituciones de salud pública (caso centro de rehabilitación e integración social zona oriente del estado de México). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 48-59, 10(21). Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2588>
- Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., y Arenas, L.M. (2013). Nueva evidencia sobre un viejo problema: el abuso hacia las mujeres en salas de maternidad. *Revista. CONAMED*, 18(1), 14-20. Recuperado de: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4237199.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4237199.pdf)
- Vela, G. (2015). *Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015*. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia). Universidad Nacional mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4278/Vela\\_cg.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4278/Vela_cg.pdf?sequence=1)
- Velázquez, E. B. (2011 [2005]). *Lilith: Nombre de lo prohibido. Lo erótico de lo siniestro* (3ra ed.). México: Castellanos.
- Velázquez, E. B., Quintero, M. L., y López, L. R. (2015). *El reencuentro con la naturaleza: Voces femeninas en el tiempo*. México: Castellanos.
- Villanueva, L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Género y Salud en Cifras*, 8 (3), 22-26. Recuperado de: <http://biblat.unam.mx/es/revista/genero-y-salud-en-cifras/articulo/el-maltrato-en-las-salas-de-parto-reflexiones-de-un-gineco-obstetra>
- Westbrook, L. K. (2015). El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aire. *Independent Study Project (ISP) Collection*. 2-45. [http://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/2245](http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2245)

---

# **Anexos**

---

## Anexo1. Carta de Consentimiento Informado

Título del protocolo: “Experiencia de una mujer sobre el Modelo de Atención Integral en Obstetricia en un hospital del Municipio de Chimalhuacán, Estado de México”.

Investigador principal: Patricia Mendoza Zosayas

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero

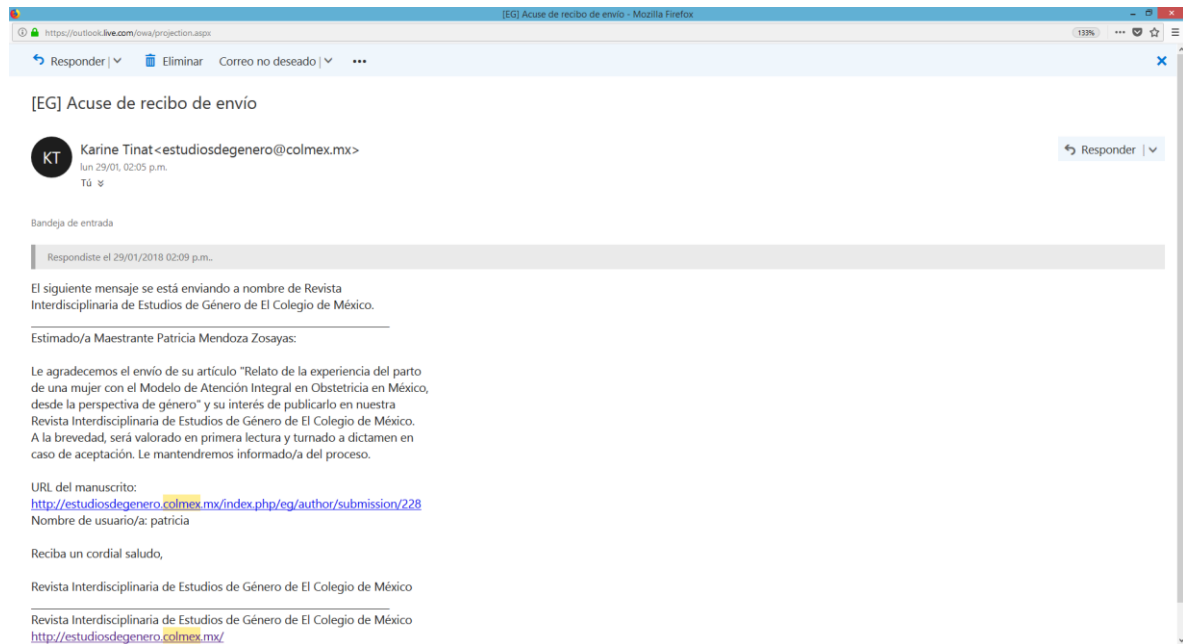
Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted con el propósito de solicitar su autorización para llevar a cabo esta investigación, bajo las siguientes consideraciones:

- Usted está invitada a participar en este estudio de investigación.
- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable que atente contra su salud física, en caso de aceptar la invitación.
- Si decide otorgar su consentimiento para participar en el estudio, usted puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite; y es libre de informar o no, las razones de su decisión, que será absolutamente respetada.
- La participación en esta investigación no tendrá costo para usted durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- La información proporcionada en este estudio y la identificación de cada paciente, se mantendrán en estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Nombre de la participante:
Firma de consentimiento:

## Anexo 2. Acuses de recibo de la Nota de Investigación



[EG] Acuse de recibo de envío

**Karine Tinat** <estudiosdegenero@colmex.mx>  
lun 29/01, 02:05 p.m.  
Tú

Bandeja de entrada

Respondiste el 29/01/2018 02:09 p.m.

El siguiente mensaje se está enviando a nombre de Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México.

Estimado/a Maestrante Patricia Mendoza Zosayas:

Le agradecemos el envío de su artículo "Relato de la experiencia del parto de una mujer con el Modelo de Atención Integral en Obstetricia en México, desde la perspectiva de género" y su interés de publicarlo en nuestra Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México. A la brevedad, será valorado en primera lectura y turnado a dictamen en caso de aceptación. Le mantendremos informado/a del proceso.

URL del manuscrito:  
<http://estudiosdegenero.colmex.mx/index.php/eg/author/submission/228>  
Nombre de usuario/a: patricia

Reciba un cordial saludo,

Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México

Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México  
<http://estudiosdegenero.colmex.mx/>



Resolución comité de lectores

**Karine Tinat** <ktinat@colmex.mx>  
mié 07/02, 12:51 p.m.  
Tú; Juan Manuel Villalobos Cos (jmvillalobos@colmex.mx); Sonia Angélica García Gómez (sagarcia@colmex.mx); Ana Maria Tepichin Valle (atepichin@colmex.mx)

Bandeja de entrada

Respondiste el 08/02/2018 06:51 p.m.

**Estimada Patricia Mendoza Zosaya**

Le agradezco muchísimo por su interés en publicar en nuestra revista *Estudios de Género* y por mandarnos un artículo titulado: "Relato de la experiencia del parto de una mujer con el Modelo de Atención Integral en Obstetricia en México, desde la perspectiva de género"

Tuvamos su documento al comité de lectores y éste resolvió que puede enviarse a dictaminar, pero antes hay un par de sugerencias que nos interesa que tome en consideración. El comité recomienda que su trabajo, en lugar de artículo de investigación, sea una nota de investigación, misma que también pasa por el proceso de evaluación por pares.

También es necesario que agregue en el apartado de **Método** cómo fue la selección de su informante y por qué eligió trabajar en ese hospital y no en otro espacio; es indispensable que conozcamos esos pasos previos de su investigación. También es recomendable que revise la bibliografía del Dr. Roberto Castro, quien ha trabajado el tema de violencia obstétrica y podría consultar, también, el siguiente compendio: <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-conamed/articulo/25-anos-de-investigacion-sobre-violencia-obstetrica-en-mexico>  
Cuando lo considere oportuno puede enviarnos nuevamente su trabajo.

Le reitero mis agradecimientos por su interés en la revista.

Saludos cordiales,

**Karine Tinat**  
Directora de la revista *Estudios de Género*

El Colegio de México, A.C. | Revistas | Paso 2. Subir el texto

estudiosdegenero.colmex.mx/index.php/eg/author/saveSubmit/2

Facebook | Twitter | Google+

## Paso 2. Subir el texto

1. INICIO 2. SUBIR EL TEXTO 3. INTRODUCIR LOS DATOS 2. SUBIR LOS ARCHIVOS COMPLEMENTARIOS 4. CONFIRMACIÓN

Para subir el texto, complete los siguientes pasos:




- Haga clic en Seleccionar archivo para abrir la ventana y así poder localizarlo en su disco duro.
- Localice el archivo que desea enviar y resáltelo.
- Haga clic en Abrir (en la ventana Seleccionar archivo) y aparecerá el nombre del archivo.
- Una vez que haya subido el texto, haga clic en Guardar y continuar.

¿Necesita ayuda? Póngase en contacto con [Sonia Angélica García Gómez](#) para recibir asistencia.

### Archivo de texto

Nombre del archivo	273-682-1-SM.docx
Nombre del archivo original	NOTA_Investigación_Revista_COLMEX_sin autores.docx
Tamaño del archivo	52KB
Fecha en que se subió	27-05-2018 04:38

Reemplazar el archivo de texto  Ningún archivo seleccionado.  GARANTIZAR UNA REVISIÓN ANÓNIMA

#### Información legal

Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México, Volumen 4, (2018). Ésta es una revista de publicación continua electrónica de difusión gratuita editada por El Colegio de México, Carretera Picacho Ajusto 20, Ampliación Fuentes del Pedregal, Tlalpan. C.P. 14110, Ciudad de México. Contacto: estudiosdegenero@colmex.mx. Editor responsable: Ana María Tepichin. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2015-020309454400-203, de fecha 3 de febrero de 2015, ISSN 2395-9185, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Departamento encargado de la última modificación: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. Responsable de la última actualización: Sonia Angélica García

**Usuario**

Ha iniciado sesión como... **patricia**

- Mi perfil
- Cerrar sesión

**Contenido de la revista**

Buscar

Ámbito de la búsqueda

Todo

**Examinar**

- Por número
- Por autor
- Por título

**Palabras clave**

Argentina Colombia Desarrollo Familia Feminismo Género Identidad México Traducción Violencia de género ciudadanía sexual desaparición forzada depresión feminismo género masculinidades maternidad necropolítica representación médica sexualidad violencia de género

**Avisos**

Citación APA en Estudios de Género

[EG] Acuse de recibo de envío - Mozilla Firefox

https://outlook.live.com/owa/projection.aspx

Responder | Eliminar | Correo no deseado

**AT** Ana María Tepichin <estudiosdegenero@colmex.mx>

Hoy, 04:53 p.m.

Tú

Bandeja de entrada

Respondiste el 27/05/2018 05:00 p.m.

El siguiente mensaje se está enviando a nombre de Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México.

Estimado/a Maestrante Patricia Mendoza Zosayas:

Le agradecemos el envío de su artículo "Relato de la experiencia del parto de una mujer con el Modelo de Atención Integral en Obstetricia en México, desde la perspectiva de género" y su interés de publicarlo en nuestra Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México. A la brevedad, será valorado en primera lectura y turnado a dictamen en caso de aceptación. Le mantendremos informado/a del proceso.

URL del manuscrito:  
<http://estudiosdegenero.colmex.mx/index.php/eg/author/submission/273>  
 Nombre de usuario/a: patricia

Reciba un cordial saludo,

Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México

Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México  
<http://estudiosdegenero.colmex.mx/>



---

## Nota de Investigación

DOI:

Estudios de Género de El Colegio de México

### **Relato de la experiencia del parto de una mujer con el Modelo de Atención Integral en Obstetricia en México, desde la perspectiva de género**

#### **Narrative of a woman's labor experience with the Integral Obstetric Care Model in Mexico, from a gender perspective**

Patricia Mendoza Zosayas<sup>1\*</sup>  
María Luisa Quintero Soto<sup>2</sup>  
Elisa Bertha Velázquez Rodríguez<sup>3</sup>  
Elia Chamorro Vázquez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Licenciada en Educación para la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México. Estudiante de Maestría en Sociología de la Salud. Centro Universitario Nezahualcóyotl. Universidad Autónoma del Estado de México, email: patrikka70@hotmail.com

<sup>2</sup>Dra. en Ciencias Sociales Profesora de tiempo completo y Coordinadora de Investigación y Estudios Avanzados del Centro Universitario Nezahualcóyotl. Universidad Autónoma del Estado de México, México, email: investigacion\_neza@yahoo.com.mx

<sup>3</sup>Dra. en Filosofía. Docente de tiempo completo de la Centro Universitario Nezahualcóyotl. Universidad Autónoma del Estado de México, email: elisaber46@hotmail.com

<sup>4</sup>Mtra. en Salud Familiar y Comunitaria y candidata a Doctorante en Salud Pública. Coordinadora de la Licenciatura de Enfermería. Modalidad a Distancia Centro Universitario Valle de Chalco. Universidad Autónoma del Estado de México, México, email: echv99@hotmail.com

\* Autor para correspondencia: patrikka70@hotmail.com

---

**Resumen:**

Ante el abuso de los servicios obstétricos, la humanización del parto es una propuesta factible. Este estudio analiza e interpreta el relato de una mujer atendida con el Modelo de Atención Integral en Obstetricia. Se empleó la entrevista a profundidad; el análisis se abordó con el enfoque de género. Las categorías de análisis fueron: trato digno en la atención, derechos reproductivos y parto libre. Los resultados muestran violencia de los derechos sexuales y reproductivos y de género. Se concluye que es imprescindible coparticipación y corresponsabilidad; sensibilización del personal sanitario sobre paradigmas humanizados e interculturales; empoderamiento y autoconfianza de la capacidad reproductiva de la mujer e involucrar al hombre, o familiares, en el parto.

**Palabras clave:** Experiencia del parto, perspectiva de género, parto humanizado.

**Abstract:**

Ahead of the abuse of obstetric services, humanization birth has been one feasible proposal. This study analyzes and interprets the story of experience of a woman assisted with the Integral Obstetric Care Model. The depth interview is used, its analysis from the gender perspective. The categories of analysis were: worthy treat of attention, reproductive rights and free birth. The results show violence of sexual and reproductive rights, and of gender. Coparticipation and corresponsability are essential; the sensitization of health personnel about humanized paradigms as intercultural, the empowerment and self-confidence in the woman's reproductive capacity and; involve the man or relatives in the birth.

**Key words:** Birth experience, gender perspective, humanized childbirth.

---

## Introducción

La propuesta de la atención hacia al parto humanizado, es una solución ante el uso excesivo de la medicalización, la patologización del parto, el alto índice de cesáreas y de intervenciones rutinarias;<sup>10</sup> que se practican en los nosocomios obstétricos. Las investigaciones revelan que la atención humanizada es percibida como favorable, por la mayoría de las pacientes; el acompañamiento, pilar fundamental en el parto, logra disminuir partos por cesárea (CS); acorta la labor de parto, el parto instrumental, minimiza los medicamentos para el dolor y, en el recién nacido, la puntuación de Apgar<sup>11</sup> es mayor de siete a los cinco minutos (OPS, 2009). Sin embargo, el parto respetado o humanizado naufraga al concretarse como política consolidada en las unidades hospitalarias (Hernández y Echevarría, 2016; Silva, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) reporta que cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; el 99% corresponde a los países en desarrollo.

Para México, por entidad federativa, en el año 2010 se reportó que el Estado de México tuvo el mayor número de muertes maternas con 12%, seguido de Veracruz con 7.9% y del Distrito Federal con 7.7% (Gamboa y Valdés, 2015).

---

<sup>10</sup> No justificadas: episiotomía, enema evacuante, uso de oxitocina, rotura de bolsa amniótica, maniobra de kriesteller, rasurado púbico y postura de litotomía; justificadas con restricciones: tactos vaginales, monitoreo electrónico fetal y aplicación de analgesia epidural (OMS, 1996).

<sup>11</sup> El sistema de puntuación de Apgar permite valorar la gravedad de la depresión respiratoria y neurológica en el nacimiento, por ciertos signos físicos. La puntuación máxima de 10 es poco frecuente (Laffita, Ariosa y Cutié, 2004).

---

Las estadísticas confirman que América Latina y el Caribe tienen las tasas más altas de cesárea (40.5%), seguida por América del Norte (32.3%), Oceanía (31.1%), Europa (25%), Asia (19.2%) y África (7.3%) (Betrán et al., 2016).

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014) reporta que las CS en México representaron 46.3% de los partos entre enero de 2009 y septiembre de 2014.

Hoy por hoy prevalece en la atención obstétrica de instituciones públicas y privadas, “modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad” (Arnau et al., 2012), enfocados al abordaje del cuerpo y la mente por separado (Quintero y Velázquez, 2017, p. 14), se concentran en el racionalismo donde el sentir, el saber, el placer, la palabra y visibilización de la mujer, se apartan de su realidad; en el que “converge un entramado de relaciones de poder, discriminación e inequidad social y de género” (Valdez, Hidalgo, Mojarro, y Arenas, 2013, p. 2). Se trata de “tecnologías del yo” por cuanto constituyen prácticas pautadas con las que el campo médico se legitima y se reproduce (Castro, 2014, p. 174).

Varios países en el mundo continúan con la ardua tarea de la humanización en el parto; en México, según la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV, s.f.), la única política pública humanizada es el Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro, iniciativa de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES). En el municipio de Chimalhuacán, Estado de México se desarrolló un programa piloto llamado Modelo de Atención Integral en Obstetricia (MAIO) en el Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero (HMIVG), por el Dr. Christian Byron Mera y por Dar a luz en conciencia, A. C., el proyecto se gestionó en 2013 y se ejecutó en 2014. El MAIO basado en recomendaciones por la OMS, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 y en las Guías de Práctica

---

Clínica del parto; considera el embarazo de bajo riesgo, atención al parto natural, curso psicoprofiláctico, acompañamiento y vigilancia del trabajo de parto, la posición vertical y el agua para manejo del dolor; técnicas de relajación para beneficiar al producto en su adaptación al medio extrauterino, fomento del apego inmediato “piel con piel” con la mamá y la lactancia materna. Como parte del equipo de salud, la doula apoya emocionalmente a las gestantes durante el manejo integral del proceso. La propuesta del MAIO se justificó porque, en el HMIVG, más del 95% de los nacimientos vía vaginal eran practicados como partos medicalizados (C. B. Mera, comunicación personal, 2014).

El objetivo del estudio fue interpretar y analizar el relato de la experiencia de una mujer con el Modelo de Atención Integral en Obstetricia en el HMIVG de Chimalhuacán, Estado de México; conocer lo que ocurre en la sala obstétrica de un hospital público, abordado desde el análisis de género. El supuesto hipotético es que la experiencia vivida del parto de la mujer está construida a partir de su propia óptica frente al trato recibido en los servicios de salud; la satisfacción de la atención depende de la confianza, empatía, comunicación, autonomía y el respeto recibidos.

La investigación se divide en cuatro apartados: el primero presenta las conceptualizaciones que fundamentan este estudio; el segundo, refiere la metodología; el tercero, muestra los resultados y su reflexión desde la perspectiva de género; y el cuarto, expone las conclusiones.

---

## Aproximación conceptual del objeto de estudio

Son escasas las investigaciones en México acerca de testimonios de mujeres sobre su vivencia en los servicios de atención humanizada en el parto. Una aportación de este estudio es coadyuvar en las políticas públicas de salud reproductiva y su análisis con enfoque de género.

La perspectiva de género es una herramienta que posibilita “comenzar a pensar sociológicamente las explicaciones de la intervención médica en el parto (IMP), sus condiciones de posibilidad, las dimensiones y variables que la atraviesan, el lugar de los sujetos y su carácter eminentemente relacional” (Castrillo, 2014, p. 12), “permite que las políticas y los programas estén fundamentados en las condiciones de vida existentes y en la posición social de mujeres y hombres” (Hofbauer, Sánchez, Zebadua, 2003, p. 59).

Considerar las necesidades, contextos y visiones de diferentes actores responde a una corresponsabilidad colectiva y a la *coparticipación*, como señala Correa (2016), “democratiza las esferas de la vida política, social y profesional”, y derechos humanos; ello propicia reformular políticas públicas de salud reproductiva factibles ante problemáticas sociales como propuestas al parto humanizado.

En el campo biomédico confluyen relaciones de poder que, por un lado, se adaptan desde el *habitus médico* y, por el otro, frente al *saber-poder* en el orden de género, como propios *dispositivos* de sumisión, control, producción y reproducción. Bourdieu (2000, p. 50 &#91;1998&#93;) explica cómo funciona el autoritarismo institucional al señalar:

---

Las estructuras de dominación son el producto de un trabajo continuado (histórico, por tanto) de reproducción al que contribuyen unos agentes singulares (entre los que están los hombres, con unas armas como la violencia física y la violencia simbólica) y unas instituciones: Familia, Iglesia, Escuela, Estado.

Bourdieu concibe la *violencia simbólica* como aquella “violencia insensible e invisible para los dominados, se ejerce a través del conocimiento, desconocimiento, reconocimiento y del sentimiento” (Bourdieu, 2000, p. 12&#91;1998&#93;); no obstante, es aceptada tanto por el dominador como por el dominado.

Por otra parte, Foucault (1998, p. 55 &#91;1977&#93;) no conceptualiza el poder como una institución, ni como una estructura, sino como una situación estratégica compleja en una sociedad dada. Él argumenta que el biopoder permite la invasión de la vida, explica que existen dos técnicas: la primera, anatomopolítica, centrada en el cuerpo como máquina; la segunda, biopolítica de la población, se enfoca en el cuerpo-especie, transitado por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos (Foucault, 1998, p. 83&#91;1977&#93;). Señala que, en las relaciones de poder, “es dócil un cuerpo que puede ser sometido, utilizado, transformado y perfeccionado” (Foucault, 1976, p. 140 &#91;1975&#93;).

En otro eje de análisis es la reflexión respecto al *placer*, dado que permite comprender al género como sexualidad del poder, en la propuesta de *liberarse del universo simbólico*. Dos teóricas hablan al respecto, por un lado, Hierro, propone la autonomía de las mujeres como libertad del placer, afirma:

---

El placer como sentido de existencia, ingrediente determinante de la vida buena, criterio último de decisión para alcanzar la rectitud de las acciones (Hierro, 2014, p. 145 &#91;2001&#93;).

Por otro lado, en similar eje de análisis, Velázquez plantea:

El placer de las mujeres a través de sus cuerpos no sólo consiste en liberarlo de la opresión sino comprenderlo, recordarlo y aprenderlo a través del círculo hermenéutico que significa la conjunción de horizontes de hombres y mujeres. Postula que consiste en el diálogo con la que las mujeres conjugan el sentir y el pensar (Velázquez, 2011, p. 163 &#91;2005&#93;).

## **Método**

La metodología elegida es de corte cualitativo, porque “busca la comprensión e interpretación de la realidad en la perspectiva de las personas investigadas” (Berenguera et al., 2014, p. 13). Se aborda por el método interpretativo que, en términos de Garagalza (2014, p. 91) “el lenguaje (la interpretación) es presentado ahora como aquello humano que hace humano al ser humano, abriéndole a un mundo de sentido”.

Para obtener los relatos, la herramienta fue una entrevista a profundidad en la que la gestante expresó sus “prioridades, necesidades o deseos” (Berenguera et al., 2014, p. 106); previo diseño de la guía, cuyos temas atienden a cuatro aspectos fundamentales, desde la perspectiva de la gestante, que proporcionó en su experiencia con la asistencia del MAIO.

La entrevista fue en abril de 2017, con una hora de grabación de audio, en el hogar de la mujer, en el periodo de puerperio tardío (un año después del parto), para evitar la



---

subjetividad que conlleva el postparto. Firmó un consentimiento informado, asegurándose el anonimato y la confidencialidad, para fines éticos de la investigación.

La elección del sujeto de estudio obedeció a un muestreo por conveniencia. La clave es extraer la mayor cantidad posible de información, dada la pequeña muestra (Crespo y Salamanca, 2007).

Dado que el modelo tenía funcionando un año, se buscó en las unidades de primer nivel qué mujeres habían participado en el MAIO entre 2015 y 2016; ahí surgió la oportunidad de contactar con una mujer que llevó a su pequeña a vacunar; fue la única que accedió a dar su testimonio.

El sujeto de estudio es una mujer de 25 años, casada, dedicada al hogar, multigesta (cuatro hijos actualmente), atendida en el Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero, en el Municipio de Chimalhuacán, Estado de México.

Es necesario precisar que la investigación se efectuó en el HMIVG, por ser el primer hospital público que aplicó la atención humanizada, resulta insoslayable conocer su impacto en una zona “marginada y con rezagos en servicios de salud”, a pesar de que “este municipio forma parte de la metrópoli más importante del país y de Latinoamérica” (Moreno y Espejel, 2013, pp. 78-92).

La entrevista permitió la categorización de la perspectiva de la gestante a través de sus relatos con relación al MAIO. Se marcaron y codificaron fragmentos de la entrevista, para crear el marco explicativo, de acuerdo con la fase de análisis que explica Berenguera et al. (2014, p. 142-145). Los relatos se trabajaron por codificación abierta, asignándose un nombre clave a cada una de las categorías, que se clasificaron en cuatro ejes de análisis:

---

trato digno en la atención; derechos reproductivos y parto libre; personalización del parto y manejo del dolor; y acompañamiento. El eje de investigación se sustentó bajo la frase: ¡Relátame cómo te trataron en el parto!

Se analizó la experiencia con el Modelo de Atención Integral en Obstetricia desde la perspectiva de género, a partir de los discursos de la participante.

## **Resultados y análisis de los datos**

Para la presente nota de investigación, sólo se presentarán los resultados de dos categorías de análisis: Trato digno en la atención y Derechos reproductivos y parto libre.

### **Trato digno en la atención**

La categoría de análisis *trato digno en la atención*, corresponde al derecho a la asistencia individualizada, al respeto, a la amabilidad, la confianza, e información clara y oportuna sobre los procedimientos clínicos, que recibe la mujer por los profesionales de la salud en los servicios asistenciales.

Un acontecimiento marcado único en la vida de la mujer es el parto, experiencia desagradable para algunas, por actitudes agresivas y déspotas de los profesionales de la salud, característico del paradigma *biomédico* que permea en los hospitales; según las jerarquías del poder y el autoritarismo. En uno de los resultados de esta investigación, la participante relata:

---

*“Sentí muy cortante el trato de la enfermera pues empezó a regañarme, (risa) diciendo: ¡Ya con cuántos hijos, debería de operarse, pues no es justo traer niños a sufrir!, creo que estaba de malas porque ya llevaba dos turnos”.*

Alude a la atención obstétrica, cuando hay un tipo de intimidación sutil y disfrazada como lo es la “violencia simbólica”, que acuña Bourdieu en la “*dominación masculina*”, no recurre a la fuerza física sino a conductas represivas como regaños, burlas, humillaciones, y otras; es común que el médico no mire a los ojos de la paciente mientras se comunica con ella, no le habla por su nombre, ni estrecha su mano como bienvenida o saludo, ni da confianza en el parto; en ocasiones, a la mujer se le juzga acerca de su vida reproductiva y se menoscaban sus derechos de escoger cuándo y cuántos hijos tener, como señalan Gainza, Labastie y Magnone (2013).

El condicionamiento patriarcal inhibe *la sexualidad, la capacidad reproductiva, y el placer* de las mujeres (Gainza, et al., 2013, p. 182), se culpabiliza y condena el cuerpo de la gestante por medio de las relaciones de poder y género. Como se muestra en el siguiente fragmento:

*“Los practicantes fueron muy groseros conmigo, yo le decía a una de ellas: es que me duele demasiado mi cabeza, es normal, dice... ¡Ahora sí que, nosotros no la mandamos a embarazarse, estamos aquí nada más para atenderle, así que se tiene que aguantar a lo que es un parto y hasta que termine!, y después de expresar esto, una de ellas me movió bruscamente la camilla”.*

---

El problema es que se sigue reproduciendo el *discurso médico*; porque su discurso objetivista, verdadero y científico, pretende encuadrar y cubrir el discurso de la subjetividad que tienen las mujeres que es, contrario, incierto, subjetivo, banal, torpe y además inexacto; porque las contracciones del útero, según el discurso médico, ocurren siempre en un mismo tiempo para todas las gestantes. Como afirma Arguedas (2014, p.155), las gestantes no son interlocutoras válidas; es decir, se subyuga su saber, no hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, son excluidas en la institución hospitalaria. Prueba de esto se refleja a continuación:

*“Yo ya sentía que la bebé estaba por nacer y le decía a la practicante, pero ella muy déspota respondía, ¡No, es que todavía no es hora!, e iba y me checaba y era el momento donde me lastimaba”. (Momento en que practicaba el tacto vaginal).*

Hoy por hoy, lo femenino contra lo femenino, también la mujer médica violenta a la gestante en la atención del parto, envolviéndose en este orden social que privilegia el discurso médico y el modelo hegemónico, aunque ella es del sexo femenino, se asume en esa cultura patriarcal.

### **Derechos reproductivos y parto libre**

La categoría de los *derechos reproductivos* comprende cómo la mujer asume sus derechos en la atención del parto y cómo el profesional de la salud los reconoce en las instituciones hospitalarias; se refieren a la restricción de la violencia física (conductas rutinarias del parto que dañan la integridad corporal femenina) y la violencia institucional (relaciones de poder, obstaculización de derechos reproductivos). El *parto libre* hace referencia a las Prácticas

---

recomendadas por la OMS para la atención del parto normal, y a la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010 y 2014), siempre y cuando la salud de la gestante no sea contraproducente.

El cuerpo de la gestante es representado como objeto mecánico, al que hay que manipular para su funcionamiento, imponerlo al castigo, sufrimiento y al dolor; debe mostrarse silencioso ante los procedimientos clínicos, como cuando es sometida al tacto vaginal y la maniobra de kristeller, que aún permean desapercibidamente en la práctica institucionalizada. Como se muestra en los siguientes testimonios:

*“Me hicieron más de diez veces los tactos vaginales, eran dos practicantes las que se encargaban de mí, y yo les decía groserías, porque cada vez que iban me lastimaban y ellos contestaban, ¡Ay, Sra. nosotros no la mandamos a embarazarse!”. “La ginecóloga presionó mi vientre hacia abajo, según me dijo que era porque la bebé estaba muy arriba todavía, entonces me la empujaba”.*

Desde la visión del *biopoder* que plantea Foucault, el *disciplinamiento social* como ejercicio de la *biopolítica*, Foucault (1998, p. 83 &#91;1977&#93;) explica: “hacer vivir, dejar morir”, en este sentido cuando se deja vivir se *normatiza* través del *castigo* (Foucault, 1998, p. 50 &#91;1977&#93;). No obstante, la mujer, al sentirse maltratada, responde con ira impotente, una de las manifestaciones visibles al sometimiento que plantea Bourdieu (2000, p. 55 &#91;1998&#93;), y es vulnerable para su empoderamiento, vinculándose así en este juego del poder.

---

Otro resultado de la investigación es que se imponen coercitivamente los métodos anticonceptivos. Se evade el consentimiento informado, no se respeta la autorización de la mujer en el parto. Plasmado en este fragmento:

*“Me habían colocado ya el DIU, pero otro ginecólogo del turno diferente dijo: ¡Tú, te vas para operar!, como yo había firmado un documento anteriormente para que me realizaran la ligadura de las trompas. Le respondí, es que como no me hicieron la cesárea; tuve un parto demasiado doloroso y además con lo del dispositivo no me siento bien, ahora para pasar a quirófano otra vez mejor me aguanto. ¡No, no se va a hacer lo que tú digas! fue entonces; que me retiró el DIU. Aun así, continuaron insistiéndome otros médicos para operarme, por lo que al final decidí que me colocaran otra vez, el dispositivo, ya fue un trato mejor porque se dieron cuenta que iba a las pláticas (taller psicoprofiláctico)”*

Hay que recalcar que las gestantes, en el inter del miedo o el dolor, se quebrantan y desconfían de sus capacidades, razón para optar por la cesárea, y asumen que necesitan la medicalización. No sólo el modelo hegemónico proyecta el parto como una enfermedad, también las mujeres lo perciben así y creen erróneamente que el parto vaginal es riesgoso (Suárez et al., 2012).

La insistencia para que la gestante recurra a la oclusión tubaria bilateral (OTB); se justifica en “términos de cumplimiento de metas, o por los riesgos reproductivos y de salud que, se dice, enfrentan las mujeres que no limitan su descendencia” (Castro y Erviti, 2015, p. 212); existe cierta “comodidad” que la intervención admite tanto para la institución,

---

como para las usuarias; la protección médico-legal de los proveedores y los incentivos económicos en las instituciones privadas (citado en Suárez et al., 2013, p.231). No se abre la posibilidad para que la mujer tome las decisiones sobre su salud reproductiva.

Por décadas se ha señalado que las prácticas recomendadas por la OMS en la atención del parto no afectan la salud de las mujeres. Esta investigación revela que, aunque las gestantes fueron informadas, aún existen restricciones para su aplicación.

Al respecto la usuaria manifiesta:

*“En el taller que nos dieron me decían cómo iba a ser toda la labor de parto, que podía estar una persona al lado mío ya fuera mi pareja o un familiar, también me explicaron la opción de parto en el agua y sobre la postura sentada o en cuclillas, el tomar líquidos, caminar y cambiar de posición en la cama; pero el día que ingresé me dijeron que no era posible nada de éstos, porque se me subió la presión además que podía haber infecciones”.*

El modelo biomédico asume que debe estar acostada sobre la espalda con una postura en decúbito supino (litotomía) simbolizada como enferma, posición en que se tensa más el vientre de la mujer y se complica la expulsión del bebé.

La institucionalización también limita la deambulación, aunque en los embarazos de bajo riesgo la mujer puede caminar antes de ser intervenida. Pero, desde que las gestantes ingresan al nosocomio se les simboliza *asexuadas*, como explican Gainza et al. (2013) se les da un número de cama y se las transforma en una historia clínica. Se uniforman

---

cubriendo su desnudez, son higienizadas, conectadas a monitores de alta tecnología; en esta sumisión, atadas a la cama, imposibilitándoles a deambular (p. 191).

Las mujeres con embarazo de bajo riesgo debieran tener la libertad de ingerir líquidos y alimentos durante el transcurso de parto, puesto que no existe evidencia de daños, Giraldo et al. (2015, p. 276-278) sostienen que tanto “la sed, la fatiga y el dolor están relacionados con el estado emocional, el acompañamiento y la soledad” y que e incluso enfermedades como la “diabetes, por no tener la mente ocupada y por los medicamentos” pueden provocar en una sed profunda.

Las instituciones hospitalarias deben reconocer estos procedimientos bajo la normatividad de los derechos humanos de todas las mujeres para solicitarlos y exigirlos. El placer depende del cuerpo y sólo se alcanza si se es autónomo (Hierro, 2014, p. 26-27 &#91;2001&#93;), de modo que Velázquez (2011, p. 164-166 &#91;2005&#93;) insiste en responsabilizarse en ambos, pensando en las sensaciones y sintiendo los pensamientos. Se trata de aprender un modo diferente de escuchar y mirar al sujeto para abrir la posibilidad del encuentro en el respeto y la dignidad; dándole a la mujer un trato desde lo ético, legal y derechos humanos.

## **Consideraciones finales**

Esta investigación permite profundizar en el análisis del discurso, la construcción de la experiencia de la gestante en la atención del parto en los servicios públicos y su relación con el género en la salud.



---

Se sostiene que la satisfacción de la asistencia obstétrica estriba en la confianza, empatía, comunicación, autonomía y el respeto que brinda el personal profesional de la salud hacia la gestante.

El relato de la experiencia de la mujer con el MAIO revela, violencia de género manifestado en agresiones verbales, humillaciones, represión de la sexualidad, placer y la capacidad reproductiva de la gestante, particularmente ejercido por médicas residentes profesional joven pero también por médicos adscrito experimentado.

Predomina la violación de los derechos reproductivos, en la *imposición de los métodos anticonceptivos coercitivamente* en concordancia con Castro y Erviti (2014) y Valdez et al., (2013). Se transgrede la integridad física y la autonomía de la gestante, en efecto es apto de las estrategias de la institucionalización sobre la insistencia de la oclusión tubaria bilateral; reciben mayores incentivos al lograr una OTB que practicar las vasectomías y existen ideas entre los médicos que practicar una vasectomía es “atacar” la sexualidad de un hombre (Castro y Erviti, 2015, p. 220).

El MAIO en su ejecución no logra tener impacto en la mujer bajo la perspectiva humanizada, se manifiesta insatisfecha ante el trato despersonalizado, vejación de los derechos humanos, sexuales, y reproductivos. Pese a que, es importante reconocer que el profesional sanitario consigue el parto natural; la mujer se siente necesitada de la cesárea, pues considera al parto como un evento doloroso, inmiscuyéndose así en esta cultura moderna de la medicalización. En concordancia con Hernández y Echevarría (2016) al decir que en las gestantes subyace desconfianza hacia sus propios cuerpos que, en ocasiones, perciben como caprichosos e imprevisibles, generando cierto grado de enculturación del proceso en clave patológica.

---

Se considera que el MAIO cuenta con elementos importantes en la atención humanizada, aunque en la praxis médica, permean las relaciones de poder; coexisten acentuadas jerarquías, atributos y divisiones que limitan que todo el equipo de profesionales esté sensibilizado en la promoción del paradigma humanizado. Es importante dar seguimiento y realizar evaluaciones constantes a estos proyectos pilotos y paradigmas con enfoque humanizado e intercultural, dado que como señala CEAV (s.f.) permitirán “conocer su alcance e impacto y si inciden en la erradicación de la violencia obstétrica”.

Entre las aportaciones de esta investigación, desde la perspectiva de género, radica en coadyuvar en las políticas públicas de salud reproductiva se requiere de toda una transformación estructural en todos los niveles desde la ética, los valores, el contexto jurídico, educativo, político, sociocultural, y en acciones de coparticipación y corresponsabilidad para prevenir y combatir situaciones de violencia; en favor de la mejora de la calidad de vida tanto de las pacientes como de las instituciones. Asumir el empoderamiento de la mujer y alcanzar el placer sintiéndose libre por el respeto a sus derechos humanos, sexuales y reproductivos, a ser tratadas con dignidad, a la no discriminación y a ejercer su autonomía; concientizar que su cuerpo está preparado fisiológicamente para un proceso natural, con seguridad en sí misma y con apoyo de herramientas informativas. Igualmente, debe fomentarse que el hombre como pareja, o familiares de las gestantes, se integren al proceso de parto, porque pueden ser un gran sostén de la mujer. Se insiste en la capacitación y concientización del personal sanitario en la humanización en el parto, haciendo hincapié en que los modelos interculturales sean íntegros en el sistema sanitario y sirvan de apoyo, dado que actualmente la salud del equipo médico también está siendo afectada por el Síndrome de Burnout.

---

## Limitaciones del estudio

Es pertinente decir que, al inicio de este estudio, se contó con la autorización del exdirector del Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero, Christian Mera Byron, para acceder a la información. Por cambios administrativos, la nueva dirección evitó el trabajo aduciendo que no tenían registro de las pacientes que participaron en el MAIO, y que el proyecto ya no estaba del todo vigente; aun así, se pidió la oportunidad de entrevistar a mujeres puérperas, pero su respuesta fue negativa. Explicaron que a futuro implementarían algo similar a ese modelo y que habría que replantearlo; se explicó a la jefa de Enseñanza y Calidad que, por los tiempos limitados en los estudios de posgrado, se complicaba iniciar un nuevo protocolo.

## Agradecimientos

Agradezco el apoyo económico brindado por CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología) para cursar mis estudios de posgrado y cuyo producto es esta investigación. De igual modo, agradezco a mi tutora y al Comité tutorial por compartir sus conocimientos, sus críticas y recomendaciones. A la participante del estudio, mi gratitud y reconocimiento por brindar su valioso testimonio.

## Referencias bibliográficas

- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 1, 145-169. Recuperado de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>
- Arnau, J., Martínez, M. E., Nicolás, M.D., Bas, E., Morales, R., y Álvarez, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia, *Revista de Antropología Iberoamericana*, 2, 225-247. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>

- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M.J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., y Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud: Aportaciones de la investigación cualitativa*. Recuperado de: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., y Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLOS ONE*, 2, 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0148343
- Bourdieu, P. (2000 &#91;1998&#93;). *La dominación masculina*. Segunda edición. Recuperado de: <https://www.ocac.cl/wp-content/uploads/2015/01/Pierre-Bourdeu-La-dominaci%C3%B3n-masculina.pdf>
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rms/article/view/46428/41695>
- ; Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19 (1), 37-42. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-conamed/articulo/25-anos-de-investigacion-sobre-violencia-obstetrica-en-mexico>
- ; Erviti, J. (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Recuperado de: <https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Sociolog%C3%ADa%20de%20la%20pr%C3%A1ctica%20m%C3%A9dica.pdf>
- Castrillo, M. (2014). Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto. *I Jornadas de Género y Diversidad Sexual*, 24 al 25 de octubre de 2014, La Plata, Argentina. Políticas públicas e inclusión en las democracias contemporáneas. *En Memoria Académica*. Recuperado de: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4126/ev.4126.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4126/ev.4126.pdf)
- CEAV. (s.f.). Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagno\\_stico\\_VO\\_port.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagno_stico_VO_port.pdf)
- Correa, M.L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 1, 1227-1231. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. (ENADID). (2014). Principales resultados. Recuperado de: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/promo/resultados\\_enadid14.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/resultados_enadid14.pdf)
- Foucault, M. (1976 &#91;1975&#93;). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Recuperado de: <https://introhistoria13.files.wordpress.com/2012/11/foucault-vigilar-y-castigar-parcial.pdf>
- (1998 &#91;1977&#93;). *Historia de la Sexualidad Vol. 1: La voluntad del saber*. Recuperado de: <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/681.pdf>

- Gainza, P. P., Labastie, M., y Magnone, N. (2013). La atención contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos. *Ulúa Revista de Historia, Sociedad y Cultura*, 22, 175-196. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/ulua/article/view/1187>
- Gamboa, C., y Valdés, S. (2015). Mortalidad materna en México: Marco Conceptual, Derecho Comparado, Políticas Públicas, Tratados Internacionales, Estadísticas y Opiniones Especializadas. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf>
- Garagalza, L.J. (2014). *El sentido de la Hermenéutica: La articulación simbólica del mundo*. Barcelona, España; México, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa: Antrophos.
- Giraldo, D I., González, E. M., y Henao, C. P. (2015). Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Avances en Enfermería*, 2, 271-281. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.42279>
- Hernández, J. M. y Echevarría, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático. *Revista Internacional de Sociología*, 1, 2-13. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- Hierro, G. (2014 &#91;2001&#93;). *La ética del placer*. (2da ed.). México: PUEG, UNAM.
- Hofbauer, H., Sánchez D., y Zebadua, V. (2003). *Presupuestos sensibles al género: Conceptos y elementos básicos*. México: Secretaría de salud.
- Laffita, A., Ariosa, J.M., y Cutié, J.R. (2004). Apgar bajo al nacer y eventos del periparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2004000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2004000100002&lng=es&tlng=es).
- Moreno, E., y Espejel, J. (2013). Chimalhuacán en el contexto local, sociourbano y regional. *Quivera*, 2013-1, 77-99. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40128395005>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: Autor. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
- (2016). *Mortalidad materna*. Nota descriptiva. OMS: Autor. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2009). *AIEPI Neonatal. Intervenciones basadas en evidencia: en el contexto del continuo materno-recién nacido-niño menor de dos meses*. Washington, DC: OPS. Recuperado de: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/final\\_intervenciones.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/final_intervenciones.pdf)
- Quintero, M. L., y Velázquez, E B. (2017). *Imaginario y realidades del climaterio y la menopausia*. México: Castellanos.
- Silva, M. (2017). *Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto*. (Dissertações e Teses de Maestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil. Recuperado de:

---

[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-AQCL2R/milene\\_silva\\_rodrigues.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-AQCL2R/milene_silva_rodrigues.pdf?sequence=1)

Suárez, L., Campero, L., de la Vara, E., Rivera, L., Hernández, M. I., Walker, D., Lazcano, E. (2012). Elevada recurrencia a las cesáreas: revertirla tendencia y mejorar la calidad en el parto. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/M0502.pdf>

----- Campero, L., de la Vara, E., Rivera, L., Hernández, M. I., Walker, D., Lazcano, E. (2013). Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud pública de México*, 55(2), 225-234. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800020&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800020&lng=es&tlng=es).

Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., y Arenas, L.M. (2013). Nueva evidencia sobre un viejo problema: el abuso hacia las mujeres en salas de maternidad. *Revista. CONAMED*, 1, 14-20. Recuperado de: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4237199.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4237199.pdf)

Velázquez, E. B. (2011 &#91;2005&#93;). *Lilith: Nombre de lo prohibido. Lo erótico de lo siniestro*. México: Castellanos.

### **Sobre los autores**

Patricia Mendoza Zosayas es Licenciada en Educación para la Salud, por el Centro Universitario Nezahualcóyotl y Maestrante en Sociología de la Salud, del Centro Universitario Amecameca, ambos pertenecientes a la Universidad Autónoma del Estado de México.

María Luisa Quintero Soto es Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Iberoamericana, desde 2006, pertenece al Sistema Nacional de Investigadores, es profesora de Tiempo Completo y Coordinadora de Investigación y Estudios Avanzados en el Centro Universitario Nezahualcóyotl de la Universidad Autónoma del Estado de México. Sus líneas de Investigación son: Mercado de trabajo en microempresas, Proyectos de Inversión, Género, Desarrollo Sustentable, Ambiente y Salud. Ha publicado más de 70 artículos, coordinado 30 libros, sus últimas obras son: *Imaginario y realidades del climaterio y la*

---

*menopausia* (2017) de Editorial UAEMEX-Castellanos y el libro *La Sociología de la Salud y los Paradigmas de Investigación* (2018) Ed. Miguel Ángel Porrúa y UAMEX.

Elisa Bertha Velázquez Rodríguez es Doctora en Filosofía por la Universidad Nacional Autónoma de México, pertenece al Sistema Nacional de Investigadores, investiga sobre género y educación ambiental, en el Cuerpo Académico Consolidado Género y Desarrollo Sustentable, en el Centro Universitario Nezahualcóyotl de la Universidad Autónoma del Estado de México, en donde es profesora investigadora con perfil PROMEP. Sus líneas de investigación son: Hermenéutica, Psicoanálisis, Género, y Educación. Ha publicado diversos artículos en revistas de educación. Es autora de los libros: *El encuentro con la naturaleza: Voces femeninas en el tiempo* (2015) e *Imaginarios y realidades del climaterio y la menopausia* (2017) y *La Sociología de la Salud y los Paradigmas de Investigación* (2018) Ed. Miguel Ángel Porrúa y UAMEX.

Elia Chamorro Vázquez es Maestra en Salud Familiar y Comunitaria, por la Universidad Autónoma del Estado de México. Actualmente candidata a Doctora en Salud Pública, por la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. Tiene convenio con La Universidad Nacional de Trujillo en Perú. Labora como Coordinadora de la Licenciatura de Enfermería, Modalidad a Distancia en el Centro Universitario Valle de Chalco, de la Universidad Autónoma del Estado de México. Sus temas de especialización son: Embarazo adolescente y construcción del cuidado. Entre sus publicaciones recientes, destaca la del 2016: *“Percepción del estado de salud y comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes embarazadas* en Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social 24 (1) p. 45-50.

## Anexo 3. Ponencias en eventos académicos



Universidad Autónoma  
del Estado de México

### Otorga la presente

A: PATRICIA MENDOZA ZOSAYAS

Por su participación con el avance de investigación:

“Percepción de una mujer sobre el modelo de atención integral en obstetricia del municipio de Chimalhuacán, Estado de México”

Presentada en el X Coloquio de Maestranteras “Avances de Investigación en Sociología de la Salud” que se llevó a cabo en el Centro Universitario UAEM Valle de Chalco el 28 y 29 de noviembre de 2017.

  
CENTRO UNIVERSITARIO  
UAEM AMECAMECA  
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA

  
Lic. Israel Reyes Reza  
SUBDIRECTOR ACADÉMICO  
Centro Universitario UAEM Amecameca

Amecameca, Estado de México a 29 de noviembre de 2017.

  
  
Mtra. María de los Angeles Maya Martínez  
COORDINADORA  
Maestría en Sociología de la Salud

CU Amecameca

Constancia





**Asociación Latinoamericana de Medicina Social- México**

Otorga la presente

*Constancia a:*

**Patricia Mendoza Zosayas**

Por haber participado como ponente al  
**VI CONGRESO NACIONAL DE  
MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA**  
Chiapas-México, del 19 al 21 de Octubre 2017.

Jaime Tomás Page Pliego  
Coordinador Congreso  
ALAMES-México

Juan Manuel Castro Albarrán  
Coordinador ALAMES-México

Rafael González Guzmán  
Coordinador General ALAMES

La Universidad Autónoma de Aguascalientes otorga la presente

**CONSTANCIA**

a:

**LIC. PATRICIA MENDOZA ZOSAYAS**

**DRA. MARÍA LUISA QUINTERO SOTO**

**DRA. ELISA BERTHA VELÁZQUEZ RODRÍGUEZ**

por su participación en la Modalidad de Ponencia, en la mesa de Ciencias de la Salud



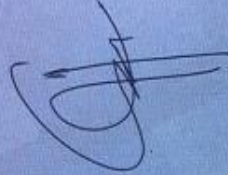
CONGRESO  
INTERNACIONAL  
LA INVESTIGACIÓN  
EN EL POSGRADO

*"Se Lumen Proferre"*

Aguascalientes Ags., a 11, 12 y 13 de Octubre de 2017



Dr. en C. Francisco Javier Avelar González  
*Rector*



Dra. María del Carmen Martínez Serna  
*Directora General de Investigación y Posgrado*



**UAEM** | Universidad Autónoma  
del Estado de México

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA**  
Maestría en Sociología de la Salud

Otorga la presente

**CONSTANCIA**

**A: PATRICIA MENDOZA ZOSAYAS**

Por su participación con el avance de investigación  
"Percepción de una mujer sobre el Modelo de Atención Integral en obstetricia  
del municipio de Chimalhuacán, Estado de México"

Presentada en el IX Coloquio de Maestros "Avances de Investigación en Sociología de la Salud",  
realizado el 31 de mayo y 1 de junio de 2017.



"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"  
"PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO"

CENTRO UNIVERSITARIO  
UAEM AMECAMECA  
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA

L. C. Israel Reyes Reza  
SUBDIRECTOR ACADÉMICO DEL CENTRO  
UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA



CENTRO UNIVERSITARIO  
UAEM AMECAMECA  
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA

M. en C. María de los Angeles Maya Martínez  
COORDINADORA DEL MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD  
SOCIOLOGÍA DE LA SALUD COORDINACIÓN



**UAEM** | Universidad Autónoma del Estado de México

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA**  
Maestría en Sociología de la Salud

Otorga la presente

**CONSTANCIA**

**A: PATRICIA MENDOZA ZOSAYAS**

Por su participación con el avance de investigación  
"Percepción de las mujeres atendidas con el modelo de atención integral obstétrica"

Presentada en el VIII Coloquio de Maestros "Avances de Investigación en Sociología de la Salud" realizado los días 7 y 8 de diciembre de 2016.



"PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO"  
"2016, Año del 60 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"  
"2016, Año de Leopoldo Flores Valdés"

CENTRO UNIVERSITARIO  
UAEM AMECAMECA  
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA

L. C. Israel Reyes Reza  
SUBDIRECTOR ACADÉMICO DEL CENTRO  
UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA



Maestría en Sociología de la Salud  
COORDINACIÓN

*Maestra María de los Angeles Maya Martínez*

COORDINADORA DE LA MAestría EN SOCIOLOGÍA  
DE LA SALUD



Universidad Autónoma de Baja California, a través de la  
Licenciatura en Sociología de la Facultad de Ciencias  
Administrativas y Sociales y el CA-134 Sociedad y Gobierno,

otorga la presente

## CONSTANCIA

a

Patricia Mendoza Zosayas

**7<sup>o</sup>** CONGRESO  
INTERNACIONAL DE  
**SOCIOLOGÍA**  
**VOCES DE RESISTENCIA:**  
miradas críticas desde la Sociología

Celebrado del 26 al 29 de septiembre de 2016  
en Caracol Centro Científico y Cultural,  
Ensenada, Baja California, México, como:

Ponente del trabajo

*Percepción de las mujeres con respecto a sí mismas y su autonomía  
en relación a las prácticas médicas durante el parto. Estudio de  
género con las mujeres que participaron en el Modelo de Atención  
Integral Obstétrica, en el Hospital Vicente Guerrero durante el año  
2015*

Claudia Elsa López Sanz  
Presidenta, Comité Estudiantil

Dra. Mónica Lacavex Berumen  
Directora, Facultad de Ciencias  
Administrativas y Sociales

Dra. Andrea Spears Kirkland  
Presidenta, Comité Académico  
Líder del CA-134 Sociedad y Gobierno



**Otorga la presente**

# CONSTANCIA

**A: PATRICIA MENDOZA ZOSAYAS**

Por su ponencia

**“Percepción De Las Mujeres Del Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero,  
Respecto Al Modelo De Atención Integral Obstétrica Desde La Perspectiva De  
Género”**

Presentada en el VII Coloquio de “Maestría En Sociología De La Salud”  
Realizado el día 01 de junio de 2016.

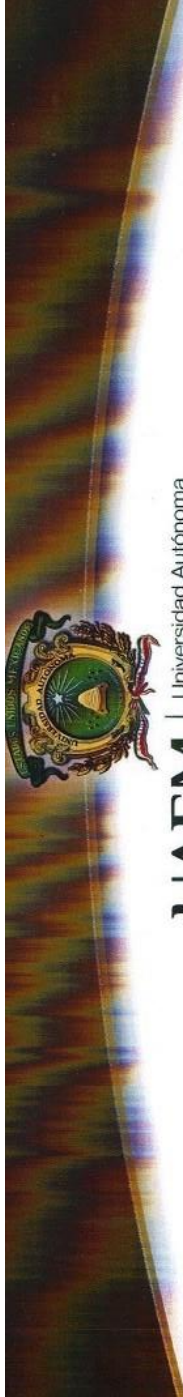
CENTRO UNIVERSITARIO “PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO”  
2016: Año del 60 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México”



Dra. en M. E. Magally Martínez Reyes  
Encargada del Despacho de la Dirección  
CU UAEM Valle de Chalco

*M. en N. C. María De Los Angeles Maya  
Martínez*  
Coordinadora De La Maestría En Sociología  
De La Salud





Universidad Autónoma del Estado de México

CEDES  
Centro de Estudios e Investigación en Desarrollo Sustentable

El Centro de Estudios e Investigación en Desarrollo Sustentable

RedIS  
Red de Investigadores por la Sustentabilidad

Otorga la presente

# CONSTANCIA

A: Patricia Mendoza Zosayas, María Luisa Quintero Soto, Elisa Bertha Velazquez Rodriguez y Elia Chamorro Vázquez

Por su participación como

PONENTES

Con el trabajo "Impacto del modelo de atención integral obstétrica en mujeres gestantes de bajo riesgo del hospital Vicente Guerrero"

1ra. CONVENCION NACIONAL DE LA RED DE INVESTIGADORES POR LA SUSTENTABILIDAD (RedIS)  
3er. SIMPOSIO NACIONAL DE SUSTENTABILIDAD

"La transición a la complejidad de la Sustentabilidad"

Toluca, Estado de México, 20, 21 y 22 de abril 2016



Dr. en U. Fermín Carreño Meléndez  
Coordinador del Centro de Estudios e Investigación en Desarrollo Sustentable



Dr. en U. María Clara Rodríguez Soto  
Coordinadora de la Red de Investigadores en Desarrollo Sustentable por la Sustentabilidad



Dr. David Iglesias Piña  
Coordinador General del 3er. Simposio Nacional de Sustentabilidad y 1ra. Convención Nacional de la Red de Investigadores por la Sustentabilidad