



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y LENGUAS

Discursos sobre el parto y su implicación en la
transformación de las relaciones sociales.

Tesis

Para obtener el grado de
Doctora en Estudios Culturales y Sociales de Mesoamérica y del Caribe

PRESENTA

Nancy Paola Chávez Arias

DIRECTORA DE LA TESIS

Dra. Barbara Blaha Degler Pfeiler



Chetumal, Quintana Roo, México, octubre de 2022.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y LENGUAS

Discursos sobre el parto y su implicación en la
transformación de las relaciones sociales.

Presenta:

Nancy Paola Chávez Arias

Tesis para obtener el grado de Doctora en Estudios Culturales y Sociales de
Mesoamérica y del Caribe
COMITÉ DE SUPERVISIÓN DE TESIS

Director de tesis:

Dra. Barbara Blaha Degler Pfeiler

Asesor:

Dra. Inke Gunia

Asesor:

Dra. Verónica Alejandra Velázquez Guerrero

Asesor:

Dr. Daniel Flores Albornoz

Asesor:

Dr. Julio César Robertos Jiménez

Suplente:

Dr. Yuri Hulkín Balam Ramos

Suplente:

Dra. Kinuyo Esparza Yamamoto



Chetumal, Quintana Roo, México, octubre de 2022.

Con profundo agradecimiento

y reconocimiento sincero

a la memoria de

Dr. Andreas Koechert.

Gracias infinitas por creer en mí.

RESUMEN

El 11 de julio de 2019 la Organización de las Naciones Unidas reconoce por primera vez la existencia del maltrato y violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva, especialmente durante el parto, como un problema global de causas estructurales compartidas. Sin embargo, la violencia obstétrica ya era señalada por ciudadanos, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud desde por lo menos 20 años atrás. Aún con estas aproximaciones, continúa existiendo una falta de comprensión profunda que no permite combatir estas formas de maltrato y violencia.

El propósito de investigación es analizar discursos públicos sobre las prácticas obstétricas en México (contexto, actores y actitudes) a partir de una selección de textos representativos de las relaciones sociales en torno al parto. Se realizó el análisis del discurso que pone de manifiesto la conexión entre los textos y sus contextos sociales.

La técnica utilizada para la selección de la muestra fue el “muestreo teórico” de la Teoría Fundamentada el cual consiste en una selección deliberada que asegura que las categorías, tópicos o conceptos considerados para ser centrales al material, puedan ser representados suficientemente bien y a la vez registrar las diferentes variantes de esos conceptos.

El método de Análisis Crítico del Discurso (ACD) se basa en el esquema de Norman Fairclough (1995) que propone tres etapas analíticas: descripción, interpretación y explicación. Las propiedades lingüísticas son *descritas*, la relación entre los procesos de producción e interpretación de la práctica discursiva y el texto es *interpretada*, y la relación entre discurso y práctica social es *explicada*.

La teoría de la complejidad aporta en la parte explicativa, así como el concepto de *dispositivo* (Foucault, 1970) para expresar los resultados obtenidos del análisis.

Palabras clave: discurso, dispositivo, interdiscursividad, intertextualidad, orden del discurso, partería, parto humanizado, relaciones sociales, violencia obstétrica.

ABSTRACT

On July 11th, 2019, for the first time the United Nations recognized the existence of mistreatment and violence against women in reproductive health services as a global problem with common causes based on structural roots, particularly during childbirth. Even though obstetric violence has been reported for at least 20 years by citizens as well as non-governmental and international organizations, such as the World Health Organization, the absence of profound understanding does not allow for fighting back these forms of mistreatment and violence.

The purpose of this research is to analyze public discourses on obstetric practices in Mexico (context, actors, and attitudes) based on a selection of representative texts on social relations around childbirth. Discourse analysis which was carried out reveals the connection between the texts and their social contexts.

The technique used for the selection of the sample was the “theoretical sampling” of Grounded Theory. This approach consists of a deliberate selection which ensures that the categories, topics, or concepts considered to be central to the material can be represented well enough while registering the different variants of these concepts.

The Critical Discourse Analysis (CDA) method is based on the scheme of Norman Fairclough (1995) who proposes three analytical stages: description, interpretation, and explanation. Linguistic properties are described, the relationship between the processes of production and interpretation of discursive practice and the text is interpreted, and the relationship between discourse and social practice is explained.

In the explanatory part, the theory of complexity as well as the concept of device (Foucault, 1970) contribute to presenting the results obtained from the analysis.

Keywords: discourse, device, interdiscursivity, intertextuality, order of discourse, midwifery, humanized childbirth, social relations, obstetric violence.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1.	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 INTRODUCCIÓN	2
1.2 OBJETIVOS	8
1.3 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA	9
1.4 MÉTODO.....	12
1.5 MATERIAL	17
1.6 RESULTADOS ESPERADOS	19
CAPÍTULO 2.	22
MARCO TEÓRICO.....	22
2.1 PARADIGMA DE ANÁLISIS.....	22
2.2 EL ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO EN EL PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD.....	27
2.3 TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS DEL ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO	31
2.4 CONSTRUCCIÓN DEL MODELO DE ANÁLISIS	45
2.4.1 Nivel 1. Dimensión comunicativa	48
2.4.2 Nivel 2. Dimensión pragmática	51
2.4.3 Nivel 3. Dimensión semiótica	54
CAPÍTULO 3.	56
ANÁLISIS DE LA DIMESIÓN COMUNICATIVA	56
3.1 DESCRIPCIÓN DEL TEXTO EN CONTEXTO	60
3.2 CODIFICACIÓN INTERTEXTUAL.....	97
CAPÍTULO 4.	108
ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN PRAGMÁTICA.....	108
4.1 IDENTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DISCURSIVAS.....	110
4.2 RELACIONES ENTRE PRÁCTICAS DISCURSIVAS Y ÓRDENES DEL DISCURSO	120
CAPÍTULO 5.	186
ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN SEMIÓTICA.....	186
5.1 IDENTIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA IDEOLÓGICA	188
5.2 ANÁLISIS IDEOLÓGICO DE LA INTERDISCURSIVIDAD.....	193
5.2.1 Discursos relativos al personal sanitario	194
5.2.2 Discursos relativos a las parteras	215

5.2.3 Discursos relativos a usuarios de la atención obstétrica	237
CAPÍTULO 6.	258
CONSIDERACIONES FINALES	258
6.1 PRINCIPALES RESULTADOS.....	258
6.2 LA FUNCIÓN DEL DISPOSITIVO EN LA EDIFICACIÓN DE LA HEGEMONÍA.....	266
6.3 REFLEXIÓN FINAL.....	293
ANEXO 1. REFERENCIAS DE LOS TEXTOS ANALIZADOS	302

TABLAS

Tabla 1.4.1 Ejes funcionales del análisis.....	13
Tabla 1.5.1 Material de análisis.	188
Tabla 2.4.1 Diseño de la investigación.....	48
Tabla 3.0.1 Orden cronológico del material de análisis	577
Tabla 3.1.1 Clasificación de los textos por tipo	60
Tabla 3.1.2 Síntesis del análisis comunicativo.....	95
Tabla 3.2.1 Codificación intertextual por categorías	97
Tabla 3.2.2 Relación de tópico con código categorial representativo	100
Tabla 3.2.3 Densidad intertextual de códigos en la categoría "contexto"	102
Tabla 3.2.4 Densidad intertextual de códigos en la categoría "actores".....	102
Tabla 3.2.5 Densidad intertextual de códigos en la categoría "actitudes".....	102102
Tabla 4.1.1 Textos en relación con órdenes del discurso	112
Tabla 4.1.2 Tópicos y códigos asociados a órdenes del discurso.....	116
Tabla 4.2.1 Densidad de código por categoría y tópico.....	122
Tabla 5.1.1 Adaptación del plano de la estructura ideológica.....	191
Tabla 5.1.2 Plano de la estructura ideológica de las prácticas obstétricas	192
Tabla 5.2.1 Relación intertextual entre los actores de los discursos	193
Tabla 5.2.2 Diferencias semánticas internacional y nacional sobre la partería tradicional.....	233
Tabla 5.2.3 Testimonios de mujeres comparados por tipo de atención recibida.....	244
Tabla 6.2.1 Comparación de modelos. Fuente: Dr. José Luis Larios Reyes.....	276

GRÁFICAS

Gráfica 3.2.1. Codificación intertextual por densidad de códigos	103
Gráfica 4.1.1 Nacimientos por lugar de ocurrencia y proveedor	114

ILUSTRACIONES

Ilustración 3.2.1 Categorías centrales por densidad de código	104
Ilustración 4.1.1 Esquema interdiscursivo relacionado a los tópicos.....	115
Ilustración 4.1.2 Dinámica cronológica de posicionamiento de los discursos	117
Ilustración 6.2.1 Resultados y niveles de la interacción discursiva	269

CAPÍTULO 1.

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

“En la actualidad, además de poder optar libremente a la maternidad, es necesario recuperarla, dignificarla y restituirla a la Humanidad.”

(María Jesús Blázquez)

1.1 INTRODUCCIÓN

Históricamente la inercia social en la cultura y geografía occidental monoteísta ha sostenido por siglos una estructura vertical de relaciones en las que el ámbito de poder de la mujer había estado confinado al espacio doméstico, mientras que los asuntos públicos de trascendencia se negociaban en un espacio de poder exclusivo del género masculino normativamente heterosexual.

Actualmente nos encontramos en un contexto de dinámica de género convulso, donde las mujeres (sujetos sociales del género femenino) y otros sujetos con expresión de género y sexualidad diversa, han estado gradualmente ocupando espacios y funciones que durante siglos correspondían solo a los sujetos masculinos. Esto sin minimizar los efectos de aspectos transversales como raza-etnia, clase social.

Estas mutaciones, han sido alimentadas por una serie de actos colectivos dirigidos, de manera consciente o no, a transformar las condiciones imperantes en el marco de acción de las relaciones sociales dadas.

En la mayor parte del mundo moderno globalizado (cuyos procesos monopolizan la cobertura mediática, y por lo tanto, ideológica) es común ver mujeres ocupando puestos de poder o destacando en todas las áreas públicas de la sociedad: política, financiera, médica, científica, académica, artística, etc.

No obstante, en el trasfondo de estas micro revoluciones sociales que tienden a la igualdad de derechos, está latente un fenómeno emergente con características particulares que va más allá de asumir por las mujeres roles de género históricamente masculinizados.

Pero antes de explicar la particularidad del fenómeno, debemos considerar las características del sistema de roles dominante en el cual el control sobre los recursos se torna agresivo. El acaparamiento de los recursos naturales extraídos de la tierra sustenta la historia de las guerras humanas. Ha sido necesario entonces, desarrollar e instalar globalmente el concepto de soberanía para mantener una relativa (y endeble) estabilidad para la convivencia pacífica.

En este sistema, el cuerpo de la mujer es un recurso más. No importa quien ostente el rol dominante (hombres o mujeres cisgénero o transgénero) si lo que se hace es perpetuar el propio poder que representa tener el control sobre los recursos, y en particular, sobre el cuerpo femenino considerado como tal.

No solo la prostitución forzada, la trata de blancas, la esclavitud doméstica, la pornografía ilícita, la subrogación uterina abusiva son empresas lucrativas que explotan no tanto el cuerpo de la mujer, como a la mujer a través del uso y desecho de su cuerpo, transgrediendo el concepto de derechos humanos cuando intereses económicos están de por medio.

De la misma manera, la salud reproductiva, perinatal y la crianza primal son procesos en las vidas y cuerpos de las mujeres que representan una fuente de riqueza en este esquema de explotación. Y en este sentido, la soberanía es a los estados-nación lo que la *autonomía corporal* sería a las mujeres. Es en este punto donde radica la particularidad del fenómeno observado, que requiere ser nombrado. Actualmente desde la prohibición del aborto hasta la aplicación de órdenes judiciales que obligan a la mujer a parir en un centro hospitalario, más las reacciones de resistencia colectiva que ello provoca, son señales de que se están gestando procesos de defensa del propio territorio-cuerpo, en Europa, América y todos los continentes.

Son estas intenciones colectivas de las mujeres que no solo no buscan reemplazar al género masculino en los roles de poder dominantes en un esquema simplista de sustitución y reproducción de la explotación, sino que en esta búsqueda de autonomía se gesta el propio cambio del sistema de relaciones en donde el libre albedrío sería acompañado de responsabilidad civil, y la desobediencia civil transformada en propuestas y acciones plausibles para la convivencia armónica, para lo cual se tendría que renunciar necesariamente al afán de explotación. Es decir, esta búsqueda implica sustituir el abuso del poder por el empoderamiento propio en el cual cada individuo autogestiona de manera consciente sus

decisiones y asume de manera responsable las consecuencias. Si bien es cierto que este horizonte requiere un largo y profundo esfuerzo humano, también es cierto que el paradigma de prohibición y castigo está muy lejos de dar los resultados esperados.

Hoy en día existe un panorama, justificado por la ciencia médica tradicional y avalado por el sistema hegemónico, en el cual la regla social implícita es la imposición sistemática de lo que en un momento determinado los grupos de poder consideran que es lo más conveniente. Por otro lado, la complejidad no se reduce a bloques homogéneos de etiquetación (Medicina científica o hegemónica vs. Medicina tradicional o alternativa por ejemplo), pues dentro de cada lógica de pensamiento individual se experimenta igualmente una efervescente tensión, y al mismo tiempo, entre diferentes lógicas se establecen nuevas relaciones sociales que permiten un puente comunicativo que alcanza a arrojar resultados satisfactorios, pero que por tratarse de casos aislados y particulares, rara vez son visibles para el sistema que los podría impulsar mediante la política pública, o su implementación sistemática la consideran ineficiente en la relación costo/beneficio, o simplemente los tomadores de decisión no lo alcanzan a comprender porque el sistema imperante de corte patriarcal no representa incomodidad alguna para el estatus quo.

No obstante, son estos fenómenos emergentes que surgen a partir de nuevas conexiones en la red de relaciones sociales los que podrían explicar un eventual cambio social y, metodológicamente hablando, una de las formas de acceder al potencial de este latente fenómeno de transformación sociocultural es a través del análisis del discurso.

Por muchas razones, la investigación de los discursos sobre el parto y su implicación en la transformación de las relaciones sociales es un tema bastante complejo, que no es menor, y que está repleto de paradojas. Me parece oportuno iniciar aludiendo a estas:

1. Cae dentro de la misma línea de investigación relacionada al entendimiento sobre la salud y la enfermedad en el contexto de la diversidad cultural, pero no porque el embarazo y el parto sean una enfermedad, sino porque los procesos reproductivos son tratados como tal en el modelo de atención de la medicina científica.
2. Se trata de un tema ligado a la intimidad y a lo privado, lo que ha perpetuado el abuso sistemático por siglos mantenido en silencio. Hoy en día hay denuncias

contra el modelo hegemónico de atención del parto que salen a la luz pública provocando una tensión social sin precedentes, con un desenlace incierto de lo que parece un debate público irreversible.

3. Es un “asunto de mujeres” que sin embargo compete a la humanidad entera. Estamos hablando de las condiciones socioculturales del contexto de inicio de cualquier vida humana, que a pesar de la evidencia científica sobre las repercusiones a lo largo de la vida, se continúa relegando como tema secundario, oculto e incómodo, pero ya en la agenda pública.
4. Aun siendo un “asunto de mujeres”, las mujeres representan la mitad de la población mundial, por lo que si no se acepta la tesis de que legislar y aplicar respeto intercultural y de derechos humanos en los procesos reproductivos de las mujeres sea un asunto que compete a la totalidad de la población, se puede decir que compete por lo menos a la mitad de ella, y no a unos cuantos casos aislados como generalmente se pretende presentar.
5. La violencia simbólica y material que se ejerce sobre la humanidad entera, especialmente sobre mujeres y niños (características que por lo regular van acompañados de otros epítetos de marginación, pero que por sí solos ya son condicionantes) ha provocado que la historia se cuente y que la sociología se explique desde un solo punto de vista. La ciencia en general adolece de un sesgo de género.
6. Como ejemplo, el acceso de las mujeres a la educación ha sido el resultado de poderosas luchas en la historia reciente por alcanzar la igualdad de derechos. Hoy en día las mujeres han conquistado derechos que le eran exclusivos al varón, pero la lucha por la emancipación de los derechos propiamente de las mujeres (a no ser ridiculizadas, violadas, explotadas laboral y sexualmente, comercializadas como objeto de uso, asesinadas por razones de género, obligadas a dimitir su autonomía; derecho a ser respetadas en las decisiones que tome libremente sobre su cuerpo, sexualidad y ciclos de reproducción, etc.) siguen siendo batallas en una lucha constante y actual.

Mi ejercicio de investigación se posiciona en medio de estas disertaciones que considero oportuno esclarecer como entrenamiento autocrítico y honesto sobre la postura de

la cual parto, ya que como actora implicada directamente en el fenómeno me es imposible separarme de mi perspectiva y experiencia vital. No obstante, en sentido estricto, aplico a lo largo de la tesis toda la vigilancia epistemológica a la que estoy científicamente condicionada. Hacer explícita mi postura podría incluso interpretarse como una séptima paradoja dado que aquel investigador social que no lo realiza, no por ello carece de una postura y, por ende, tiene más riesgo de “contaminación ideológica” para con su objeto de estudio al no estar expectante y vigilante de la veracidad de sus observaciones.

Estar embarazada se trata de una identidad eventual y fugaz en el espectro amplio del ser mujer. Un evento liminal que transforma el estatus del ser mujer al ser mujer-madre. Es una identidad que des-coloca al individuo en una estructura social donde no se tiene claro el rol que se debe jugar. Hay un continuum universal que es el hecho biológico de la reproducción mamífera, sin embargo, todo contexto social es situacional, histórico, y es lo que me interesa destacar. En el siglo XX tardío y XXI ser mujer y ser madre en una sociedad globalmente posmoderna (e hipermoderna) supone una serie de procesos de carácter conflictivo entre el ser y el deber ser. Así se trate de una mujer profesionista de clase media en la ciudad¹, o una mujer campesina que trabaja en fábricas maquiladoras cerca de su poblado², o una mujer indígena rural dedicada al hogar³, la realidad es que la sociedad, ya sea mediante la re-presión cultural y laboral o los abortos y esterilizaciones prohibidos en algunos lugares, obligados contra voluntad en otros, constriñe cada vez más el espacio-tiempo destinado a la maternidad.

El despliegue de esa identidad del ser mujer siendo madre se ve limitada por poderes fácticos que deciden bajo un esquema capitalista de producción, limitando la experiencia hasta el punto de la enajenación y la negación. Es evidente que la maternidad ha perdido su

¹ Véase por ejemplo el Documental de Sin Filtros: *Las "NoMo": las mujeres que no quieren ser mamá*, publicado el 27 de enero de 2017 y consultado en <https://www.youtube.com/watch?v=Nd9Jxp2bSpI> [11 de marzo de 2019].

² Véase por ejemplo Catalina A. Denman, *Mujeres, maquila y embarazo. Prácticas de atención de madres-trabajadoras en Nogales, Sonora, México*, Colegio de Sonora, 2008. Y el documental de RT: *Camboya: la trampa del embarazo*, publicado el 5 de noviembre de 2016 y consultado en <https://www.youtube.com/watch?v=Geo-PdoJc-4> [11 de marzo de 2019].

³ Véase por ejemplo el Documental de DW: *La falta de mujeres en Asia y sus consecuencias*, publicado el 27 de febrero de 2019 y consultado en <https://www.youtube.com/watch?v=dQfFKwffQ8k> [11 de marzo de 2019]; y el Documental de RT: *"Esterilizadas": El cruel programa de control de natalidad forzado en Perú*, publicado el 22 de septiembre de 2017 y consultado en <https://www.youtube.com/watch?v=HOFB6t4HIAM> [11 de marzo de 2019].

valor social. En aras de un control demográfico se ha educado a las niñas (y a los niños) y adolescentes para que repudien la parentalidad, o por lo menos para que la pospongan indefinidamente, lo que conlleva a no cuestionar(se) y no proyectar las maneras en que se desea transitar ese rito de paso, tampoco se estimula suficientemente un ejercicio de conciencia sobre las causas ya sea del deseo o de la aversión de ser padres.

En el contexto de esta inercia sociocultural surgen a nivel global células de resistencia que intentan en el discurso y en la práctica recolocar los procesos maternos desde la autonomía y la autodeterminación de las mujeres. Se trata de un proceso de redescubrimiento colectivo de la fisiología y anatomía del útero y los órganos sexuales que han sido mutilados simbólicamente y materialmente por una historia y una ciencia médica escritas casi exclusivamente desde el punto de vista masculino, que no necesariamente es errado, pero sí adolece de un sesgo de género que sin duda afecta a las mujeres.

Por las razones expuestas, el hilo discursivo conductor de esta tesis es la historia de la violencia simbólica y material contra la mujer a través del control sobre los procesos reproductivos y sexuales que desembocan en una tensión entre el tipo de relaciones sociales que se establecen en el acto de parir, específicamente en el contexto mexicano.

Se estudia el fenómeno bajo la perspectiva del Análisis Crítico del Discurso (ACD) por ser un problema de carácter práctico que se ve fuertemente implicado por los discursos que circulan sobre el mismo, y es un problema social que podría eventualmente encontrar ciertas soluciones a partir de develar las ideologías subyacentes del lenguaje en uso.

Son contadas las investigadoras que han incursionado en el tema en México. Especialmente Hanna Laako (2015, 2016) desde la sociología y la ciencia política aplica un análisis comparativo casuístico (México y Finlandia) que sirve de base para caracterizar parte del fenómeno bajo estudio como un movimiento político y social de reivindicación de la partería “compuesto principalmente por mujeres, de alcance global en la construcción del conocimiento alternativo sobre el nacimiento, en la producción de una política de género distinta, y en la promoción de los derechos humanos universales de las mujeres.” (Laako, 2015, p. 85).

Otra prolifera investigadora es la antropóloga norteamericana Robbie Davis-Floyd quien ha incursionado a lo largo de tres décadas en temas de reproducción, enfocando principalmente en la antropología del parto, y en la partería. Lo que la ha llevado desde analizar las “Perspectivas antropológicas del parto y nacimiento humano” (2009) hasta describir y catalogar diversos tipos de modelos de nacimiento alrededor del mundo (2002-2022) que le permite integrar un paradigma común de cuidados internacionales maternos, conocidos actualmente como el “modelo de cuidado de partería”.

Coincidiendo con ambas autoras, en la presente investigación se dará seguimiento al alcance y los límites del movimiento de parteras en México, considerando tanto las influencias internacionales como el contexto nacional con sus aportes regionales particulares, pues, aunque no son las únicas, las parteras han sido las portavoces del movimiento por la autonomía corporal perinatal, pero también algunos médicos y las mujeres mismas que reivindican su autodeterminación.

Me interesa hacerlo desde la plataforma del Análisis Crítico del Discurso con tendencia a una especie *sui generis* de Análisis del Discurso Crítico dada la naturaleza del fenómeno como movimiento político. El análisis de los discursos hegemónicos en contraste con el análisis de los discursos críticos o emancipatorios permitirán establecer la función y las consecuencias sociales, históricas, políticas, económicas y culturales de estos últimos, cuya irrupción pública deriva en un serio cuestionamiento de la estructura social.

1.2 OBJETIVOS

El objetivo de la investigación es identificar los dispositivos catalizadores e inhibidores del establecimiento formal de prácticas alternativas de atención del parto mediante el análisis de discursos públicos sobre la práctica obstétrica en México que se tejen en una red de relaciones sociales en un proceso de constante tensión – distensión – tensión.

Es decir, una exploración de cómo los textos trabajan dentro de las prácticas culturales, cómo las modifican y son modificados por ellas. Los resultados que arroje el análisis de la intertextualidad centrífuga y centrípeta de los textos permitirán entender la

dinámica de las relaciones sociales mediante los diferentes dispositivos que se activan en el fenómeno sociocultural bajo estudio.

Derivado del objetivo general se establecen los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar textos públicos representativos que refieran acción o reacción al cambio en las relaciones sociales en torno al parto.
2. Describir las propiedades lingüísticas de los textos en función de los nexos semánticos intertextuales.
3. Interpretar la relación entre el texto y los procesos de producción de las prácticas discursivas.
4. Explicar la relación entre la práctica discursiva y la práctica social en términos del establecimiento formal de prácticas alternativas de atención del parto.

La pregunta de investigación básica es ¿qué dicen los textos públicos que hablan de la atención del parto? Es decir ¿qué tanto y cómo están implicados los sujetos participantes en la relación social que implica el acto de parir? Todo a nivel de discurso: ¿qué se dice?, ¿por qué se dice?, ¿para qué se dice?, ¿cuándo y dónde se dice?

El reordenamiento estructural de los discursos permitirá entrever e interpretar la dinámica pujante en las prácticas, y entender cómo esta dinámica se mezcla con otros procesos y movimientos sociales conservadores y emancipatorios.

1.3 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA

En los discursos emergentes se expresan principalmente dos conceptos: Parto Humanizado y Violencia Obstétrica; ambos engloban una serie de prácticas de atención del parto valoradas como positivas y negativas respectivamente. Las prácticas asociadas a cada concepto han evolucionado de manera independiente, pero complementaria. Lo novedoso del fenómeno social es que la atención del parto, antes relegada a la esfera privada, se ha colocado actualmente en la agenda pública como un proceso político íntimamente ligado al reconocimiento y respeto de los derechos humanos.

El Parto Humanizado se sustenta en una serie de prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud⁴ sobre el manejo del parto fisiológico. Medidas como permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado; acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y el parto en sí; libertad de movimiento y posición; no hacer episiotomía, ni rasurado, ni enema, ni monitoreo fetal electrónico de rutina; limitar el número de tactos vaginales y las personas que intervienen a lo mínimo necesario y permitir toma de líquidos y alimentos en trabajo de parto; restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia; limitar la tasa de cesárea al 10-15% (Siendo que México en el 2014 fue declarado por la OMS como uno de los países con más cesáreas en el mundo -más del 50%; y tras la pandemia por COVID-19 superó el 60%). Eventualmente, todas estas recomendaciones son cercanas a los contextos de atención del parto fuera de las instituciones hospitalarias.

Por su parte, la Violencia Obstétrica es un concepto que también toma fuerza en la década de 1990 y en México ha sido incorporada en sus legislaciones a partir del 2011 por algunas entidades federativas, Veracruz la primera. A nivel internacional ha sido recientemente reconocida de manera oficial y sistematizados los hallazgos globales en el Informe de la Organización de las Naciones Unidas (11 de julio de 2019).

En México, las iniciativas de ley para su incorporación en la Ley General de Salud y en la Ley General Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia han sido alrededor de dos por año desde el 2014, presentadas por distintos legisladores de diversos partidos políticos tanto de centro, izquierda y derecha. La última (15 de marzo de 2022) fue aprobada por la Cámara de Diputados, no obstante, al momento en que tiene que ser ratificada por el Senado queda, por lo general, improcedente.

Si esta vez se logra ratificar, quedaría publicada en el Diario Oficial de la Federación reformas a los artículos 61, fracción I, y 62, y se adiciona una fracción V al artículo 64 de la Ley General de Salud, para establecer que la atención materna-infantil deberá ser integral, libre de violencia y con pertinencia cultural a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera. Así como el artículo 46, fracciones I y XI, y adiciona un capítulo Quáter denominado “De la Violencia Obstétrica”

⁴ Cuidados sobre el parto normal, una guía práctica. Informe del Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra, 1996.

que contiene el artículo 20 Septies de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (Boletín N°. 1350, comunicación social, Cámara de Diputados, LXV Legislatura).

Las definiciones establecidas en las distintas leyes Estatales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia son diversas y particulares. Las mismas iniciativas federales de reforma de ley presentan diferencias, pero más de carácter léxico que semántico.

Lo que llama la atención es la falta de sensibilidad de los tomadores de decisión en política para legislar en la materia a pesar de las múltiples iniciativas. La misma Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió el 31 de julio de 2017 la recomendación general número 31/2017 la cual presenta la definición más integral, que parte de análisis de los marcos normativos, de las investigaciones académicas y de los casos atendidos por quejas de violencia sufrida por mujeres en la prestación de servicios de salud obstétrica:

“Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.”
(CNDH 2017: 37).

Justamente una de las recomendaciones es que no se emita o se tipifique en las leyes una lista exhaustiva de actos particulares que pudieran limitar la complejidad del fenómeno en detrimento de los derechos humanos de las mujeres.

De la primera (2014) a la última (2022) iniciativa de reforma a la Ley General presentada añaden que estos actos u omisiones traen por consecuencia “la pérdida de la autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad”. Por ello, la importancia de enfocar la relación social presente en los diferentes discursos sobre el parto radica en la oportunidad de analizar, a través del lenguaje, la ideología subyacente de

diferentes sectores de la sociedad (incluidas las que paren) respecto al cuerpo y al “ser” de la mujer, la mujer-madre y el recién nacido.

Los discursos públicos en general defienden y promueven el bienestar de la mujer y la reducción de la morbilidad y mortalidad materno-infantil. No obstante, estos y otros conceptos de aparente similitud son falsos puntos de encuentro que en un análisis superficial presentan múltiples puntos de choque, debido a que, radicalizando los extremos, se basan discursiva y prácticamente en nociones opuestas del significado de “bienestar materno-infantil”, por ejemplo:

- a) imágenes incompatibles del comportamiento humano en una situación médica (Pasivo vs. Activo; Paciente vs. Autónomo);
- b) en perspectivas diferentes del significado de “seguridad” que aporta el contexto material (Ambientes altamente tecnificados vs. Ambientes culturalmente familiares); y,
- c) el mensaje clave o la misión del discurso es opuesta (Mayor y más sofisticada intervención de fármacos vs. Protección contra el exceso de intervención que inhibe el proceso natural de parto).

En la medida en que se intensifica la densidad de los discursos se complejiza la problemática y se dificulta el abordaje del segmento de la realidad que se quiere estudiar. No obstante, con tan solo notar la explosión cuantitativa de textos respecto al tema es innegable que en la sociedad mexicana están abriéndose espacio ciertas formas emergentes, híbridas de atención obstétrica entre la tradición indígena y moderna. Esta transformación no está exenta de tensiones; es guiada por los discursos y prácticas alrededor de los conceptos de violencia obstétrica y parto humanizado; y es posible analizar el conflicto discursivo en términos de causas, contextos, condiciones, consecuencias y contingencias (Glaser, 1978), a partir del estudio de las relaciones sociales que se expresan en los textos.

1.4 MÉTODO

El esquema mediante el cual se aborda la investigación consta de los siguientes elementos (ver Tabla 1.1):

Tabla 1.4.1 Ejes funcionales del análisis.

FUNCIÓN		de los discursos públicos y sus	CAUSAS CONTEXTOS CONDICIONES CONSECUENCIAS CONTINGENCIAS
↓		MATERIAL DE ANÁLISIS	↓
CONSTRUCCIÓN	De conocimiento alternativo sobre el nacimiento	Discursos que refieren acción o reacción al cambio en las relaciones sociales en torno al parto	SOCIALES POLÍTICAS ECONÓMICAS CULTURALES
PRODUCCIÓN	De política de género distinta		
PROMOCIÓN	De los derechos humanos de las mujeres		

El eje fundamental es el material de análisis que corresponde al objetivo general. En los medios públicos de circulación de textos, analógicos y digitales, hay una serie de textos que refieren acción y reacción al cambio en las relaciones sociales en torno al evento de parir. Es decir, hay textos enfocados en cuestionar el estatus quo de los contextos hospitalarios en que son atendidas las mujeres embarazadas (discursos disruptivos), y hay, en mucho menor medida, textos que defienden o justifican el estatus quo ante dichos cuestionamientos (discursos reaccionarios).

A partir de una selección de los textos más representativos en términos semánticos respecto a la violencia obstétrica y el parto humanizado, se realizará un análisis del discurso que ponga de manifiesto la conexión entre los textos, emancipatorios y reaccionarios, relativos a una demanda social por una transformación en la atención de los partos; demanda encaminada a que se respeten una serie de derechos humanos y de género a la luz de evidencia de prácticas que dañan, lastiman o denigran a la mujer, y de procedimientos antiguos pero hoy en día legitimados por el discurso científico de la medicina basada en evidencia sobre mecanismos que intervienen en un parto fisiológico exitoso.

Con base en los datos, se realizará una interpretación de la relación entre el texto en sí y los procesos de producción de los discursos en el marco de la pregunta de investigación: contextos (¿qué se dice? ¿cuándo, por quién y dónde se dice?), causas (¿por qué se dice?),

consecuencias (¿para qué se dice), condiciones (¿cuáles son las posibilidades y los límites de lo que se dice?) y contingencias (¿qué se oculta en lo que se dice?). Respuestas que suelen tocar uno o más de los ámbitos sociales, políticos, económicos, culturales de la acción humana.

El objetivo integrador será el momento de la explicación entre la práctica discursiva y la práctica social. Cómo se implican unas a otras, y cuál es la función de estos discursos en la transformación, centrífuga o centrípeta, de las relaciones sociales que se establecen entre los agentes involucrados en el acto de parir.

En cuanto al universo de la selección del material, se ha de precisar que, a pesar de que son las redes sociales donde este tipo de discursos es más voluminoso (característica ineludible de los movimientos sociales actuales), en esta tesis no se convierten en foco de análisis dado que:

“Las nuevas formas de accesibilidad, disseminación, movilidad, conectividad y ubicuidad que facilitan los nuevos dispositivos tecnológicos condicionan los criterios de la composición de textos, ya sean multi o monomodales. Procedimientos como copiar –cortar, descargar, arrastrar, re-contextualizar– y pegar confieren protagonismo al intérprete o usuario y ponen en crisis los criterios de autoría, autenticidad y legitimidad de cierto tipo de textos y, entonces, cierto tipo de información y conocimiento (Barthes, 1968)”. (Ezquerro, 2012)

Si bien resulta un desafío interesante y fructífero abordar el análisis discursivo tomando en consideración los soportes de comunicación bilateral de la web 2.0, esto merece un estudio a parte por fundarse en un acercamiento metodológico distinto. Lo que aquí interesa es el análisis relacionado también con el contexto de la producción, el cual puede ser abordado cuando los textos forman parte de órdenes más estables, menos fluidos del discurso, como pudieran ser artículos de revistas médicas y de divulgación, artículos periodísticos, boletines de instituciones gubernamentales, foros, videos documentales, entre otros registros que abordan la problemática en México.

Las unidades de análisis serán los segmentos de texto cuando el objeto distinguible de la cláusula toca el tema del aspecto social (relación intersubjetiva) del parto. Cabe mencionar que se utiliza la definición operativa de *cláusula* como la “unidad significativa de

la gramática en la cual los constructos semánticos de diferentes tipos se juntan e integran para formar un todo” (Halliday, 1989, p. 66). Mientras que “cuando un número de cláusulas se vinculan gramaticalmente, hablamos de un complejo de cláusulas. (cada enlace individual dentro de un complejo de cláusula puede denominarse un nexo de cláusula)” (Halliday, 2014, p. 8). Y por *texto* se entiende lo que Halliday (2014) menciona como toda producción del lenguaje ya sea oral o escrita, que está relacionada funcional y semánticamente con un contexto determinado:

“The basic unit of semantics is the text – language functioning in context, an instance of the semantic system. A text is organized internally as patterns of logical, experiential, interpersonal and textual meaning. At the same time, it is organized externally as a unit operating in context: the structure of the context of situation that a text operates in is, as it were, projected onto the text.” (Halliday, 2014, p. 43).

La técnica utilizada para la selección de la muestra es el “muestreo teórico” (*theoretical sampling*), acuñado por la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) (Titscher et al., 2000) en el cual, después del pre-análisis de los casos seleccionados, se decide cómo el material de datos puede extenderse gradualmente. Se trata de una selección deliberada que pueda asegurar que las categorías, tópicos o conceptos considerados para ser centrales al material, pueden ser representados suficientemente bien (es decir, completamente o con tanto detalle) para facilitar el más preciso análisis posible.

Uno de los principios básicos de la Teoría Fundamentada es la eliminación de la separación operativa de las fases de recolección de datos y de análisis propia del método científico positivista. Dado que esta aproximación investigativa no busca hacer declaraciones a cerca de una población, no se compara con el requerimiento de que el material debe provenir de una muestra típica de alguna población claramente definida por adelantado.

En este caso se eligió este enfoque precisamente para asegurar la representatividad de los conceptos investigados (por ejemplo, violencia obstétrica es un concepto que indica que existe un cuestionamiento al estatus quo de la relación social que se establece durante el evento del parto) y para registrar las diferentes variantes de esos conceptos (variantes como abuso, malas prácticas, maltrato, agresión; y sus contra-conceptos como por ejemplo, parto

humanizado, o respetado, o digno, o respetuoso, o libre, o insumiso, con sus respectivas diferencias semánticas significativas).

El punto de partida es la formulación de la pregunta de investigación. En investigaciones basadas en la Teoría Fundamentada la misma está típicamente orientada hacia un problema concreto y no hacia la búsqueda de posibles caminos para describir alguna población o el deseo de probar una hipótesis. El problema en este caso es averiguar la implicación de los discursos en el establecimiento de alternativas de atención al parto hospitalario (único reconocido de manera oficial) que implican otras maneras de relacionarse socialmente entre los involucrados en eventos de nacimiento / parto.

“Desde esta pregunta de investigación se decide dónde puede ser observado el fenómeno, usando cuáles eventos, qué personas y qué documentos. El criterio central en la selección consiste en la mayor variación posible en las perspectivas, para poder investigar usando los contrastes máximos o los casos extremos. Si esto provoca un estrechamiento del campo donde se llevará a cabo la investigación, entonces se inicia con la recopilación de datos que luego (sobre la base del análisis inmediato) se extiende gradualmente.” (Titscher et al., 2000, p. 41).

El método de análisis se basa en el esquema de Análisis Crítico del Discurso propuesto por Norman Fairclough, (1995) quien propone tres etapas analíticas: descripción, interpretación y explicación. Las propiedades lingüísticas son descritas, la relación entre los procesos de producción e interpretación de la práctica discursiva y el texto es interpretada, y la relación entre discurso y práctica social es explicada. Cada etapa del análisis requiere un marco de referencia provisto de técnicas y herramientas apropiadas.

A través de este tipo de análisis se puede acceder por ejemplo a los mecanismos económicos del fenómeno social, que no están típicamente explícitos en los discursos, pero forman parte de la dimensión más general de las prácticas socioculturales. Desde esta perspectiva la dimensión societal envuelve a la dimensión institucional y a la dimensión situacional.

Otro elemento operativo de importancia para mencionar en este apartado es la *intertextualidad* (Bajtín, 1986; Kristeva, 1967) que nos permite conectar los discursos. Es la herramienta principal que se utilizará en la *fase interpretativa* del análisis. En el caso de este

estudio, el nexos conector elegido es la expresión discursiva de la relación social implicada en el evento de parir.

Por último, el concepto foucaultiano de *dispositivo* permitirá *explicar* la relación entre discurso y práctica social. Por *dispositivo* se entiende lo que Foucault definió en 1977 como:

“Aquello sobre lo que trato de reparar con este nombre es [...] un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos. [...] Por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante [...]. He dicho que el dispositivo tendría una naturaleza esencialmente estratégica; esto supone que allí se efectúa una cierta manipulación de relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en tal o cual dirección, ya sea para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas. Así, el dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder, pero también ligado a un límite o a los límites del saber, que le dan nacimiento, pero, ante todo, lo condicionan. Esto es el dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza sosteniendo tipos de saber, y [son] sostenidas por ellos.” (Foucault en Agamben, 2011: 250).

Así, el fin último será describir esta “red hecha de lo dicho y no lo dicho”, interpretar su función social con base en las relaciones de poder que se entretajan y explicar cómo opera esta suerte de “manipulación estratégica”, a qué grupos de interés sirve y cuáles tipos de saber están siendo ultrajados para “sostener” al dispositivo.

1.5 MATERIAL

Los discursos sobre las relaciones sociales que se generan en torno a la atención del parto han ido incrementando en número y evolucionando a la par de otros discursos de carácter feminista, indigenista, críticos de la ciencia médica hegemónica, de derechos humanos, etcétera. Si contamos la cantidad de discursos por década desde 1970 que comenzaron a hacerse visibles notaríamos un crecimiento exponencial, geométrico más que

aritmético, posicionando la segunda década del siglo XXI (en la que se realiza este estudio) como la de mayor densidad discursiva hasta ahora en torno al tema.

Tabla 1.5.1 Material de análisis.

CAMPO	EVENTO DISCURSIVO	FECHA	MODO
Artículos de periódico de circulación nacional	Parir con dolor. La violencia obstétrica en los servicios de salud	5 abril 2012	Periódico La Jornada, UNAM
	Parteras urbanas: el regreso al origen	5 abril 2012	Periódico La Jornada, UNAM
	Nacen por cesárea la mitad de los mexicanos	22 enero 2017	Periódico El Universal
	Una epidemia de cesáreas innecesarias en México	28 agosto 2017	<i>The New York Times</i> para América Latina
Reportaje periodístico	Parteras tradicionales, entre el reconocimiento y la represión	18 octubre 2019	Revista digital de periodismo de profundidad <i>Codicegrafía</i>
		25 octubre 2019	
Foros de expertos	Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio	18 marzo 2016	Foro: Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio.
	(Sin título) Testimonio de partera de Yucatán		
	Proyecto Marco: Modelo Integral de Partería	3 junio 2016	Seminario: La partería en México. Avances y propuestas desde el INSP.
	Adaptación del modelo “ <i>Centering Pregnancy</i> ”© al contexto mexicano		
	De la partería tradicional a la obstetricia, un conflicto del pasado	19 mayo 2017	Seminario: La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica.
	(sin título) Testimonios de parteras de Morelos, Querétaro, Oaxaca y Guerrero		
... pensar en términos de violencia			
Revistas médicas y de divulgación	La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud	septiembre-diciembre 2010	Revista: Género y Salud en Cifras.
	Testimonio de una médica residente ante la violencia obstétrica institucionalizada		
	El maltrato en las salas de parto. Reflexiones de un gineco-obstetra		
	Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto	enero – marzo 2013	Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
	Carta al editor	abril – junio 2014	
	Respuesta a la carta al editor		
	Editorial	Marzo 2015	Revista: Ginecología y Obstetricia de México
	Factores socioeconómicos y psicoafectivos y su influencia en el		

	rendimiento académico de los residentes de Ginecología y Obstetricia		
	Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica		
Videos documentales	Parir en Libertad	16 enero 2015	Disponibles en YouTube
	Parteras de la montaña	6 enero 2018	
	#MásParterasYA Experiencias de partería profesional en México	8 febrero 2018	
Radio / Podcast	En México: María de la Luz Díaz Hernández habla del oficio de ser partera tradicional indígena (Chiapas)	27 abril 2017	Asociación Voces Nuestras. Centro de Comunicación.

1.6 RESULTADOS ESPERADOS

Los textos que expresan discursos centrípetos (reaccionarios) son relativamente pocos en referencia a los que expresan discursos centrífugos del estatus quo (disruptivos). Por esta razón el análisis quizá parezca sesgado. Sin embargo, en la literatura mexicana generalmente no se encuentran detractores que de manera abierta, textual y pública se opongan a la atención de parto en contextos no hospitalarios o a la brindada por agentes distintos a los formados en facultades de medicina. En este sentido, el discurso disruptivo ha tenido campo abierto y una mayor difusión que el discurso reactivo o reaccionario, el cual por lo general aparece implícitamente en los textos disruptivos como fondo contra el cual se argumenta, es decir, prácticas soportadas por la institución y de las cuales se busca la emancipación.

No obstante, el hecho de que la densidad de las prácticas discursivas catalizadoras aumente refiere también una presión por la urgencia de un cambio de paradigma que, si bien no se expresa públicamente en discursos estructurados, sí se vive como norma protocolar por muchas mujeres a nivel de práctica social.

La selección del material permite comprender hasta qué punto se pueden expresar las transformaciones en el tiempo, manifiestas en los *dispositivos* que eventualmente permiten un aparente desahogo de las tensiones, pero en la realidad interpretada por los agentes de relaciones, la cual queda velada a la mirada pública, provocan que las relaciones sociales se tensionen más. Y dan claro ejemplo del poder hegemónico y su función estratégica de las

prácticas discursivas de los grupos que ostentan dominación política por sobre otros actores sociales.

Parece ser que a lo largo de la última década se ha llegado a un punto de saturación discursiva tal, que provoca cierta ofuscación entre los tomadores de decisión. La magnitud de la transformación ya sea en sentido disruptivo o reaccionario, es a nivel de dispositivo, lo que conlleva una monumental puesta en marcha de voluntades, en un país donde la urgencia en materia de género es de carácter estructural⁵.

Al final del día, este trabajo pretende servirse del método científico para explicar un fenómeno sumergido en la invisibilidad, la negación y la contradicción. Después de todo “La heterogeneidad de los textos es un indicador sensible de las contradicciones socioculturales, y un preciso barómetro de su evolución.” (Fairclough, 1995, p. 2).

⁵ Miles de mujeres detenidas son víctimas de violación por miembros de la policía, el ejército y la marina (Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad, 2016, INEGI); 66 de cada 100 mexicanas han sido víctimas de algún tipo de violencia (Encuesta Nacional Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016, INEGI); de las denuncias de violación, sólo en el 11% se abre una investigación y de estas tan solo el 2.4% resulta en alguna sentencia (“La frustración y el enojo: la ruta para denunciar el abuso sexual en México”, 2019, El País); tan solo en el primer semestre de 2019 se han cometido 1,800 feminicidios y homicidios dolosos contra mujeres (Información sobre violencia contra mujeres, 2019, SESNSP).

CAPÍTULO 2.

MARCO TEÓRICO

Y la institución responde: «No hay por qué tener miedo de empezar; todos estamos aquí para mostrarte que el discurso está en el orden de las leyes, que desde hace mucho tiempo se vela por su aparición; que se le ha preparado un lugar que le honra pero que le desarma, y que, si consigue algún poder, es de nosotros y únicamente de nosotros de quien lo obtiene».

*El Orden del Discurso
(Foucault, 1970)*

2.1 PARADIGMA DE ANÁLISIS

Si tuviéramos que señalar un paradigma imperante actual en las ciencias sociales sería el de la complejidad, lo cual crea una paradoja con el concepto mismo de paradigma, pues en apariencia se asume que la complejidad de la realidad escapa a la contención paradigmática.

No obstante, es preciso señalar los alcances y los límites, los fundamentos y las expectativas desde los cuales se abordará la problemática a fin de expresar con alto grado de coherencia el fenómeno de estudio.

La escuela italiana nos invita a hacer una reflexión sobre las maneras en que tradicionalmente se aborda el estudio sociológico a partir de dos principales paradigmas: el holístico y el accionista.

El primero abarca todas las aproximaciones que tienen que ver con la estructura o el sistema. Aborda factores, causas, procesos y funciones que generan el sentido de lo social. El segundo paradigma, más reciente que el primero, sugiere que es el individuo el que genera el sentido social; a este pertenecen todos los estudios sociológicos que tratan de las acciones individuales y los factores subjetivos, con sus efectos previstos o no.

Antes de la teoría relacional hubo intentos de combinación, pero no existía un punto de vista capaz de integrar o trascender estos paradigmas.

Entre los pioneros de las propuestas combinatorias, sin ser precisamente quien asentara los fundamentos teóricos para una teoría y un método como tal, está Jürgen Habermas (1970, 1976, 1981 en Donati, 1993, p. 40) quien sugiere que el devenir social y sus fenómenos son el producto de una combinación compleja entre la micro cotidianidad de los mundos vitales, la sociedad civil y el actuar comunicativo, y los aspectos más amplios de la macroestructura como son los sistemas sociales, el poder supervisor y el actuar estratégico.

Pierpaolo Donati (1993), uno de los más prominentes expositores de la sociología relacional, destaca tres autores cuyo pensamiento resalta lo que él ha llamado “soluciones sociológicas combinatorias”: Anthony Giddens (1984), Jeffrey Charles Alexander (1990), y Piotr Sztompka (1990).

Todos estos autores tienen puntos en común: 1) parten de un contexto de sujetos en relación; 2) observan su dinámica relacional; 3) dan una explicación que comprende el cambio social como “emergencia” en nuevas formas sociales.

En el paradigma holístico encontramos corrientes sociológicas como el funcional-estructuralismo, el culturalismo y la sociología sistémica. En el paradigma accionista descansan todas las corrientes basadas en el método hermenéutico y la fenomenología. La tercera vía del pensar sociológico desde el punto de vista de la combinación entre ambos acercamientos amplios implica mirar la relación social, y no sólo como un producto coyuntural del sistema, o como residuo inminente del actuar subjetivo, sino ponerla en el centro mismo como unidad de análisis.

Se trata al mismo tiempo de comprender (hermenéuticamente hablando) y de explicar (en sentido sistémico estructural) tanto los motivos subjetivos que le dan un sentido intencionado al actuar social como los determinismos funcionales basados en mecanismos sistémicos. Y lo más importante, cómo ambos se relacionan en el trozo de realidad que queremos comprender / explicar.

“En resumen, la relación entre comprensión y explicación ha sido siempre ambigua y permanece así en la actualidad. En los últimos años, por medio de muchas

aportaciones (de autores como Habermas, Giddens, Archer, Collins), ha surgido la idea de que podríamos poner una relación de recíproca interacción entre comprensión y explicación (...) Pero, para gestionar este último sistema, se necesita una teoría relacional que evite la fusión de un polo sobre el otro.” (Donati, 1993, p. 34).

Desde este punto de partida, la teoría relacional se entiende en su doble acepción del término: 1) permite la observación y análisis de las relaciones sociales como objeto de estudio, y 2) permite analizar la relación entre la estructura social y el sujeto significativo.

Metodológicamente hablando, Manuel Herrera Gómez (2001) aporta el foco necesario para la operatividad del paradigma relacional. En esta tesis abordaremos el fenómeno discursivo sobre el parto observando a la sociedad como “la continua generación de procesos de diferenciación y de reintegración de las relaciones sociales tanto intersubjetivas (redes primarias), como generalizadas (redes secundarias, impersonales y organizativas).” (Herrera-Gómez, 2001, p. 7) Específicamente en el tema del análisis del discurso estamos hablando del micro y el macro nivel en el que se aborda complementariamente el estudio de las ideologías (van-Dijk, 1992) como veremos más adelante.

Colocar en el centro del análisis a la relación social implica desvelar el código simbólico particular mediante el cual dicha relación se expresa con diferenciación y autonomía respecto a otras relaciones sociales. (Herrera-Gómez, 2001, pp. 17)

Acceder a la observación de la relación social implica un tratamiento epistémico que parte de la definición del objeto de estudio. Es sabido que los discursos tienen influencia en las prácticas sociales, y que no hace sentido referirse a estas últimas si no es a través de la noción de relación.

Lo que hace la teoría relacional es poner el énfasis en un objeto de estudio definido en términos relacionales. Esto significa elevar la relación social a la categoría de variable independiente. Es decir, existe una diferencia ontológica entre definir al objeto de estudio como: “la relación entre médico y paciente en las salas de maternidad” (para lo cual quizá sea apropiado integrar el paradigma hermenéutico); o en cambio como “la relación entre la práctica de la medicina hegemónica -ginecología- y la medicina tradicional -partería-” (para lo cual sería preciso apelar a los mecanismos sistémico-funcionales); o, desde un punto de

vista del paradigma relacional, definir al objeto como “la dinámica discursiva sobre el parto y su implicación en la transformación de las relaciones sociales”.

La última manera de abordar el fenómeno social plantea el problema en términos de una red de relaciones. Se trata de “comprender si, dónde y cómo, se realizan procesos de selección por medio de los que nuevas formas sociales emergen como relaciones dotadas de sentido y capaces de vida, por establecer una distinción respecto a las que no lo son”. (Donati, 1993, p. 47).

Por lo tanto, se precisa de un código para hacer asequible la observación de la relación social como tal. El código más simple es el binario, sin embargo, este sólo puede ser aplicado a relaciones simples de sistemas simples; o a la reducción simplificada de un fenómeno complejo como es el caso de la teoría estructuralista de Claude Levi Strauss. Un fenómeno social de alta complejidad como el que se aborda aquí requiere de códigos apropiados que sólo pueden ser diferenciados *a posteriori* del análisis.

Se ha seleccionado como técnica el análisis del discurso puesto que los discursos pueden ser considerados tanto productos individuales de identidades subjetivas situadas, como reflejos colectivos del mismo fenómeno a nivel de identidad grupal.

Es preciso aclarar que la teoría relacional no es creada en el vacío, sino por el contrario, el aporte de la subjetividad reviste de particular importancia. La diferencia básica entre la fenomenología y la relacionalidad es el punto de partida: la primera da prioridad a las actividades de la conciencia, es decir, el Todo, incluyendo las relaciones, es *epoché* hasta que ya no lo es. De esta manera la relación es el producto del actuar subjetivo, más precisamente, inter-subjetivo. En cambio, para la teoría relacional la relación social es el elemento, el caldo de cultivo donde se observan las interacciones de los sujetos. El sentido está en comprender/explicar cómo esos elementos singulares son transformados en y por la relación misma.

Para abordar el tipo de objeto de estudio que aquí se propone es necesario pensar a través de un modelo mental de red. Esto implica un paradigma multicéntrico desde el cual se privilegie la interdependencia entre los agentes. El reto está en cuidar la observación para no

anular la subjetividad en pro de los mecanismos del sistema, pero tampoco darle un peso absoluto que desdibuje las líneas propias de la estructura social.

A través de los discursos podremos movernos entre centralidades que dependen la una de la otra. Veremos que los agentes productores del discurso no representan bloques homogéneos característicos de elementos en sistemas predeterminados (como lo sugiere el paradigma holístico), pero tampoco se trata de sujetos con identidades excesivamente fluidas de tal manera que sea imposible ubicarlos en sistemas socio cognitivos más amplios (en lo que tiende a disiparse el paradigma accionista).

En la red de relaciones, los sujetos particulares, interactúan entre sí expresando el estado de arte del fenómeno bajo estudio. De hecho, entre más polivalente sea la postura discursiva de varios sujetos en relación, más dinámica es la red. Por el contrario, entre más sencillo sea ubicar el discurso de un sujeto en términos de la pertenencia a determinado grupo social y su relación con otros, más fuerza tiene el dispositivo de control que sustenta el orden del discurso; en otras palabras, en estas condiciones es más fácil referirnos a la estabilidad del *status quo*.

El código simbólico de tipo binario puede, o podía, ser aplicado a aquellas sociedades relativamente estables, con mucho menor grado de densidad comunicativa intergrupala que las de ahora. En contraste, si lo que se pretende es abordar la complejidad de profundas disrupciones en el orden del discurso históricamente establecido debemos generar otro tipo de código que sea capaz de fluir con los agentes del sistema y sus poliadherencias sociocognitivas; de superar la inercia de pretender establecer taxonomías fijas en términos de pertenencia identitaria como base de la producción de discursos uniformes; y al mismo tiempo, de darle sentido al caos, pues finalmente la transformación de los paradigmas sociológicos tampoco se presenta en un vacío de realidad; más bien se expresa en una realidad aparentemente cada vez más inasequible.

2.2 EL ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO EN EL PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD

El acceso al análisis sociocultural a través del discurso ha sido una herramienta ampliamente utilizada por diversas disciplinas y desde múltiples enfoques. La estrategia que aquí se propone es particularmente el análisis en su vertiente *crítica*.

El elemento crítico del análisis del discurso radica en el interés en la investigación del potencial del discurso para construir socialmente la realidad, las identidades y las relaciones sociales, lo que en términos foucaultianos se expresa como ‘la materialidad del discurso’ (Fairclough, 1992, p. 64).

Esta construcción de la realidad social, las identidades y las relaciones sociales se manifiesta en múltiples dimensiones, de las cuales al menos de dos de ellas se ocupará esta tesis: la dimensión discursiva tal como es presentada por los autores de los discursos seleccionados y la dimensión epistémica reconstruida por el mismo investigador a partir del análisis interdiscursivo.

El reto de abordar los discursos a partir del elemento relacional radica en lograr aprehender la dinámica intertextual que se teje en la red de relaciones sociales que conforman la realidad. En esta “metáfora de sociedad red” caracterizada por dinámicas no lineales en contraste a las relaciones lineales (Castells, 1999, p. 697) expresadas en las teorías holísticas, es fundamental considerar un norte que guíe el proceso investigativo, desde la selección de la muestra a la interpretación analítica.

Para el propósito, se identificarán aquellos textos que expresen “relaciones entre discurso, poder, dominación y desigualdad social” (van-Dijk, 1993, p. 249); de ahí la adherencia metodológica y epistémica a la escuela europea del *Análisis Crítico del Discurso*.

A diferencia de esta perspectiva que nace de la postura abiertamente activista de “desmantelar los mitos” discursivos de las clases y grupos dominantes, en temas como el racismo, la xenofobia, el posicionamiento político de la derecha, el consumo de masas manipulado ideológicamente entre otros problemas sociales reales de la Europa de fines de s. XX y principios del s. XXI; la postura que aquí se propone se enfoca más a las estrategias de resistencia desde la subalternidad, esto es, los flujos, las propiedades y los mecanismos

del sistema sociocultural para expresar a manera muchas veces de denuncia pública las relaciones de dominación que en las prácticas materiales se experimentan.

Relacionar este tipo de discursos con conceptos como poder, dominación e ideología, permite el acceso al análisis discursivo desde el enfoque de los sistemas complejos, los cuales se caracterizan por su resultado: “fenómenos emergentes de la interacción de múltiples agentes en sistemas que están lejos del equilibrio”. (Molina y Ludy, 2005, p. 73).

¿Por qué caracterizamos el contexto social de la atención del parto como un sistema complejo? Sin pretender desentrañar la complejidad al nivel del modelaje informático, la noción de Sistemas Adaptativos Complejos es útil teórica y metodológicamente por las siguientes razones:

1. Sus elementos son agentes adaptativos, toda vez que los perfiles de los sujetos involucrados que se ponen en acción en el evento referido no están fijos, ni responden a una serie de características en bloques homogéneos, es decir, no se puede simplificar la realidad perfilando tipologías estáticas de grupos sociales.
2. La adaptación referida corresponde más a una coadaptación mutua en función de la interacción continua que a una adaptación regulada de manera simple por reglas sociales de los sujetos en su dimensión intra e intergrupala.
3. Los agentes tienen la posibilidad de cambiar las reglas conforme acumulan experiencia (Holland, 1995, p. 10). La experiencia es subjetiva y expresada en el discurso se convierte en referente de la experiencia colectiva.
4. La existencia de referencias discursivas que tienen el potencial tanto de adherir como de desagregar subjetividades, se convierte en una parte fundamental de la dinámica de coadaptación dando lugar a que una colección desordenada de elementos forme redes ordenadas y autoorganizadas a través del tiempo.
5. Es la riqueza y densidad de las interacciones, en este caso discursivas, lo que permite al sistema autoorganizarse de manera espontánea, sin un control centralizado, en una red donde la fluidez entre órdenes del discurso y su capacidad de impactar en la práctica las relaciones sociales, está basada en la competencia y la cooperación entre los agentes.

6. Los agentes puestos en relación no responden pasivamente, sino que tratan de convertir los sucesos en una ventaja para ellos, por ejemplo, a través de la producción de discursos.
7. En última instancia, no se espera una explicación que presuponga la existencia de un sistema equilibrado, pero autoorganizado de manera fluida y compleja. Es un sistema abierto a múltiples influencias que trascienden y relacionan entre sí, diversas configuraciones discursivas.

La teoría de la complejidad reconoce que la interpretación racional de la realidad es un mecanismo ontológico que no se corresponde estrictamente con la realidad en sí. En este sentido, la separación de la realidad en segmentos explicativos es una simulación útil para la interacción social, pero que limita la comprensión de los fenómenos complejos.

Los paradigmas sociológicos tradicionales, holístico y accionista, están basados en este abordaje fragmentado de la realidad: por un lado el sistema y sus funciones, por otro lado, el sujeto heurístico. Uno y otro se influyen mutuamente, pero lo hacen desde la unilinealidad de la perspectiva que se adopte.

La teoría relacional, al poner en el centro la interacción en múltiples niveles (entre agentes, entre sistema y sujeto, entre materia e idea, entre discurso y práctica, etc.) trasciende esta fragmentación epistémica no solo en el ámbito del pensamiento sociológico, sino que también pone en interacción múltiples ámbitos del pensamiento. Es así que la teoría de la complejidad se aplica en todos los ámbitos del pensamiento científico, y sobre todo lo hace de manera transdisciplinar.

Así, la unidad de análisis de esta tesis, en tanto Sistema Adaptativo Complejo es un sistema abierto, es decir, no se agota en su propia ley de entropía, sino que importa energía del exterior y la transforma en una estructura interna más compleja. En este caso de análisis de las relaciones sociales, “la energía del exterior que transforma la estructura interna es la información.” (Axelrod & Cohen, 2000, p. 26).

La información expresada en discursos; discursos contenidos en prácticas discursivas constitutivas de órdenes más amplios que pasan de una relativa estabilidad espacio-temporal, a una fluidez propia de los Sistemas Adaptativos Complejos.

El abordaje de esta complejidad se realiza por la observación precisamente de la organización, en este caso, de los discursos. De su indefinida cantidad de formas en que interactúan se tomará una muestra significativa que refleje los conjuntos de subprocesos repetidos, lo que nos permitirá comprender cuales son las características de la relación social en juego y qué dimensiones de la realidad abarcan.

En síntesis, para comprender y explicar lo que sucede en el segmento de realidad que se observa sobre las implicaciones de los discursos en la transformación de las relaciones sociales que se practican en los eventos obstétricos, se hace necesario en la teoría y el método recurrir a:

- a) El muestreo teórico o teorético (*Theoretical Sampling*) de la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*), pues a partir de una década de lecturas que manifiestan un problema social en torno a la atención obstétrica en el mundo, surge la necesidad de comprender y explicar lo que sucede, y no al revés. Es decir, no se parte de leyes generales para explicar la realidad, sino que es la realidad misma la que orienta la pregunta de investigación.
- b) Se considera que sería simplificar la explicación del fenómeno social si centrásemos las causas del problema en, por ejemplo, la estructura y función de los servicios de salud y cómo impactan en los agentes (sujetos, individuos); o al revés, centrarlas en las experiencias subjetivas e intersubjetivas con su consecuente interpretación hermenéutica. Como tal, ya hay bastante literatura que abordan el problema desde ambos enfoques (holístico y accionista), algunos de estos son incluso dato duro discursivo para la presente investigación. Por eso, estamos en condiciones de intentar el enfoque relacional, centrando la explicación del problema en la relación en sí. El propósito de adoptar este enfoque es comprender y explicar cómo se relacionan los agentes entre sí, y la estructura y sus funciones con el individuo.
- c) Aprender la relación social se puede hacer desde múltiples métodos. Aquí se elige trabajar con los discursos. La manifestación de la realidad interpretada por sujetos productores de textos orales, escritos y/o multimodales (imágenes, video) es *data* para el análisis. Y son las bases epistémicas del Análisis Crítico del

Discurso (ACD) las que más aportan y enriquecen a la comprensión y explicación de problemáticas sociales.

- d) A partir de la observación de los comportamientos prácticos y discursivos en torno a esta problemática se concluye, por las razones antes expresadas, que se trata de un fenómeno emergente en constante adaptación que, por tratarse de un sistema abierto, va de la organización al caos y viceversa, creciendo en complejidad. Por ello se recurre al paradigma de los Sistemas Adaptativos Complejos puesto que un modelo lineal solo nos arrojaría como resultado un Todo que es igual a la suma de sus partes, reduciendo el análisis del sistema al estudio de sus componentes por separado, lo cual no responde a la dinámica de la realidad observada.

Así, entender las relaciones en su dimensión social, es decir, entre el comportamiento individual y el sistema material y simbólico, requiere de un análisis interaccionista. El Análisis Crítico del Discurso aporta toda una gama de elementos conceptuales que permiten construir una técnica coherente para acceder a la complejidad de los fenómenos sociales en general, y de este caso de estudio en particular. Se aclara también, que desde el paradigma de la complejidad “lo que importa conocer no son los resultados, forzosamente impredecibles, sino los procesos mismos.” (Molina y Ludy, 2005, p. 81).

2.3 TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS DEL ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO

En sus estudios sobre los sistemas complejos, investigadores del Instituto de Santa Fe: W. Brian Arthur (economista), John Henry Holland (ingeniero, psicólogo, informático teórico) y Christopher Langton (físico, informático y antropólogo), llegaron a la conclusión de que los genes son a la evolución biológica lo mismo que las creencias son a la evolución cultural. Así como los genes son observados en el ADN, las creencias son “transportadas” en el lenguaje (Waldrop, 1992).

Con esto en mente, las creencias que se organizan, junto a otros elementos de la conciencia, en sistemas cognitivos reflejan *la cultura* vista como un fenómeno emergente y lo hacen a través de discursos como expresión del lenguaje simbólico. El Análisis Crítico del Discurso (abreviado como ACD a partir de Teun A. van Dijk) combina un macroanálisis de

la estructura y las relaciones sociales con un microanálisis del discurso como práctica social (Trčková, 2014, p. 20).

Este acercamiento interaccionista se liga al concepto de *intertextualidad* que fue esbozado en los estudios del género y el *dialogismo* (la relación de un enunciado con otros enunciados) de Bajtín (1986), y fue definido por Kristeva (1967) en el marco de los estudios literarios como “la existencia en un texto de discursos anteriores como precondition para el acto de significación.” (p. 439).

En la década de 1980 el concepto es retomado por investigaciones de corte sociológico. La intertextualidad es vista desde la óptica del estudio de la textualidad (Beaugrande & Dressler, 1981) como un mecanismo mediante el cual la interpretación y/o la composición que se haga de un texto depende del conocimiento que se tenga de otros textos. La relación entre los textos puede ser manifiesta o puede ser secreta y se puede presentar entre elementos del mismo texto o entre distintos textos (Genette, 1982; y Lemke, 1985 en Marinkovich, 1999).

Más tarde, el concepto de intertextualidad es incorporado en los análisis críticos (Chouliaraki & Fairclough, 1999; Fairclough, 1995; Titscher et al., 2000; Wodak & Meyer, 2001) y ampliado bajo el concepto de *interdiscursividad* para referir un tipo de intertextualidad constitutiva (no manifiesta) que centra su atención en los elementos convencionales de los órdenes del discurso (Fairclough, 1992, 2003). Es decir se basan en la relación discursiva de los textos (intertextualidad), pero la trascienden para reconocer la relación de los discursos vistos como *práctica social*.

Para una mejor comprensión de la diferencia entre intertextualidad e interdiscursividad, la relación entre ellas, y su utilidad como herramienta del análisis del discurso, se rescata el siguiente fragmento de la lección inaugural que ofreció Michel Foucault en 1970 en el *Collège de France*, cuando sucedió a Jean Hyppolite en la cátedra de “Historia de los sistemas de pensamiento”: “él me enseñó a localizar de un discurso a otro, por el juego de las comparaciones, el sistema de las correlaciones funcionales; él me enseñó a describir las transformaciones de un discurso y las relaciones con la institución.” (Foucault, 1970: pág. 69). En términos del ACD, la primera cláusula se refiere a la intertextualidad, la segunda a la interdiscursividad.

Como herramientas analíticas complementarias, la interdiscursividad da cuenta de la heterogeneidad de los textos compuestos de diversos géneros y pone el acento en las líneas permeables de los órdenes del discurso. Por su parte, lo que de la intertextualidad interesa al ACD es que no se limita a establecer referencias tácitas o explícitas entre textos, sino que intenta dilucidar el potencial que tiene dicho mecanismo para construir significado a nivel ideológico, cultural y social.

“Una aproximación a los géneros y a los discursos debe permitir, pues, mostrar en toda su complejidad el fenómeno de la intertextualidad, ya que un análisis de ésta basado solo en la interdependencia textual (como, por ejemplo, entre autores y textos, entre autores y autores, entre textos sólo escritos) no logrará penetrar en la profundidad de dicho fenómeno.” (Marinkovich, 1999, p. 740).

En cuanto al concepto de género (en el ámbito lingüístico-discursivo), al ACD le interesa la referencia genérica del texto no tanto por sus posibilidades taxonómicas como por su implicación en el registro discursivo. Threadgold (1989) señala que los géneros

“implican siempre maneras típicas de *construcción de textos* y conjuntos típicos de relaciones interpersonales y significados (relaciones entre el lector/escritor, posiciones de poder, orientaciones escritor/texto), como también restricciones a *lo que* realmente puede ser *hablado* o *escrito*.” (en (Marinkovich, 1999, p. 737).

Tal acercamiento al análisis intertextual tomando como una variable de importancia al género implica, para Fairclough, que este último responde a “una selección entre opciones dentro de lo que se podría llamar el potencial intertextual de una organización del discurso.” (Marinkovich, 1999, p. 738). Resulta obvio en este punto que esta organización del discurso se comporta como un sistema abierto a las influencias de otros órdenes del discurso. Bajtín propone que es el enunciado con su forma genérica y no las unidades propuestas por la gramática descriptiva, la unidad lingüística por excelencia que recoge el carácter comunicativo del lenguaje.

Cabe mencionar que no todos los analistas críticos del discurso le dan la importancia al género y/o a la intertextualidad. “Otros acercamientos al análisis (crítico) del discurso niegan o desvalorizan la dimensión de las prácticas discursivas y la intertextualidad.” (Chouliaraki & Fairclough, 1999, p. 21).

Sin embargo, aquí se considera esencial para comprender el fenómeno en su complejidad toda vez que se trata de “una manera socialmente avalada de usar el lenguaje en conexión con un tipo particular de actividad social” (Fairclough, 1995, p. 27). Descubrir y describir la manera socialmente avalada se hace a partir de aplicar la técnica del análisis sistémico funcional de Halliday (1978) en su forma más simple, escudriñando el campo, el tenor y el modo de la producción textual.

Para Fairclough (1995. P. 27), los términos “campo” y “discurso” son intercambiables, pues un discurso “es una manera de entender un dominio particular de práctica social desde una perspectiva particular”. Esto es así cuando el autor utiliza el término discurso como sustantivo abstracto, es decir, “uso del lenguaje concebido como práctica social”. Como ejemplo se puede hablar de discurso feminista, discurso patriarcal, discurso médico hegemónico para referir *un dominio particular de práctica social*.

En otros contextos del análisis, los términos “discurso” y “texto” son intercambiables, en su forma de sustantivo contable, un discurso también se refiere a “una forma de significar experiencia desde una perspectiva particular”. Esto es así cuando hablamos del discurso emitido por Mahatma Gandhi el 7 de Agosto de 1942 en el Congreso Nacional Indio, el discurso pronunciado por el Subcomandante Marcos “Mandar Obedeciendo” el 26 de febrero de 1994 al pueblo de México, o el discurso de María de la Luz Díaz Hernández, partera chiapaneca de los altos de Chiapas, emitido el 27 de abril de 2017 en un podcast.

Con esto en mente, lo que interesa del género en tanto uso del lenguaje asociado a una particular actividad social es cómo “un género puede utilizar de forma predecible un rango particular de discursos.” (Fairclough, 1995, p. 27). Por ejemplo, el discurso de la objetividad científica en el género descriptivo de artículos académicos publicados en revistas médicas. Pero al mismo tiempo, “un discurso dado puede ser utilizado en varios géneros.” (*Ídem.*). El discurso de la violencia obstétrica permea blogs en la internet, mítines feministas, foros legislativos, revistas académicas, artículos periodísticos, etc.

Para el análisis se necesita conocer los órdenes del discurso que se expresan como nodos en el Sistema Adaptativo Complejo. Conocemos que para la teoría de la complejidad, las relaciones micro y macro son relativas y reflectivas de sí mismas en diferentes niveles. Así, cada orden del discurso está inserto en un sistema mayor que los pone en relación entre

sí, pero al mismo tiempo tienen su propio grado de complejidad en sí mismos, en tanto que cada orden es el resultado emergente de la totalidad de *prácticas discursivas* de una institución y las relaciones entre ellas.

La disposición genérica en determinado orden del discurso es contextual e histórica. Es determinada y transformada por las prácticas discursivas, esto es, los procesos de producción, distribución y consumo textual. “La práctica discursiva asegura un lugar de importancia para la historicidad de los eventos discursivos al mostrar tanto su continuidad con el pasado (su dependencia de órdenes del discurso dados) como su participación en el desenvolvimiento histórico (su transformación de los órdenes del discurso).” (Fairclough, 1995, p. 20).

Como resultado de la descripción procesual de la dinámica discursiva se espera observar cómo “los cambios en el uso del lenguaje son una parte importante de cambios sociales y culturales más amplios (...) en el nivel de los órdenes del discurso, las relaciones y los límites entre las prácticas discursivas en una institución o en la sociedad en general se modifican progresivamente en formas que concuerdan con las direcciones del cambio social.” (Fairclough, 1992, pp. 5-9).

Sin embargo, para llegar a este grado de complejidad analítica, es necesario integrar otra herramienta conceptual de carácter más social que lingüístico, pero abordado para propósitos prácticos desde un punto de vista más semiótico que filosófico: la *ideología*.

De los alcances del género en el registro textual: se abordan “las complejidades implicadas en la construcción, transmisión y cambio social, potencial de las realidades culturales. En otras palabras se necesita saber por qué algunos géneros son posibles, otros imposibles, algunos altamente valorados y otros marginados”. (Marinkovich, 1999, p. 737)

Y a través del análisis intertextual conocer también porqué algunas combinaciones intergenéricas a distintos niveles de tipos textuales⁶ se intersectan, se relevan, se incrustan o se mantienen separadas en y por el juego de las ideologías.

⁶ La distinción hecha por Hatim (1996) entre “un género dado, el macrogénero, (...) géneros menores, los generolectos (y) la unidad mínima de análisis genérico, el rasgo de género (la ocasión social implicada).” (Hatim 1996 en (Marinkovich, 1999) es lo que Fairclough llama tipos textuales en varios niveles de particularidad -

¿Qué entenderemos por *ideología*? Su polisemia representa no pocos desafíos y de la manera en que se aborde dependerá la comprensión de la dinámica discursiva y su implicación en las relaciones sociales.

Sin pretender entrar en una discusión ya abordada por otros autores (Eagleton, 1997) (Fairclough, 1995) (Thompson, 1991) (van-Dijk, 2007) es interesante el tratamiento que analistas críticos del discurso realizan del concepto, así como los límites y posibilidades para su aplicación en el paradigma de los sistemas complejos.

En términos generales, lo que hace *crítico* al análisis del discurso es justamente el foco puesto en el vínculo entre lenguaje, poder e ideología. Lo que busca el ACD es “desmitificar los discursos “a través de la investigación sistemática y reproducible de datos semióticos.” (Wodak, 2013, p. 24); en otras palabras, para disociar las prácticas ideológicas de la base social en particular, y de los intereses particulares que las generaron, “las cuales tienden en mayor o menor medida a naturalizarse y, por lo tanto, se considera que son de sentido común.” (Fairclough, 1995, p. 35).

En la dimensión de la estructura puramente lingüística la ideología se reviste de carácter epistémico, desdibujando el intrínseco sentido político que si bien no es inherente al concepto, está tan fuertemente asociado (ideología y poder) en la mayoría de las nociones utilizadas en el lenguaje común. Así, partiendo de la base de la estructura universal del pensamiento binario, existen formas no marcadas que aplican tanto a nivel de significante como a nivel de significado, en contraste con formas marcadas en el mismo nivel semiótico. Esto deriva en una relación asimétrica entre ambas formas donde la forma no marcada tiende a representarse como la forma dominante y la cual es percibida socialmente como neutral, mientras que la forma marcada, con un estatus no privilegiado, se percibe como diferente (Chandler 1994 en Trčková, 2014, p. 15). Estas bases heredadas de la Lingüística Crítica, en el ACD son recuperadas y trasladadas a nivel de lo social a partir de las nociones gramscianas de hegemonía y subalternidad.

En términos de Fairclough (1995, p. 33), enlazar la ideología con las relaciones sociales dan por resultado relaciones asimétricas de poder, eso es dominación. En esta base

por ejemplo, entrevista de noticias, entrevista de noticias televisiva, entrevista de noticias del Canal 4, etc. (Fairclough, 1995, p. 28).

se cimentó el ACD centrando tempranamente su atención en estudiar la función del discurso en la reproducción de la *ideología dominante*.

Entender las reglas del juego de la ideología que se presenta a sí misma como neutral, socialmente naturalizada, acercó a los analistas críticos del discurso a entender el concepto de ideología desde la perspectiva que Eagleton señala como la más general: aquella que “tiene que ver con la *legitimación* del poder de un grupo o clase social dominante.” (1995, p. 24).

Esta manera de entender la ideología se basa en la teoría de John B. Thompson en la que, según el autor, hay dos acercamientos básicos al concepto de ideología: la noción neutral y la noción crítica. La noción neutral ve a la ideología como un sistema de creencias presentes en cualquier acción política y social, sin implicar que los fenómenos ideológicos sean unilaterales o engañosos. En contraste, la noción crítica tiende a ver dicho fenómeno como engañoso, propenso a la crítica y representando intereses de un grupo particular (Thompson 1990 en Trčková, 2014, p. 18).

Se entiende que la noción neutral es apolítica, se puede considerar incluso la forma no marcada que niega la unilateralidad y los intereses ocultos que forzosamente se le atribuyen al discurso ideológico; no obstante, aún la noción crítica que ve a la ideología como un conjunto de significados al servicio exclusivo del poder dominante, presenta el gran inconveniente de no corresponder con la realidad en términos del desafío y la resistencia por parte de ideologías (sub)alternas a la ideología dominante.

Pasar del Análisis Crítico del Discurso, al Análisis del Discurso Crítico que se aborda en esta tesis, representa el enorme desafío de interpretar la marcación y la no marcación binaria de manera dinámica. ¿Es siempre la forma no marcada la que ostenta el poder? ¿son siempre las formas marcadas las subalternas? Lo es, en el pensamiento lineal y es perfectamente demostrable al simplificar los procesos en un sistema. En el caso que nos ocupa por ejemplo, el discurso médico es el naturalmente competente sobre el tema, mientras que el discurso de la partería o del matriactivismo es la forma “diferente”, la marcada como subalterna, la que se pone en constante cuestionamiento y es blanco de todas las críticas provenientes del pensamiento conservador del *status quo*.

Pero, para entender el fenómeno desde el punto de vista de la complejidad se necesita cuestionar ¿en qué medida, los discursos subalternos son también ideológicos? ¿y qué relación tienen con el uso y con el abuso del poder? Toda vez que, por lo general, se tiende a considerar el propio pensamiento como no ideológico, pues “calificar de ideológicas las propias creencias entrañaría el riesgo de convertirlas en objeto de discusión.” (Eagleton, 1997, p. 25).

En la mayoría de los primeros textos del ACD, el uso del término ideología estaba densamente vinculada con adjetivos como hegemónica, enmascarada, dominante, y los atributos del poder y las relaciones de poder eran asociados a términos como control, dominación, etc. Esta es una limitante que no ha permitido al ACD desplegar todo su potencial para analizar la realidad compleja. Wodak misma en una entrevista (Colorado, 2010, p. 593) asegura que el ACD necesita nuevos enfoques que posibiliten el empoderamiento de movimientos sociales emancipatorios, políticas alternativas, retóricas alternativas, y añade (Billig 2008 citado en Wodak, 2009) que establecer la diferencia entre el uso del poder y el abuso del poder es una cuestión que hasta ahora ha tenido que permanecer sin respuesta.

En los trabajos relativamente más recientes de algunos analistas críticos del discurso (ver por ejemplo Fairclough 1995; Chouliaraki y Fairclough 1999; Thornborrow 2002; Wodak y Meyer 2009), ya se señala el conflicto entre ideologías manifestadas a través del discurso, en contextos históricos donde las relaciones de poder existentes pueden ser mantenidas, desafiadas o resistidas (Trčková, 2014, p. 18). De ahí la importancia de trascender la visión thompsiana de ideología que no la encasille en un instrumento exclusivo de grupos hegemónicos, y que al mismo tiempo no la *apolitice* invisibilizando las relaciones de dominación efectivamente existentes y que influyen en ciertos órdenes sociales.

La primera acotación que se hace radica en precisar que, sin perder de foco el papel central que desempeña la ideología en los discursos para obtener el consentimiento de masas y reproducir las desigualdades sociales, se debe tomar en consideración que ideología también es el instrumento que los grupos dominados utilizan para resistir discursivamente esa dominación, cargando en ella sus propias creencias y valores ante la ideología que se impone (ideología dominante) con apariencia de ‘neutral’ o ‘natural’.

En esta misma línea de naturaleza epistemológica surge otra pregunta: ¿las ideologías dominantes y las subalternas son de la misma naturaleza?

Para van Dijk (2007) la ideología contempla tres dimensiones:

1) desde el punto de vista cognitivo implica las cogniciones (en términos de representaciones sociales) que son compartidas por los miembros de un grupo;

2) la dimensión social se refiere a las características de los grupos y las relaciones entre los mismos y las instituciones que están involucradas en el desarrollo y la reproducción de las ideologías;

3) la dimensión discursiva aborda cómo las ideologías influyen en nuestra producción diaria de textos verbales y escritos como sujetos sociales, cómo entendemos el discurso ideológico, y de qué manera el discurso está involucrado en la reproducción de las ideologías en la sociedad.

Lo anterior es común, tanto para las ideologías expresadas por representantes del poder hegemónico como para aquellas surgidas desde la subalternidad, sin embargo aún no nos dice nada sobre la naturaleza de esta.

Visto como un sistema de creencias, las ideologías son las creencias fundamentales de un grupo y sus miembros. Sin ellas, el grupo o colectivo no tendría razón de existir. Pero no son cualquier tipo de creencias. Tienen características como (basado en van Dijk, 2007, pág. 12-13 y en Eagleton, 1995, p. 40-55):

- a) son colectivas, se comparten en grupo mediante las relaciones sociales tanto cotidianas como extraordinarias;
- b) no tratan de temas triviales sino relevantes como vida, muerte, nacimiento y reproducción, la salud de las personas y su relación con el medioambiente, clase social, tener poder o no tener, distribución de los recursos, género, raza, etnicidad.
- c) se instalan en la memoria de largo plazo a partir de:
 - i. memorias episódicas,
 - ii. conocimiento cultural,
 - iii. bagaje común (transcultural),
 - iv. opiniones y actitudes.

- d) siendo producciones inmateriales del pensamiento humano (su dimensión es el lenguaje) se traducen eventualmente en prácticas sociales (por ejemplo, el sexismo o el racismo forman parte de las expresiones de violencia y/o discriminación, el pacifismo se materializa en protestas masivas contra las armas nucleares, el ecologismo guía acciones contra la contaminación, el feminismo promueve políticas públicas de equidad, etc.)
- e) a menudo parecen cláusulas referenciales en su superficie gramatical (descripción de situaciones de hecho) siendo a la vez secretamente ‘emotiva’ (expresión de la realidad vivida) o ‘conativa’ (orientada a conseguir ciertos efectos).
- f) es un tipo de discurso particular orientado a la acción.

Hasta este punto, ideologías dominantes, subalternas y subversivas comparten las mismas características. Lo único que las distingue entre sí son las relaciones de poder, es decir, quién ejerce el control práctico y discursivo sobre el otro, cuál grupo controla las prácticas discursivas dominantes (producción, distribución y consumo de textos).

A fin de cuentas se sabe que “el poder de controlar el discurso es visto como el poder de sustentar prácticas discursivas particulares, asociadas a posturas ideológicas particulares, en un lugar de dominancia sobre otras prácticas alternativas (incluidas las que se oponen a aquellas).” (Fairclough, 1995).

No obstante, esta visión, aunque fundante y útil, aún deja sin respuesta la construcción de una explicación sobre la dinámica de un Sistema Adaptativo Complejo como el que se aborda en este estudio. Es decir, el interés analítico no está en generar resultados del tipo “expresa tal sistema de creencias porque pertenece a tal grupo social” o “tal grupo social tiende a fundamentar sus discursos en tales ideologías”. Lo que interesa destacar es el rol del discurso en la permanencia o modificación de ciertas prácticas sociales; la descripción de su naturaleza ideológica es parte de la comprensión del fenómeno, más no el fin último de la explicación.

Por ello, lo que interesa de la ideología en los discursos bajo análisis es, tanto conocer el grado en que la ideología está implicada en la dinámica discursiva; como revisar la manera en que la ideología configura y reconfigura las relaciones sociales, y también identificar los procesos de apropiación y adherencia ideológica de los agentes del sistema.

Tomando en consideración las características sociocognitivas del pensamiento ideológico en sentido cognitivo (van Dijk, 2007) y afectivo (Eagleton, 1995), se identificarán en el texto las cláusulas que contengan, en mayor o en menor medida, cierta carga ideológica expresada de manera explícita e implícita. Para ello se toma en consideración que la ideología “es menos cuestión de propiedades lingüísticas inherentes de una declaración que de quién está diciendo algo a quién y con qué fines (...) es una función de la relación de una manifestación con su contexto social.” (Eagleton, 1997, p. 31).

Esta manera de concebir el concepto de ideología es lo que permite al analista del discurso presuponer tácitamente la mayoría de la otra información, la que no se ve, pero está; aquella que nos permite entrever el asentamiento ideológico del discurso y, por tanto, las relaciones de poder que, en las batallas ideológico – discursivas, implican la oportunidad de ganar terreno para la modificación o reforzamiento de prácticas sociales puestas en cuestionamiento.

Se enfatiza que la noción de ideología aquí presentada no implica la creencia de que toda práctica social está basada en alguna postura ideológica. Como menciona Eagleton (1995, p. 50) hay casos en los que quien se compromete con cierto orden social lo hace por razones cínicas (o de otra índole), pero no necesariamente su práctica legitima sus creencias ideológicas de las cuales puede incluso no ser consciente. Sin embargo, el mero hecho de producir un discurso confronta necesariamente al sujeto con sus construcciones ideológicas.

Así pues, “si la ideología en ocasiones supone distorsión y mistificación, es menos por algo inherente al lenguaje ideológico que por algo inherente a la estructura social a la cual pertenece el lenguaje.” (Eagleton, 1995, p. 51). Definitivamente, lo inherente a la ideología es su intención de legitimación, mientras que el discurso que particularmente cuestiona el orden social tiene su carga ideológica performativa en el cuestionamiento de prácticas materializadas en el orden de las relaciones sociales efectivamente observables.

En términos del ACD se pone especial énfasis en las maneras en que las ideologías influyen los diferentes niveles de las estructuras discursivas, desde la sintaxis y las imágenes de los muchos aspectos del significado, como los títulos, la coherencia, las presuposiciones, las metáforas y la argumentación, entre muchas otras. También se vincula eventualmente a la ideología aspectos como la selección del estilo, la manera de posicionarse

(rol social) respecto a otros, las palabras que se eligen al referir a otros y/o a las relaciones sociales, los conceptos que se usan, las cosas de las que se habla. Todo el conjunto textual analizado de manera sistemática y relacional va a elucidar las creencias y opiniones que no están explícitas en el discurso.

Si se acepta la tesis de que toda ideología tiende a la legitimación, sería útil retomar a Thompson (1984) ya no desde el punto de vista epistémico, pero desde la técnica de análisis que brinda para comprender los mecanismos discursivos que implican esa legitimación: promoción, naturalización, universalización, denigración, exclusión, oscurecimiento. Si bien, él se refiere exclusivamente al discurso dominante, o mejor dicho, para el autor no existe una ideología que no tienda a la dominación entendida como el abuso de poder⁷ a través de la mistificación, aplicar las mismas categorías a discursos subalternos, subversivos y emancipatorios es una manera práctica de conocer si efectivamente son de la misma naturaleza que los discursos dominantes o, si por el contrario, precisan de sus propias categorías.

Más allá de la estructura binaria del cuadro ideológico proveniente del análisis de los sistemas cognitivos *in group* y *out group* propuestos en van Dijk (2007), se comienza a desarrollar un esquema más amplio para comprender / explicar las relaciones sociales del fenómeno complejo.

Por ejemplo, estudios empíricos han puesto de manifiesto que la *relación* está constituida por componentes diversos. Estos, *a posteriori*, pueden ser diferenciados del siguiente modo: el efecto de *ego* sobre *alter* (la consistencia del comportamiento de *ego* hacia los demás); el efecto de *alter* sobre *ego* (la consistencia en las respuestas de una persona hacia diferentes *ego*); el efecto de interacción (el comportamiento que ninguno de los agentes aporta a la relación, pero que resulta de la influencia recíproca entre actores particulares) (Cook y Dreyer, 1984: 679-697). En el tema de los fenómenos emergentes, los individuos-personas (agentes del sistema) “no están seguros de comunicar de forma comprensible,

⁷ Esta noción de poder la encontramos también en los primeros escritos de Fairclough, quien más tarde realiza una útil distinción entre el concepto de ‘poder’ y las ‘relaciones asimétricas de poder’, es decir, ‘dominación’. (Fairclough, 1995, p. 33).

porque cada comunicación se refleja en el espejo de subjetividades auto-referenciales progresivamente fluctuantes.” (Herrera-Gómez, 2001, p. 25).

En síntesis, en la aplicación del modelo de análisis se tomará en cuenta que cada texto contribuye a la constitución de los tres aspectos de la sociedad y la cultura (*conocimiento, identidades, relaciones sociales*). El sistema de conocimientos *constituye* a los sujetos con sus identidades y *crea* relaciones entre ellos (Titscher et al., 2000) “tanto de manera convencional y socialmente reproductora, como creativa y socialmente transformadora.” (Fairclough, 1995).

La cuestión de si *conocimiento* y *creencia* son términos intercambiables es también una cuestión ideológica. Esta distinción la brindarán los propios datos, por el momento basta expresar las *tres variables* consideradas en el modelo tomando en consideración que conocimiento/creencia es una de ellas. Estas creencias conforman modelos mentales (van Dijk, 2007) que expresan la(s) identidad(es) de adherencia del productor del discurso. Puestos en relación los textos, es posible reconocer la distribución de las relaciones de poder y la influencia de la(s) ideología(s) en la permanente configuración-reconfiguración de estas.

Para cerrar el apartado de técnicas y herramientas que se usarán en el análisis, se hace referencia a la interfaz que conecta discurso con práctica social. Es el nivel último de análisis, sin el cual se torna imposible conocer la implicación de los discursos en la transformación de las relaciones sociales. Y por “transformación” no nos referimos teleológicamente a una configuración en particular, toda vez que en los sistemas abiertos las relaciones están en permanente transformación.

La dimensión mediadora que conecta el texto con la práctica social es referida desde varios enfoques por diversos autores. Se retoma aquí el aporte complementario de tres de ellos.

Desde una perspectiva general, Michel Foucault (1970) en *El orden del discurso* pone a disposición un espectro metodológico desde el que se puede observar a los discursos en su dinámica intertextual a través de procedimientos externos de exclusión, procedimientos internos de control y procedimientos de intercambio que condicionan su utilización y circulación.

Nuevamente este enfoque está puesto en el orden del discurso dominante, es decir, un orden del discurso necesariamente histórico y por ende modificable, pero con la suficiente fuerza y consistencia para controlar las prácticas sociales por lapsos espacio-temporales relativamente estables. Para comprender cómo los órdenes sociales se modifican primero es necesario observar qué los mantiene. La teoría de Foucault da luz sobre la manera en que las instituciones capitalizan la energía discursivo-ideológica para impactar sobre prácticas sociales a través de procedimientos de control; tanto del exterior (sistemas de prohibición, separación entre razón y locura, dicotomía verdadero-falso); como desde el interior del orden soportado institucionalmente (comentario, autor y disciplina); y también en la relación misma del intercambio que Fairclough nomina práctica discursiva (condiciones de utilización y circulación de los discursos).

Los discursos críticos (subalternos, subversivos, emancipatorios) se entiende que están fuera de los órdenes dominantes. Habrá que analizar si los procedimientos utilizados para posicionarse, en el sentido de legitimarse con el propósito de transformar la práctica social, son de la misma naturaleza que los discursos hegemónicos, o no. Para alcanzar suposiciones de ese grado se precisa de teorías a un nivel más concreto de análisis.

Fairclough señala que la interfaz es la práctica discursiva, es decir, son los procedimientos de producción, distribución y consumo los que median entre el texto y la práctica sociocultural. En las prácticas discursivas las personas recurren a los recursos de los miembros, los cuales están determinados socialmente involucrando el "conocimiento del lenguaje de las personas, las representaciones de los mundos naturales y sociales que habitan, los valores, las creencias, [y] supuestos". (1989, p. 24).

Por su parte, van Dijk (1993, p. 258) argumenta que "la producción e interpretación de textos concretos se basan en los llamados modelos, es decir, representaciones mentales de experiencias, eventos o situaciones", que están formados por conocimientos, ideologías y actitudes socialmente compartidos. Por lo tanto, ambos ven la dimensión mediadora de la práctica discursiva como un proceso sociocognitivo. (Trčková, 2014, p. 21). Y es de esta manera como se hará el abordaje desde la dimensión analítica.

En síntesis, la producción y reproducción de las prácticas sociales están conectadas dialécticamente, es decir, determinan y son determinadas, por un sinfín de fuerzas definitorias

provenientes de diversas dimensiones de la realidad. Particularmente, la dimensión discursiva y su grado y modo de aplicación es la que se aborda a continuación.

2.4 CONSTRUCCIÓN DEL MODELO DE ANÁLISIS

El reto implica el diseño de un modelaje analítico que permita un entendimiento apropiado sobre cómo el lenguaje funciona en la constitución y transmisión del conocimiento, en la organización social de las instituciones y en la ejecución -práctica- del poder (Graham, 2002; Lemke, 2002; Martin y Wodak, 2003; 2009).

El marco analítico propuesto utiliza la *intertextualidad*, las prácticas discursivas en los órdenes del discurso y la *interdiscursividad*, como herramientas analíticas que median entre las tres dimensiones del evento discursivo bajo análisis: la dimensión comunicativa a nivel de registro en el texto ~~donde se expresan los componentes del contexto social conocidos como campo, tenor y modo~~; la dimensión pragmática que expresa el análisis de las combinaciones de registros con géneros, géneros con contenido y contenido con situaciones sociales; y la dimensión semiótica, que sustenta en términos concretos la relación que teóricamente Fairclough (1995) establece entre texto, práctica discursiva y práctica sociocultural.

A este modelo conocido de ACD propuesto por Fairclough, añadimos el componente dinámico de relaciones entre las prácticas discursivas, que en términos del cambio sociocultural se pueden agrupar en dos fuerzas ideológicas contrapuestas: centrípetas o de alineación, que son aquellos componentes del discurso que tienden a reforzar los elementos socioculturales que sostienen al discurso hegemónico y sus prácticas, condensando el *mainstream* de la ideología política y económicamente dominante; y las fuerzas centrífugas o emancipatorias, que tienden a contradecir el discurso hegemónico o evidenciar prácticas abusivas escondidas en el anonimato del *estatus quo*, entendiendo por abuso toda práctica de ejercicio de poder que resulta en dominación y control de la libertad del otro.

La aplicación del modelo mediante sus técnicas y herramientas se basa estrictamente en los datos, obteniendo las conclusiones empíricamente a partir de los datos en sí, en un intento de evitar la imposición de cualquier preconcepción.

Al poner en práctica este modelo, interesa llegar a resultados que den solución a las preguntas planteadas al inicio de la investigación, las cuales van más allá de presentar el estado del arte del sistema cognitivo sociocultural en términos gramscianos de ideología hegemónica y subalterna. Lo que se pretende con la aplicación de este modelo es aprehender un fenómeno social *mientras está sucediendo* para desplegar teóricamente no tanto sus posibilidades de desenlace y sus consecuencias en la realidad social, como los procesos mediante los que operan como sistema. Lo cual no es un desafío menor toda vez que el concepto mismo de análisis se refiere a seccionar las partes de un todo para examinar sus componentes de manera individual. Y para seccionar hay que hacerlo sobre un cuerpo inerte, sobre un hecho social ya dado. Por ello, la mayoría de los ACD se aplican a fenómenos históricos o a retazos de la realidad con límites temporales ubicados en el pasado. En los casos en que el análisis es aplicado al pasado inmediato, se logra tener una instantánea parecida al presente y su tendencia futura, como es el caso del fenómeno de la mercantilización del discurso universitario (Fairclough, 2008) que el autor presenta a manera de descubrimiento de un proceso social presente, sobre el que se puede o no actuar, dependiendo de fuerzas que escapan al análisis estrictamente científico.

En esta ocasión, el tema de esta tesis trata de un fenómeno que venía evolucionando velada y centrípetamente a razón de un discurso hegemónico de carácter científico biologicista, y que es a raíz de otros fenómenos sociales ideológicos de más larga trayectoria, como el discurso feminista, el ecoactivismo, la postura antipharma, el indigenismo, el matriactivismo, etc., que comienzan a salir a la luz discursos disidentes que toman fuerza centrífuga para revertir las prácticas y los discursos hegemónico que giran en torno al fenómeno. Es entonces que se empiezan a vislumbrar mecanismos discursivos que hacen evidentes ciertas prácticas adversas anidadas de manera hasta entonces invisible en el estatus quo.

En casos como este, el ACD está ante el desafío de un fenómeno vivo, más cercano a su fase embrionaria que madurativa. A diferencia de la mayoría de los temas clásicos del ACD, las relaciones sociales en torno a la atención de los nacimientos humanos gozan de una heterogeneidad de prácticas discursivas con suficiente fuerza para ser notada a nivel mundial, pero no la suficiente aún para determinar que se trata de un cambio social cuyo desenlace

esté escrito en el distingo teórico de alguna tendencia derivada de la lógica de fenómenos evidentes.

Tomar el fenómeno en su fase embrionaria implica entonces adecuar el modelo en el sentido de que sirva el análisis para realizar una exploración de los posibles caminos proyectivos que deriven del mismo. En todo caso, sostengo que el cambio social comienza a percibirse desde el momento en que se presenta una tensión entre las fuerzas de alineación y de emancipación. La distención es lo que aún está oculto. Sin embargo, incluso la resolución del fenómeno mediante el fortalecimiento de los discursos centrípetos, apoyados por una eventual política pública que deje sin efecto cualquier intento de cambio mediante discurso centrífugo, es decir, incluso la instauración de la hegemonía sin espacio para prácticas alternas, sería ya un cambio social muy profundo en la historia de la humanidad, dado que se borraría de la faz del discurso toda narrativa de la experiencia de un parto que subjetivamente la mujer percibe como libre, respetado, humanizado, digno y otros adjetivos que se han usado para diferenciarlo de la atención médica hegemónica.

El Análisis Crítico del Discurso es el método elegido para comprender los procesos sistémicos complejos que se perciben pues, en términos de Fairclough (1995 pág. 29), el cambio en las prácticas discursivas es expresión de procesos más amplios de cambio social y cultural.

Como investigadora del ACD he intentado hacer explícitas mis propias posiciones e intereses (capítulo 1), al tiempo que transparente la aplicación de un método científico que refleje el propio proceso de investigación. (Wodak & Meyer, 2009).

Por lo tanto, algunos críticos continuarán afirmando como refiere Wodak (2006a) que esta manera de proceder se basa constantemente en creencias subjetivas fundamentadas en un punto medio entre la investigación social y la documentación política (Wodak, 2006a), mientras que otros acusan a algunos estudios de ACD de ser demasiado lingüísticos o no lo suficientemente lingüísticos. Desde nuestro punto de vista, (incluyéndome), esta crítica mantiene un campo vivo porque necesariamente estimula más auto-reflexión y alienta nuevas respuestas y nuevos pensamientos. (Wodak & Meyer, 2009).

La selección de textos se hizo a partir de considerar como unidad de análisis cláusulas referidas al evento del parto en términos de una relación social. A partir de ello, se realiza el análisis del texto en su conjunto y a un nivel intertextual y semiótico acorde al procedimiento siguiente:

El análisis se inserta en el esquema general de Norman Fairclough: 1) el texto y la relación entre textos se describe, 2) la relación entre textos y práctica discursiva se interpreta, y 3) la relación entre práctica discursiva y práctica sociocultural se explica. Transita por los siguientes niveles procedimentales:

2.4.1 Nivel 1. Dimensión comunicativa

Primera etapa. Descripción del texto en contexto.

La estructura del diseño responde al *qué y por qué* debemos enfocar en cada texto para ser considerado dentro del corpus de análisis, es decir, qué tipo de *data* dentro del universo de posibilidades se va a seleccionar para ser analizado.

Tabla 2.4.1 Diseño de la investigación.

Pregunta de investigación	Concepto	Categoría	Indicador	Descripción	Técnica
¿Qué tanto y cómo están implicados los actores participantes en la relación social que implica la atención del parto?	Relación Social	Agentes	Actores	Acciones expresadas en la atención de partos	Revisión documental
			Actitudes	Comportamientos y reacciones ante acciones de otros actores	
		Contexto	Contexto material	Propiedades, características, atributos y dimensiones	

Para la muestra se seleccionaron textos cuyo tema se centra en la pregunta de investigación: “¿Qué tanto y cómo están implicados los actores participantes en la relación

social que implica la atención del parto?”. Las fuentes son diversas, principalmente escritas aunque también hay orales y multimodales (audio y video).

Se describen los discursos seleccionados como material de análisis, y los agentes que lo producen. Entendiendo por “agente” al sujeto participante en la comunicación en su contexto de producción del discurso. Para ello se retoman algunos conceptos de la semiótica social (Halliday, 1979) la cual define el contexto social como una construcción temporal de significados del sistema social. Así una descripción básica es expresada a partir de tres variables: un “campo” de proceso social (lo que está sucediendo en términos de tema y marco institucional), un “tenor” de relaciones sociales (quiénes toman parte y cómo se construyen las relaciones entre participantes) y un “modo” de interacción simbólica (cómo se intercambian los significados según el canal de comunicación adoptado).

Teniendo en consideración estos componentes, se puede determinar el género del texto. Para ello resultó bastante útil la clasificación genérica para modalidades textuales orales / escritas diseñada por (Ulloa-Sanmiguel y Carvajal-Barrios, 2008 p. 304).

Como paréntesis, y siempre referido a la categorización genérica, se aplica de manera transversal a todos los niveles el análisis de la *textura*, su forma y organización la cual “es parcialmente lingüística y parcialmente intertextual – es decir, el cómo los lazos entre un texto y otros textos y tipos textuales se inscriben en la superficie del texto.” (Fairclough, 1995).

Dicho análisis transversal arrojará también resultados respecto a los textos explícitos: “incluir en la escala de presencia-ausencia la relativa puesta en primer o en segundo plano del contenido textual explícito” (Fairclough, 1995); e implícitos: a *modo* de presuposiciones e implicaturas (Fairclough, 1995; Levinson, 1983).

Una vez descritos los componentes del contexto se procede a la codificación. En todo procedimiento analítico del ACD hay un continuo *feedback* entre análisis y recolección de datos. Este tipo de acercamiento nos remite a las técnicas utilizadas en la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) en la cual el muestreo es del tipo *Theoretical Sampling*.

Este “muestreo teórico” permite codificar el texto en sí mismo y también en relación con otros textos cuyas categorías, tópicos o conceptos muestren una relación dialógica. Esto

elimina todo intento de separación positivista entre las fases de recolección y análisis de datos. Los límites del muestreo solo van a estar determinados por la pregunta de investigación orientada hacia un problema concreto, y no hacia la búsqueda de posibles caminos para describir alguna población o el deseo de probar una hipótesis (Titscher et al., 2000, p. 41).

Segunda etapa: Codificación intertextual.

Siguiendo los postulados de la Teoría Fundamentada (Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967), y de ser posible mediante el apoyo técnico de un software especializado en análisis cualitativo⁸, el texto que responde al tópico de interés es pasado por el filtro de la codificación en tres fases:

Codificación abierta

Comienza con el análisis lexical, es decir, la selección de conceptos semánticamente relevantes y el registro de todas las variantes de un mismo concepto. La primera codificación se hace *In Vivo*, esto es, se codifican los términos tal cual son utilizados por el productor del discurso.

Posteriormente se realiza el análisis semántico, a través del cual se establecen las categorías de los agrupamientos lexicales. Por ejemplo, una autora refiere el término “mujer”, otro autor le llama “paciente” al mismo concepto cuya categoría, creada por el investigador para fines analíticos, podría ser “sujeto de la atención obstétrica”. Desde aquí ya se puede ir pronosticando el sustrato ideológico que sostiene una y otra selección lexical. Para los conceptos que los autores expresan de manera indiferenciada con los términos de “maltrato/abuso/violencia” la categoría semántica puede ser “relación de dominación” o “abuso de poder”. También es permitido utilizar un término codificado *In Vivo* para referir una categoría, por ejemplo, maltrato / abuso / violencia / agresión / golpes / gritos / reprimendas pueden ser codificados en la categoría “violencia obstétrica”.

Codificación axial

⁸ MaxQDA es el utilizado en el presente artículo. Otros similares son NVIVO y ATLAS-Ti.

La codificación axial se refiere al análisis para determinar las relaciones entre códigos (nos permiten conectar los discursos a partir del concepto codificado) y las relaciones entre categorías (nexos conectores en términos de la tipología de la intertextualidad).

Los resultados serán de dos tipos: 1) identificar el esquema de relaciones que condensa el modelo mental del productor del discurso, y 2) identificar la densidad de un código o de una categoría. La densidad es el número de relaciones que tiene con los demás lo que permite determinar la categoría central relacionada con las intenciones ideológicas del productor del discurso.

Codificación selectiva

Identificadas las categorías centrales de diversos textos es posible ponerlos en relación entre sí (análisis intertextual). La codificación selectiva es en sí misma la proto-teorización. Es ir descubriendo patrones y condiciones en las cuales se aplican.

Implica integrar y refinar las categorías a lo largo del nivel descriptivo intertextual para formar una teoría, validar las proposiciones de relación entre conceptos y rellenar cualesquiera categorías que necesiten mayor refinamiento. Es el “ir y venir” entre textos; y también entre niveles. La codificación selectiva es el nexo entre el texto y la práctica discursiva.

2.4.2 Nivel 2. Dimensión pragmática

Tercera etapa. Identificación de prácticas discursivas constitutivas de un orden del discurso

En este nivel se interpreta la relación entre los textos y las prácticas discursivas que los sustentan. Es decir, el proceso de producción e interpretación que se expresa en la intertextualidad. Esta dimensión tiene por objeto presentar la intencionalidad de los participantes para cumplir con su meta comunicativa (Hatim & Mason, 1990). Este ejercicio pasa forzosamente por la interpretación del analista basada en la semántica de los textos.

Se entiende por prácticas discursivas los procesos de producción, distribución y consumo de textos (Fairclough, 1995, p. 3). Esta definición refleja en sí el principio *crítico*

del ACD: el análisis de los textos no debería estar artificialmente aislado del análisis de prácticas institucionales y discursivas en las cuales éstos se insertan.

En sentido pragmático, prácticas discursivas particulares se asocian a posturas ideológicas particulares (aunque la relación no es ni lineal, ni absoluta, ni mutuamente excluyente). Puestas en relación, se distinguen estructuras jerárquicas y de dominación de unas sobre otras.

“Las prácticas discursivas pueden estar demarcadas de forma relativamente fuerte o débil – los límites pueden ser rígidos o permeables, y las prácticas discursivas pueden entrar en varios tipos de relaciones. Pueden entrar en el tipo de relaciones de complementariedad asumidas por las teorías de lo apropiado (...) de forma tal que prácticas discursivas diferentes sean usadas en situaciones sociales diferentes, pero pueden también ser alternativas dentro de la misma situación social, o pueden estar en relación de oposición. Por ejemplo, los médicos o los docentes pueden seleccionar o rechazar prácticas discursivas disponibles para dar forma a sus consultas médicas o a sus clases en función de posiciones teóricas o ideológicas.” (Fairclough, 1995, p. 23-24).

El reconocimiento de las prácticas discursivas y sus límites permite entrever las características de la estructura social reflejadas en la estructura lingüística como son jerarquía, conflicto, resistencia, oposición, aprobación, soporte mutuo, actualización, entre otros tipos de relaciones intertextuales⁹.

La demarcación de la práctica discursiva es respecto al orden del discurso que constituyen. Norman Fairclough define el orden del discurso como una “configuración particular (e histórica) de prácticas discursivas relativamente estables.” (Fairclough, 1995, p. 3). Por ejemplo, prácticas discursivas como conferencias, seminarios y revistas académicas, entre muchas otras, configuran el orden discursivo de la transmisión del conocimiento científico, es decir, el orden del discurso que soporta lo que conocemos como “ciencia”.

Nunca un orden del discurso es 100% estático e inamovible, las prácticas discursivas están en constante movimiento, configurando y reconfigurando sus límites. Sin embargo, la

⁹ Una tipología de la intertextualidad propuesta en específico para géneros literarios (Gutiérrez-Estupiñán, 2010) distingue relaciones de imitación, plagio, alusión, traducción, glosa, parodia, pastiche, sátira, opinión citada y refutada, ironía, relaciones de compatibilidad y autoridad, polémica insoluble, etc.

dinámica no es arbitraria. El sistema muestra cierta estabilidad que configura el orden social pues “el orden del discurso es el reflejo del orden social en su faceta discursiva” (Fairclough, 1995, p. 20), por lo tanto, y he aquí la importancia del análisis del discurso crítico, las prácticas discursivas que traspasan los límites del orden del discurso que las contiene suelen transformar los órdenes sociales, dependiendo de la constancia y la densidad, de la coherencia interna, el alcance universal y el grado de presión de las fuerzas que le resisten.

La transformación puede ser al interior de un determinado orden del discurso y en la relación entre diversos órdenes. De esta manera, “el cambio en los órdenes del discurso es, de hecho, parte del cambio sociocultural.” (Fairclough, 1995, p. 24).

Este inter-nivel de la dimensión pragmática es la clave que permite poner en relación los significados globales entendidos como las categorías principales del discurso (provenientes del nivel textual en la dimensión comunicativa) con las prácticas discursivas que sustentan el orden social (explicado en el nivel semiótico) a través de modelos mentales, gran parte de ellos de carácter ideológico. En este nivel se revela qué aspectos de la situación se ponen en primer plano y qué aspectos están en segundo plano u omitidos.

Cuarta etapa. Identificación de la estructura ideológica del discurso

Para esta tarea se retoma la estrategia del análisis ideológico propuesta por van Dijk (2007) en la cual se clasifica el contenido discursivo en categorías que revelan la estructura ideológica subyacente.

El resultado del análisis pragmático es un esquema de modelos mentales clasificados según la estructura ideológica mediante los cuales se realizan. Aquí sabremos también si el proceso de legitimación ideológica implica estrategias como (Thompson en Eagleton, 1995): “*promoción* de creencias y valores afines; *naturalización* y *universalización* de tales creencias para hacerlas evidentes y aparentemente inevitables; *denigrar* ideas desafiantes; *excluir* formas contrarias de pensamiento, quizá tácita y sistemáticamente; y *oscurecer* la realidad social de modo conveniente”. O averiguar si los discursos disruptivos, por tratarse de discursos diferentes a los dominantes, utilizan algunas y no todas, o diferentes estrategias.

La herramienta utilizada para revelar estas y otras conclusiones es el cuadro ideológico de van Dijk (2007) aplicado a las siguientes categorías analíticas de la estructura

ideológica: el significado (presente en el tópico, el nivel descriptivo o grado de detalle, implicaciones y presuposiciones, coherencia local, sinonimia y paráfrasis, contraste, ejemplos e ilustraciones, descargo de responsabilidad mediante la transferencia y la apariencia), las estructuras proposicionales y formales, la sintaxis de las oraciones, las formas de discurso, argumentación, retórica, acción e interacción.

2.4.3 Nivel 3. Dimensión semiótica

Quinta etapa: Análisis de la interdiscursividad

En este nivel se explica la relación entre los textos a partir del análisis *interdiscursivo* (esto es, intertextualidad constitutiva a diferencia de la intertextualidad manifiesta presentada en el primer nivel descriptivo). La interdiscursividad es el tipo de intertextualidad constitutiva (no manifiesta) que centra su atención en los elementos convencionales de los órdenes del discurso (Fairclough, 1992, 2003). En esta dimensión se expresa la multifuncionalidad de los textos en el ámbito de las prácticas socioculturales que los producen, a la vez que los textos mismos contribuyen a reproducir las prácticas sociales que fundamentan determinada configuración de la interdiscursividad.

A este nivel se obtiene una explicación de los dispositivos (Foucault, 1970) que operan en la dinámica sociocultural. Esto es, la dinámica de los órdenes del discurso en cuanto a sus a) procedimientos externos de exclusión (sistemas de prohibición, separación entre razón y locura, dicotomía verdad-falsedad); b) internos de control (El Comentario, El Autor y La Disciplina); y c) de intercambio y condicionamiento (dominar los poderes que conllevan los discursos, conjurar los azares de su aparición y determinar las condiciones de su utilización).

Este último paso del método permitirá organizar la información desde la vista panorámica de textos analizados con el lente de la interdiscursividad.

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN COMUNICATIVA

“La resonante naturaleza de la codificación, al comparar dato con dato, dato con código, código a categoría, categoría a categoría, y las categorías con los datos, etc. – sugiere que el proceso analítico cualitativo es más cíclico que lineal”

J. Saldaña (2009:45)

Textos sobre la atención del parto proliferan, principalmente desde el área médica, sin embargo la mayoría proveniente de esta fuente no hace alusión a la relación social. Se centran en las propiedades alusivas a la anatomía y a la fisiología del cuerpo humano y el sistema reproductor femenino.

Es notorio que, a partir de la segunda década del siglo XXI, comienzan a difundirse otro tipo de textos que, tratándose del mismo tema, transgreden el orden del discurso establecido hasta entonces como esferas de producción y consumo altamente especializadas con límites bien establecidos en un determinado gremio social, el colectivo médico gineco-obstetra.

Este tipo de discurso es transgresor en varios sentidos. No solo rompe los límites del estudio y la práctica obstétrica universitaria sino que también cambia el foco, de lo puramente clínico a lo relativamente social, y aún más, convierte en público lo privado y lo hace desde la crítica severa de un secreto a voces a penas reconocido por su nombre: la violencia obstétrica.

El reconocimiento de la violencia obstétrica ha sido paulatino, silencioso, no ha representado grandes “escándalos” televisivos, ni ha estado en las columnas principales y titulares de la prensa; sin embargo, como una gota de agua en la roca, ha ido transformando legislaciones y prácticas en algunos países más que en otros, y en algunos estados mexicanos más que en otros.

En algunos contextos principalmente urbanos, la transformación parcial de las prácticas obstétricas se ha presentado de forma orgánica, a través del establecimiento y expansión de alternativas de atención, las cuales son demandadas en su mayoría por consumidores del discurso transgresor; y no tanto por una transformación total de los sistemas de salud cuyos agentes (siempre hablaremos de “en su mayoría”) no muestran interés, y a veces sí un desprecio, por este tipo de discursos y prácticas.

En el universo discursivo se encuentran escasas muestras de discursos defensores de las prácticas obstétricas hegemónicas. Lo que existe en prominencia son alusiones a prácticas violentas desde la hegemonía, que serán el material de crítica para los discursos subalternos, disruptivos y transgresores. El contexto, el punto de partida y los actores sociales son diferentes de un texto a otro, haciendo énfasis en que no se trata de un grupo hegemónico contra uno subalterno; hay ocasiones en que la crítica proviene de agentes dentro del mismo orden del discurso hegemónico.

Habrán otros discursos considerados no hegemónicos, cuyo tema no será la crítica (directa) a la práctica hegemónica violenta, sino que se centran en la promoción de alternativas de atención que, a la luz del contexto amplio, destacan las prácticas diametralmente opuestas a las hegemónicas, lo cual permite caracterizarlo también como un discurso crítico.

En el capítulo primero presenté el material de análisis distribuido en función de los criterios de modo y campo como los ejes taxonómicos rectores. Para efectos del análisis, enlistaré el mismo material según el criterio de año de publicación como eje rector, lo cual permite analizar el panorama evolutivo en una línea temporal:

Tabla 3.0.1 Orden cronológico del material de análisis 2010-2019

No.	Año	Título	Campo	Modo
01	2010	La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud	Revistas médicas y de divulgación	Revista: Género y Salud en Cifras
02	2010	Testimonio de una médica residente ante la violencia obstétrica institucionalizada	Revistas médicas y de divulgación	Revista: Género y Salud en Cifras

Discursos sobre el parto y su implicación en la transformación de las relaciones sociales
 Capítulo 3. Análisis de la dimensión comunicativa

03	2010	El maltrato en las salas de parto. Reflexiones de un gineco-obstetra	Revistas médicas y de divulgación	Revista: Género y Salud en Cifras
04	2012	Parir con dolor. La violencia obstétrica en los servicios de salud	Artículos de periódico de circulación nacional	Periódico La Jornada
05	2012	Parteras urbanas: el regreso al origen	Artículos de periódico de circulación nacional	Periódico La Jornada
06	2013	Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto	Revistas médicas y de divulgación	Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
07	2014	Carta al editor	Revistas médicas y de divulgación	Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
08	2014	Respuesta a la carta al editor	Revistas médicas y de divulgación	Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
09	2015	Parir en Libertad	Videos documentales	Canal de YouTube
10	2015	Editorial	Revistas médicas y de divulgación	Revista: Ginecología y Obstetricia de México
11	2015	Factores socioeconómicos y psicoafectivos y su influencia en el rendimiento académico de los residentes de Ginecología y Obstetricia	Revistas médicas y de divulgación	Revista: Ginecología y Obstetricia de México
12	2015	Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica	Revistas médicas y de divulgación	Revista: Ginecología y Obstetricia de México
13	2016	Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio	Foros de expertos	Foro: Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio.
14	2016	(Sin título) Testimonio de partera de Yucatán	Foros de expertos	Foro: Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio.

Discursos sobre el parto y su implicación en la transformación de las relaciones sociales
 Capítulo 3. Análisis de la dimensión comunicativa

15	2016	Proyecto Marco: Modelo Integral de Partería	Foros de expertos	Seminario: La partería en México. Avances y propuestas desde el INSP
16	2016	Adaptación del modelo “Centering Pregnancy”© al contexto mexicano	Foros de expertos	Seminario: La partería en México. Avances y propuestas desde el INSP
17	2017	Nacen por cesárea la mitad de los mexicanos	Artículos de periódico de circulación nacional	Periódico El Universal
18	2017	En México: María de la Luz Díaz Hernández habla del oficio de ser partera tradicional indígena (Chiapas)	Radio / Podcast	Asociación Voces Nuestras. Centro de Comunicación
19	2017	De la partería tradicional a la obstetricia, un conflicto del pasado	Foros de expertos	Seminario: La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica
20	2017	(sin título) Testimonios de parteras de Morelos, Querétaro, Oaxaca y Guerrero	Foros de expertos	Seminario: La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica
21	2017	... pensar en términos de violencia	Foros de expertos	Seminario: La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica
22	2017	Una epidemia de cesáreas innecesarias en México	Artículos de periódico de circulación nacional	<i>The New York Times</i> para América Latina
23	2018	Parteras de la montaña	Videos documentales	Canal de YouTube
24	2018	#MásParterasYA Experiencias de partería profesional en México	Videos documentales	Canal de YouTube
25	2019	Parteras tradicionales, entre el reconocimiento y la represión	Artículos de periódico de circulación regional	Revista digital de periodismo de profundidad <i>Codicegrafía</i>

Son en total 25 textos que conforman la muestra representativa del estudio que permitirá mostrar cómo el discurso ha permeado (o no, o en qué contextos sí y en que otros no) tanto en la vida institucional como en las elecciones personales y familiares del proceso reproductivo.

Por razones prácticas la selección de la muestra se ha delimitado al territorio mexicano, a pesar de que la interdiscursividad alcanza dimensiones internacionales, como cualquier tema en el marco de la globalización.

3.1 DESCRIPCIÓN DEL TEXTO EN CONTEXTO

Los 25 textos que componen el corpus se dividen como sigue:

Tabla 3.1.1 Clasificación de los textos por tipo

TIPO DE TEXTO	AÑO									TOTAL
	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Revistas médicas y de divulgación	3		1	2	3					9
Artículos de periódico de circulación nacional		2					2			4
Videos documentales					1			2		3
Foros de expertos						4	3			7
Radio / Podcast							1			1
Reportaje periodístico									1	1
TOTAL	3	2	1	2	4	4	6	2	1	25

A continuación se describen los textos en términos del contexto social (campo, tenor y modo)¹⁰. El orden en que se presentan los textos es cronológico (ver tabla 3.0.1).

¹⁰ Ver Anexo 1 para obtener las referencias a los textos analizados.

TEXTO 01

Referencia de publicación: Almaguer-González J.A, García-Ramírez H.J. y Vargas-Vite, V. “La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud” en *Género y Salud en Cifras*, Vol. 8, Núm. 3, septiembre-diciembre 2010, pp. 3-12.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Violencia Obstétrica.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: la revista Género y Salud en Cifras es la revista oficial del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) de la Secretaría de Salud (SSA) del Gobierno Federal. El primer número surge en enero-abril 2003 y se presenta como “la primera publicación del país cuyos objetivos son presentar la información cuantitativa relevante, para comprender el impacto que las diferencias biológicas y de género tienen sobre la salud de la población, y brindar elementos científicos, claros y convincentes que sirvan como base para lograr que las políticas y programas de salud desarrollen estrategias que tomen en cuenta esas diferencias”. Trata temas principalmente de violencia doméstica, adicciones y otros temas de salud con perspectiva de género. A excepción de un artículo sobre el problema de la epidemia de cesáreas en México en 2005, es hasta el 2010 donde se aborda más amplia y directamente el tema de la Violencia Obstétrica Institucional. La última publicación registrada es Vol. 18, Núm. 3, septiembre – diciembre 2020.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Son tres autores con un rol activo en el año de la publicación en la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI), dependiente de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), en la Secretaría de Salud (SSA) gubernamental. El primer autor, José Alejandro Almaguer González es médico, epidemiólogo y Mtro. en Administración de Atención Médica y Hospitales, y en Dirección y Evaluación de los Servicios de Salud; tiene el rol de Director de la DMTyDI. Segundo autor, Hernán José García Ramírez es médico y docente del Instituto Nacional de Salud Pública con experiencia en medicina social de 1980 a 2000 en zonas rurales e indígenas; tiene el rol de Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención en la DMTyDI. Tercer autor,

Vicente Vargas Vite es antropólogo físico; y Subdirector de Interculturalidad en Servicios de Salud en la DMTyDI.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: toca el tema de la violencia institucional y sus efectos, en un contexto histórico en que no se reconoce en la legislación mexicana. Lo hace en una revista de salud con perspectiva de género que trata principalmente de problemas de salud derivados de las violencias que sí son reconocidas en la legislación de ese momento (año 2010). Mencionan que “*Este ensayo pretende describir y visualizar un problema presente en los servicios de salud de México, Latinoamérica y el mundo, la violencia obstétrica.*” (Almaguer-González, García-Ramírez y Vargas-Vite, 2010: p. 4)

Organización del texto: el texto se divide en 9 secciones:

- Introducción
- La “naturalización institucional” de la violencia sobre la salud reproductiva
- Violencia obstétrica... Violencia institucional y patriarcal
- Diez Recomendaciones de la OMS con respecto a la atención del parto
- Aportes de la ciencia. La acción de la oxitocina en el parto
- Víctimas de la violencia obstétrica
 - 1º Efectos de la violencia en las mujeres en trabajo de parto
 - 2º Efectos de la violencia institucional, de género y de la salud reproductiva en familiares de las mujeres
 - 3º Efectos de la violencia institucional, obstétrica y de género en el personal de salud
- Los diferentes elementos y comportamientos que revelan violencia obstétrica se pueden clasificar en cinco categorías
- Una alternativa institucional: El Modelo de Atención Intercultural a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio
- Conclusiones. Una luz en el camino
- Referencias bibliográficas

TEXTO 02

Referencia de publicación: Anónimo. “Testimonio de una médica residente ante la violencia obstétrica institucionalizada” en *Género y Salud en Cifras*, Vol. 8, Núm. 3, septiembre-diciembre 2010, pp. 13-20.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Violencia Obstétrica.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: Es el texto que le sigue al anterior en el mismo número de la revista *Género y Salud en Cifras*, revista oficial del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR).

Tenor: quiénes son los agentes participantes

La autora describe su experiencia subjetiva como médica general recién egresada en salas de parto de un “hospital público reconocido ubicado en zona metropolitana de México”. Se posiciona como *médica general recién egresada* quien empezó *la especialidad en ginecología y obstetricia en marzo de 2010 en un hospital público reconocido y renuncié a ella al cabo de cuatro meses de residencia* (Anónimo, 2010: p. 13). Escribe su experiencia en referencia a la interacción con el personal de salud (sus colegas) y las mujeres gestantes y sus recién nacidos. Abre y cierra el texto manifestando que decide guardar el anonimato.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: Es el discurso subjetivado de los datos objetivos expresados en el artículo sobre la violencia obstétrica presentado por médicos y antropólogos funcionarios de la DMTyDI.

Organización del texto: Visualmente tiene el diseño editorial de hojas de papel arrancadas de una libreta, y topografía estilo cursivo, lo que le imprime dramatismo. El texto se divide en 6 secciones:

- (Introducción) no nominalizada

- La violencia obstétrica desde mi primer parto
- ¿cómo evitar el maltrato a las mujeres en situación de parto sin “desobedecer” instrucciones superiores?
- El apresuramiento del nacimiento, de la salida de la placenta y las revisiones dolorosas a la recién parida
- Cesáreas, uso de fórceps y oxitocina... provocación de atonías uterinas y consecuente extirpación del útero
- Parto feliz y sin violencia...

TEXTO 03

Referencia de publicación: Villanueva-Egan L.A. “El maltrato en las salas de parto. Reflexiones de un gineco-obstetra” en *Género y Salud en Cifras*, Vol. 8, Núm. 3, septiembre-diciembre 2010, pp. 21-26.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Violencia Obstétrica.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: es el texto que ocupa el lugar número 3 en el mismo número de la revista *Género y Salud en Cifras*, revista oficial del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR). El mismo artículo fue publicado también en la Revista CONAMED, Vol. 15, Núm. 3, julio-septiembre 2010, órgano de divulgación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico la cual abordaremos más adelante en el análisis de los textos 6, 7 y 8 de este estudio.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Luis Alberto Villanueva Egan es médico cirujano egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con especialidad en Ginecología y Obstetricia. En el momento en que publica el artículo lo hace desde el rol de Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal, de la CNEGySR. hace referencia a ser testigo y observar conjugado en la primera persona del plural una serie de comportamientos que enlista, describe y condena, del personal de salud hacia las mujeres durante la atención obstétrica.

Expresa una serie de ideas ordenadas a manera de reflexiones que ha ido acumulando en su experiencia como médico gineco-obstetra en las salas de maternidades de hospitales públicos. En sus palabras afirma que “*Es necesario desmontar las condiciones que toleran y justifican el abuso de poder y la indiferencia frente al sufrimiento para construir espacios en los que se habilite el ejercicio de los derechos de las mujeres, particularmente en aquellas con mayor vulnerabilidad social.*”. (Villanueva, 2010: p. 22).

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: toca el tema de la violencia institucional y sus causas, en un contexto histórico en que no se reconoce en la legislación mexicana. Lo hace en una revista de salud con perspectiva de género que trata principalmente de problemas de salud derivados de las violencias que sí son reconocidas en la legislación de ese momento (año 2010).

Organización del texto: el texto se divide en 3 secciones:

- Introducción
- Maltrato a las mujeres en las salas de parto
- Discusión
- Referencias bibliográficas

TEXTO 04

Referencia de publicación: Mino, F. (5 de abril de 2012). “Parir con dolor. La violencia obstétrica en los servicios de salud” en La Jornada. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2012/04/05/ls-central.html>

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Violencia Obstétrica.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: el discurso es publicado en Letra eSe, un suplemento mensual del periódico La Jornada, cuya línea editorial se ha caracterizado por difundir un pensamiento de izquierda política. Letra eSe se especializa en temas de Salud,

Sexualidad y Sociedad. Los columnistas pertenecen a la Asociación Civil “Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana” dedicada a la difusión de información y a la defensa de los derechos humanos enfocados en el trinomio sexualidad, salud y sociedad. En particular con los temas de la diversidad sexual, el género, el VIH, infecciones de transmisión sexual y los derechos sexuales y reproductivos.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Fernando Mino es Licenciado en Ciencias de la Comunicación por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Egresado de la maestría en Historia por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, escritor, docente universitario y colaborador de publicaciones como *Letra eSe*, y las revistas *Código e Icónica*.

El autor conduce la línea discursiva, pero da voz a otros autores a través de la cita textual testimonial. Participan mujeres anónimas, recupera una entrevista con Hernán García Ramírez (autor en el texto 1) toma una referencia textual de la médica residente del texto 2, y da voz a activistas de Veracruz y Oaxaca que detonaron la legislación sobre la violencia obstétrica en los códigos civiles de sus estados. Todas las voces apoyan el argumento sobre la necesidad de visibilizar el problema de la violencia obstétrica y legislar el tema con alcance nacional.

En general, difunde una noticia que involucra la valoración sobre la importancia del tema. Su propósito principal es informativo, pero el grado en que involucra a los actores individuales y colectivos a través de testimonios y crónicas, y la manera en que conduce el hilo discursivo, expresa también una intención persuasiva. Denuncia la violencia institucional que viola derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, al mismo tiempo que promociona las causas y acciones sociopolíticas que buscan una solución operativa y legal al problema.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: desde 1985 hay un consenso internacional sobre el tema de la práctica de cesárea el cual debe oscilar entre 10% y 15% (Organización Mundial de la Salud, 2015: p. 1). El artículo se escribe en un contexto en el que a nivel mundial,

especialmente en Latinoamérica, la tasa de cesárea se dispara excediendo por mucho las recomendaciones médicas. Con el foco puesto en el incremento de cesárea, el autor menciona también otras prácticas rutinarias contra indicadas como tales en las Guías de Práctica Clínica, constituyentes de violencia obstétrica. Menciona las acciones de prueba piloto de la DMTyDI para liberar el sobrecupo hospitalario a través del establecimiento de posadas de nacimiento atendidas por enfermeras obstétricas o parteras. Para luego centrarse en el tema de la legislación sobre la violencia obstétrica en Venezuela (primer país latinoamericano) y en Veracruz (primer estado mexicano) y la ruta sobre el mismo tema que estuvo tomando Oaxaca en ese momento.

Organización del texto: el texto se divide en 4 secciones:

- Introducción
- El parto es natural
- La resistencia al cambio
- Disputas en Oaxaca

TEXTO 05

Referencia de publicación: Sánchez, R. (5 de abril de 2012). “Parteras urbanas: el regreso al origen” en La Jornada. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2012/04/05/1s-portada.html>

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Partería.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: es otro discurso publicado en el mismo número 189 de Letra eSe que el discurso del texto 4, suplemento mensual del periódico La Jornada.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Rocío Sánchez es reportera y editora de Letra eSe. La periodista ha obtenido reconocimiento por sus publrreportajes sobre situaciones de vulnerabilidad de las mujeres

como en su trabajo titulado "La última frontera. Ser mujer seropositiva en Tijuana" lo cual refleja su activismo desde la sociedad civil en materia de derechos sexuales y reproductivos. En este texto en particular difunde testimonios de mujeres habitantes de grandes ciudades que deliberadamente buscan atención obstétrica de parteras, y el hilo conductor la lleva al testimonio de estas parteras que atienden en el contexto urbano, sus motivaciones y formación con un propósito de visibilizar la existencia de este fenómeno social desde un punto de vista de la promoción de la decisión libre de la mujer respecto a su experiencia de parto en un contexto de atención extrahospitalaria.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: el artículo es publicado en un contexto de creciente cobertura hospitalaria en atención de partos. En 1985 solo el 60% de los partos se atendían en hospital, para 1990 la cobertura crece a 67%, en el 2000 75% y para el año en que se publica el artículo 99% de todos los partos en México son atendidos en hospital por personal médico gineco-obstetra (INEGI, estadísticas de nacimientos).

Organización del texto: el texto se divide en 4 secciones:

- Introducción
- Decisión respetada
- Parto renacido
- Profesional del nacimiento
- Distintas generaciones, el mismo objetivo

TEXTO 06

Referencia de publicación: Valdez-Santiago R., Hidalgo-Solorzano E., Mojarro-Iñiguez M. y Arenas-Monreal L.M. "Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto" en *Revista CONAMED*, Vol. 18, Núm. 1, enero-marzo 2013, pp. 14-20.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Violencia Obstétrica.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es una institución pública fundada en 1996 que ofrece mecanismos alternativos de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios de salud. Tiene la Revista CONAMED como el órgano oficial de difusión de artículos que “permitan un avance en la descripción, comprensión e intervención de temas relacionados con el acto médico, los cuidados de enfermería y demás acciones en salud, que favorezcan un mejor entendimiento de las ciencias de la salud y el derecho en todas sus dimensiones”. Sus publicaciones son gratuitas y digitalmente accesibles a partir del volumen 3 (1998). Acepta y publica artículos provenientes de cualquier ámbito académico cuyo tema central sea el “conflicto derivado del acto médico, medios alternos de solución de conflictos, error médico y su prevención, seguridad del paciente, calidad de la atención en salud, ética profesional, derechos humanos y temas afines.”

Tenor: quiénes son los agentes participantes

El artículo lo firman 4 médicas investigadoras en Ciencias Médicas adscritas al Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) e integrantes del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (OMS / OPS) para la Investigación de Lesiones y Violencia. Presentan un estudio transversal de las formas de abuso físico y verbal reportadas por pacientes de salas de parto en dos hospitales del estado de Morelos en los que se brinda atención gineco-obstétrica. La intención es evidenciar la problemática de carácter institucional y sentar las bases metodológicas para estudios comparativos más amplios a nivel nacional.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: toca el tema de la violencia obstétrica, pero lo hace desde la categoría analítica de abuso con la carga semiótica que esto conlleva. Para el 2013 ya se habla en los círculos académicos de la violencia obstétrica como categoría en construcción la cual es a penas introducida en el mismo año como propuesta de reforma legislativa en las cámaras

de diputados. El artículo se publica en una revista de divulgación del acto médico con perspectiva crítica y autocrítica de la profesión.

Organización del texto: el texto se divide en las secciones típicas de un artículo científico-académico:

- Resumen
- Introducción
- Material y métodos
- Resultados
- Discusión
- Referencias

TEXTO 07

Referencia de publicación: Plascencia-Moncayo N. y Murillo-Delgado J. “Acerca de ‘Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto’. Carta al Editor” en *Revista CONAMED*, Vol. 19, Núm. 2, abril-junio 2014, pp. 91.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Bienestar materno-infantil.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: es publicado en un número posterior de la Revista CONAMED. Es un discurso formalmente dirigido al Dr. José Meljem Moctezuma Editor de la Revista CONAMED, aunque realmente dirigido a las autoras del texto 06.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

La Carta al Editor la firman 2 médicos, comisionados de Arbitraje Médico de los estados de Querétaro y Michoacán respectivamente. Ambos médicos profesionistas del área clínica con especialidad de gineco-obstetricia. Lo hacen con el propósito de descalificar el artículo referido en el “Texto 06” que trata el tema del abuso en las salas de parto, tanto desde el punto de vista médico, argumentando la utilidad y beneficios de procedimientos

(restringidos en las guías clínicas), como académico, argumentando falta de objetividad y sustento metodológico.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: el texto es presentado en una introducción donde refieren brevemente el artículo en cuestión por su título y autores para después exponer sus argumentos en 5 puntos que desarrollan con los siguientes tópicos (no literales):

1. Señalar aparente falla del método científico.
2. Desacreditar los testimonios de las pacientes.
3. Defender la utilidad de ciertas prácticas clínicas.
4. Legitimar el aprendizaje práctico de los gineco-obstetras.
5. Desdibujar las diferencias de género.

TEXTO 08

Referencia de publicación: Valdez-Santiago R., Hidalgo-Solorzano E., Mojarro-Iñiguez M. y Arenas-Monreal L.M. “Respuesta. Carta al Editor.” en *Revista CONAMED*, Vol. 19, Núm. 2, abril-junio 2014, pp. 92-93.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Derechos humanos.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: es publicado en el mismo número de la ‘Carta al Editor’ del texto 07 de la Revista CONAMED. Es un discurso formalmente dirigido al Dr. José Meljem Moctezuma Editor de la Revista CONAMED, aunque realmente dirigido a los autores del texto 07.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Firmado por las 4 mismas autoras del texto 06. Intentan dar respuesta a cada uno de los cinco puntos expresados en la réplica a su artículo. Su intención es fundamentar argumentativamente la defensa de los puntos criticados por los médicos. El argumento se

centra en la defensa de los derechos humanos, sexuales, reproductivos y de género de las mujeres que son sujetos en un estudio científico social con las características epistémicas propias de las metodologías cualitativas. Por un lado defienden los derechos de las mujeres, y al mismo tiempo defienden su práctica como investigadoras.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: las autoras aluden a su formación médica y sus especializaciones como investigadoras en ciencias sociales para explicar que las aparentes fallas del método científico observadas por los críticos no responden al paradigma positivista del que ellos parten. Al mismo tiempo, señalan investigaciones y fuentes que apoyan su argumento sobre la “institucionalización” de la violencia obstétrica y sobre las recomendaciones clínicas que restringen procedimientos médicos que en el estudio observaron como rutinarios.

Organización del texto: el texto es presentado en una introducción donde refieren brevemente sus credenciales que las legitiman como médicas y como investigadoras para después exponer sus argumentos refutando uno a uno los 5 puntos señalados por los críticos con los siguientes tópicos (no literales):

- a) Movilizar la aceptación de la existencia de un problema institucional.
- b) Explicar su estrategia metodológica de uso de métodos mixtos.
- c) Documentar las maniobras clínicas que aportan escasos o nulos beneficios a la mujer y el bebé.
- d) Referir las recomendaciones de la OMS y la NOM-007-SSA-1993 respecto a la práctica del tacto vaginal.
- e) Cuestionar la ética médica en los procedimientos utilizados para el aprendizaje de nuevas generaciones de gineco-obstetras.

TEXTO 09

Referencia de publicación: Rodríguez, E. [Polo A Polo]. (2015, enero 16). “Parir en Libertad” [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=inrc3FsdpkU>

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Partería.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar : Polo a Polo es un colectivo de cuatro jóvenes que recorren el continente americano en busca de aventura y proyectos sociales para documentar. De esta manera conocieron y documentaron en un texto audiovisual el trabajo de Luna Maya, una casa de partos en San Cristóbal de las Casas, que promueve los partos humanizados. Luna Maya. Luna Maya inició sus operaciones en 2005 en el estado de Chiapas y actualmente tiene una sucursal en la Ciudad de México desde el 2015. Su fundadora, Cristina Alonso, certificada como partera profesional en EEUU, es una de las activistas impulsoras de la partería como modelo autónomo de atención obstétrica. Así comenzó el proyecto “Pariendo la América” que complementó el video documental con entrevistas realizadas principalmente a otros especialistas de la atención obstétrica.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Los productores no son participantes dialógicos. El discurso lo generan los actores entrevistados. La principal es Cristina Alonso, partera y fundadora de Luna Maya; también entrevistan otros especialistas como al médico gineco-obstetra Mario Sergio Ortega Chávez quien en ese entonces funge como presidente de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico; a Saraswathi Vedam, partera canadiense, investigadora de *Birth Place Lab* y docente de partería en la Universidad de Columbia Británica; a Karla González, educadora perinatal en Coahuila; y al médico internista Ignacio Espinosa Solís autor del proyecto Yatrogenia en Veracruz, polémico por sus señalamientos públicos de las malas prácticas de su propia profesión. Recuperan también los testimonios de dos parejas que tuvieron sus partos en Luna Maya.

La perspectiva de los autores del texto (productores) se encuentra en la descripción del video. Ellos refieren como “*la industria del parto y la epidemia de cesáreas que afectan*

nuestro continente". Y expresan la necesidad de "*acercar una mirada hacia la importancia de las parteras tradicionales indígenas de América*".

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: oral, audiovisual, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: del 2010 al 2015, época en la que Emma Rodríguez contacta a Cristina Alonso, en México se está consolidando una red de parteras que se comienzan a organizar en torno al esquema de la NARM (Registro de Parteras de Norte América). Es una época prolífera en la organización de encuentros, foros y alianzas para configurar y promover el modelo de partería basado en las evidencias del parto humanizado.

Organización del texto: en el transcurso de 22 minutos el texto se divide en 25 cortes:

1. Escenas actuadas cinematográficas de partos (caóticos)
2. Partera de Luna Maya (LM) aborda representación social imperante del parto
3. Cita escrita textual de Michel Odent
4. Escena de parto en Luna Maya
5. Partera (LM) habla de fisiología del parto no medicalizado
6. Gineco-obstetra habla de la medicalización del parto
7. Partera (LM) narra historia del parto humanizado como movimiento social
8. Texto escrito acompañada de imagen sobre tema cesárea
9. Partera (LM) problematiza el tema de la cesárea
10. Partera canadiense habla del parto fisiológico en Latinoamérica
11. Educadora perinatal aborda la patologización del parto
12. Partera (LM) cierra el tema de patologización y cesáreas
13. Gineco-obstetra justifica la intervención cesárea
14. Partera (LM) realiza una crítica al sistema de salud mexicano
15. Gineco-obstetra habla desde la medicina defensiva
16. Medico internista aborda la mercantilización de los partos
17. Partera (LM) habla de experiencias internacionales
18. Medico internista habla de los riesgos del parto hospitalario
19. Gineco-obstetra aborda el síndrome de Burnout experimentado

20. Partera (LM) aborda la disputa entre modelos de atención
21. Gineco-obstetra banaliza y ataca el modelo de partería
22. Partera (LM) habla del derecho a decidir de la mujer
23. Partera canadiense aborda tema del modelo interprofesional
24. La pareja habla de su experiencia de parto humanizado
25. Créditos con imágenes de parto humanizado de fondo

TEXTO 10

Referencia de publicación: Kably-Ambe A. “Editorial” en *Ginecología y Obstetricia de México*, Vol. 83, marzo 2015, pp. 137-138.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Síndrome de Burnout.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: fundada en 1945 por la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia es el órgano difusor editado por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología. Representa a 76 agrupaciones federadas de colegios de profesionistas gineco-obstetras organizadas en 7 regiones de la república mexicana. Las publicaciones son validadas por un consejo editorial y cinco comités revisores de obstetricia, medicina materno fetal, ginecología, uroginecología y biología de la reproducción.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Alberto Kably Ambe es el editor en turno de la revista. Egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM, especialista en Ginecología-Obstetricia y Biología de la Reproducción. Es fundador de la primera Unidad de Reproducción asistida a nivel institucional en México: El Instituto Nacional de Perinatología. (INPer). Presidente del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Autor y coautor de más de 200 trabajos en revistas nacionales e internacionales y 13 libros en el área de la Reproducción.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: 2015 es un año clave pues la OMS acaba de lanzar una declaratoria de lo que hasta entonces era un secreto a voces en el mundo. Aunque es hasta 2019 que la ONU adopta de manera oficial el concepto de violencia obstétrica y propone acciones para su erradicación, ya en el 2014 la OMS lanza su primera declaratoria para la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. Es entonces cuando la revista de Ginecología y Obstetricia de México acepta publicaciones que abordan la problemática de la relación social entre el obstetra y la mujer, o como ellos nombran de manera técnica la relación médico-paciente.

Organización del texto: son cinco párrafos que aborda cada uno los siguientes tópicos principales:

1. Relación síndrome de Burnout con violencia obstétrica.
2. Percepción de incremento de las conductas que se traducen en violencia obstétrica.
3. Incremento de la exigencia de atención por parte del paciente.
4. Medicina defensiva.
5. Violencia obstétrica como fenómeno de la percepción subjetiva.

TEXTO 11

Referencia de publicación: Manterola-Álvarez D. “Factores socioeconómicos y psicoafectivos y su influencia en el rendimiento académico de los residentes de Ginecología y Obstetricia” en *Ginecología y Obstetricia de México*, Vol. 83, marzo 2015, pp. 139-147.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Síndrome de Burnout.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: Revista Ginecología y Obstetricia de México (mismo número que texto 10).

Tenor: quiénes son los agentes participantes

David Manterola Álvarez es médico gineco-obstetra en el Hospital Médica Sur de la Ciudad de México. Egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México donde también obtuvo la especialización en Biología de la Reproducción Humana. El propósito del texto académico es determinar los principales factores socioeconómicos y psicoafectivos que influyen en el rendimiento del desempeño académico de los médicos residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Manifiesta interés en visibilizar los factores socioeconómicos y psicoafectivos que influyen en el rendimiento académico de los residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. El autor considera que el desempeño en el proceso de enseñanza-aprendizaje, que eventualmente se traduce en la calidad futura de la atención profesional, tiene factores íntimamente relacionados que las facultades de medicina deberían considerar como son el ambiente donde se desenvuelven, los docentes, la interacción con sus compañeros, la familia, la sociedad y muchos otros factores englobados de manera individual: estilos de aprendizaje, motivación, hábitos de estudio, rasgos de personalidad, entre otros.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: Estudio de carácter observacional, transversal, cuantitativo, correlacional y no experimental. Ante los señalamientos crecientes de las relaciones de poder, jerarquización, despersonalización y franco maltrato a médicos residentes por parte de sus superiores en las maternidades donde los estudiantes hacen sus prácticas para obtener el grado de especialización, el médico autor del estudio decide averiguar en qué medida los factores psicoafectivos, en correlación con los socioeconómicos, influyen en el rendimiento académico. Los resultados son descriptivos, cerrados a los reactivos, carecen de análisis.

Organización del texto: el texto se divide en las secciones típicas de un artículo científico-académico:

- Resumen
- Antecedentes
- Material y métodos
- Resultados

- Discusión
- Conclusión
- Referencias

TEXTO 12

Referencia de publicación: Pintado-Cucarella S., Penagos-Corzo J.C., Casas-Arellano M.A., “Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica” en *Ginecología y Obstetricia de México*, Vol. 83, marzo 2015, pp. 173-178.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Síndrome de Burnout.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: Revista Ginecología y Obstetricia de México (mismo número que texto 10 y 11).

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Sheila Pintado Cucarella y Marco Antonio Casas Arellano son profesores de tiempo completo en la Escuela de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología de la Universidad de las Américas Puebla; Julio C. Penagos Corzo es Jefe de Laboratorios de Psicología en la misma institución. A diferencia de los dos artículos anteriores, este discurso es abordado desde una disciplina externa a la gineco-obstetricia, la psicología.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: entre los señalamientos crecientes de violencia obstétrica en instituciones públicas, están los estudios que señalan que un factor determinante en la prevalencia de la problemática es el síndrome de desgaste profesional. La misma CONAMED ha señalado que la especialidad de ginecología y obstetricia es la que presenta los índices más altos de desgaste profesional entre las especialidad médicas de segundo nivel. Desde la psicología realizaron un estudio correlacional entre ambas variables bajo la categoría de percepción entre 29 médicos de diferentes instituciones y hospitales de Puebla.

Organización del texto: el texto se divide en las secciones típicas de un artículo científico-académico:

- Resumen
- Antecedentes
- Material y métodos
- Resultados
- Discusión
- Conclusión
- Referencias

TEXTO 13

Referencia de publicación: Vázquez-Castillo G. (2016) “Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio” en Servicios de Salud de Yucatán, *Mesa Panel ‘Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio’*. Simposio llevado a cabo en Mérida, Yucatán el 18 de marzo de 2016.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Bienestar materno-infantil.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: el Departamento de Equidad y Género adscrito a la División de Salud Mental de los Servicios de Salud de Yucatán organizó la mesa panel en el marco de la conmemoración del día internacional de la mujer. En orden de presentación los panelistas invitados fueron: Gumersindo Vázquez Castillo, presidente del Colegio de Ginecología y Obstetricia en Yucatán; partera Florencia Dzul Puc; auxiliar de salud María del Rosario Canché Pool; antropóloga Nancy Paola Chávez Arias; médico ginecólogo con maestría en sexualidad el doctor Armando Alberto González Herrera.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Gumersindo Vázquez Castillo era entonces presidente del Colegio de Ginecología y Obstetricia en Yucatán. Presenta el panorama evolutivo de atención del parto de manera

lineal y simplificada desde la época de las cavernas hasta la obstetricia moderna (concluye con la inauguración próxima en ese entonces del nuevo hospital materno-infantil en Mérida).

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: oral, sin registro público, audio-grabado y transcrito.

Relación texto-contexto: el autor del texto no se cuestiona lo que de por sí es política pública (entonces y ahora), que alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud materno-infantil es cuestión de ampliar la cobertura de la atención de la medicina biomédica. Presenta datos de la disminución de la razón de la mortalidad materna en el estado para hacer hincapié en los logros de la gineco-obstetricia. Asume una línea evolutiva unilineal de la atención del parto centrada en la medicina biomédica.

Organización del texto: después de una introducción de corte moralista sobre la reproducción, recorre una línea evolutiva abordando el tópico de atención del parto en distintas épocas y lugares:

1. Prehistoria
2. Grecia antigua
3. Edad media
4. Ilustración
5. Época moderna
6. Datos actuales sobre mortalidad
7. Tendencia “natural” del futuro

TEXTO 14

Referencia de publicación: Dzul-Puc F. (2016) (Testimonio sin título) en Servicios de Salud de Yucatán, *Mesa Panel 'Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio'*. Simposio llevado a cabo en Mérida, Yucatán el 18 de marzo de 2016.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Partería.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: segunda participación en el mismo foro del texto 13.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Florencia Dzul Puc es partera tradicional indígena rural en la localidad de Teyá, Yucatán. Madre de nueve hijos con 50 años de experiencia en la atención de partos. Actualmente ya no los atiende, solo soba a las mujeres y las canaliza para la atención hospitalaria por indicaciones de la SSY. Presenta su persona, experiencia y labor en el oficio de atención de partos.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: oral, sin registro público, audio-grabado y transcrito.

Relación texto-contexto: su labor de partera se enfrenta a una política estatal restrictiva donde a pesar de las capacitaciones a las que son obligadas a acudir por parte de la SSY, se les impide atender partos, se les instruye para detectar embarazadas en las localidades rurales para ser oportunamente derivadas a la atención hospitalaria.

Organización del texto: expone en una línea del tiempo la manera como aprendió a atender partos, la gente que la instruyó, sus procesos de capacitación, la instrucción de interrumpir la atención de partos y su labor actual como sobadora.

TEXTO 15

Referencia de publicación: Lozano-Ascencio, R. (2016) “Introducción al Proyecto Marco: Modelo Integral de Partería” en Instituto Nacional de Salud Pública, *La Partería en México: Avances y Propuestas desde el INSP*. Seminario llevado a cabo en Cuernavaca, Morelos el 3 de junio de 2016.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Partería.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) es una institución académica especializada en investigación sobre problemas

relevantes de la salud pública. El propósito del texto es presentar los antecedentes y el estado del arte del Proyecto Marco: Modelo Integral de Partería impulsado por el INSP.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y con posgrado en medicina social en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) el Dr. Lozano es un prolífero investigador miembro del SNI, con múltiples reconocimientos a nivel nacional e internacional. En ese entonces trabajó como director del Centro de Investigación de Sistemas de Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública (2013–2017). Su especialidad es el análisis del *Big Data* en materia de Salud Pública desde un enfoque más social que biomédico. En el formato del foro expone su discurso y al final interactúa con los otros panelistas y el público en una sesión de preguntas y respuestas.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: el seminario se realiza en el marco del apoyo que la Fundación MacArthur brindó en aquellos momentos para el impulso de un modelo marco de Partería en México a raíz de las recomendaciones sobre salud materno-infantil realizadas por la OMS. El investigador considera la implementación del modelo integral de partería como parte de la solución a la violencia obstétrica.

Organización del texto: después de la portada y la introducción, las diapositivas hacen alusión a una serie de documentos internacionales y nacionales que sirven de soporte para la implementación del modelo de partería en México:

- La declaración de la OMS (2014) sobre “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.
- El informe de UNFPA-ICM-OMS (2014) sobre “El estado de las parteras en el mundo”.
- El informe UNFPA-OPS-OMS-CPMS (2014) sobre “El estado de las parteras en el mundo 2014: Oportunidades y retos para México”.
- La actualización de la NOM-007-SSA2-1993 a NOM-007-SSA2-2016.

TEXTO 16

Referencia de publicación: Darney, B.G. (2016) “Adaptación del modelo “CenteringPregnancy”[©] al contexto Mexicano” en Instituto Nacional de Salud Pública, *La Partería en México: Avances y Propuestas desde el INSP*. Seminario llevado a cabo en Cuernavaca, Morelos el 3 de junio de 2016.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Partería.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: Mismo Foro que texto anterior. El Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) del INSP tiene colaboraciones internacionales, entre ellas, con la Escuela de Salud Pública de *Portland State University* en la que colabora la investigadora autora del discurso, quien se propone a través del texto presentar los resultados de la prueba piloto de la aplicación del modelo de atención prenatal en grupo realizada en México vía el INSP.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Blair G. Darney es investigadora de servicios de salud reproductiva y docente de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Portland, EE. UU. Su trabajo se enfoca en modelos de atención obstétrica, mortalidad materna, anticoncepción y aborto. La autora considera que la aplicación del modelo de atención prenatal en grupo es factible de adaptarse en México y es compatible con los modelos de atención de partería.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: oral (sin registro público), escritas las ideas de apoyo de acceso público, vía internet.

Relación texto-contexto: con el objetivo de mejorar la calidad y calidez de la atención obstétrica de la salud pública en México la cual ha recibido frecuentes y crecientes críticas por parte de diversos sectores, la aplicación de un modelo prenatal de atención grupal que se aplica en EE.UU, al ser adaptado al contexto mexicano estaría resolviendo factores causales

de problemáticas como: elevada tasa de cesáreas, promoción ineficiente de la lactancia, anticoncepción posparto no consentida, comunicación deficiente entre paciente y proveedor, y la exclusión de parteras en el sistema de salud pública.

Organización del texto: a través de 17 diapositivas la presentación se divide en 3 temas:

- ¿Qué es el modelo “CenteringPregnancy”[®]?
- ¿Por qué adaptar el modelo a México?
- ¿Quién y dónde se hace el estudio?

TEXTO 17

Referencia de publicación: Méndez, C. (22 de enero de 2017). “Nacen por cesárea la mitad de los mexicanos” en El Universal. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-datos/2017/01/22/nacen-por-cesarea-la-mitad-de-los-mexicanos>

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Cesárea.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: artículo periodístico ubicado en la sección “Periodismo de datos”. Junto con *La Jornada* y *Reforma*, *El Universal* es uno de los tres periódicos de mayor circulación en México. Según el estudio hecho por Rodelo y Muñiz (2016) la tendencia ideológica del mismo es centrista.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

C. Méndez es periodista colaborador de la sección “periodismo de datos” en el periódico El Universal. El autor conduce la línea discursiva, pero da voz a otros autores a través de la cita textual testimonial. Abre y cierra el argumento con la experiencia personal de una mujer pasando a través las voces de especialistas del INPer y de gineco-obstetras, parteras, educadoras perinatales y tomadores de decisión (senadora) activistas pro parto fisiológico y humanizado.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: tras la Declaración de la OMS sobre la elevada tasa de cesáreas publicada en 2015, siendo que México ocupa entonces el cuarto lugar en el mundo de prevalencia de cesáreas, a finales de 2016 la Comisión de salud del Senado solicitó a la SSA un informe en el que se explique la elevada cantidad de nacimientos por cirugía y las acciones que se han tomado para promover el parto natural. El discurso expone el contexto sociodemográfico en que esta solicitud tiene lugar.

Organización del texto: : el texto se divide en 5 secciones subtituladas así:

- (Introducción, testimonio de Yanet Rodríguez)
- Procedimiento de mayor riesgo
- Excesos en hospitales privados
- Altos costos
- Esfuerzos desde la legislación

TEXTO 18

Referencia de publicación: Díaz-Hernández, M.L. (27 de abril de 2017). “En México: María de la Luz Díaz Hernández habla del oficio de ser partera tradicional indígena” [Audio en podcast] en Voces Nuestras. Centro de comunicación. Recuperado de <http://www.vocesnuestras.org/2017-04-27/mexico/mexico-maria-luz-diaz-hernandez-habla-oficio-ser-partera-tradicional-indigena#.WhYuNC-l3Lk.facebook>

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Partería.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: la Asociación Voces Nuestras, Centro de Comunicación Educativa incide en territorio mesoamericano (Centroamérica y México) acompañando y fortaleciendo las capacidades informativas, de articulación e incidencia política de diversas organizaciones y movimientos sociales desde 1989 a través de un noticiero radiofónico semanal que se retransmite en 50 frecuencias de AM y FM y por internet (podcast).

Tenor: quiénes son los agentes participantes

María de la Luz Díaz Hernández es indígena y partera tradicional de la ranchería San Rafael, en Comitán, Chiapas. Trabaja en la organización Camati, que significa “mujeres construyendo desde abajo”, por el respeto a los derechos humanos, de género, sexuales y reproductivos.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: oral, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: Camati "mujeres construyendo desde abajo" A.C. es un grupo de cinco parteras activistas pro derechos de las mujeres. Además de atender casi el 10% de los 90 mil partos al año (SINAIS, 2014), la asociación detecta embarazos con complicaciones y consigue fondos para llevar a un hospital a las mujeres que lo requieren, da talleres de sexualidad a adolescentes y tiene una casa donde trabajan con herbolaria.

Organización del texto: expone en una línea del tiempo la manera como aprendió a atender partos, las redes en las que se apoya incluyendo su organización Camati, A.C. y la labor que como activistas sociales realizan, denuncia la influencia que la política pública de salud ha tenido en contra de las parteras y su negativa a obedecer la instrucción de interrumpir la atención de partos.

TEXTO 19

Referencia de publicación: Argüello Avendaño, H. (2017) “De la partería tradicional a la obstetricia, un conflicto del pasado” en Comisión Nacional de Derechos Humanos, *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica*. Seminario llevado a cabo en el Museo Nacional de las Culturas, Ciudad de México el 19 de mayo de 2017.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Partería.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: en el marco del día mundial de la diversidad cultural para el diálogo y el desarrollo, la Comisión Nacional de los Derechos

Humanos (CNDH) convocó un encuentro de parteras de diversos estados del país, así como de Canadá y Colombia para abrir el diálogo sobre las maneras en que el conocimiento ancestral y las buenas prácticas para la atención de la salud reproductiva de las mujeres y las niñas desde la partería pueden contribuir a disminuir y erradicar la violencia obstétrica en el sistema de salud.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Hilda Argüello Avendaño es doctora en antropología social y secretaria técnica del Observatorio de Mortalidad Materna en México. Aborda la problemática de la partería en México y la mortalidad materna desde un punto de vista histórico y antropológico. A lo largo del texto expone un recorrido histórico de la segregación de la partería en el sistema de salud de México y las diferentes concepciones de ser partera que coexisten en la actualidad.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: oral, público, acceso vía internet al material videograbado.

Relación texto-contexto: para el año 2017, en la red de parteras surgida en 2015 (Asociación Mexicana de Partería) se comienza a presentar una pugna entre parteras con cédula profesional y aquellas que no cursaron estudios formales. Esto debido a la insistencia de organismos internacionales de incorporar personal calificado en la atención obstétrica y reproductiva sin reparar en la consideración de que México no cuenta con la infraestructura y el personal suficiente aún para formar parteras desde el modelo matrifocal de la partería, y no solo como enfermeras obstétricas que se autonombren como parteras cuando el modelo que aplican es un apéndice auxiliar de la gineco-obstetricia.

Organización del texto: la exposición aborda los siguientes tópicos:

- Historia de la segregación de la partería por la gineco-obstetricia.
- La hegemonía del modelo biomédico para definir a la parteras profesionales.
- Discursos internacionales aplicados a la política pública.
- Transferencia de la responsabilidad de las muertes maternas a las parteras.
- Problematización del concepto actual de partera.
- Falta de un esquema profesionalizante autónomo de la partería.

TEXTO 20

Referencia de publicación: Martínez-Miranda A., González-Espino J., Bautista-Hernández Y. y Plácido-Valerio A. (2017) “Parteras tradicionales: su voz y su palabra” en Comisión Nacional de Derechos Humanos, *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica*. Seminario llevado a cabo en el Museo Nacional de las Culturas, Ciudad de México el 19 de mayo de 2017.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Partería.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: Testimonios de parteras de Morelos, Querétaro, Oaxaca y Guerrero. Mismo evento del texto 19 convocado por la CNDH.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

por turnos de participación están Angelina Martínez Miranda, partera tradicional del Estado de Morelos; Jocelyn González Espino, partera en la tradición del Estado de Querétaro; Yolanda Bautista Hernández, partera de Oaxaca y Apolonia Plácido Valerio, integrante de Casa de Salud de la Mujer Indígena.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: oral, público, acceso vía internet al material videograbado.

Relación texto-contexto: a raíz de la revisión de la política pública desde 2010-2015 cuando se comienza a denunciar por varios frentes el incremento en las tasas de cesárea y los índices de violencia obstétrica en el país, la CNDH está preparando una Recomendación General que publicaría tres meses después de este evento (el 30 de agosto de 2017) en el DOF. Específicamente la Quinta Recomendación trata el tema de la partería tradicional en conformidad con los discursos expresados en este seminario.

Organización del texto: las cuatro participantes hablan en ese orden, de su experiencia, sus redes, su labor en la procuración de la salud sexual y reproductiva de la mujer, su acción política en la sociedad y los obstáculos y retos a los que se enfrentan como parteras empíricas.

TEXTO 21

Referencia de publicación: Vargas-Escamilla B.F. (2017) “...Pensar en términos de violencia” en Comisión Nacional de Derechos Humanos, *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica*. Seminario llevado a cabo en el Museo Nacional de las Culturas, Ciudad de México el 19 de mayo de 2017.

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Violencia Obstétrica.

Mismo evento del texto 19 y 20 convocado por la CNDH.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Bianca Fernanda Vargas Escamilla es médica cirujana egresada de la Facultad de Medicina la UNAM. Posgrado en Ciencias Sociomédicas con especialidad en Salud por el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM. Sus líneas de Investigación se enfocan en Salud Sexual y Reproductiva, Mortalidad Materna, Violencia Obstétrica, Partería y Modelos de Atención Obstétrica, Salud Global e Investigación (NSE) en el Campo de la Salud, la Enfermedad y el Padecer. Emite una condena a la violencia estructural del gremio médico tanto hacia la mujer gestante como a la partera. Y considera la partería como una forma de agencia de la autonomía de las mujeres para generar una alternativa real a la violencia obstétrica.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: oral, público, acceso vía internet al material videograbado.

Relación texto-contexto: Son en total 6 las recomendaciones que la CNDH publica en el DOF el 30 de agosto de 2017, todas ellas referidas a la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. El sustento conceptual es la libertad y autonomía de la mujer que la autora expresó ser el núcleo central del abuso en las salas de maternidad.

Organización del texto: analiza el concepto de violencia a partir de una serie de reflexiones encadenadas para luego sintetizar sus componentes esenciales en el marco de la atención obstétrica institucional.

TEXTO 22

Referencia de publicación: Juárez, J. (28 de agosto de 2017). “Una epidemia de cesáreas innecesarias en México” en The New York Times. Recuperado de <https://www.nytimes.com/es/2017/08/28/espanol/america-latina/una-epidemia-de-cesareas-innecesarias-en-mexico.html>

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Cesárea.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: artículo periodístico ubicado en la sección “América Latina” del periódico norteamericano de mayor circulación. La autora aborda la problemática desde el punto de vista de la clase social, sugiriendo que la prevalencia de cesáreas es una forma de violencia obstétrica que afecta a todas las mujeres sin importar si son privilegiadas o no, incluso esta manera particular (cesárea) de ejercer coacción contra la autonomía y libertad por parte del gremio médico es más común entre las mujeres de mayor poder adquisitivo porque en los hospitales privados se monetariza más que el parto vaginal.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

Juárez es periodista colaboradora de la sección “América Latina” en el periódico *The New York Times*. Conduce la línea discursiva, pero da voz a otros autores (mujeres y especialistas) a través de la cita textual testimonial. Denuncia la alta tasa de cesáreas y la manera en que se gestiona por parte del gremio gineco-obstetra la industria del parto en el país.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: la autora sigue la línea de la violencia obstétrica en estudios publicados que han sido referidos en esta misma tesis (p.e. texto 06) y centra su atención en la violencia psicológica a la que son expuestas las mujeres en la relación de poder que se manifiesta entre el médico y la paciente.

Organización del texto: el texto se divide en 5 secciones subtituladas así:

- (Introducción)
- Una cuestión de tiempo
- De la falta de práctica a la mala praxis
- ‘Si sigues llorando, te voy a sedar’
- El peor escenario
- “Yo no voy a recuperar mi vientre, pero algún día, si ella así lo quiere, va a ser madre”.

TEXTO 23

Referencia de publicación: Rocha-Menocal, C. [carolina rocha menocal]. (2018, enero 6). “Parteras de la montaña” [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=tZ7lMZOYfnI>

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Partería.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: la periodista del programa #elotroMexico de TV Azteca, fue a Tlapa de Comonfort, Guerrero, lugar donde se registra la más alta razón de muerte materna a nivel nacional, lugar donde se funda la Escuela de Parteras Profesionales a quien la autora visita en su cápsula informativa para dar testimonio de la atención obstétrica en comunidades rurales distantes a los hospitales mediante la acción social de las parteras y estudiantes.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

En el comentario a pie del video se lee que “*Hace tres años visitamos la escuela para capacitarlas. Y si la veían precaria, les cuento que está mucho más abandonada y sin*

recursos”. En el discurso oral, la reportera da voz y seguimiento a estudiantes de partería, al médico que labora en el Hospital Amigo de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense donde las parteras ejercen y hacen sus prácticas, a Antonia, partera maestra, a Macrina, partera tradicional de una comunidad alejada de Tlapa, y emite imágenes audiovisuales del contexto de la atención prenatal por las estudiantes.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: la Escuela de Parteras Profesionales del Estado de Guerrero inaugura una carrera técnica de tres años desprendiendo el modelo educativo y tramitación del RVOE del Escuela de Parteras Profesionales de San Miguel de Allende. Se constituye como Organismo Público Descentralizado con el objeto de contribuir en la disminución de la morbi-mortalidad materno infantil en el Estado de Guerrero.

Organización del texto: la reportera graba un recorrido desde la Escuela a las comunidades a donde acompaña a las estudiantes mientras realiza preguntas a los actores sociales y graba escenas del contexto de la atención prenatal.

TEXTO 24

Referencia de publicación: Vera, U. [Fundar México]. (2018, febrero 8). “#MásParterasYA Experiencias de partería profesional en México” [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=1EvKOOFh7U8>

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Partería.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: Fundar- Centro de Análisis e Investigación fue una organización que se vio beneficiada cuando la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur apoyó el fortalecimiento de la partería profesional en México. Fundar se dedica a la producción de investigación para la incidencia en políticas e instituciones públicas y vinculación con actores civiles, sociales y gubernamentales.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

El autor del discurso Luis Ulises Vera Romero es doctor en Comunicación. Su propósito como realizador audiovisual en Fundar, Centro de Análisis e Investigación es documentar experiencias de vida y procesos organizativas de personas en defensa de sus derechos humanos, lo cual realiza en esta ocasión con el gremio de parteras profesionales. Entrega la voz a personal de salud involucrado en las siguientes instituciones: Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende (CASA, A.C.), Casa de Salud y Escuela de Partería Profesional de Mujeres Aliadas, A.C., Comité Promotor por una Maternidad Segura de México (CPMS), y las Secretarías de Salud de Guerrero y Michoacán donde dos de las escuelas de parteras profesionales se ubican.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: oral, audiovisual, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: en 2017 se publica en informe de la Fundación MacArthur sobre el diagnóstico de la Partería en México en donde afirman que la inclusión de parteras en los servicios de salud contribuye a la disminución de la mortalidad materna. Sin embargo son contadas las experiencias mexicanas al respecto, de las 32 entidades federativas sólo Guerrero y Puebla han contratado parteras ininterrumpidamente entre 2011 y 2017, y a pesar de los buenos resultados obtenidos que comentan en el video, aún hay muchos retos en el ámbito institucional-laboral que es necesario solventar para el reconocimiento dignificado de la partera profesional.

Organización del texto: en el transcurso de 7.42 minutos el texto se divide en 5 cortes textualmente subtítulos:

1. ¿Por qué es importante incluir a las parteras profesionales en el sistema público de salud?
2. Las parteras profesionales como parte del personal de salud.
3. Las parteras suman en la disminución de la mortalidad materna.
4. Pero aún es necesaria la incorporación sustantiva de la partera profesional al sistema público de salud.
5. ¿Qué más falta para incorporar a las parteras profesionales al sistema público de salud?

TEXTO 25

Referencia de publicación: Romero, R. (18 y 25 de octubre de 2019). “Parteras tradicionales, entre el reconocimiento y la represión” en Codicegrafía. Recuperado de <https://codicegrafia.mx/parteras-tradicionales-entre-el-reconocimiento-y-la-represion/>

Campo: Lo que sucede en términos de tema y marco institucional.

Temática predominante (tópico): Partería.

Marco institucional en el cual el discurso tiene lugar: Grupo Códice es un compendio de empresas con sede en la ciudad de Querétaro dedicadas a la creación de estrategias de comunicación y de productos editoriales en diferentes plataformas, entre ellas Codicegrafía que tiene 4 secciones. El reportaje está dividido en dos partes y ubicado en la sección Cultura. Aborda la problemática de la partería desde las características del contexto social regional que impiden su plena incorporación. Presentar el panorama en el que se desenvuelven las parteras del Centro para Adolescentes de San Miguel de Allende (CASA), ubicada en San Miguel de Allende, Guanajuato.

Tenor: quiénes son los agentes participantes

En su papel de periodista, la autora del discurso Roxana Romero recupera testimonios de mujeres y parteras, así como de autoridades de las Secretarías de Salud de Querétaro y Guanajuato para poner en evidencia el doble discurso que se maneja desde la política pública y que mantiene a las parteras entre el reconocimiento y la represión. La partera tradicional Manuela Mendoza tiene especial protagonismo en este texto.

Modo: intercambio de significados en el canal de comunicación adoptado

Canal de comunicación: escrito, público, acceso vía internet.

Relación texto-contexto: el artículo es publicado en un contexto en el que la partería tradicional está en franco riesgo de extinción en la región, mientras que la partería profesional no termina de reconocerse como estrategia efectiva de política pública.

Organización del texto: se divide en dos partes publicadas en diferente fecha. La primera parte contiene los subtítulos:

- Introducción
- Partería profesional
- ¿Cómo debería actuar el gobierno?

La segunda parte se divide en:

- Los inicios de CASA, A.C.
- CASA ayuda en la disminución de cesáreas y RMM
- Acompañamiento, lo más importante durante el parto
- Querétaro, con áreas de oportunidad

A manera de síntesis se presenta una tabla con los resultados obtenidos de la descripción del contexto situacional:

Tabla 3.1.2 Síntesis del análisis comunicativo

TXT	Tópico	Modalidad retórica	Género	Modo de presentación
01	Violencia obstétrica	expositiva-argumentativa	Científico/técnico	Análisis conceptual
02	Violencia obstétrica	narrativa	Testimonial	Memoria
03	Violencia obstétrica	expositiva-argumentativa	Científico/técnico	Análisis conceptual
04	Violencia obstétrica	expositiva-argumentativa	Periodístico	Reportaje interpretativo
05	Partería	narrativa	Periodístico	Reportaje interpretativo
06	Violencia obstétrica	expositiva	Científico/técnico	Artículo científico
07	Bienestar materno-infantil	argumentativa	Científico/técnico	Carta al editor
08	Derechos humanos	argumentativa	Científico/técnico	Carta al editor
09	Partería	expositiva-argumentativa	Periodístico	Entrevista periodística

Discursos sobre el parto y su implicación en la transformación de las relaciones sociales
 Capítulo 3. Análisis de la dimensión comunicativa

10	Síndrome de Burnout	argumentativa	Científico/técnico	Nota editorial
11	Síndrome de Burnout	expositiva	Científico/técnico	Artículo científico
12	Síndrome de Burnout	expositiva	Científico/técnico	Artículo científico
13	Bienestar materno-infantil	narrativa	Científico/técnico	Crónica
14	Partería	narrativa	Testimonial	Memoria
15	Partería	expositiva	Científico/técnico	Análisis conceptual
16	Partería	expositiva	Científico/técnico	Proyecto de investigación aplicada
17	Cesárea	expositiva-argumentativa	Periodístico	Reportaje interpretativo
18	Partería	narrativa	Testimonial	Memoria
19	Partería	expositiva	Científico/técnico	Análisis conceptual
20	Partería	expositiva-argumentativa	Testimonial	Memoria
21	Violencia obstétrica	expositiva-argumentativa	Científico/técnico	Análisis conceptual
22	Cesárea	expositiva-argumentativa	Periodístico	Reportaje interpretativo
23	Partería	narrativa	Periodístico	Reportaje interpretativo
24	Partería	expositiva-argumentativa	Periodístico	Entrevista periodística
25	Partería	expositiva-argumentativa	Periodístico	Reportaje interpretativo

Después de haber caracterizado el registro de cada texto a partir de describir el contexto de situación, continuaremos el análisis comunicativo lexical y semántico de cada texto, es decir la codificación abierta, para posteriormente realizar la codificación axial y selectiva (Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967) lo cual dará como resultado la codificación intertextual que servirá de puente para el análisis pragmático en el siguiente capítulo.

3.2 CODIFICACIÓN INTERTEXTUAL

La codificación intertextual es la segunda etapa del análisis propuesto (Fairclough, 1995) y corresponde a la dimensión comunicativa la cual tiene como propósito describir el lenguaje en el texto.

Tras el análisis de los 25 textos y partiendo de la estructura de diseño de la investigación organizada en dos categorías (1. contexto y 2. agentes) con sus indicadores (1.1 propiedades del contexto, 2.1 actores involucrados y 2.2 actitudes entre actores) se obtuvieron 83 diferentes códigos con 1,773 segmentos codificados. Al realizar la codificación in vivo (análisis lexical) se obtuvieron conglomeraciones semánticas susceptibles de organizarse en códigos (análisis semántico) de tal manera que los segmentos del texto responden a uno o más códigos compartidos entre textos.

A continuación se presenta el sistema de códigos generado de la codificación abierta en función de la cantidad de segmentos codificados y el número de documentos que contienen el código:

Tabla 3.2.1 Codificación intertextual por categorías

CATEGORÍA	CÓDIGO	SEGMENTOS CODIFICADOS	NÚMERO DE DOCUMENTOS
Contexto de la atención 27 códigos	Servicios de Salud (SSA)	85	20
	cesárea	64	13
	modelo biomédico	63	16
	modelo de partería	61	12
	procedimientos técnicos invasivos	58	12
	mortalidad materna	42	11
	Aprendizaje de partería	38	9
	infraestructura de la atención	36	14
	reivindicación política	34	7
	mercantilización	32	10
	violencia psicoafectiva en el parto	29	10
	medicina basada en evidencia	26	8
	legislación en derechos humanos y reproductivos	20	11
	legislación violencia obstétrica	20	6

Discursos sobre el parto y su implicación en la transformación de las relaciones sociales
 Capítulo 3. Análisis de la dimensión comunicativa

	profesiocentrismo	18	7
	procedimientos restrictivos	19	10
	modelo tradicional	19	6
	modelo humanizado	12	6
	modelo “CenteringPregnancy”©	11	1
	burocratización	10	7
	mortalidad neonatal	9	5
	NOM-007-SSA2-2016	9	3
	legislación intercultural	7	4
	violencia física en el parto	6	4
	NOM-007-SSA2-1993	3	2
	GPC-IMSS-052-08	2	1
	GPC-IMSS-048-08	1	1
Actores de la atención	mujer(es)	44	10
	académicos	40	13
	tomadores de decisión	40	11
28 códigos	estudiantes/internos	39	10
	parteras (sin adjetivos)	37	14
	médicos ginecobstetras	32	14
	OMS	32	11
	personal de salud	28	9
	OSC	25	9
	parteras profesionales	25	8
	parteras tradicionales (sin connotación indígena)	18	5
	bebé(s)	15	7
	alguna (otra) persona	11	7
	enfermeros	10	8
	parteras tradicionales (indígenas)	10	7
	médicos generales	7	7
	parteras rurales	5	3
	parteras técnicas	5	2
	organismos certificadores / certificación	5	1
	UNFPA	5	1
	Michel Odent	4	4
	enfermeras obstétricas	4	2
	parteras urbanas	4	2
	parteras activistas	1	1
	parteras cuánticas	1	1
	parteras de linaje	1	1
	parteras guerrilleras	1	1
	parteras holísticas	1	1

Discursos sobre el parto y su implicación en la transformación de las relaciones sociales
 Capítulo 3. Análisis de la dimensión comunicativa

Actitudes ante acciones de actores 23 códigos	Violencia obstétrica como problema	60	14
	obstetricismo	54	12
	relaciones de poder in vivo	52	15
	testimonio partera	47	8
	naturalización institucional	45	14
	testimonio médico	38	8
	testimonio mujer	36	9
	Propuesta alternativa a la V.O.	33	12
	testimonio activista	27	9
	comunicación pasivo-agresiva mujer proveedor	27	10
	síndrome de desgaste profesional (burn out)	26	7
	gremio médico vs parteras	21	8
	misoginia/sexismo	20	9
	modelo interprofesional	16	7
	experiencia transcorporea	16	3
	comunicación asertiva mujer-proveedor	15	9
	patriarcado	14	6
	medicina defensiva	9	5
	gremio médico vs académicos	6	2
	gremio médico vs legislación V.O.	6	2
	testimonio figura política	5	4
	testimonio pareja/acompañante	2	2
	testimonio doula	1	1
Intertextualidad	Manifiesta	13	6

La categoría de intertextualidad manifiesta se refiere a los segmentos que de manera literal refieren algún segmento del contenido expresado en algún otro de los textos bajo análisis, independientemente de su(s) código(s) semántico(s).

En la tabla 3.5 se muestra el resultado global de los 25 textos, pero cada texto tiene una densidad de códigos diferenciada. A continuación se presenta la codificación abierta de cada texto en función del tópico del discurso y el código más presente para cada categoría.

Tabla 3.2.2 Relación de tópico con código categorial representativo

TXT	Tópico	Contexto	Actores	Actitudes
01	Violencia obstétrica	Servicios de Salud (SSA)	Mujeres / personal de salud	Propuesta alternativa a la V.O.
02	Violencia obstétrica	procedimientos técnicos invasivos	estudiantes/intern os	naturalización institucional / relaciones de poder
03	Violencia obstétrica	Servicios de Salud (SSA)	mujer(es)	relaciones de poder
04	Violencia obstétrica	legislación violencia obstétrica	OMS	gremio médico vs legislación V.O. /
05	Partería	modelo de partería	parteras urbanas	experiencia transcorporea
06	Violencia obstétrica	procedimientos técnicos invasivos	mujer(es)	Violencia obstétrica como problema
07	Bienestar materno-infantil	modelo biomédico	estudiantes/intern os	gremio médico vs académicos
08	Violencia obstétrica	procedimientos técnicos invasivos	académicos	gremio médico vs académicos
09	Partería	cesárea	mujer(es)	Propuesta alternativa a la V.O.
10	Síndrome de Burnout	Servicios de Salud (SSA)	Académicos / estudiantes/intern os	Violencia obstétrica como problema
11	Síndrome de Burnout	modelo biomédico	estudiantes/intern os	relaciones de poder
12	Síndrome de Burnout	Servicios de Salud (SSA)	académicos	Violencia obstétrica como problema
13	Bienestar materno-infantil	mortalidad materna	médicos ginecobstetras	obstetricismo
14	Partería	Aprendizaje de partería	parteras tradicionales (indígenas)	comunicación asertiva mujer-proveedor
15	Partería	modelo de partería	OMS	Propuesta alternativa a la V.O.
16	Partería	modelo “CenteringPregnancy”	académicos	Propuesta alternativa a la V.O.
17	Cesárea	cesárea	personal de salud	comunicación pasivo-agresiva mujer proveedor / relaciones de poder

Discursos sobre el parto y su implicación en la transformación de las relaciones sociales
 Capítulo 3. Análisis de la dimensión comunicativa

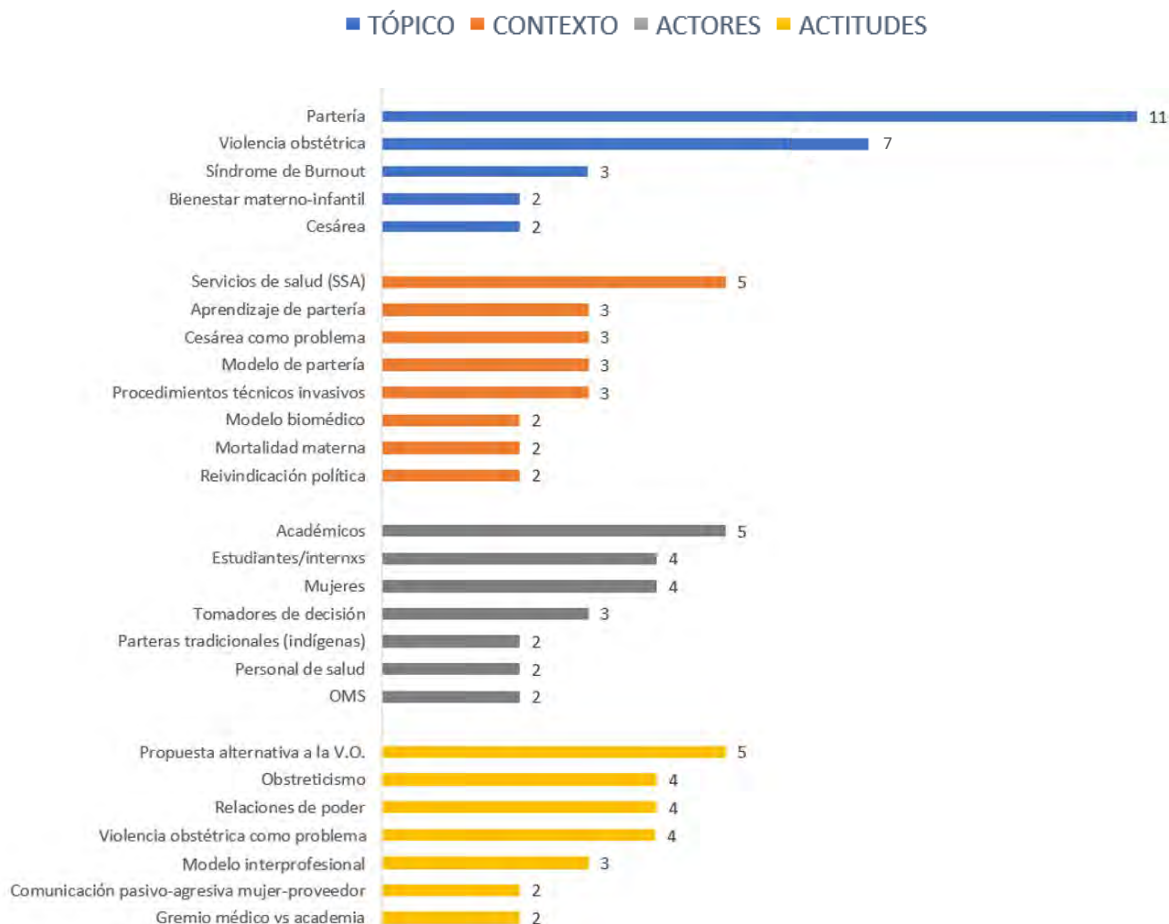
18	Partería	reivindicación política	parteras tradicionales (indígenas)	modelo interprofesional
19	Partería	mortalidad materna	tomadores de decisión / UNFPA	obstetricismo
20	Partería	modelo de partería	tomadores de decisión	obstetricismo
21	Violencia obstétrica	reivindicación política	académicos	Violencia obstétrica como problema / Propuesta alternativa a la V.O.
22	Cesárea	cesárea	OSC	comunicación pasivo-agresiva mujer proveedor
23	Partería	Aprendizaje de partería	parteras rurales	modelo interprofesional
24	Partería	Servicios de Salud (SSA)	parteras profesionales	modelo interprofesional
25	Partería	Aprendizaje de partería	tomadores de decisión	obstetricismo

El análisis cruzado de categorías y códigos, es decir, la codificación axial, conlleva a identificar relaciones cuya densidad expresa de manera esquemática la categoría central del intertexto, lo cual está relacionado con el modelo mental o intenciones ideológicas de los productores de los discursos; aspecto que será analizado con mayor detalle en los dos capítulos siguientes correspondientes a los análisis de las dimensiones pragmática y semiótica.

Pero antes de acceder a la identificación de las relaciones de poder y su sustento ideológico es necesario profundizar en la codificación axial. A partir de la codificación abierta, observamos cuáles son los códigos más frecuentemente codificados en cada uno de los textos para cada categoría, resaltando aquellos cuya densidad es compartida por dos o más textos:

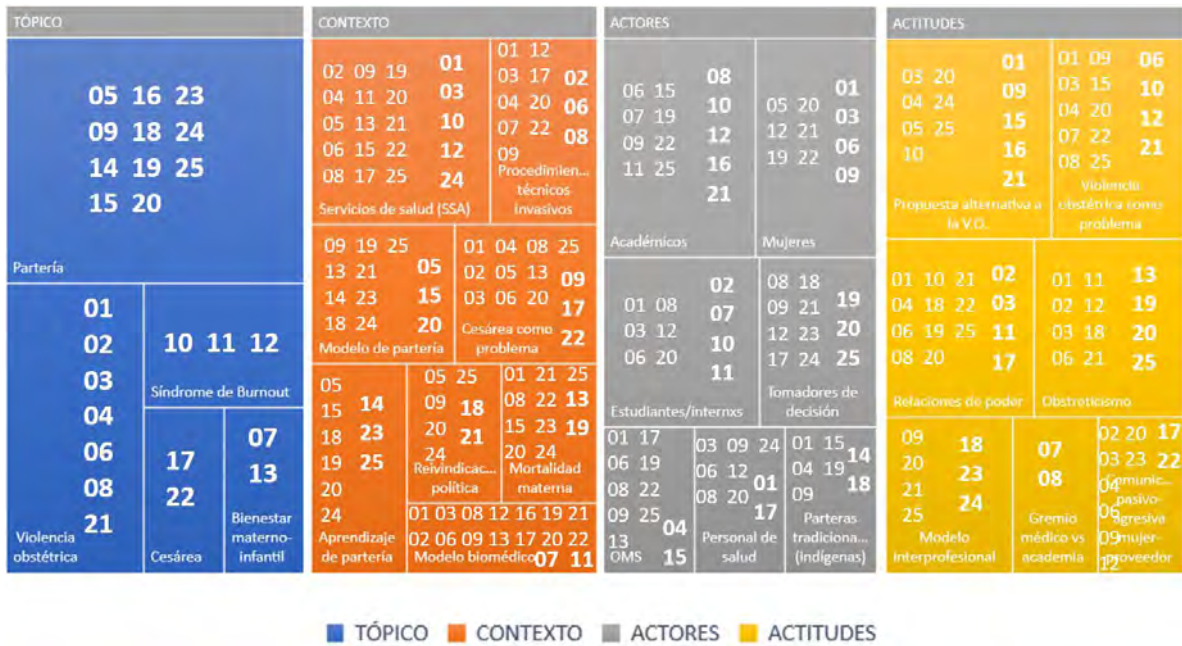
Al seleccionar solo los códigos de cada categoría más densamente compartidos en dos o más textos podemos entonces graficar la codificación intertextual como sigue, según el número de textos que comparten las categorías de análisis:

Gráfica 3.2.1 Codificación intertextual por densidad de códigos



Las categorías centrales pueden ser expresadas de manera gráfica y jerárquica según su densidad intertextual. En cada código se muestran los textos que lo contienen, resaltando en negrita los textos cuya densidad es mayor en relación con ese código:

Ilustración 3.2.1 Categorías centrales por densidad de código



A diferencia de la intertextualidad que expresa la relación a nivel de códigos y categorías entre los textos, la interdiscursividad expresa la relación a nivel semántico entre el contenido discursivo. La diferencia está en el nivel de abstracción: “Lemke (1995) define ‘texto’ como la realización concreta de formas abstractas de conocimiento (‘discurso’), adhiriéndose así a un enfoque más foucaultiano”. (Wodak & Meyer, 2009).

Fairclough también sigue a Foucault para referirse al interdiscurso cuando afirma que “el enfoque estructural en las órdenes del discurso necesita un enfoque complementario en los eventos, donde estas reestructuraciones tienen lugar concretamente.” (1995, pág. 72). Implica conceptualizar las convenciones que subyacen a los eventos discursivos en términos de órdenes del discurso (Fairclough, 1989, 1992a), lo que los analistas del discurso francés llaman ‘interdiscurso’ (pecheux, 1982; Maingueneau, 1987).

En este punto estamos en condiciones de realizar un primer análisis interdiscursivo (codificación selectiva) que nos permita clasificar los textos en términos del lugar que ocupan en los órdenes del discurso y el papel que juegan en la configuración (normativa) y reconfiguración (disruptiva) de las relaciones de poder normalizadas (hegemónicas) y marginadas (alternativas) en el orden social.

Por ejemplo, podemos identificar las relaciones heterogéneas entre los tópicos discursivos, los contextos modales, las modalidades retóricas, los géneros y tipos textuales respecto a cada texto del corpus; y así comenzar a identificar patrones de prácticas discursivas. La evidencia muestra que no hay patrones definidos excepto en la relación tópico-contexto donde se observan dos tendencias en la década 2010-2019:

1. Temas de violencia obstétrica (y su relación con el síndrome de Burnout) suelen ser publicados en un contexto institucional científico-técnico (revistas especializadas en temas de género y de gineco-obstetricia);
2. Temas de partería son difundidos en ámbitos periodísticos y foros de expertos organizados institucionalmente en dependencias afines en temas de género y derechos humanos.

Al realizar el análisis semántico de las categorías densas arrojadas en la intertextualidad, el analista sitúa lo evidente en el ojo crítico, por muy del sentido común que sea, pues lo convencional suele ser invisible. Aplica tanto para la práctica discursiva (foros, investigación científica en revistas especializadas, reportajes periodísticos) como para la práctica social (cesáreas, violencia obstétrica, procedimientos médicos invasivos).

En el tema que nos ocupa, los textos refieren en su mayoría prácticas sociales que, teniendo forma de discurso, tienen su referente en la experiencia intersubjetiva.

Siguiendo el método propuesto por Fairclough (1995) en el segundo nivel de análisis de las prácticas discursivas, es decir, la dimensión pragmática que permite relacionar texto (nivel más concreto) con prácticas socioculturales (nivel más abstracto), tenemos que las entidades involucradas en la (re) estructuración de órdenes de discurso (a) están más o menos claramente definidas, (b) son variables en escala, diferenciadas desde lo más abstracto - políticas públicas estatales-; hasta lo más concreto -motivaciones y temperamentos de los actores sociales, y (c) se encuentran en varias relaciones entre sí, incluidas las relaciones de complementariedad, inclusión y contradicción.

Así, desde la prototeorización que permite la codificación selectiva según el esquema de la Teoría Fundamentada (Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967) se tiene entonces que:

(a) las entidades involucradas, que aquí se refieren como agentes adaptativos, son el personal de salud que opera *dentro* de los Servicios de Salud (SSA) oficiales, y que incluye al equipo de médicos generales y especialistas, al equipo de enfermería, y a los estudiantes o internos, todos ellos egresados de las facultades de medicina con reconocimiento oficial en el país. Por otro lado tenemos a las parteras tradicionales y autónomas que se encuentran operando *fuera* de los Servicios de Salud (SSA). Los académicos, que en su mayoría son médicos de formación y las mujeres que brindan testimonio de atención obstétrica *dentro* y *fuera* de los Servicios de Salud oficialmente instalados. Por último tenemos también a los tomadores de decisión de política pública que en abstracto son referidos por todos los agentes mencionados como destinatarios del discurso dado que están obligados a observar las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero en concreto son funcionarios del mismo aparato estatal (textos 01, 02, 03, 06 y 08) que a su vez son médicos y académicos y se observan experimentando una realidad en las maternidades de México que manifiestan querer modificar.

(b) Se observa que las políticas públicas de Estado son puestas en cuestión en la mayoría de los textos, a partir de presentar testimonios de mujeres que son atendidas dentro y fuera de los Servicios de Salud oficiales. En México, el sistema de política pública está diseñado para que los partos sean atendidos dentro de unidades hospitalarias de segundo nivel, esto es, que cuenten con licencia sanitaria para realizar actos quirúrgicos. Oficialmente no se reconocen los partos extra-hospitalarios, o por los menos no son proveídos por personal de salud del sistema oficial. Por lo que todo parto extrahospitalario por lo general cae en el campo de atención de las parteras como agentes no contratadas por el sistema de salud oficial.

(c) Se hace notar entonces que todos los agentes se encuentran relacionados en una red fluctuante donde los discursos y las prácticas se complementan (la violencia obstétrica es un problema y la partería su solución), se incluyen (la alta tasa de cesáreas es una expresión de la violencia obstétrica) y se contradicen (las cesáreas y otras prácticas médicas para algunos son invasivas y para otros promueven el bienestar materno-infantil).

A partir de estos resultados iniciales que surgen de poner en relación los textos entre sí (intertextualidad) se profundiza en el siguiente capítulo en las relaciones entre prácticas discursivas (interdiscursividad).

CAPÍTULO 4.

ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN PRAGMÁTICA

“Los límites entre y dentro de los órdenes del discurso cambian constantemente, y el cambio en los órdenes del discurso es en sí mismo parte del cambio sociocultural.”

(Norman Fairclough, Critical Discourse Analysis: The Critical Study of Language, 1995)

En el presente capítulo, partiremos de los segmentos codificados mediante el análisis intertextual generado con anterioridad para identificar las prácticas discursivas constitutivas de órdenes del discurso y sus relaciones que, en última instancia, estructuran y reestructuran el orden social.

Por práctica discursiva entendemos los procesos de producción, distribución y consumo de textos (Fairclough, 1995, p. 3), más específicamente:

“el análisis de las prácticas discursivas supone atención por los procesos de producción, distribución y consumo textual. Esta caracterización del marco contiene en sí lo que creo es un principio importante para el análisis crítico del discurso: el análisis de los textos no debería estar artificialmente aislado del análisis de prácticas institucionales y discursivas en las cuales éstos se insertan. Este principio ha sido reconocido en algunas, pero no en todas, las aproximaciones al ACD (e.g. en van Dijk 1988 pero no en Fowler et al. 1979). Este principio significa, por ejemplo, que al analizar el texto de un programa televisivo uno también debería referirse a las rutinas y procesos de producción del programa, y a las circunstancias y prácticas de recepción.” (Fairclough, 1995, pp. 16-17)

Fairclough (1992, 1995) retoma la noción de orden del discurso de Foucault (1971) y la adapta como categoría analítica en su modelo explicativo. Orden del discurso se refiere a una estructuración históricamente particular de prácticas discursivas; se dice que el orden es relativamente estable cuando el autor del texto selecciona entre los géneros y los discursos disponibles (dinámica centrípeta); mientras que el traslape de límites establecidos entre

géneros y tipos de discursos denotan fuerzas centrífugas que reflejan conflictos y luchas de poder eventualmente catalizadores de cambios sociales y culturales.

Para Fairclough, los textos relativamente normativos ejercen una presión centrípeta derivada de la necesidad de producir textos basados en convenciones de lenguaje y orden del discurso, es decir, seleccionar entre los géneros y discursos disponibles en el orden del discurso dado, y los textos creativos, o como en esta tesis les llamamos disruptivos, ejercen una presión centrífuga derivada de situaciones novedosas y problemáticas que para el caso que nos ocupa tienen el propósito de dismantelar relaciones de poder basadas en la hegemonía social reflejada en las prácticas discursivas.

El análisis interdiscursivo muestra dónde se ubica un texto con respecto a la red social de órdenes del discurso, cómo se actualiza y extiende su potencial. La red social representa el orden (dinámico) social en su faceta discursiva de tal manera que hay prácticas dominantes ('normales', naturalizadas, normativas) y prácticas dominadas (disruptivas, marginales, 'alternativas' o subalternas, transgresoras).

Los tipos textuales, los géneros y modalidades retóricas son utilizados de manera heterogénea en los eventos discursivos seleccionados. Esto es debido a que “los eventos discursivos son, por un lado, dependientes y moldeados por ellos, pero por otro lado los reestructuran acumulativamente.” (Fairclough, 1995, p. 10).

En otras palabras, dos órdenes del discurso históricamente separados, modelo biomédico gineco-obstétrico y modelo de atención de partería, se comienzan a mezclar en el lenguaje a través del uso (transgresor) de formatos genéricos típicamente diferenciados. Y afirmamos que los límites se transgreden en ambos sentidos cuando, por ejemplo, se usa el género testimonial de modalidad narrativa (típico del orden del discurso periodístico) en una revista de divulgación médico-científica y también cuando se usa el análisis conceptual del género científico de modalidad expositiva (típico del orden del discurso académico) en un foro de partería. De esta manera se presentan las fuerzas centrífugas que hacen frente a la dominancia hegemónica históricamente establecida de unas prácticas discursivas sobre otras.

4.1 IDENTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DISCURSIVAS

A partir del diseño de investigación y la codificación textual identificamos los modelos mentales de los productores del discurso (van Dijk, 2007) a partir de 4 aspectos organizados en categorías centrales de *tópico*, *contexto*, *actores* y *actitudes*.

El *tópico* se refiere al tema central del discurso, generalmente se encuentra desde el título del texto, pero se identifica particularmente por ser la categoría semántica sobre la que gira todo el texto. Utilizamos *tópico* y *discurso* como términos intercambiables cuando se hace referencia al discurso entendido en términos de van Leeuwen (1993) como

“recontextualizaciones de prácticas sociales, y los define como conocimientos específicos del contexto acerca de estas prácticas sociales. Sostiene que pueden representarse en estructuras de campo, o sea, en estructuras que están dispersas a través del texto y que materializan el conocimiento de algún área, tal como se construyen en el contexto de un ámbito institucional dado.” (Marinkovich, 1999, p. 738).

A diferencia del contexto modal referido al tipo de evento discursivo en que la práctica (discursiva) se realiza, la categoría de *contexto* en términos del modelo mental se refiere a las propiedades del contexto sociocultural en que las prácticas sociales referidas en el discurso se realizan.

En este sentido, los *contextos* son caracterizados en detalle por van Dijk (2008) como constructos mentales a través de los cuales los interlocutores y los analistas pueden reconocer experiencias, percepciones, opiniones, conocimientos, puntos de vista y emociones, en relación con la situación comunicativa; proceden de modelos de experiencia y son subjetivos. Simultáneamente, son representaciones sociales de las que disponen los participantes de la acción comunicativa, en relación con conocimientos comunes, actitudes e ideologías. (van-Dijk, 2008, p. 1-27)

De esta manera el texto se lee en dos niveles de contexto, en el análisis de la dimensión comunicativa lo hace a través del contexto modal en que se inscribe la práctica discursiva;

mientras que en la dimensión pragmática se lee el contexto sociocultural que da origen y sentido a la construcción del discurso.

La categoría de *actores* representa las alusiones textuales a sujetos participantes en un contexto de atención obstétrica, pero también refleja la identidad social de los productores del discurso. Y por último cuando hablamos de *actitudes* nos referimos a las valoraciones de juicio que los actores del discurso (productores y participantes) expresan sobre los diferentes aspectos del tópico.

Para fines de análisis, consideramos que hay órdenes del discurso de carácter local de dominios sociales particulares, por ejemplo la gineco-obstetricia y la partería; y hay un orden del discurso más global, que abarca otros órdenes, ámbitos y actores de la sociedad, por ejemplo, discurso de colegios y comisiones de arbitraje de gineco-obstetras, y de parteras, y de académicos, y de ciudadanos a través de periodistas, etc. Las prácticas discursivas típicamente constitutivas de un orden del discurso establecen relaciones de complementariedad, inclusión, exclusión, oposición o contradicción entre sí.

Los límites entre y dentro de los órdenes del discurso pueden ser puntos de conflicto y contestación (Bernstein, 1990), susceptibles a debilitarse o fortalecerse, como parte de conflictos y luchas sociales más amplios. La forma que toman estos límites puede distinguirse tanto en discursos ideológicos (patriarcal vs. feminista, por ejemplo) como en géneros de uso del lenguaje asociados con determinados tipos de actividades socialmente ratificadas, como citas médicas o artículos científicos (véase, además, Kress, 1988, sobre la distinción entre discursos y géneros).

El análisis que a continuación se presenta se centra entonces en identificar la relación del evento discursivo¹¹ con los órdenes del discurso (dinámica centrífuga o centrípeta respecto al orden social hegemónico) y qué tipo de prácticas discursivas se utilizan en qué combinaciones (tipo de relación de complementariedad, inclusión, exclusión, oposición o contradicción).

¹¹ Con evento discursivo nos referimos a la instancia de uso de lenguaje analizada como texto, práctica discursiva, práctica social (Fairclough, 1995, pág. 135).

En el caso de este estudio hemos identificado los siguientes eventos discursivos en relación con los órdenes del discurso que determinan sus condiciones de producción, distribución y consumo:

Tabla 4.1.1. Textos en relación con órdenes del discurso

CONTEXTO DE LA PRÁCTICA SOCIAL	CONTEXTO DE LA PRÁCTICA DISCURSIVA (EVENTO DISCURSIVO)		Tx	TÓPICO
Secretaría de Salud (Gobierno de México)	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Revista Género y Salud en Cifras	01	Violencia obstétrica
			02	Violencia obstétrica
			03	Violencia obstétrica
	Comisión Nacional de Arbitraje Médico	Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico	06	Violencia obstétrica
			07	Bienestar materno-infantil
			08	Violencia obstétrica
	Departamento de Equidad y Género División de Salud Mental (Servicios de Salud de Yucatán)	Foro: Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio	13	Bienestar materno-infantil
			14	Partería
	Fundación MacArthur / Instituto Nacional de Salud Pública	Seminario: La partería en México. Avances y propuestas desde el INSP	15	Partería
			16	Partería
Organizaciones de la Sociedad Civil / Academia	Día mundial de la Diversidad Cultural (INAH invitado)	Seminario: La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica	19	Partería
Comisión Nacional de Derechos Humanos (Gobierno de México)			20	Partería
			21	Violencia obstétrica
Prensa (circulación nacional)	Periódico <i>The New York Times</i>	Sección América Latina	22	Cesárea
	Periódico El Universal	Sección “Periodismo de datos”	17	Cesárea
	programa #elotroMexico en TV Azteca online	Reportaje periodístico interpretativo	23	Partería
	Asociación Civil “Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana”	Letra eSe, suplemento mensual periódico La Jornada	04	Violencia obstétrica
Organizaciones de la Sociedad Civil		Radio Podcast	05	Partería
			18	Partería

Discursos sobre el parto y su implicación en la transformación de las relaciones sociales
 Capítulo 4. Análisis de la dimensión pragmática

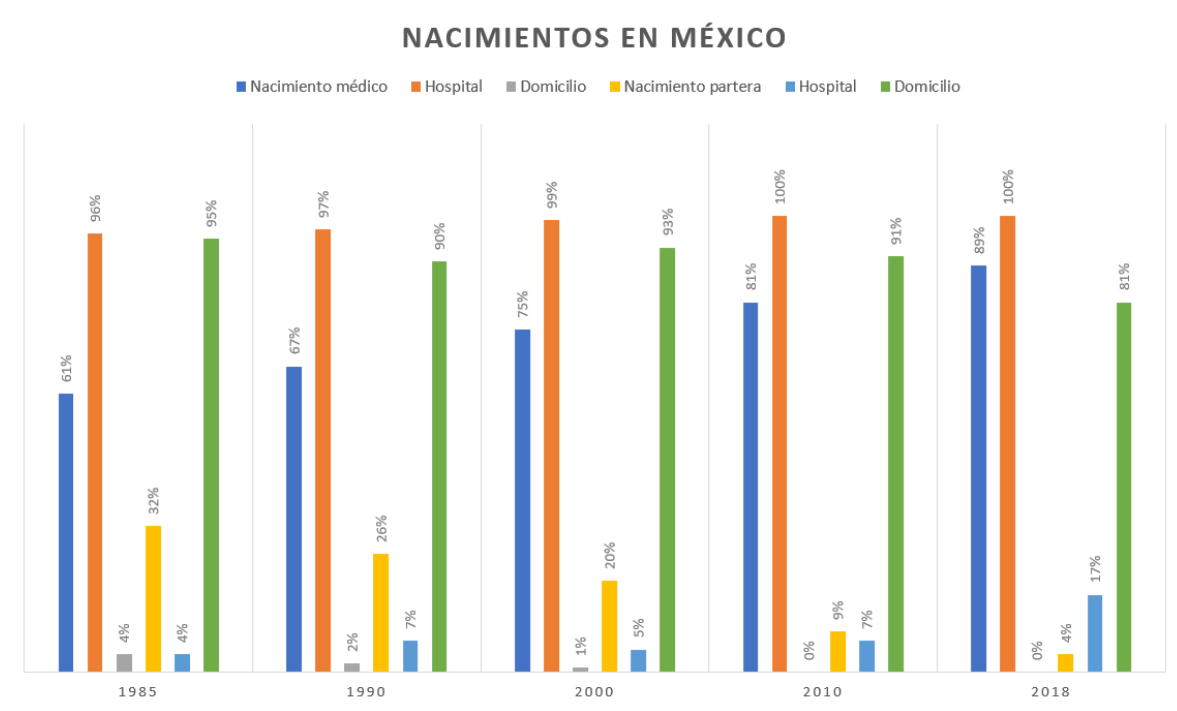
Prensa (circulación regional)	Asociación Voces Nuestras			
	Periódico Codicegrafía	Reportaje en revista digital de periodismo de profundidad	25	Partería
Organizaciones de la Sociedad Civil	Colectivo Polo a Polo	Proyecto audiovisual “Pariendo la América”	09	Partería
	Fundación MacArthur / Fundar A.C.	Investigación para la incidencia en políticas e instituciones públicas	24	Partería
	Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología	Revista Ginecología y Obstetricia de México	10	Síndrome Burnout
			11	Síndrome Burnout
Academia		12	Síndrome Burnout	

Como se aprecia en el cuadro anterior, los límites del contexto social en que tienen lugar las prácticas discursivas se desdibujan entre sí, traslapándose frecuentemente, de tal manera que una misma práctica discursiva se adhiere a diferentes órdenes del discurso. En el orden social, gobierno y prensa tienen prácticas discursivas separadas, mientras que organización de la sociedad civil y academia producen y distribuyen material de manera complementaria con gobierno y con prensa. Sin embargo, al interior de tres de los cuatro órdenes (academia, gobierno y OSC) las relaciones sociales presentan tensión semántica (oposición / contradicción) en ciertos tópicos compartidos.

Cada uno de los textos representa una tendencia centrípeta (normativa) o centrífuga (disruptiva) respecto al orden social que los genera. En este punto se hace notar que el orden social se caracteriza por un desplazamiento constante de la práctica obstétrica hospitalaria atendida por personal de salud formada en el ámbito de la gineco-obstetricia en detrimento de prácticas de partos domiciliarios atendidos por obstetras, principalmente, parteras no formadas en las facultades de medicina. Cabe mencionar que, a diferencia de otros países, en México la partería, siendo en la práctica un modelo obstétrico diferenciado de la especialidad de gineco-obstetricia, no está institucionalizado en términos de una educación uniforme y

formal. Su práctica y aprendizaje ha quedado relegado en los linderos de la marginalidad respecto al modelo hegemónico representado por la gineco-obstetricia practicada en todos los hospitales públicos y privados del país.

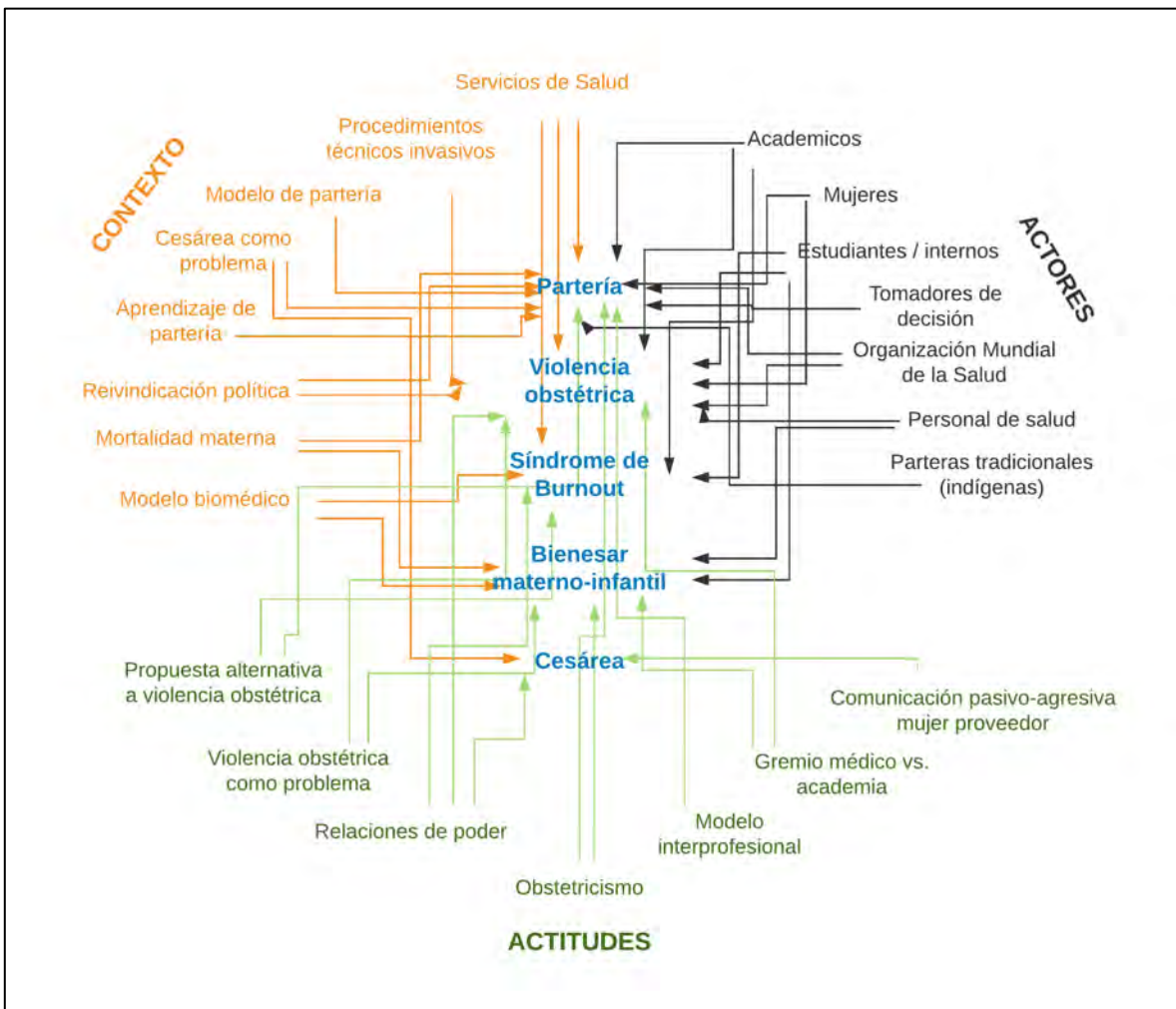
Gráfica 4.1.1 Nacimientos por lugar de ocurrencia y proveedor



El gráfico 4.2 representa los ámbitos de atención de nacimientos. En 1985, el 61% de los nacimientos eran atendidos por médicos, de los cuales 96% eran en hospital y 4% en domicilio; mientras que un importante 32% (alrededor de 800 mil) eran atendidos por parteras, 95% en domicilio. Paulatinamente, los médicos abandonan por completo el ámbito domiciliario, al mismo tiempo que las parteras reducen significativamente (menos de 100 mil nacimientos para 2018) su práctica obstétrica. El parto domiciliario también se reduce incluso en el ámbito de la partería. Y para el 2018 se observa un ligero incremento de la atención obstétrica por parte de las parteras en hospitales públicos y privados. Esto se explica por el impulso (piloto) que se le dio a la partería profesional en la década de 2010-2014 cuando algunos estados como Veracruz, Guerrero, Chiapas, Tabasco, San Luis Potosí, Puebla, Campeche y Ciudad de México incorporaron “parteras profesionales” a los servicios de salud.

Como se aprecia en la imagen 4.2, de los 25 textos se distinguieron 5 tópicos (partería, violencia obstétrica, síndrome de Burnout, bienestar materno-infantil y cesárea). Algunos códigos se relacionan más con ciertos tópicos que con otros y los tópicos más mencionados (partería en 11 y violencia obstétrica en 7 textos) son también los que condensan el mayor número de códigos, expresando así los ámbitos en donde las prácticas discursivas presentan mayor dinamismo.

Ilustración 4.1.1 Esquema interdiscursivo relacionado a los tópicos



Para reconocer las características dinámicas del interdiscurso, relacionaremos a partir del tópico, las asociaciones que establece con cuántos y cuáles códigos, en qué textos y cuál es el orden u órdenes del discurso al que se adhieren sus prácticas discursivas.

Tabla 4.1.2 Tópicos y códigos asociados a órdenes del discurso

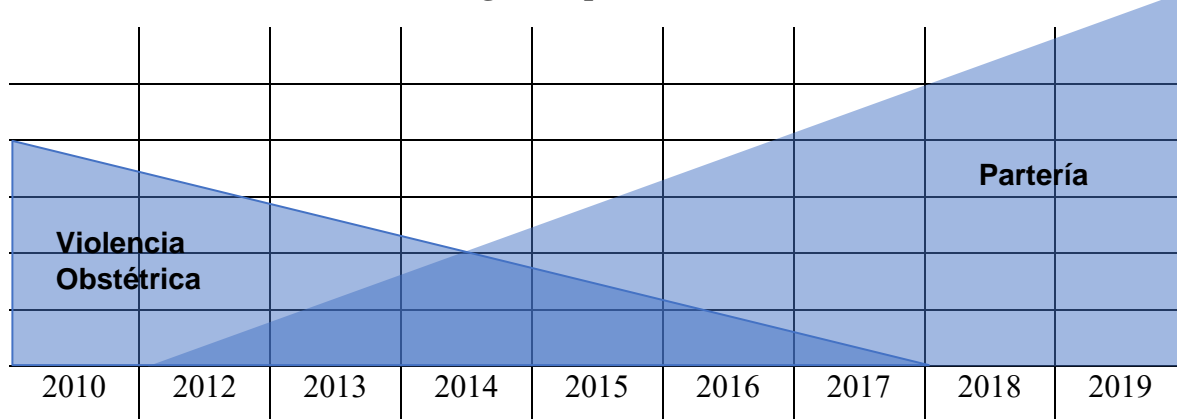
Tópico se relaciona con:	Códigos asociados			Textos asociados	Órdenes del discurso	
	Contexto	Actores	Actitudes			
Partería:	Servicios de salud	Académicos	Propuesta alternativa	09 24	OSC	
6/8 Contexto 5/7 Actores 3/7 Actitudes	Modelo de partería	Mujeres	Obstetricismo	23	Prensa	
	Cesárea como problema	OMS	Modelo inter-profesional	14	Gobierno	
	Aprendizaje de partería	Tomadores de decisión		05 18 25	OSC / Prensa	
	Reivindicación política	Parteras tradicionales (indígenas)		20	OSC / Gobierno	
	Mortalidad materna			15 16 19	OSC / Gobierno / Academia	
Violencia obstétrica:	Servicios de salud	Académicos	Propuesta alternativa	01 02	Gobierno	
3/8 Contexto 5/7 Actores 4/7 Actitudes	Procedimientos técnicos invasivos	Mujeres	Violencia obstétrica problema	03 06 08		
	Reivindicación política	Estudiantes/ internos	Relaciones de poder	04		OSC / Prensa
		OMS Personal de salud	Gremio médico vs. academia	21		Gobierno / Academia
Síndrome de Burnout:	Servicios de salud	Académicos	Relaciones de poder	10 11 12	OSC / Academia	
2/8 Contexto 2/7 Actores 1/7 Actitudes	Modelo biomédico	Estudiantes/ internos				
	Bienestar mater-infantil:	Mortalidad materna	Estudiantes/ internos	Violencia obstétrica problema	07 13	OSC / Gobierno
2/8 Contexto 2/7 Actores 3/7 Actitudes	Modelo biomédico	Personal de salud	G. médico vs. academia			
			Obstetricismo			
Cesárea:	Cesárea como problema	(personal de salud)	Relaciones de poder	17 22	Prensa	
1/8 Contexto (1)/7 Actores 2/7 Actitudes			Comunicación pasiv-agresiv mujer-prove			

Teniendo entonces en consideración la fuerza centrípeta del orden social que tiende a normalizar la atención del parto centrada en el modelo gineco-obstétrico asociado al contexto hospitalario, podemos a partir de ello brindar una lectura intercodificada de las prácticas discursivas.

La partería y la violencia obstétrica se posicionan como los tópicos principales para referir prácticas actuales interpersonales de atención del parto. Ambos, se entrecruzan en prácticas discursivas diversas del gobierno, la academia, la prensa y el ámbito de las organizaciones de la sociedad civil.

Tras un primer análisis semántico de las cláusulas observamos que los textos cuyo tópico principal es la partería, proliferan algunos años después y de manera más intensa que los textos que denuncian la violencia obstétrica hospitalaria. De manera gráfica se podría representar como sigue:

Ilustración 4.1.2 Dinámica cronológica de posicionamiento de los discursos



En el ámbito gubernamental surgen discursos contradictorios sobre las prácticas obstétricas. Por un lado, dentro de la misma secretaría de salud, desde los departamentos de salud con perspectiva intercultural y de género se comienza a hablar de la violencia obstétrica ejercida por el personal médico y de enfermería formado en la especialidad de gineco-obstetricia en los hospitales públicos y privados. Por otro lado, dentro del mismo evento discursivo, la secretaría de salud difunde textos de representantes de colegios de médicos

gineco-obstetras cuyo discurso evade y/o confronta el tema de la violencia obstétrica a partir de centrar la atención en lo que ellos consideran las bondades del modelo biomédico en la procuración del bienestar materno-infantil y la reducción de la mortalidad materna.

En el inter comienzan a proliferar textos sobre la práctica obstétrica de la partería, y surgen principalmente en los órdenes del discurso de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y de la academia, encontrando un impulso en la prensa, como un tópico en inicio paralelo e independiente del tema de la violencia obstétrica, pues aunque comparten en la práctica social el ámbito de la atención obstétrica, sus contextos sociales no se tocan al estar centrada la partería en la atención no hospitalaria, ya sea en domicilios o casas de nacimiento, que no son comunes ni están normalizadas, ni normativamente integradas en el marco de los establecimientos de salud oficiales.

Es en la segunda mitad de la década cuando irrumpe un orden del discurso también gubernamental, hasta entonces ajeno al tema uniendo ambas variables en un solo tema: “La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica” es el nombre del seminario organizado por la CNDH y que sintetiza temas y sistematiza la problemática que hasta entonces se había venido denunciando de manera dispersa en órdenes del discurso con menos poder resolutivo que el gobierno aunque de mayor alcance mediático.

En síntesis, dentro de los órdenes del discurso gubernamental, en la Secretaría de Salud se da un interdiscurso contradictorio. Por un lado, difunde textos académicos (06, 08, 11, 12, 21) y de funcionarios (01, 02, 03) que denuncian la existencia de prácticas sociales adversas a la integridad y derechos humanos y, por el otro lado, difunde discursos provenientes de la organización de la sociedad civil que representa colectivamente al gremio médico especialista, mediante presidentes de los colegios estatales de ginecología y obstetricia, cuyos textos se oponen directa (07) o indirectamente (10) a las denuncias de violencia obstétrica, o excluyen (13) de su discurso el tema, diluyendo la confrontación a través de la evasión de la crítica y del posicionamiento hegemónico del modelo biomédico.

En otro orden del discurso, el intertexto de la partería tampoco es homogéneo. Su diversidad radica en la pluralidad de contextos y vías de aprendizaje para la práctica de la partería. Se habla de parteras urbanas (05), indígenas (14, 18), profesionales (15, 16, 24), rurales (23) o simplemente parteras de manera genérica (09, 19, 20, 25). El vehículo principal

para sus prácticas discursivas es la prensa, y sus actores son parteras provenientes de Organizaciones de la Sociedad Civil, mujeres atendidas por parteras o académicos del ámbito médico y de estudios socioculturales. El talante generalizado en estos textos es la promoción de la práctica obstétrica de la partería explícitamente en defensa de los derechos humanos de las mujeres.

En la prensa se impulsa también el tema de la cesárea (17, 22) como un indicador (implícito) de violencia obstétrica al relacionar esta práctica con códigos contextuales hospitalarios, asociados con la especialidad de gineco-obstetricia y con una densa carga semántica de denuncia de relaciones de poder abusivas y comunicación pasivo-agresivo entre médico-paciente (mujer). Por lo tanto el tema de la cesárea en este contexto establece una relación de complementariedad, por un lado a la denuncia de la violencia obstétrica, y por el otro, a la promoción de la partería.

Los tópicos de síndrome de Burnout y bienestar materno-infantil se asocian al discurso normativo, pero lo hacen de manera distinta. El Burnout o síndrome de desgaste profesional es utilizado para justificar el contexto de violencia estructural en la práctica de gineco-obstetricia. Su relación es de contradicción con las fuerzas centrípetas porque proviene del mismo discurso normativo que por un lado niega la existencia del contexto violento de la práctica obstétrica hospitalaria, pero por otro lado, mediante el Burnout, explica las causas y características de la violencia institucional. En cambio, el tema del bienestar materno-infantil es el centro mismo del discurso normativo, que apela a este concepto y su sinonimia para complementar sus argumentos en defensa de su práctica sociocultural.

Para concluir, tenemos que en el ámbito de la obstetricia hay prácticas discursivas que re-construyen las relaciones de poder dentro y entre los órdenes del discurso, y presenta identidades institucionales y profesionales diferentes de las formas tradicionales (ginecólogos en ámbito público y privado; parteras en el ámbito rural e indígena) o combinadas (enfermeras obstétricas, médicos en el ámbito privado que se amparan en la medicina defensiva y/o que promueven el parto humanizado; parteras urbanas, profesionales, tradicionales). Tras el primer análisis interdiscursivo, a pesar de la aparente diversidad, se trasluce la emergencia de un solo modelo de partería radicalmente distinto a la gineco-

obstetricia, basado en una reconfiguración de la relación social clásica entre *médico-paciente* que se representa incluso en la transformación del lenguaje (*partera-mujer*). Pero, dejaremos la carga valorativa y el contenido ideológico del interdiscurso para el próximo capítulo.

4.2 RELACIONES ENTRE PRÁCTICAS DISCURSIVAS Y ÓRDENES DEL DISCURSO

Apelando al corpus identificamos entonces cambios en las prácticas discursivas y sus características. Entendemos por cambio todos aquellos recursos lingüísticos y de textura que “implican formas de transgresión, cruzar fronteras, como por ejemplo, reunir códigos o elementos existentes en nuevas combinaciones, o recurrir a órdenes del discurso o sus elementos en situaciones que convencionalmente los excluyen de una manera que da la sensación de una lucha entre diferentes formas de significar un dominio particular de experiencia.” (Fairclough 1995, pág. 78).

Diferenciaremos entre cambios en las prácticas discursivas que de alguna manera alteran el espectro de la experiencia de la práctica social sin modificar las instituciones, y cambio sociocultural, el cual implica una verdadera revolución de las prácticas sociales en más de un ámbito particular del discurso.

Dentro del primer grupo, que no implican una transformación de las relaciones sociales, tenemos las que Fairclough (1989, 1995) identifica mediante mecanismos útiles para explicar estos procesos: 1) la *aparente democratización* del discurso que implica la reducción de los marcadores abiertos de asimetría de poder entre personas de desigual poder institucional, por ejemplo entre médicos y pacientes, o entre médicos y parteras, o entre enfermeras y parteras, lo cual parece ser generalmente interpretable no como la eliminación de la asimetría de poder sino como su transformación en formas encubiertas; 2) la *personalización sintética* la cual se refiere a la simulación del discurso privado, cara a cara, persona a persona en el discurso público de audiencia masiva.

3) Recordemos que para Fairclough, los cambios en las prácticas discursivas de los discursos hegemónicos son parte de la estrategia para aparentar pluralismo y apertura en

instituciones más bien ideológicamente rígidas. A esto le llama la *tecnologización del discurso* referido como:

“proceso de intervención en el ámbito de las prácticas del discurso con el objetivo de construir una nueva hegemonía en el orden del discurso de la institución u organización en cuestión, como parte de una lucha más general para imponer hegemonías reestructuradas en las prácticas y la cultura institucionales”. (Fairclough 1995, pág. 102)

En el Análisis del Discurso Crítico que aquí se propone podemos observar el caso del discurso transgresor que tiene lugar en las instituciones hegemónicas, y fuera de ellas, aquí surge la pregunta ¿cuál tendría que ser la dinámica del discurso transgresor para trascender el cambio en las prácticas discursivas hacia un cambio más profundo de nivel sociocultural? Y ¿en qué ámbitos la institución hegemónica ejerce su dominio para que el cambio se quede a nivel de prácticas discursivas sin trastocar su posición privilegiada en el sistema sociocultural de dominación?

De manera general, la teoría de Fairclough se enfoca en la lógica argumentativa de cómo el discurso hegemónico reconfigura sus prácticas, modificando órdenes del discurso que afectan diversos ámbitos dentro de la misma institución dominante. Además de identificar los ámbitos del discurso médico que manifiestan cambios aparentes de las prácticas discursivas solo para reforzar las relaciones hegemónicas de dominación, también nos interesa enfocar en los efectos prácticos, no discursivos, que los discursos críticos tienen en las relaciones sociales del ámbito particular ‘local’ del parto.

A través del análisis interdiscursivo, es decir, más allá del texto, relacionando las prácticas sociales, se describirá en qué consiste el *dispositivo* y su dinámica de adaptación para continuar ejerciendo su función social de control, exclusión y condicionamiento.

Así, el siguiente análisis tiene el doble propósito de “tejer la red social interdiscursiva” al mismo tiempo que presenta el contexto sociocultural que da cabida a la producción de los discursos sobre el parto en México.

Como se desprende del análisis comunicativo, los 25 textos del corpus fueron codificados según su densidad en 22 códigos distribuidos en 3 categorías: contexto, actores

y actitudes. Cada uno de los códigos responden a un, dos o tres tópicos en los que están representados. Se presenta de manera esquemática en la siguiente tabla. Recordemos que los códigos están ubicados en orden descendente de acuerdo con su densidad respecto a su propia categoría.

Tabla 4.2.1 Densidad de código por categoría y tópico

Categoría	No.	Código	Tópico(s) relacionado(s)				
			Partería	Violencia Obstétrica	Síndrome Burnout	Bienestar Materno	Cesárea
CONTEXTO	1	Servicios de salud	24	01, 03	10, 12		
	2	Procedimientos técnicos invasivos		02, 06, 08			
	3	Modelo de partería	05, 15, 20				
	4	Cesárea	09				17, 22
	5	Aprendizaje de partería	14, 23, 25				
	6	Reivindicación política	18	21			
	7	Mortalidad materna	19			13	
	8	Modelo biomédico			11	07	
ACTORES	9	Académicos	16	08, 21	10, 12		
	10	Mujeres	09	01, 03, 06			
	11	Estudiantes / Internos		02	10, 11	07	
	12	Funcionarios	19, 20, 25				
	13	Organización Mundial de la Salud	15	04			
	14	Personal de Salud	01				17
ACTITUDES	15	Parteras tradicionales indígenas	14, 18				
	16	Propuesta alternativa a la violencia obstétrica	01, 21	09, 15, 16			
	17	Violencia obstétrica como problema		06, 21	10, 12		
	18	Relaciones de poder		02, 03	11		17
	19	Obstetricismo	19, 20, 25			13	
	20	Modelo interprofesional	18, 23, 24				
	21	Gremio médico <i>versus</i> academia		08		07	
	22	Comunicación pasivo-agresiva mujer-proveedor					17, 22

EL CONTEXTO

En la categoría de *contexto* encontramos 8 códigos relacionados a la infraestructura física y organizativa en la que se expresan relaciones sociales en torno al evento del parto. El código con mayor densidad en esta categoría es “servicios de salud” el cual refiere al contexto institucional de la seguridad social en el sistema de salud pública en México. Los textos representativos de este código son el 01, 03, 10, 12 y 24.

Relación del código servicios de salud con el tópico violencia obstétrica en el texto 01

Recordemos que el autor del texto 01 titulado “La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud” representa a la institución (Secretaría de Salud) a

través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI). El autor destaca que su intención es “... *describir y visualizar un problema presente en los **servicios de salud** de México, Latinoamérica y el mundo, la violencia obstétrica.*”¹². Utiliza diferentes frases que resaltan la extensión generalizada del problema, tales como “... *más evidencias de su presencia en las **instituciones oficiales** y debidamente documentadas (...) es uno de los tipos más extendidos de violencia de género y que fortalece la institucionalización de los prejuicios en la atención hacia las mujeres. (...) Está frecuentemente presente en la atención convencional de los **servicios institucionales y privados.***” Menciona los servicios privados, pero se enfoca en la administración pública.

Insiste en cada oportunidad en hacer notar la magnitud totalitaria de la violencia, que no es un problema particular de pocos, sino una realidad institucionalizada: “*Maltratos y humillaciones. Frases expresadas en el trabajo de parto, tales como: “¿verdad que hace nueve meses no le dolía?”, “si te gustó lo dulce, aguántate lo amargo”, o “con tu hombre si abres las piernas, mamacita”, referidas por personal médico y de enfermería tanto masculino como femenino cuando la mujer expresa dolor o temor, **han sido confirmadas en todos los hospitales y servicios de salud de todo el país, cuando se pregunta intencionadamente al personal si la han escuchado.***”.

El autor utiliza más cláusulas similares para referir mediante ejemplos otras expresiones de violencia institucional como son: “*Procedimientos técnicos **efectuados de manera rutinaria** en la atención del parto, cuya exclusión es recomendada en caso de no existir una indicación médica precisa. Esta categoría incluye todas aquellas acciones que pueden atentar contra la integridad de la mujer, que no tienen aportes positivos e inclusive pueden ser negativos*”. Y su lista se relaciona con el código siguiente de “procedimientos técnicos invasivos” en que menciona por adelantar algo:

- realizar el rasurado de pubis (tricotomía),
- enemas evacuantes,
- episiotomías y revisiones de la cavidad uterina de manera previa al parto;

¹² Se utiliza cursiva para citar textualmente las cláusulas representativas del texto y negritas para resaltar el código de análisis referido. Por comodidad visual para el lector, evito la citación precisa, no obstante en los anexos podrán encontrar las referencias de cada texto bajo análisis en caso de que requieran consultar de manera directa.

- inducir el parto antes de las 42 semanas de embarazo y con uso de oxitócicos;
- usar sedantes y tranquilizantes con la madre;
- repetir la cesárea cuando se ha realizado en un parto previo;
- administrarle agua / glucosa a las/os niños amamantados;
- realizar la ligadura y el corte temprano del cordón umbilical antes de que termine de latir.

Observamos la relación del código “servicios de salud” con el tópico “violencia obstétrica” a través de describir las manifestaciones de violencia médica que afectan no solo el cuerpo físico, sino también la esfera psico-afectiva de la mujer en acciones como:

- separar a las madres de sus bebés;
- que no se les permita tomar decisiones acerca de su cuidado;
- como tampoco ingerir líquidos;
- ni permanecer con sus hijas/ os cuando se encuentran en buen estado de salud;
- ni lactar sin restricciones, ni recibir visitas de familiares;
- la insistencia en su confinamiento institucional universal¹³;
- la falta de atención de las madres;
- la restricción de la posición materna horizontal (litotomía) en el trabajo de expulsión;
- el dejar a la mujer sola y sin acompañamiento psicoafectivo.

Después de describir, más detalladamente la violencia obstétrica, que por cuestiones de espacio aquí no vamos a retomar, el autor cuestiona el *statu quo* del contexto institucional en dos sentidos: 1) las acciones denigrantes del personal de salud, “*Es de preguntarse: ¿Qué ha hecho que dicho lenguaje sexista se haya propagado en todo el país y se mantengan desde hace décadas sin que se limite o sancione su expresión? ¿Qué efectos produce en las mujeres en trabajo de parto? Y con respecto al personal de salud que la dice, podemos preguntarnos: ¿Qué gana al decirla?: ¿aprobación de sus compañeros?, ¿sensación de poder?, ¿revanchismo con las parturientas por la sobrecarga de trabajo y maltrato de los superiores*

¹³ Este es un punto clave aún invisible de la violencia obstétrica, por permanecer incuestionado, y se refiere a la prohibición (ilegal) de parir en otro contexto que no sea el hospitalario. Es notorio la manera velada en que expresa otro tema tabú que ni siquiera él es capaz de decir abiertamente: el parto domiciliar es un derecho humano de las mujeres.

jerárquicos? En esta categoría de humillaciones se pueden considerar el desnudo y la exposición de los genitales durante el tacto y los partos ante múltiples personas presentes, así como las batas cortas para las parturientas, con listones rotos, que exponen sus glúteos.”; y 2) la infraestructura inadecuada construida desde “la mirada androcéntrica”, “Las mujeres representan en México un poco más de la mitad de la población. El marco jurídico que regula las condiciones de ciudadanía les otorga igualdad de derechos. Ellas pagan impuestos al igual que los hombres. Sin embargo, el diseño de presupuestos y, en particular, de los espacios de atención materna, se realiza desde la mirada androcéntrica. Ahora se habla de presupuestos con perspectiva de género. Si ya se cuenta con las recomendaciones de la OMS y con las evidencias que indican no globalizar las salas de labor y si, al menos todavía en México, la mayoría de las mujeres da a luz en algún momento de sus vidas, ¿por qué se siguen diseñando espacios de labor y atención del parto, reducidos? Espacios donde además no pueden participar familiares para que no vean a la mujer vecina y donde en algunos momentos, están las mujeres hacinadas interfiriendo el trabajo de parto unas con otras.”. Conociendo su función pública, sabemos a dónde se dirige su discurso.

Tras describir con lujo de detalle las expresiones de violencia obstétrica y cuestionar la ausencia de acciones para modificar la realidad institucional, el Dr. Almaguer *et. al.* cierran su ensayo refiriendo las acciones de su dependencia, sin hacer explícito que los cambios institucionales a los que se refieren son consecuencia del programa de Interculturalidad de la DMTyDI: “En México algunas instituciones, Servicios Estatales de Salud y hospitales, con el empleo de la metodología intercultural, han escuchado la voz de las mujeres y se han dado a la tarea de modificar las condiciones de la atención del embarazo, parto y puerperio, de manera congruente con los derechos humanos y las recomendaciones de la OMS. (...) Diversos grupos de la sociedad civil también están trabajando con acciones englobadas en el término de atención “humanizada del parto”. Este modelo intercultural con enfoque humano que conlleva la promoción de posiciones verticales en el parto se ha implantado con ciertas modalidades en diferentes hospitales y centros de salud en ocho estados: Chiapas, Colima, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Puebla y Veracruz, con resultados positivos, que incluyen la disminución de la muerte materna, de complicaciones y del porcentaje de cesáreas, así como el aumento de la satisfacción de las usuarias.” Veamos a que se refiere.

La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) fue creada en agosto de 2002 con el objeto de definir e impulsar la política intercultural en la oferta de los servicios de salud institucionales. Este texto es publicado en 2010, es decir, a 8 años de su implementación.

Hoy en día, tras la experiencia de dos décadas de crear e impulsar el “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro”, ellos mismos reconocen que al inicio habían circunscrito lo tradicional solo a lo indígena, siendo que había muchas mujeres urbanas y suburbanas en México y de otras partes del mundo que luchaban por un modelo humanizado con enfoque en derechos humanos y no solo interculturales¹⁴. También reconocen como un reto a futuro, que es fundamental conservar su posición con respecto a las parteras tradicionales a pesar de otras posiciones en la Secretaría de Salud (SSA)¹⁵.

De la misma recuperación histórica se desprende la relación que la DMTyDI, dependiente de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), ha tenido con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS). La salud materna y la regulación de la práctica de las parteras tradicionales es un punto de intersección entre ambos.

Mencionan que en la etapa inicial del 2003 al 2011 realizan talleres y encuentros en conjunto con la Dirección de Salud y Género, y con la Dirección de Desarrollo Comunitario (ambos del CNEGySR) y desarrollan el modelo de atención del parto en posición vertical con el área de parteras tradicionales del CNEGySR. Ya para la etapa intermedia entre 2009 y 2012 manifiestan ciertos desencuentros con el CNEGySR por ejemplo la selección del término entre “Casa de parto seguro” y “Posada de nacimiento” se eligió el segundo definido por el Centro; y también mencionan cuando tramitaron el código de contratación de la partera asistencial (M02117) que ampararía la figura de la partera tradicional y la partera técnica, fue cambiado por el de partera técnica por solicitud del CNEGSR, perdiendo el código para la

¹⁴ Véase la Guía de Implantación del Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro, DGEPLADES/DMTyDI, 2018.

¹⁵ Véase la versión simplificada de la Recuperación Histórica del Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro, DGEPLADES/DMTyDI, 2018.

partera tradicional. Así que como logro mencionan la tramitación del código de la partera tradicional indígena (M02120) ante Recursos Humanos de la SSA.

A pesar de que la DMTyDI reconoce que “es fundamental la alianza con el CNEGySR para la proyección del modelo de atención intercultural del parto” para el periodo del 2013-2014 mencionan un cambio de autoridades del CNEGySR derivando durante la última etapa 2015-2018 en una “falta de articulación con el CNEGySR como se llevaba en periodos anteriores.” Convirtiéndose en un reto para el futuro “Fortalecer la relación intrainstitucional con el CNEGySR, con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y la Oficina del Abogado General (anteriormente la Comisión Nacional de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos), con respecto a esta temática.” (DGEPLADES/DMTyDI, 2018).

En la macropolítica nacional se observa que el impulso mayor a las acciones de promoción de los derechos humanos en el parto y la incorporación formal de las parteras tradicionales en los servicios de salud se dio en el periodo en que el primer partido político de la alternancia (PAN) estuvo en el poder por 12 años (2000-2012). El Dr. José Alejandro Almaguer González continuó en el cargo de Director de Medicina Tradicional en el periodo en que gobernó el PRI (2012-2018) y es el principal asesor en materia de salud intercultural en la administración actual (2018-2024).

En el texto bajo análisis publicado en 2010, se aprecia una crítica contundente a la manera en cómo se administran los servicios de salud materna-neonatal en el país; crítica realizada por el director de una dependencia de la misma Secretaría de Salud. Esa Dirección propone un modelo que implica reestructurar salas de labor, así como sensibilizar y capacitar al equipo clínico de la especialidad. De manera paralela busca la incorporación de la partera tradicional en los servicios de salud, pues la atención que brinda es culturalmente pertinente, incluso inspirado en el modelo de atención propuesto.

En retrospectiva, en enero de 2022, organismos de la Sociedad Civil como la Confederación Mundial de Medicina Integrativa, Tradicional, Complementaria y Educación en Salud (COFEMITES) solicitaron la renuncia del Dr. Almaguer por considerar que no representa los objetivos en Medicina Tradicional de los pueblos originarios; a ello se suma un estudio realizado por las investigadoras Susana Guzmán Rosas y Mina Kleiche Dray en 2017 donde se evalúan las acciones de la DMTDI llegando a la conclusión:

“los conocimientos indígenas sobre medicina tradicional y plantas medicinales tienen un lugar primordial en el espacio de la diversidad cultural, como manifestación de la tradición étnica, valorada más como patrimonio que como conocimiento, desde allí se les categoriza, incluye o atiende, pero éstos no gozan del reconocimiento, aceptación e inclusión real en el Sistema Nacional de Salud. Prueba de ello es que la DMTyDI de la SSA no tiene presupuesto propio ni goza de autonomía y que de 2001 a 2009 la SSA redujo cerca de 50 por ciento de su participación en el gasto indígena.” (Guzmán-Rosas & Kleiche-Dray, 2017, p. 330).

Ante estos cuestionamientos, el presidente de México, Andrés Manuel López Obrador, solicitó al Secretario de Salud, Jorge Alcocer Varela, realizar una evaluación de las acciones de la DMTyDI en los 20 años desde su creación. La SSA, tres meses después, anuncia que el Dr. Almaguer se incorporó a colaborar en la Dirección General de Promoción de la Salud a mitad de 2021 debido a la reestructuración de la Secretaría de Salud (*sic.*) y con el propósito de brindar una visión de pertinencia cultural a las políticas públicas que se proponen, especialmente en temas de partería tradicional (Comentado por Secretario de Salud, en conferencia de prensa “La mañanera” del 5 de abril de 2022).

Un mes después, en mayo 2022, el titular de la Dirección de General de Promoción en Salud (DGPS), Dr. Ricardo Cortés Alcalá (tomado el cargo en enero de 2022), se reúne con miembros del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI) y del COFEMITES para ratificar el compromiso con la incorporación de la medicina tradicional en los servicios de salud, y reconoce que la ausencia de logros es consecuencia de la falta de recursos que permitan la consolidación de políticas públicas sustantivas en materia de Medicina Ancestral.

De esta manera, el discurso político de la simulación deja entrever sus propias contradicciones. Por un lado se señala el hecho de que la falta de resultados es consecuencia de carencia presupuestal, mientras que por el otro la reestructuración de la Secretaría de Salud a la que se refiere el Secretario de Salud implica retirar a Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural su estatus de Dirección, para mantenerlo como un programa en la DGPS, cuando antes dependía de la DGPLADES. No hay razón para ser optimistas tampoco en esta ocasión.

Vemos cómo el análisis de la dimensión pragmática nos lleva a recorridos que no se expresan de manera explícita en el texto. En este caso, el contenido está vinculado a la promoción de la partería indígena a través de la acción pragmática de su(s) autor(es).

Relación del código servicios de salud con el tópico violencia obstétrica en el texto 03

Veamos un tipo de relación diferente entre mismo código (servicios de salud) y tópico (violencia obstétrica). El texto 03 titulado “El maltrato en las salas de parto. Reflexiones de un gineco-obstetra.”, también de 2010, tiene la particularidad de haber sido publicado en dos canales distintos: en la Revista Género y Salud en Cifras y en la Revista CONAMED, Vol. 15, Núm. 3, julio-septiembre 2010, órgano de divulgación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

El autor, Dr. Luis Alberto Villanueva Egan, es médico gineco-obstetra, investigador, y director de investigación de Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Sus líneas de interés son la ginecología y obstetricia, la salud sexual y reproductiva, la bioética y los vínculos entre las humanidades, las ciencias sociales y la medicina. La CONAMED es también una dependencia de la SSA fundada en 1996 para ofrecer mecanismos de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios de salud. Mientras que la Revista de Género y Salud en Cifras, recordemos que es una publicación del CNEGySR.

A diferencia de Almaguer, Villanueva-Egan se centra más en las causas, que en la descripción detallada de la violencia y las posibilidades de solución. En diálogo con el autor anterior quien mantiene en modo de interrogación retórica tanto las acciones de médicos y enfermeras como la infraestructura inadecuada de los servicios de salud, Villanueva-Egan se centra en relacionar la violencia obstétrica “...con la organización de los **servicios de gineco-obstetricia**, con la manera como se forma a médicas/os residentes, así como con la forma en que se concibe a las propias mujeres.” De esta manera pone el foco en describir el contexto desde un análisis reflexivo.

La pregunta sobre la que gira el ensayo de manera literal es: “¿Cómo se ha construido una **estructura hospitalaria** que tolera o promueve que sus integrantes crean que pueden tratar a las personas como objetos desprovistos de derechos o que permanezcan impasibles frente a los sufrimientos de una persona?” Al igual que el autor anterior, considera que es

un problema generalizado en el país, su cuestionamiento abarca las mismas cuestiones referentes al lenguaje sexista, la impunidad, la dinámica de relaciones de poder altamente jerarquizadas entre el personal de salud. Se centra menos en la infraestructura física, pero añade un enfoque interseccional: “...*violencia institucional entendida como aquella que provoca daños físicos y psicológicos a las personas, como resultado de condiciones inadecuadas en instituciones y en sistemas públicos. Junto al poder institucional frecuentemente se ejerce el poder derivado del género, la clase, la etnia, la raza, la edad, la subcultura o la nacionalidad.*”.

El contexto en que se expresan los servicios de salud, que trasciende la esfera de atención del parto, es descrito de manera generalizada por el autor desde una mirada crítica en torno al propio sistema neoliberal tecnocrático en que se ha implantado la atención de la salud: “*En las últimas décadas hemos sido testigos de cómo la burocratización, la mercantilización y la medicina defensiva han generado un entorno cada vez más desfavorable para la relación médica/o-paciente. (...) Las carencias de la **organización sanitaria** impregnada de productividad a costa de lo personal y con un tipo de racionalidad que excluye lo emocional y lo relacional, confieren a la medicina institucional un carácter biologicista, excesivamente tecnificado y altamente burocrático.*”. Se destacan los conceptos clave de burocratización, mercantilización, medicina defensiva, carácter biologicista y exceso de tecnificación.

Respecto a la forma en que se concibe, no solo a la mujer, pero al paciente en general expresa que: “*La **institución médica** impone a la paciente y a sus familiares la ignorancia y un silencio forzoso como elementos necesarios e imprescindibles para el cumplimiento del objetivo técnico.*” Refiriendo el contexto meramente biologicista y la tecnificación de la medicina. “*La palabra de la paciente o de sus familiares solo interesa en tanto ofrezca indicios para ganar en precisión técnica o cuando la inconformidad se transforma en amenaza para algún miembro del grupo o para la organización en su conjunto. En cualquier otro contexto la palabra del otro carece de sentido.*” Y la medicina defensiva.

Cuando este tipo de relación social entre médico y paciente cruza con la categoría de género y clase social en el contexto de la especialidad de gineco-obstetricia, el autor, médico clínico de campo, lo expresa así: “*...para algunas/os médicos, compartir en las horas de*

sosiego sus historias de maltrato es un motivo de risa, un divertimento. Momentos de esparcimiento que se reproducen en forma fiel entre diferentes instituciones y personas, unidas por una actitud frente al mismo tipo de usuaria: mujer y pobre. Lo que dispara la risa es el código compartido de superioridad frente al otro/a, la certeza de que todo se puede, todo se vale y de que el fin justifica los medios.”

En este contexto generalizado de violencia en los servicios de salud materno-infantil paren las mujeres mexicanas, nacen los nuevos mexicanos. Como lo expresa Villanueva-Egan, no se trata solo de las condiciones de diseño estructural. Existen razones por las que persisten actitudes misóginas y sexistas entre los proveedores de salud pública. Los próximos textos añaden un ingrediente más en este interdiscurso.

Relación del código servicios de salud con el tópico síndrome de burnout en el texto 10

2015, el año de publicación del texto 10, es un año clave pues la OMS acaba de realizar una llamada de atención de lo que hasta entonces era un secreto a voces en el mundo. Aunque es hasta 2019 que la ONU adopta de manera oficial el concepto de violencia obstétrica y propone acciones para su erradicación, ya en el 2014 la OMS lanza su primera declaratoria para la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. Es entonces cuando la revista de Ginecología y Obstetricia de México acepta publicaciones que abordan la problemática de la relación social entre el obstetra y la mujer, o como ellos nombran de manera técnica la relación médico-paciente.

El autor, Alberto Kably Ambe, escribe la sección “Editorial”, es decir, presenta el número de la revista. En ella hay 9 artículos de temas clínicos variados, pero solo se refiere en su presentación a uno de ellos titulado “Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica”. *“En el artículo al respecto que se publica en este número de Ginecología y Obstetricia de México se aprecia que la percepción de violencia obstétrica se ve incrementada en los rubros de negligencia y discriminación, sin pasar por alto las transgresiones físicas y verbales cuando coexiste el síndrome de desgaste profesional. (...) Muchas de las alteraciones conductuales del médico que se reflejan en el trato a los pacientes emanan, sin duda, del desgaste físico.”* Se hace notar que su discurso lo realiza desde la trinchera de la medicina defensiva (que comentaba el autor anterior)

primero al seleccionar para referencia en la sección editorial ese y no otro artículo y, segundo, para de alguna manera justificar, tras el síndrome de desgaste profesional o *burnout* las conductas, no de facto, sino percibidas, de violencia institucional.

Utiliza un lenguaje estructurado de tal manera que esconde, pero refleja el descrédito de la percepción de los pacientes cuando se habla de violencia obstétrica: *“Hoy, más que nunca, el médico debe de estar preparado cognoscitiva y socialmente para otorgar servicios de calidad que pueden verse afectados de manera negativa en los profesionales que, por exceso de trabajo o por horarios extralimitados incurran, en muchas ocasiones de forma inconsciente, en actitudes que el paciente pueda interpretar de forma distinta o que en realidad se otorgue un servicio de calidad limitada por el desgaste físico y mental al que el médico se vea sometido”*. Insta al gremio a revisar las repercusiones que el desgaste profesional pueda tener en el rendimiento y, por lo tanto, en “la calidad de la atención al paciente”, añade referencias al contexto actual de democratización de los discursos, en el cual el accionar del médico ya no queda oculto en la intimidad de la consulta o quirófano, aceptando que el cuestionamiento social es masivo y es real, aunque poniendo en duda las motivaciones del mismo *“en los momentos actuales en donde la exigencia de atención por parte del paciente se ha visto incrementada, justificadamente o no, por entre otras cosas, el dominio masivo de las redes sociales y el conocimiento no siempre real y acreditado de la patología”*. (subrayado mío para señalar las referencias al descrédito de la percepción subjetivada de la mujer en la atención del parto que además, patologiza).

Y es que, como vimos en los textos anteriores, la violencia obstétrica es un problema que va más allá de la negligencia o la discriminación, incluso aunque tenga un componente notable en el desgaste profesional, tampoco es un elemento justificatorio de las relaciones de poder que se traducen en dominación. El siguiente texto muestra más detalles sobre este punto.

Relación del código servicios de salud con el tópico síndrome de burnout en el texto 12

El texto 12 titulado “Factores socioeconómicos y psicoafectivos y su influencia en el rendimiento académico de los residentes de Ginecología y Obstetricia” publicado en la Revista Ginecología y Obstetricia de México en 2015 tiene el formato de una publicación

científica (resumen, introducción, métodos, resultados, discusión) y se realiza desde la disciplina psicología.

Dialoga con los textos anteriores en el sentido de que considera la violencia obstétrica como un *modus operandi* universal, glocalizado: “*Este tipo de violencia se genera en el ámbito de la atención del embarazo, el parto y el puerperio en los servicios de salud públicos y privados.*” Mencionan varias conferencias internacionales “*cuyo propósito es informar y concientizar a la población y a los médicos de la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, la violencia obstétrica sigue siendo un problema en los servicios de salud en gran parte del mundo.*”

Después de valorar la percepción de la violencia obstétrica por parte de los mismos médicos gineco-obstetras señalados de ejercerla, evaluar los índices de desgaste profesional y hacer una correlación entre ambas variables, los autores llegan a la conclusión de que es “*importante proveer a los médicos las herramientas de atención y conocimiento de la violencia obstétrica y de control del estrés.*” Esto debido a que el estudio no encontró relación significativa entre el síndrome de burnout y el nivel de empatía de los médicos. Tampoco entre la percepción de la violencia obstétrica, y variables como antigüedad laboral y edad de los participantes. Quiere decir que a diferencia de lo que menciona el texto anterior, las actitudes de indiferencia o francamente agresivas no están relacionadas con el desgaste profesional, pero tampoco con lo que se podría considerar “una generación antigua de médicos”. Más bien, resulta un hallazgo interesante conocer que al médico (y al médico en formación) se le dificulta reconocer la violencia obstétrica debido al grado de despersonalización de la práctica médica traducido en: “es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes” ($r=.467$, $p < .05$).

Relación del código servicios de salud con el tópico partería en el texto 24

El texto 24 titulado “#MásParterasYA Experiencias de partería profesional en México” también refirió una amplia densidad semántica hacia el código “servicios de salud”. Se trata de un minidocumental del Fundar - Centro de Análisis e Investigación en que se entrevista a parteras profesionales y a médicos-funcionarios a favor de la incorporación de la partería profesional en los servicios de salud. Básicamente los códigos semánticos se

relacionan a través de un futurible que responde a la pregunta: ¿por qué es importante incluir a las parteras profesionales en el sistema público de salud?

María Eugenia Torres Ortiz, es egresada de la primera generación de parteras profesionales del Centro para Adolescentes del San Miguel de Allende, CASA, A.C. La Escuela de Partería Profesional de CASA formó alrededor de 120 parteras profesionales entre 1996 y 2018. Es considerada la primer escuela de una nueva generación de academias de enseñanza de partería en obtener Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE). En la fecha de la entrevista, María Eugenia Torres fungía como Directora de la Clínica de Maternidad de CASA, menciona: “*Creo que CASA (A.C.) está haciendo una labor importante al estar formando parteras para de esta manera poderlas incorporar a los **servicios de salud** del país y poder apoyar a disminuir esas tasas de mortalidad maternas y neonatales que son tan altas en este país.*” La mortalidad es la expresión más ardua de la violencia obstétrica. Considerar que la partería contribuye a disminuir la mortalidad materna pareciera una contradicción respecto al imaginario colectivo de finales de siglo XX, cuando se incorpora en la política pública la cobertura hospitalaria como camino para la reducción de las tasas de mortalidad materna y neonatal, en detrimento de la atención parteril.

Pero el documental trata de la partería profesional, la cual en principio está creada para incorporarse en los hospitales públicos. Es decir, la partera formaría parte del personal de los servicios de salud, al menos ese es el ideal, como menciona Verenice Porras, responsable de Partería Profesional de la Escuela de Parteras de Mujeres Aliadas, A.C. en Michoacán: “*Las parteras son importantes en el sentido de que dan toda la confianza en la atención a la mujer, dan el seguimiento al puerperio y dan todo lo que es también el seguimiento al recién nacido. Yo creo que es importante que se integre en el **sistema de salud** más que nada para que ellas tengan un campo de trabajo y tengamos como dije una herramienta más para la disminución de la mortalidad materna.*” Ella añade a la disminución de la mortalidad, la atención del *continuum* (embarazo-parto-puerperio-recién nacido) que el modelo biomédico no brinda, y los derechos laborales de las parteras profesionales.

Poniendo en relación de diálogo con los textos anteriores, notamos que en el 2018 (y aún en la actualidad) sigue siendo un tema pendiente la incorporación sustantiva de la partera

profesional al sistema público de salud. Al cuestionar a los participantes del documental, responden, el Doctor Víctor M. Galiana. Responsable estatal del programa de salud materna y perinatal: *“Sin tener el apoyo de la Secretaría de salud esto no logra tener el impacto que se desea.”* Daniela Díaz. investigadora de Fundar: *“Necesitamos incorporar el modelo de partería en el sistema de salud mexicano, porque el estado mexicano tiene la obligación de garantizar y proteger los derechos humanos de las mujeres.”* Doctor Enrique Herrera. Director del hospital materno perinatal: *“Ahora ¿qué nos falta? que haya más voluntad política a nivel federal para que haya asignación de recursos.”* Es decir, todo apunta a la franca indiferencia y voluntad política de las autoridades sanitarias.

El documental concluye con un texto escrito que tiende un puente con las acciones de política pública señaladas en el contexto del texto 01 anteriormente enunciado: *“Desde el 2011 existe un mecanismo administrativo para la contratación de parteras profesionales en los servicios de salud estatales. Esto incluye un tabulador salarial de la Secretaría de salud y un código de contratación de parteras. Las parteras que se contratan son pagadas principalmente con recursos específicos que asigna la Secretaría de Salud federal, aunque también se pueden contratar con recursos del Seguro Popular. Es indispensable el aumento de financiamiento para fortalecer la contratación. En la actualidad, las parteras profesionales son contratadas por 11 meses o menos, por lo que es urgente la asignación de presupuesto público en salud, para una contratación que conlleve una incorporación sólida.”* A cuatro años y tras un cambio de administración sin precedentes en el país, esta situación no solo sigue sin resolverse, sino que incluso se disolvió el Seguro Popular, se instaló una política presupuestaria de austeridad que limita cualquier aumento de recurso público, simultáneamente con la pandemia por COVID-19 se retrasó el establecimiento del INSABI, y además “el sindicato del personal de salud ya establecido se resiste a la contratación de otras ‘nuevas’ figuras como son las parteras.” (Célida Duque Molina, Directora de Prestaciones Médicas del IMSS, Com. Pers. Marzo, 2021).

CONTEXTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. RESUMEN.

Del análisis discursivo referido al contexto sociocultural de los servicios de salud se tiene que:

- La violencia obstétrica se percibe como violencia institucional generalizada en México y en el mundo en los servicios de salud pública y privada.
- Algunos autores atribuyen las actitudes violentas del personal de salud al síndrome de desgaste profesional (*burnout*) por la manera en que están organizados los servicios de ginecología y obstetricia; pero algunos estudios desde la psicología demuestran que no existe relación significativa entre ambas variables.
- Desde la perspectiva de las parteras profesionales, y los médicos y funcionarios que apoyan el modelo de partería, la incorporación de las parteras profesionales en los servicios de salud no solo disminuiría las tasas de mortalidad materna y neonatal, sino que garantizaría la protección de los derechos humanos de las mujeres (entre líneas se lee: disminuiría la violencia obstétrica).
- También se tiene que existen los mecanismos de incorporación de parteras profesionales (código M02117 Partera Técnica Profesional y M02020 Partera Tradicional Indígena) pero su incorporación en los servicios de salud no ha sido sustantiva. La problemática, coinciden todos los actores, se deriva de la falta de voluntad política para la asignación de recursos.

Se destaca que hay un perfil de aquellos que pueden pronunciarse de manera crítica, en medios oficiales, sobre las fallas de los servicios de salud. Son médicos y funcionarios públicos que han percibido de manera directa el contexto institucional a través de su práctica clínica y burocrática.

El siguiente código en la categoría de *contexto* según su grado de densidad es el de “procedimientos técnicos invasivos” que refiere con mayor detalle las prácticas protocolares de la atención del parto en los servicios de salud. Los textos con mayor representación del código son el 02, 06 y 08.

Relación del código procedimientos técnicos invasivos con el tópico violencia obstétrica

Los tres textos tienen como tópico principal “violencia obstétrica”; también los tres se refieren a la atención hospitalaria en los servicios de salud pública que mencionamos en el apartado anterior. En México, las opciones para parir fuera de los hospitales son limitadas, y no están reconocidas por el Sistema Nacional de Salud, por lo que incluso en el imaginario colectivo generalizado es esta la forma neutral, no marcada, “naturalizada” por las mujeres

embarazadas. Muy pocas se imaginan que existen otras opciones y aún menos van en búsqueda de ellas.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 es la primera encuesta nacional que incluye una sección para valorar la atención obstétrica que las mujeres recibieron durante el último parto por parte del personal que las atendió¹⁶. Los resultados arrojan que 33.4% de las mujeres sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron en el parto.

Pero más allá de esterilizaciones forzadas, negación de servicios, violencia verbal, física o psicológica, hay todo un protocolo estandarizado de prácticas médicas y farmacológicas que constituye *per se* una violación de los derechos humanos. Se trata de procedimientos que no han demostrado su efectividad, o que incluso hay evidencia de que resultan perjudiciales para la salud de la madre y/o del bebé, y se continúan realizando por rutina hospitalaria. Más aún, existen prácticas de abuso deliberado de procedimientos con el propósito de acelerar los partos y de facilitar prácticas clínicas de los residentes.

A manera descriptiva se enlistan los procedimientos de intervención obstétrica que se mencionan en los textos bajo análisis, y después se refiere su implicación en el contexto sociocultural en que se ejerce, para demostrar porqué se trata de violación de derechos humanos, aquello que fuera del discurso médico traducimos como procedimientos de rutina o, incluso, procedimientos necesarios para la salud, y que son en realidad un atentado contra el estado de preservación del bienestar y no se corresponde con la evidencia médico-científica enmarcada en la ética.

Las autoras de los tres textos son médicas. Las de los textos 06 y 08 tienen posgrados en ciencias sociales, y son investigadoras adscritas al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). En 2013 publican el texto (06) titulado “Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto” en la Revista del CONAMED¹⁷. En él describen una serie de prácticas y maniobras que hemos codificado como “procedimientos técnicos

¹⁶ Una actualización de la ENDIREH se realizó en 2021. En junio 2022 aún no se han publicado los resultados.

¹⁷ Tanto la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como el Instituto Nacional de Salud Pública son instancias adscritas a la Secretaría de Salud de México (SSA). La primera contribuye a resolver los conflictos entre la población usuaria de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios, y la segunda, al desarrollo de políticas públicas, enseñanza e investigación científica para mejorar la salud pública en el país.

invasivos” según su frecuencia a través de un estudio cuantitativo-cualitativo. Entre las maniobras más frecuentes se encuentra el tacto vaginal, es el cálculo manual de la dilatación y el borramiento mediante la introducción de los dedos en el cuello del útero. Se trata de una práctica extendida, con muchas implicaciones éticas.

Apegándonos a lo que dice el texto 06: *“la OMS señala que el número de tactos vaginales debe limitarse a lo estrictamente necesario. Esta maniobra debe monitorearse por personal médico responsable y no dejarlo en manos de personal que está aprendiendo. Algunos autores afirman que para dar información objetiva acerca de la evolución del parto, el tacto vaginal debe ser realizado por la misma persona.”* También señalan en el texto 08 que: *“La Guía de Práctica Clínica ‘Vigilancia y manejo del parto’ (IMSS-052-08), describe que el tacto vaginal debe realizarse cuando hay evidencia de que la mujer está en la fase de labor y luego cada 4 horas o antes en caso necesario. (...) Esta misma guía describe que el tacto vaginal se realizará en condiciones de privacidad, dignidad y confort para la mujer.”* Sin embargo, lo que sucede en las maternidades mexicanas está muy lejos de seguir estas recomendaciones.

Los resultados arrojan que *“en promedio a cada mujer le fue realizado de 4 a 8 tactos vaginales durante el proceso de atención (...) Al diferenciar por la vía del parto, encontramos que mujeres que tuvieron un parto normal reportaron la realización de 5 a 8 tactos y en el caso de las cesáreas programadas de 3 a 4.”* Se trata de una técnica sumamente dolorosa e intimidante. No solo no es necesaria, por obvias razones, en caso de cesáreas programadas. Tampoco es necesaria en contextos extrahospitalarios. Por ejemplo, la Guía de Práctica Clínica (IMSS-052-08) la indica solo para el monitoreo del trabajo de parto, y con un rango entre y tacto y tacto de cuando menos 4 horas, “o antes en caso necesario”. El caso necesario en este contexto es debido a que la NOM-016-SSA3-2012, *Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*, indica que la sala de labor y la sala de expulsión son dos sitios distintos. Que la mujer en trabajo de parto tenga que ser trasladada a un espacio distinto es una violación de los derechos humanos, porque se está interrumpiendo un proceso que requiere alto grado de intimidad y respeto. Interrumpirlo significa también alertar al sistema endócrino, lo que provoca una interrupción en la producción de hormonas oxitocina y

endorfina, a favor de una generación de adrenalina y cortisol que suele interrumpir el proceso de parto, y por lo tanto, complicar y generar problemas de salud. En otras palabras, cuando la mujer no tiene que ser puesta en otro lugar, el monitoreo de la dilatación uterina mediante tactos vaginales se vuelve innecesario; y cuando se realiza por más de una persona como sucede normalmente, se vuelve además inútil a su propósito y peligroso para la salud por el riesgo de infección.

Aun suponiendo que se trata de desconocimiento del proceso fisiológico el hecho de que la Norma Oficial establezca una infraestructura inadecuada al parto mamífero, hay situaciones más complicadas de explicar que caen en el terreno del absurdo, de la negligencia médica e incluso de la franca tortura. Como vemos, la OMS señala que los tactos no deberían dejarse en manos de personal que está aprendiendo. Para empezar es absurdo que más de una persona realice el tacto puesto que se trata de una medición subjetiva. Es decir, cuántos centímetros ha dilatado la mujer es imposible de calcular entre varias personas toda vez que la herramienta de medición que tiene la medicina, son el grosor de los dedos de cada diferente proveedor, llámense enfermeras, médicos, residentes, a veces incluso camilleros, como se han reportado algunos casos. El texto 02 es especialmente rico en detalles para explicar el contexto socio-cultural de esta maniobra.

La autora del texto 02 que decide publicar de manera anónima las razones por las que renunció a la atención hospitalaria del parto en su texto titulado “Testimonio de una médica residente ante la violencia obstétrica institucionalizada” publicado en Revista Género y Salud en Cifras del CNEGySR en 2010, sobre el tacto vaginal comenta: *“...la costumbre absurda de hacer tactos vaginales diariamente (en ocasiones dos veces al día) a todas las puérperas del piso, incluyendo a las de cesárea. A cada paciente le tocaban mínimo cuatro o cinco tactos después de su parto o cesárea. ¿La razón? Nadie me la supo explicar de manera coherente, pero si no lo hacía era regaño seguro y a veces castigo. Aun cuando los libros y artículos indican que hay que hacer la menor cantidad de tactos vaginales posibles, ya que se aumenta el riesgo de infección. Después del parto, si no se presenta ningún problema no es necesario hacer el tacto, la vagina se encuentra inflamada y muy sensible – sobre todo si se realizó episiotomía, como en la mayoría de los casos en ese hospital –, por lo que efectuarlo resulta muy doloroso.”* Con esta práctica se hace notar que cuando las guías

clínicas aconsejan que cierto procedimiento se realice solo en casos estrictamente necesarios, dejan este criterio abierto a la decisión de personal poco empático con la mujer, que quizá considera que lo estrictamente necesario es su propio aprendizaje a costa del sufrimiento ajeno.

Después del tacto, las siguientes prácticas con mayor frecuencia reportadas por el texto 06 son la colocación de sonda vesical y la administración de oxitócicos en infusión. De la primera, baste decir, que no conformes con lastimar la vagina, también deciden lastimar la uretra mediante un procedimiento que no está indicado en las guías clínicas para la atención de un parto. La sonda vesical es la colocación de un tubo para recolectar orina de la vejiga. Volvamos a los principios fisiológicos, el parto es un acto sexual. En un acto sexual la sensación de expulsar orina normalmente se inhibe, ¿cuál es la razón para colocar un aparato tan sensiblemente doloroso añadiendo sufrimiento innecesario al dolor natural de las contracciones? La única respuesta con un mínimo de coherencia es que para los médicos en formación el cuerpo de la mujer en parto es un excelente campo de experimentación de todo tipo de maniobras, aplicándolos en una persona en extremo vulnerable por el evento fisiológico que está transitando. El cerebro de una mujer en parto desconecta del neocórtex para conectar con la parte reptiliana. Esto provoca que todo el abuso resulte tan confuso para la víctima. Por ello la empatía que desarrolló la médica le provoca escribir en su testimonio la siguiente reflexión: *“¿cómo evitar el maltrato a las mujeres en situación de parto sin ‘desobedecer’ instrucciones superiores? Lo peor fue tener que hacer cosas con las que no estaba de acuerdo, que iban en contra de mí misma, solo porque así me lo indicaban mis superiores. Aun cuando no estaban en lo correcto o fuera solo por capricho suyo, yo estaba obligada a hacer sufrir innecesariamente a las pacientes y dañar sus órganos con dosis exageradas de antibióticos y analgésicos.”* Y añade: *“Creo que algunos médicos, tanto hombres como mujeres – en el fondo – se dan cuenta que no está bien lo que hacen. Por ello inventan múltiples excusas para justificarse, las cuales han quedado registradas en las historias clínicas, para que la estadística diga que todas esas cesáreas realmente eran necesarias. Causan problemas en las pacientes para “tener” que solucionarlos y convencerse a sí mismos/as de que no están usando a las personas, violentando su seguridad y obstruyendo su calidad de vida futura.”*

Respecto a la administración de oxitócicos en infusión las autoras del texto 08 comentan: *“Está documentado que la amniotomía y la administración de oxitócicos son prácticas que no aportan beneficios y contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materna y del recién nacido.”* En su estudio registran que estas prácticas fueron reportadas por más de la mitad de las usuarias entrevistadas (56% y 54% respectivamente). En términos fisiológicos, la oxitocina es la hormona natural que el cuerpo genera también en la relación sexual, sirve para contraer el útero, durante el sexo provocar el orgasmo, durante el parto para abrir el canal (dilatarse el cuello del útero). A mediados del siglo XX se sintetiza esta hormona y desde entonces se utiliza en obstetricia de manera exógena.

A pesar de la documentación de los efectos adversos de intentar acelerar la dilatación uterina mediante la infusión intravenosa de oxitocina sintética, incluyendo aumento de sensación de dolor durante las contracciones, continúa siendo una práctica protocolaria en los hospitales. Aún más alarmante es la manera en que es utilizada, según texto 02: *“Recuerdo que en el primer parto, me asignaron una paciente para que la “condujera” con oxitocina para acelerar su trabajo de parto. Cuando le pusieron el suero, me di cuenta de que la dosis era lo doble de lo que usábamos en el servicio y de la normalmente utilizada. Sin embargo, pensé que en realidad yo no sabía nada y por algo lo hacían, ya que éste era un hospital prestigiado.”* En el documental *“The business of being born”* (el negocio del nacimiento) del director Abby Epstein, que muestra el sistema obstétrico altamente desarrollado tecnológicamente hablando que hay en EEUU, donde la mayoría de los partos termina en cesárea, explica que a mayor cantidad de oxitocina administrada, es mayor el dolor; y ante más dolor, mayor analgesia; a mayor analgesia más colapso en la contracción del útero que pone en riesgo la vida de la mujer, momento en que llegan los médicos “super héroes” a salvarla mediante una cesárea.

Sucede también en México y en todo el mundo. La supremacía tecnológica impide observar la verdadera ciencia del nacimiento. Peor aún, dota de un falso sentido de derecho a aquellos que pueden manipularla a conveniencia de sus propios propósitos carentes de empatía, los cuales básicamente son: eficientar el tiempo clínico a costa del tiempo que lleva a una mujer parir de manera natural, y proveer de cursos intensivos de intervenciones farmacológicas y quirúrgicas a personal de salud que a su vez está aprendiendo a despojarse

de la empatía. Para comprender aún más el contexto sociocultural de la atención del parto hospitalario en el sistema público, nos adentramos a los fragmentos del testimonio que refieren el procedimiento de administración de oxitocina por venoclisis.

“Una vez en que inicié con el goteo normal, subiendo la dosis poco a poco y evaluando las contracciones, como la señora era primigesta y avanzaba lentamente, un residente de segundo año me ordenó inmediatamente que le aumentara el goteo, para que todo avanzara más rápido. La señora (quien tenía solo 18 años) pasó muchas horas de dolor, acostada sin poderse mover porque lo tenía prohibido. Además, mojada en una cama de plástico, llena de líquido amniótico, sudor, sangre y moco, tal vez un poco de orina porque no se podía levantar. Con restos de jabón y vello púbico de cuando la habían rasurado y con una luz neón en la cara durante toda la noche. Por si fuera poco, le era imposible concentrarse en su trabajo de parto porque la señora junto a ella no paraba de llorar y gritar, los residentes discutían continuamente y las enfermeras no dejaban de regañarla. Se quejaba de hambre y de sed, pues no había comido ni tomado nada en 12 horas y debía permanecer en ayuno, en caso de que algo se complicara y fuera necesario hacer una cesárea (como sucedía frecuentemente). (...) Cuando la paciente estaba dilatada a siete centímetros y ya no aguantaba el dolor con tanta oxitocina (aunque yo le bajaba al goteo sin que me vieran, pero luego cuando me tenía que ir a algún lado llegaba alguien más y se lo subían otra vez) me mandaron por el anestesiólogo para que le pusieran el bloqueo epidural. Le pregunté si quería la anestesia y no entendió muy bien de qué se trataba, pero cuando el doctor le dijo que ya no le iban a doler tanto las contracciones, inmediatamente firmó la hoja de consentimiento. Después de batallar un poco, se le colocó la anestesia y ella descansó un ratito, aunque no podía mover las piernas. Lo malo fue que con la anestesia disminuyeron las contracciones, por lo que le subieron aún más la dosis de oxitocina.(...) Para lograr que la dilatación fuera más rápida, el personal residente, al hacer el tacto, estiraban el cuello de la matriz con los dedos, lo cual le producía mucho dolor y obviamente puede causar desgarros cervicales a las mujeres. A esto le llaman “darle cuerda” a la paciente y es una práctica obligada.”

Es complicado continuar escribiendo después de leer algo que deja literalmente sin palabras. No podemos imaginar condiciones más adversas para la sana evolución de un parto

mamífero que las descritas anteriormente. Pero es que el terror no se agota ahí. Los tactos, la oxitocina y el “darle cuerda” es a penas el principio de una serie de procedimientos técnicos invasivos más. El propósito del personal de salud es llegar pronto al expulsivo, rápido, trasladar a la mujer de la sala de labor a la sala de tococirugía. El texto 06 reporta que la maniobra conocida como episiotomía, que es un corte en el perineo cuya finalidad es la de ampliar el canal para abreviar el parto apresurando la salida del bebé, se realizó en 66.5% de los casos observados de las cuales 53% eran primíparas. Las autoras destacan la calidad de primíparas debido a la afectación posterior que provoca una episiotomía en la vida sexual y de calidad de vida de las mujeres. Algunas reportan que dura por años el dolor al tener relaciones sexuales, así como la incontinencia urinaria, incluso fecal cuando la episiotomía afecta zona perianal.

Luego en el texto 08 las autoras agregan que según la Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993¹⁸, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, la episiotomía, “...en caso de que exista alguna indicación justificada para practicarla, debe hacerla personal capacitado y la mujer debe ser informada previamente”. En lugar de ello, en el testimonio de la médica residente se lee: “...todo muy rápidamente. Después, realizar la episiotomía – como la paciente tenía bloqueo, no era necesario colocar más anestesia local (aunque con algunas pacientes el efecto de la epidural se pasa y si sentían el dolor del corte), ya no había tiempo que perder. Sin embargo, la señora tenía buen espacio y no parecía requerir la episiotomía. Cuando se lo dije a la residente superior, me contestó: “Tú estás aquí para aprender a reparar episiotomías, así que a todas las pacientes se las vas a hacer, la requieran o no”. Entonces, resignada, agarré las tijeras y le hice una episiotomía pequeña. Ella me las quitó y con una mirada de desaprobación, la hizo más grande.” Una vez más se confirman los propósitos del personal médico: 1) aprendizaje a costa de la ética, y 2) reducir los tiempos de espera.

Como estas, hay otras prácticas que también son parte del protocolo de atención hospitalaria las cuales “se ha demostrado ser poco efectivas o incluso perjudiciales para la

¹⁸ En la actualización de la misma norma en 2016 se lee: “A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.”

mujer, tales como la episiotomía y/o el rasurado perineal continúan realizándose de manera rutinaria esto ha sido documentado por Magnone y es consistente con lo observado en este estudio.” (texto 06). La tricotomía o rasurado perineal está incluso contraindicado por el riesgo de infección que genera. Se realiza por el prejuicio generalizado de que la vagina es una zona sucia, contaminada, pero no se contempla que al realizar la tricotomía se crean microheridas en la piel que, al estar expuesta a tactos vaginales indiscriminados, colocación de sondas, uso de fórceps, revisiones innecesarias de cavidad uterina, y un largo etcétera de intervenciones en la zona genital, aumentan el riesgo de infección por contaminación. Pero en el imaginario del personal de salud la causa de la infección es la propia mujer, según se desprende del testimonio del texto 02: *“Continuamos revisando la vagina, no encontramos desgarros y reparamos la episiotomía. Limpié a la señora y se la llevaron a la sala de recuperación. Me dijeron que le tenía que indicar antibióticos, porque ella había contaminado los campos (como si el parto fuera un evento quirúrgico y la vagina tuviera que ser estéril).*” Este prejuicio médico ha permeado incluso la legislación, pues la Ley General de Salud no contempla “actos quirúrgicos y obstétricos” por separado, lo cual deriva en una normativa rígida, constreñida, que imposibilita la creación y regulación de establecimientos de atención obstétrica exclusivos del modelo de partería, supeditando la práctica de las parteras a la continua instrucción y vigilancia médica.

Maniobras como la de Kristeller descrito como: *“me hicieron presión en el abdomen con ambas manos o con el antebrazo”* (texto 06) es un proceso que se pensaba erróneamente que hacía salir al bebé con mayor rapidez a través del canal vaginal durante la fase de expulsión, y aunque se ha demostrado que su práctica es inútil y causa desgarramiento uterino, se sigue practicando en algunos casos. Lo mismo sucede con la revisión manual de la cavidad uterina después del alumbramiento. Si el proveedor conoce la anatomía de la placenta, basta con revisar que está completa para saber que no han quedado restos de ella en el útero. Además, estudios demuestran que hay más riesgo de desprendimiento patológico cuando se provoca la expulsión de la placenta mediante el uso de oxitocina en infusión, pero es lo que normalmente se hace y se conoce como MATEP (Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto). El texto 02 lo narra así: *“Mientras tanto, yo ya había sacado la placenta, teníamos prisa. No se podía esperar a que ésta se desprendiera sola. Después de sacarla, me dijo la residente que revisara que no hubiera quedado nada adentro, a pesar de que la placenta*

estaba completa. Así que yo metí tímidamente solo mis dedos en el útero de la señora, con cuidado. La residente me empujó, me dijo que tenía que ser toda la mano, hasta el mero fondo. Había que rascar para asegurarse de que no hubiera nada. Cuando saqué mi mano, la metió ella para cerciorarse de que yo hubiera revisado bien. La metió y la sacó tres veces. La señora se retorció de dolor (con todo y epidural) y solo recibía regaños por moverse y no cooperar.” Solo las mujeres que han experimentado el parto conocen lo adolorido que queda el útero tras el alumbramiento; imaginarse encima ese dolor intrusivo e innecesario hace pensar que los términos de ‘maltrato’, ‘abuso’, incluso ‘violencia’ no describen en todo su esplendor lo que es una *franca tortura física*.

El abuso de la farmacopea, tanto de la oxitocina como de los antibióticos es también la constante en las salas de parto de los servicios de salud. Y es que esto permite llevar al límite el cuerpo humano para que, después de provocada la situación adversa, los médicos y enfermeras en formación tengan entonces la oportunidad de “resolver”, es decir, de practicar sus destrezas “en caso de complicaciones”. “...se utilizaba una cantidad de oxitocina excesiva, provocando que muchos partos terminaran en extirpación parcial o total del útero (histerectomía) por causa de atonías uterinas en pacientes de entre 15 a 20 años. Esto, para ellos no hablaba de fracaso. Al contrario, era algo positivo porque les permitía practicar las histerectomías obstétricas.” (Texto 02)

Terminamos la sección con un fragmento del texto 08, donde las autoras responden a los médicos gineco-obstetras en su intento de defender prácticas como las que se han descrito. Ellas dicen. “Respetamos el desacuerdo de los médicos firmantes, en relación a que las prácticas se consideran agresivas en sí mismas; sin embargo, siempre que se realizan procedimientos de forma rutinaria sin que se demuestre el beneficio para la mujer (y su hijo o hija) y sin su consentimiento y/o aceptación se están violentando sus derechos.” La base de la misoginia es evidente cuando en un ejercicio del pensamiento trasladamos estas prácticas invasivas a otra especialidad médica ¿Qué diríamos si el médico nefrólogo enfermara los riñones de sus pacientes para poder tener la oportunidad de aprender? ¿O el pediatra provocara enfermedades en sus pacientes para brindarle a sus estudiantes la oportunidad de practicar?

Relación del código modelo de partería con el tópico partería

A diferencia del modelo de atención practicado en los hospitales, el modelo de partería tiene como base el respeto al parto fisiológico. Por lo común, las parteras saben calcular la dilatación sin necesidad de realizar tacto vaginal, lo hacen mediante la duración de la contracción y la duración entre una contracción y otra, así como mediante signos sutiles en la expresión de la mujer, su respiración, la sensación de pujo que manifiesta, etc.

Rechazan el uso de sondas vesicales, fórceps, maniobra de Kristeller y cualquier otro procedimiento que supuestamente sirva para acelerar el parto. Las parteras saben esperar, su ámbito de expertiz es la práctica de la obstetricia¹⁹. La administración de oxitócicos y la práctica de la episiotomía lo utilizan en contadas ocasiones, cuando los signos de evolución del parto arrojan mayor perjuicio para la mujer en caso de no utilizar esos procedimientos. La analgesia farmacéutica saben que no es necesaria, pues practican manejo del dolor a través de medios físicos como son masajes, movimiento, presión, visualizaciones, relajación mental, permiten el apego de la mujer con su pareja, quien también contribuye a la liberación de oxitocina endógena en la mujer a través de besos, caricias, palabras, sostén físico y emocional. Permiten que el trabajo de parto se desarrolle al ritmo marcado por la mujer en sintonía con su cuerpo. No la cambian de sitio, no la interrumpen con luces artificiales, palabras fuera del contexto del proceso, ruidos, olores, gritos de extraños. Le permiten la ingesta de líquidos y alimentos, y el libre movimiento (no hay necesidad de mantenerla inmóvil, pues no colocan infusión intravenosa, ni antibiótico que puede dañar el organismo del bebé). El propósito de la partera es no solo el bienestar físico de la madre y su bebé, sino su completo confort e intimidad que saben, son los aspectos físicos que permitirán un parto normal, sin complicaciones.

Respecto al alumbramiento, realizan corte tardío del cordón umbilical, algunas incluso practican el parto lotus, que es cuando el cordón permanece conectado a la placenta aún después del alumbramiento, y permanece así los días que sean necesarios hasta su

¹⁹ En su sentido etimológico, la palabra “obstetricia” que designa a la rama médica que se ocupa del embarazo, parto y posparto, viene del latín *obstetricia*, que es la actividad de la *obstetrix* (comadrona). La palabra *obstetrix* se compone del prefijo *ob-* que indica posición enfrentada, la raíz del verbo *sto, stare* que significa “estar de pie, o permanecer en posición erguida”, y el sufijo de agente femenino *-trix* (que es *-triz* en español). La *obstetrix* es pues la que actúa permaneciendo en pie, enfrentada a la parturienta, para asistirle y ayudar a la salida del niño. (Fuente: <http://etimologias.dechile.net/>). Se hace notar cómo la práctica la partería es más “obstétrica” *per se* que la especialidad de ginecología y obstetricia.

desprendimiento natural. A pesar de estar demostrados los beneficios del corte tardío del cordón, como 80% menos de riesgo de anemia y otras hematopatologías, en los hospitales antes de adoptar esta práctica tendrían que cambiar el protocolo de Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto mediante administración de oxitocina, toda vez que podrían perjudicar al bebé con el fármaco a través de su conexión con la placenta. Como se privilegia la rapidez, prefieren privar al recién nacido de los beneficios del corte tardío.

El código “modelo de partería” está relacionado con tres textos (05, 15, 20) cuyo tópico principal es “partería”. Se refiere a la atención del parto brindado por proveedores de partería, normalmente en contextos extrahospitalarios. Conoceremos cuál es la panorámica general del contexto sociocultural de la atención del parto en el modelo de partería.

El texto 05 es un reportaje periodístico titulado “Parteras urbanas: el regreso al origen” publicado en 2012 en el periódico *La Jornada*. El reportaje intenta romper los estereotipos respecto al ámbito de la atención por parteras circunscrito únicamente a las zonas de difícil acceso geográfico. Lo hace a través de entrevistar a cinco parteras. Comienza con el caso del parto de Paloma, una mujer habitante de la ciudad de México, que ilustra muy bien la agencialidad de la decisión de una mujer que teniendo total acceso a cualquier hospital público o privado, prefiere tener un parto en su propia casa. Este es el primer ámbito en el contexto sociocultural de la atención de las parteras: *“Paloma dará a luz en su casa. Su amiga Victoria la acompañará. Juntas verifican la lista de cosas que deberán tener preparadas para ese momento: dos juegos de sábanas, ropa cómoda para la mamá y para el bebé, pañales para adulto (unos muy grandes, de forma cuadrada), una tina con agua caliente, mantas, fruta, yogurt, té. Paloma quiere fijar algunas cuerdas en el techo sobre su cama por si necesita sostenerse de ellas. Durante el trabajo de parto podrá caminar y adoptar la posición que le sea más cómoda: de pie, en cuclillas, sentada, hincada, en cuatro puntos.”* Se observa como la apropiación de las decisiones comienza desde la proyección mental de considerarse el agente primario de su propio proceso de parto.

En estos contextos autónomamente decididos siempre se presenta una previsión de riesgos. En el caso de Paloma, es retratada en la figura de su amiga Victoria, quien comenta ante las parteras Laura Cao Romero y Leticia Rodríguez Serrano, con la periodista presente, quien lo narra así: *“Pero Victoria necesita resolver una duda importante: ¿qué harán si algo*

sale mal? Las parteras están conscientes de que las cosas pueden ser diferentes a lo planeado; le aseguran a Victoria que están capacitadas para detectar una situación de emergencia, en cuyo caso habrá que partir hacia un hospital. Hay un par de opciones cercanas a la casa de Paloma donde ellas ya han trabajado. Podrán entrar al quirófano y los médicos les permitirán hacer su trabajo de acompañamiento.” El prejuicio que prevalece sobre el trabajo de la partera ocasiona que estos escenarios no sean muy comunes. Aún es poco frecuente que en los hospitales permitan la entrada y acompañamiento de las parteras, sin embargo ha sido un trabajo constante del gremio de partería ir fomentando la colaboración interdisciplinaria, y ese proceso transita por ganarse el respeto del gremio médico. Cada vez más parteras lo logran; siempre y cuando los médicos permanezcan con la apertura mental de comprender desde la humildad el por qué: *“Cada vez más mujeres ciudadanas buscan a las parteras, esas viejas guardianas de la fuerza femenina que comprenden como ningún médico el fascinante funcionamiento del cuerpo humano.”* Esta frase con la que inicia la periodista su reportaje resulta subversiva en el sentido de que revierte el modelo mental del imaginario colectivo con el que hemos sido formados en la modernidad ¿Una partera comprende mejor que un médico? Pero, en diálogo con los textos que explican la violencia obstétrica, es observable y evidente que el medio de aprendizaje de atención de partos en la práctica hospitalaria, al estar profundamente intervenido, impide el verdadero aprendizaje de la fisiología del parto. Es decir, en un hospital prevalece la aplicación técnica por encima de la observación y respeto de la ciencia de la naturaleza. Lo que en términos realistas hace verdadera la afirmación de la reportera.

Laura Cao Romero es una de las parteras urbanas de amplia trayectoria. Con maestría en lingüística comenzó brindando cursos psicoprofilácticos. *“...”La preparación que yo ofrecía no tenía los resultados que yo esperaba: que fuera un parto tratado más dignamente, respetuoso, en donde la fuerza de la naturaleza fuera tomada por la mujer”. Al llegar al hospital, lamenta, las mujeres eran tratadas con autoritarismo, “con un paternalismo que no iba con lo que habíamos visto en los cursos”, narra a Letra S. A partir de ahí, todo eran órdenes: este es tu diagnóstico, no puedes moverte, no puedes comer, hay que hacer la episiotomía –el corte del perineo que busca ampliar el canal de parto. “El proceso era vertical, de los profesionales de salud hacia la mujer y ella tenía que ser obediente”...”* En 1988, en Austria, con los libros y equipo de trabajo de Michel Odent como respaldo, Laura

presenció su primer parto en domicilio. Regresó a México con ganas de estudiar partería, pero las últimas escuelas habían cerrado en los 1950's, así que aprendió en la clínica de Patricia Kay y su esposo médico, quienes priorizaban el modelo de atención de la partería tradicional en Tepoztlán, Morelos.

Leticia Rodríguez, más joven, tuvo la oportunidad de estudiar partería técnica profesional en la primer escuela del siglo XXI, CASA, de San Miguel de Allende, Guanajuato, primera institución basada en la partería tradicional que fue reconocida por la Secretaría de Educación Pública en 1997. Decidió mudarse para estudiar en Guanajuato después de presenciar el nacimiento de su sobrino, pues *“La hermana de ella quería tener un parto natural después de que su primera hija había nacido por cesárea. Eligió a su esposo y a Leticia para ser sus acompañantes. Esta última se sintió halagada, pero le preocupaba que algo pudiera complicarse. En silencio se preguntaba por qué no había una ambulancia afuera, por si acaso.”* Así es como Leticia conoció a Laura Cao, y así es como pasó de tener miedo a querer dedicarse a atender partos en domicilio de por vida. Como estudiante de partería, Leticia experimentó durante su servicio social la práctica hospitalaria en una clínica de Iztapalapa y al respecto comenta: *“...”Aunque en la escuela se comparte la práctica con médico y partera, se trabaja muy diferente en un hospital de la ciudad”, reconoce. Y con cédula profesional en mano, se ha dedicado a atender nacimientos a domicilio.”* Cabe mencionar que la escuela de CASA trabajó entre 1997 y 2018 bajo la clave de un hospital. En 2015 decidieron retirar los quirófanos porque 1) sus tasas de cesárea no rebasaban el 14% recomendado por la OMS y 2) sabían que podían bajar aún más si los médicos que acompañaban a las parteras no tenían “la tentación del quirófano”; y así fue, entre 2016 y 2022 la clínica de maternidad de CASA redujo a 4% su tasa de traslado por complicación.

Dos parteras, con procesos de aprendizaje distintos que prefieren la atención domiciliar por sobre la atención hospitalaria. Ellas expresan lo que en otros textos aquí analizados ya tuvimos la oportunidad de ver: en el contexto hospitalario se hace lo que el personal sanitario diga, ahí la voz de la mujer pasa, en el mejor de los casos, a un segundo plano. En cambio en el domicilio de la mujer, es diferente. Es el dominio de atención de la partera, pero no es su voz y su instrucción las que se llevan el papel protagónico; sino la empatía y el lazo que establecen con la mujer y con el bebé desde el vientre, a quien desde

entonces le llaman por su nombre en las consultas prenatales: *“Leticia saluda a Luna, le habla, palpa todo el vientre buscando la cabeza de la bebé. Pareciera que presiona demasiado fuerte, pero Paloma yace relajada, incluso sonriente, con los ojos cerrados. Es el turno de Laura para tocar y verificar si Luna está en la posición correcta para nacer. Las parteras no pueden ver dentro del vientre, pero leen con las manos, dice Laura. (...) El nacimiento de Luna, la nueva bebé, será, pues, un asunto de mujeres.”* Y es que la autorreferencia a la experiencia propia del embarazo y el parto, haya sido ésta placentera o no, es la base de la empatía entre partera y mujer. ¿O de qué manera un médico puede realmente entender las necesidades psicoafectivas de una mujer en las etapas que rodean el nacimiento del bebé? Por ello, desde el modelo biomédico la atención termina con el parto y el posparto inmediato. El signo de éxito es únicamente la línea de la supervivencia. Más allá no hay interés en visibilizar las problemáticas psicoafectivas como son la depresión postparto, común en más del 60% de los casos y, más grave aún, la psicosis postparto, trastorno mental sufrido por 4% de la población, y que sigue siendo un tema tabú, pobremente legislado que revictimiza a la mujer cuando llega a sus consecuencias trágicas como son el infanticidio y el suicidio posterior. La atención de partería, específicamente durante el posparto, es un mecanismo de prevención (invisible) de estos problemas (socialmente invisibles).

En el reportaje del texto 05 entrevistan también a la joven partera Mirna Moreno, de entonces 24 años de edad. *“Estudia la carrera de Salud Intercultural en la Universidad Intercultural del Estado de México, institución que incorpora los saberes tradicionales en la formación de profesionales de diversas áreas. (...) Mirna cuenta que hace unos meses comenzó a tener sueños "raros", relacionados con partos y bebés. A las pocas semanas fue nombrada partera de su comunidad. Su abuela fue curandera. Hoy, ella está "encantada" de poder trabajar con mujeres embarazadas, como lo hizo también en el hospital materno-infantil de Atlacomulco, donde dio cursos de psicoprofilaxis y colaboró en la atención de partos.”* Para contextualizar, la Enfermera Perinatal Paola Guevara Lara del Hospital Materno Infantil de Atlacomulco es mencionada en la “Guía de implantación del Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro” publicado por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) referido en el abordaje contextual del texto 01. Es decir, lo que la

partera Mirna refiere no es una práctica generalizada, sino una experiencia inserta en los planes piloto de la institución mencionada. Y a pesar de los excelentes resultados en la reducción de procedimientos técnicos invasivos: *“Dice que el personal médico se muestra cada vez más abierto a incorporar las prácticas de partería en lo cotidiano. “Ahora hasta nos piden que hagamos el masaje con rebozo, que estimulemos la oxitocina (hormona fundamental en el parto) a través de la digitopuntura”. Incluso, asegura, ha disminuido el número de episiotomías que se realizan en el hospital.”* La incorporación de estas parteras no fue sustantiva por las razones políticas que también quedaron reflejadas en el análisis contextual del texto 24 en el primer apartado.

Sirva este ejemplo para proyectar el escenario ideal de la atención hospitalaria por equipo de parteras. Es evidente que para incorporar la partería en los servicios de salud pública en México se tienen que realizar cambios radicales en todos los ámbitos: desde los espacios físicos, el equipamiento y los insumos, la dinámica operativa del personal (¿el médico está dispuesto a ceder su jerarquía?), las técnicas de enseñanza-aprendizaje de la atención de partos (los médicos residentes tendrían que aprender de las parteras sobre la evolución y acompañamiento de un parto eutócico; así como la resolución de complicaciones comunes; y de los especialistas gineco-obstetras tendrían que aprender la resolución de complicaciones graves, incluida la cirugía cesárea). Es decir, en términos generales, el embarazo y parto eutócico es especialidad de la partera, mientras que el embarazo y parto patológico es campo de especialistas gineco-obstetras. Pero este paradigma, que se traduce en mayor beneficio para las mujeres, aún no permea en el imaginario de los tomadores de decisión en temas de salud sexual y reproductiva que continúa viendo a la partería con el lente del prejuicio y la superstición.

Marina Rodríguez, partera tradicional en Jiutepec, Morelos, comenta que quiso aprender el oficio desde su primer embarazo. *“Marina soñaba con ser doctora, pero conoció a una partera desde su primer embarazo, y de ella quiso aprender el oficio. “A mí me sorprendía cómo sabía, por ejemplo, cuántos centímetros de dilatación tenía una mujer. Me explicó que tenía que ver la cara, si estaba roja, sudando, si estaba caliente, y poner la mano sobre su coronilla: ‘si se siente que emite una energía muy fuerte es que ya va a parir, no necesitas estarle metiendo la mano a cada rato’, me decía.”* Comenzó desde 1974 y en la

actualidad es buscada por parejas, tanto de la localidad como extranjeras (franceses, coreanos). Es el valor que tiene el parto domiciliario, parámetros de atención que traspasan fronteras geográficas, étnicas, lingüísticas y de clase social. *“Yo llegué a un área totalmente rural pero ahora ya se urbanizó, ya quedé en medio de la ciudad” (...)* *“Yo trabajaba con gente marginada, que hablaba lenguas indígenas, pero ahora ya me ganaron, ya hasta hablan inglés”, bromea”*.

Debbie Díaz, partera de Puerto Rico, junto a la mexicana Mirna Amaya y la brasileña Suely Carvalho son fundadoras de la Alianza Latinoamericana de Parteras (ALAPAR). Debbie comenta que *“... las mujeres que más buscan a las parteras en su país tienen estudios de licenciatura. Lo que ellas buscan es acompañamiento, amor, aceptación, empoderarse.”*. Esto brinda un panorama general de la atención que busca una mujer: *“Cuando el bebé nace no lo separo de la mamá; siento el corazón en mis manos, se lo doy enseguida y trato de que amamenten dentro de los primeros diez minutos de vida” (...)* *“Quien mejor cuida a un bebé es su madre y quien mejor cuida a una mujer posparto es su bebé, porque cuando lacta, no sangra”, dice segura del valor que tiene la ayuda de las parteras.”* Normalmente en los discursos de las parteras se aprecia la transferencia del agente, donde el valor de ella misma radica en otorgarle valor a la mujer-madre, y al recién nacido.

Y cerramos el texto 05 con una reflexión que hace la periodista autora del reportaje: *“... aspecto en el que todas coinciden: hay que devolver a las mujeres su poder, un poder que van perdiendo conforme el fenómeno del parto se medicaliza. Las parteras dicen ser las guardianas de ese poder, de la fuerza que han tenido las mujeres para parir a sus hijos a lo largo de toda la historia.”* Se trata de un pronunciamiento frente a la imposición basada en la violencia que obtienen las mujeres desde el sistema de salud hegemónico.

Pero el contexto de atención de partería no se agota en el parto domiciliario. Desde un punto de vista institucional, las parteras deberían estar incluidas como parte del sistema nacional. Según el texto 15, para el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) la partería engloba: *“Los servicios de salud y el personal de salud requeridos para prestar apoyo y atención a las mujeres y los recién nacidos durante el periodo prenatal, el embarazo, el parto y el posparto. Abarca la atención de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el periodo de postparto, así como la atención al recién nacido. Incluye las medidas*

destinadas a prevenir problemas de salud durante el embarazo, la detección de situaciones anormales, la contratación de asistencia médica cuando sea necesaria y la ejecución de medidas de emergencia en ausencia de un profesional médico (Sow My, 2014:206).” Esta definición es adoptada y promovida a partir de una serie de lineamientos de carácter internacional que subrayan que: *“A nivel mundial hay evidencias que muestran cómo las inversiones en personal de partería competente, motivado y respaldado producen resultados importantes en el mejoramiento de la calidad y fortalecen el continuum de la atención.”* La iniciativa de involucrar al INSP en el tema de partería está relacionada con el importante impulso que la Fundación MacArthur brindó al país en aquel momento. Su conclusión fue que *“Para mejorar la disponibilidad de los servicios en México se requiere una adecuada alineación entre formación, puesto y funciones asignadas al personal de partería a fin de asegurar su mejor aprovechamiento en las 46 intervenciones esenciales en SSRMN²⁰. Particularmente es importante definir con mayor precisión la condición y los salarios de las parteras técnicas, profesionales y enfermeras obstetras, los mecanismos de contratación y permanencia dentro del sistema, así como el aseguramiento de fuentes de trabajo para el personal en formación.”*

Alrededor del 2015, ya desde la política pública se comienza a perfilar un lenguaje adjetivado de la partería, que tiende a la discriminación y a la simplificación. Con el epíteto de profesional (o técnica) discrimina a parteras como Laura Cao, Mirna Moreno, Marina Rodríguez y Mirna Amaya, con una importante trayectoria de atención de partos, pero cuyo aprendizaje no lo obtuvieron de una institución oficialmente reconocida; y se refiere a parteras como Leticia Rodríguez, quien, como muchas de las parteras técnicas, estudiaron partería por la inspiración que les provocó la manera de trabajar, irónicamente, de las “no profesionales”. Lo que es preocupante, es que a partir de la distinción de la partera *profesional* desde el discurso de la política pública, a la par se realiza (en el lenguaje) una homologación con las enfermeras (obstetras y perinatales). De esta manera se simplifica la realidad social, porque las que no caben en la definición de *profesional* pero tampoco en la de *tradicional*, son simplemente invisibilizadas, sin más. No hay política pública que regule a una Laura Cao, o a una Mirna Amaya. Y con este orden del discurso se distorsiona también

²⁰ Siglas oficiales para: Salud Sexual, Reproductiva, Materna y Neonatal.

la realidad, pues las egresadas de enfermería no cuentan con la práctica necesaria para la atención de partos en el modelo de partería. Justo a partir de 2015 se han ido adecuando los programas educativos de enfermería, comenzando con la ENEO-UNAM para que al menos en teoría tenga un mínimo de sentido el hecho de nombrar partera a la enfermera, sin embargo, como muchas de las mismas enfermeras lo reconocen, no cuentan con el campo clínico adecuado al modelo de partería para poder realizar sus prácticas profesionales, y luego cuando se enfrentan al mundo laboral, se encuentran con que los protocolos institucionales no han sido modificados *de facto* para garantizar una atención apegada al modelo de partería.

Otro tema de importancia es que no todas las parteras quieren o buscan incidir “en las 46 intervenciones esenciales en SSRMN”. Muchas de estas intervenciones responden a esta sobremedicalización objeto de crítica. Por ello, Díaz, Amaya y Carvalho, fundadoras de ALAPAR se pronuncian por una partería *autónoma*, es decir, independiente del Sistema Hegemónico.

El texto 20 da voz directa y sin filtro periodístico ni institucional a cuatro parteras que comparten la visión de su contexto laboral desde su experiencia y anhelos. De la transcripción del Seminario “La Partería Tradicional en la prevención de la Violencia Obstétrica” llevado a cabo por la CNDH el 19 de mayo de 2017, rescatamos los testimonios de las parteras Angelina Martínez Miranda, Erika Jocelyn González Espino, Yolanda Bautista Hernández y Apolonia Plácido Valerio, de los estados mexicanos de Morelos, Querétaro, Oaxaca y Guerrero respectivamente. ¿Cómo describen estas personas el contexto sociocultural de su práctica?

Angelina Martínez del estado de Morelos menciona que “... *solo es hablar un poquito sobre la práctica tan más simple, hablando de la simpleza de las cosas. La simpleza de las cosas son las que traen cosas muy lindas en esta vida. Entonces vamos a hablar sobre la partería ésta, la muy simple, la partería del campo que se hace con tanto respeto.*” Este punto de partida tan significativo marca un contraste justo con la visión de la partería institucional que mencionamos antes. El contraste entre lo que la institución espera de las parteras *versus* lo que ellas valoran y ofrecen desde su cosmovisión.

En su discurso nuevamente notamos esa demarcación del protagonismo trasladado, que lo explica a través de una metáfora: “... *cuando estaba yo estudiando un poquito sobre*

Sócrates, estaba yo leyendo ese libro; le preguntaron a él, bueno Sócrates, los grandes sofistas la gente muy educada dice ¿eres tú realmente un gran profesionalista, un filósofo? Y dice, bueno es que, yo solamente soy como mi madre, mi madre es una partera, ella no saca a los niños, ella solamente ayuda a las mujeres a que tengan a sus hijos. Y yo igual, yo no resuelvo los problemas de la gente pero yo ayudo a la gente a que resuelva sus problemas.”

En efecto, Sócrates, hijo de partera, hace un ejercicio comparativo entre su método mayéutico y el trabajo de su madre, se posicionan como instrumentos para que el otro descubra por sí mismo su potencial.

Otro aspecto fundamental para describir el contexto en el que ella actúa está relacionado con la libertad de agencia del propio proceso por parte de las mujeres: “... *se les da la libertad de poder hacer lo que ellas, lo que su cuerpo les pide hacer porque las mujeres somos muy intuitivas, y sabemos qué hacer y cómo hacerlo, en qué preciso momento. Bueno, la libertad es muy buena en el trabajo de parto.*” Nótese que comienza conjugando en tercera persona y concluye en primera del plural, lo que da un sentido de empatía y (re)conocimiento de causa, imposible de lograr por un profesionalista que no ha transitado por la experiencia del parto. Hace un contraste entre su práctica y la forma en como son atendidas normalmente en los servicios de salud: “*Terrible violencia, están pidiendo todas las madres si realmente quieren un beneficio, un beneficio desde, desde adentro hay que apoyar a las mujeres. Una de nuestras frases es “¿qué tú quieres mamá?”, “no pues yo me quiero estar aquí acostada en el parto” ok, “¿qué tú quieres? ¿un chocolatito? Un chocolatito ¿un jugueto? Pues un ¿qué tú quieres mamá?”.*” Así, el papel de la partera es ser sostén de las necesidades bio-psico-afectivas de las mujeres en el parto. ¿Quiere la institución eliminar el parto extrahospitalario? ¿Está dispuesta la institución a ir más allá de la simulación y, en cambio, ofrecer un contexto sociocultural realmente apto y digno para parir? De no ser así, las mujeres seguirán acudiendo con quienes cubren esas necesidades.

La partera Jocelyn González de Querétaro lo explica de la siguiente manera: “*Y hay una serie de intervenciones médicas de rutina bien conocidas y estandarizadas, las cuales en las recientes investigaciones y actualizaciones de las diferentes normas y recomendaciones internacionales se exhorta a cambiar las prácticas, disminuir los índices de violencia, bajar las tasas de cesárea, por lo cual la pregunta que surge es ¿quién certifica*

a quién? Y ¿desde dónde quiero certificar a la partería? ¿Desde competencias clínicas o desde el conocimiento de los procesos fisiológicos y los saberes tradicionales?” Aquí notamos un giro de la posición de subalterna al sistema hegemónico, a la aspiración emancipatoria de una partería autónoma basada en el conocimiento tradicional.

Los procedimientos tradicionales no son meras supersticiones, son verdaderos elementos auxiliares liminales en la transición del rito de paso por excelencia que es, junto con la muerte, el nacimiento. Cada partera en el mundo lo interpreta de acuerdo con su cultura, pero todas las parteras tradicionales del mundo conocen procedimientos similares: *“Trabajando en un espacio íntimo y seguro como es la casa de la pareja y familia en conversión. Haciendo uso de plantas, teniendo a la mano el conocimiento de ciclos lunares, los cuatro elementos como son tierra, agua, fuego y aire. Usa el rebozo para abrazar, mecer, sostener, apretar. El temazcal para calentar el útero, la energía vital de esa pareja que se para hacia una nueva vida como parte vital de las herramientas de acompañamiento, antes de embarazarse, durante el embarazo y en el trabajo de parto, así como en el posparto. Cuenta con la sobada de vientre para acomodar el útero y dar una mejor posición al bebé, o simplemente relajar y escuchar ese latido vital que transmite información. Contamos también con el baño postparto para agradecer al cuerpo, así como la cerrada de cadera que cierra un ciclo de la vida y prepara para la crianza y ser sostén.”*

Así continúa Jocelyn, relatando la manera en que una partera aprende del cuerpo vivo, dinámico y vigoroso, aprendizaje basado en el asombro y la paciencia: *“El ser partera en la tradición implica por lo menos un acompañamiento con una partera que tiene más experiencia, donde se estudia con cuidado y por años la fisiología del embarazo, el parto y el postparto; reconociendo los millones de años de perfeccionamiento biológico que existen; se aprenden métodos de atención y damos educación perinatal, qué se puede esperar mes a mes, cuáles son las señales del trabajo de parto, así como reconocer señales de alarma. La elaboración de historias clínicas amplias, se tienen herramientas para diagnosticar a la paciente de bajo riesgo.”* Sus descripciones ayudan a entender que el objetivo de la partera no es acelerar el parto y simplemente mantener con vida a la madre y al bebé; sino que se trata de crear el ambiente propicio para que la mujer sienta el confort necesario para que su cuerpo segregue la oxitocina que ella misma produce y no necesite oxitocina sintética, para

que se pueda mover con libertad y tener a la mano todas las técnicas de manejo físico de la analgesia para evitar requerir a anestesia epidural que afecta los sentidos del feto, para estar completamente relajada al momento del expulsivo y de esta manera no necesitar episiotomía, para que el alumbramiento concluya como la naturaleza mamífera lo dicta y así no suministrar antibióticos que pueden afectar la lactancia, etc. *“Dentro de la formación continua de las parteras de mayor linaje enseñan: cómo cuidar la salud materna a través de las guías de alimentación y nutrir en un sentido más amplio al cuerpo. Promover movimientos que favorezcan el parto, estrategias continuas para evitar desgarros. Ayudar a generar espacios de profunda integridad, para favorecer la segregación de hormonas en el parto. Además de echar mano de toda herramienta extra que nos permita reconfortar a la mujer, como el uso del rebozo, el frío o el calor, la inmersión en tina de agua o usar regadera de agua caliente. Masajes, el banco de parto, la pelota, el abrazo, nos permitimos acompañar desde la posición que la mujer elija. Nos adaptamos a su hogar, a su decisión, a sus ritmos y a sus tiempos.”*

Coincide con los relatos de otras parteras sobre la necesidad de reconocer a la nueva familia en transformación: *“Lo que sí hacemos las parteras es permitir que cada mujer, bebé y hombre puedan nacer a su manera, siendo protagonistas de su parto con libertad, dignidad, empoderamiento, ofreciendo una nueva bienvenida a esta familia que nace.”* Así, la atención se extiende al núcleo familiar, a diferencia del sistema biomédico el cual no abarca ni siquiera a la mujer en tanto sujeto de derecho de existir y ser tratada con dignidad.

Yolanda Bautista, partera de Oaxaca, también reconoce la presencia de recursos intangibles que tienen su efecto visible en la experiencia gozosa de un parto: *“Traigo en mi corazón y en mi pensamiento a mis abuelas, y desde que yo inicio con estos conocimientos como un legado de ellas, de Agustina, de María de Jesús, zapotecas, una del norte, otra del valle de Oaxaca, siempre he tenido presente esa conexión espiritual en el momento de iniciar el acompañamiento con las mujeres.”* Las parteras reconocen la empatía, demostrada en la escucha activa, como valor agregado del modelo de partería: *“Y una de las oportunidades grandes que nosotras debemos de tener es seguir dando esta lucha desde nuestros ritos sagrados, desde lo que tenemos en nuestras comunidades, haciendo esta fuerza, no olvidándonos nuestra lengua, nuestra forma de vivir, nuestras costumbres han sido la vida*

de los pueblos, somos parte de esa, de esa calidez humana, la partera sabe escuchar, sabe respetar, eso es lo que las mujeres buscan, que la escucha.”

En el relato de Apolonia Plácido del estado de Guerrero encontramos un ejemplo más de la transferencia del protagonismo, el agente no es el proveedor de la atención, en ninguna circunstancia. Lo es siempre y primero la mujer: *“las mujeres embarazadas de todo el municipio, de las comunidades, del diario visitan a la CAMI para que las parteras le acomoden el bebé y le den masaje o cuando quieren atenderse ahí se atienden y si no también se le respeta su decisión de que si se quiere ir al hospital también deciden lo que ellas digan, no lo que digamos nosotras como parteras, ni lo que digan las promotoras, ni lo que diga la organización sino que se tiene que respetar la decisión de ella, de que si se van al hospital o se atienden ahí, esa es la otra parte.”* En el modelo de partería no hay imposiciones y tampoco existe el concepto de desobediencia que sí existe en la estructura relacional del modelo biomédico.

En los tres textos que más densamente comparten el código “modelo de partería” se aprecia todo lo que implica la actitud de respeto y asombro ante el parto fisiológico. Como dice Michel Odent “No se puede ayudar a un proceso involuntario solo se puede procurar no perturbarlo demasiado.” (Odent et al., 1990). Este médico ginecólogo francés sentó las bases durante la segunda mitad del siglo XX de un modelo de atención que se internacionalizaría, y sería adoptado por gran parte del gremio de las parteras en el mundo, justo porque representaba la confirmación científica necesaria para el gremio de parteras en defensa de su manera de proceder, ante un gremio de gineco-obstetras cada vez más agresivo en la implementación de los avances tecnológicos, como si el cuerpo de la mujer tuviera una falla de origen que hay que buscar solucionar a toda costa.

Y aunque se trata de un fenómeno mundial, en México se aprecia un sesgo desde la política pública. Siendo la partería históricamente “un asunto de mujeres”, en menos de 70 años se han formado dos generaciones con base en la fe ciega en el avance tecnológico, lo cual provoca ver la partería como algo del pasado o como un reducto del patrimonio inmaterial de los pueblos indígenas. Esta visión ha hecho mucho daño a la partería en el país pues, por un lado, presionados por lineamientos internacionales de incorporación de parteras profesionales para la reducción de morbi-mortalidad materna y neonatal, los gobiernos del

siglo XXI han incorporado a enfermeras obstetras y perinatales, que sigue siendo personal de salud formado en el modelo biomédico y por lo tanto supeditado como personal no médico al personal (sí) médico; por otro lado, han segregado a la partera tradicional, identificando erróneamente una práctica con un rasgo racial (si no es indígena no es partera tradicional); y por último, esto ha traído por consecuencia que el modelo de partería en sí continúe en la invisibilidad.

Claro que hay enfermeras que practican el modelo de partería, pero esto es, ellas así lo manifiestan, porque lo han aprendido de parteras tradicionales. Claro que hay parteras tradicionales indígenas que continúan atendiendo partos, pero son las menos, porque a la mayoría se les ha convencido de un supuesto alto riesgo que implica la atención extrahospitalaria, y ahora son solo “personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica” (SSA, Guía para la autorización de las parteras tradicionales) al servicio de la Secretaría de Salud en temas como planificación familiar, detección de riesgos en la atención prenatal, orientación y consejería para la administración de vacunas, etc. Ante este panorama hay un modelo de partería que está en el limbo, practicado por enfermeras aprendices de parteras, por parteras tradicionales “desobedientes” del sistema y por mujeres parteras que no caben en la categoría ni de tradicional, ni de profesional. Lo primero por no tener identidad indígena, lo segundo por haber aprendido la partería por la vía informal, como las enfermeras parteras y las parteras tradicionales de por sí lo hacen. Las parteras técnicas son un caso especial, pues las 120 egresadas de CASA, AC, aprendieron bajo un modelo de partería de tal manera que sus maestras fueron las parteras tradicionales de San Miguel de Allende. Las parteras técnicas no son enfermeras. Luego, CASA ayudó en la conformación de las siguientes escuelas de partería, pero perdió su RVOE en 2018, y cerró la clínica en 2022. Eso es evidencia indiscutible de falta de voluntad política para apoyar el verdadero modelo de partería que, como ya vimos, requiere de amplio esfuerzo e inversión, aunque está demostrado que a la larga los costos-beneficios jugarían a favor incluso de las finanzas públicas. Y con este tema financiero abordamos el siguiente apartado.

Relación del código cesárea con el tópico partería

Por definición, las parteras en ninguna circunstancia practican la cirugía cesárea. No es esta la razón por la que se relacionaron estos dos conceptos. Sino que el texto 09 es un

video documental titulado “Parir en Libertad” publicado en 2015. Su propósito es promocionar el modelo de partería como solución a un problema en aumento que son las tasas de cesárea. En alcance, brinda datos interesantes sobre la práctica de esta cirugía.

En el documental (texto 09) el Doctor Ignacio Espinosa, especialista en iatrogenia, del estado de Veracruz hace alusión a los costos: *“Un parto \$5000 promedio bien pagado, una cesárea, dependiendo del sanatorio \$25,000, \$30,000, \$40,000, \$50,000 . porque ahora dicen a todos los embarazos le ponen la etiqueta de producto valioso, sobre todo de la clase media, producto valioso. Y ese término de producto valioso que hace es inflar el costo, le hacen creer a la mujer que su producto es más valioso que cualquier otro, sin importar la raza pues todos los productos son valiosos para cada madre, cada padre le da el valor a su producto, no es el médico. Pero ahora el que le pone el valor al producto es el sistema de salud, y te dice producto valioso, y eso justifica que te cobren \$80,000 por una cesárea en lugar de \$5000. (Risas)”* Su alusión irónica refleja la mercantilización del parto como actualmente es. No es que un bebé no sea valioso, sino que hacen creer a los padres que el valor radica en “ponerlo en el menor riesgo posible” aunque eso implica mayor riesgo para mujer. Esto es así en el ámbito de la atención privada.

Adelantándonos al texto 17 titulado *“Nacen por cesárea la mitad de los mexicanos”* publicado en prensa en 2017 se calcula que *“El sector de salud pública gasta cada año \$10,000,000,000 en estos procedimientos. (...) Si el IMSS, ISSSTE y SSA, que atienden a siete de cada 10 madres que dan a luz en el país, logran reducir esta práctica a dos de cada 10 nacimientos, como lo marca la norma oficial mexicana 007-SSA2-1993, se generaría un ahorro de \$5,000,000,000 anuales. Cada cesárea le cuesta al Estado un aproximado de \$17,500, según datos con los que cuenta el especialista del INPER.”* El especialista mencionado es el Dr. Norberto Reyes Paredes, subdirector del servicio de ginecología del Instituto Nacional de Perinatología (INPER).

Y antes de regresar al texto 09 hay que decir que los especialistas en perinatología son más aliados del modelo de partería que como actualmente se lleva desde la gineco-obstetricia en el sentido de que consideran que el parto fisiológico trae también mayores beneficios para el bebé, y tienen claridad en el papel que tendría que jugar el proveedor de parto para que el parto llegue a buen término: *“Pero el problema no son las cesáreas, sino*

que se abusa de ellas. “Nueve de cada 10 bebés pueden nacer solitos; el médico ahí está, pero nada más vigila. Sólo entre 13% y 16%, aproximadamente, requieren de la ayuda directa del ginecobstetra” explica Norberto Reyes Paredes”.

Cristina Alonso, partera autónoma²¹ fundadora de la casa de partos “Luna Maya” en San Cristóbal de las Casas, Chiapas y en la Ciudad de México expresa: *“El parto normal ha quedado en manos de cirujanos y los resultados ahí están, Latinoamérica tiene una tasa de cesáreas que es escalofriante, o sea, no es posible que más de la mitad de las mujeres no puedan parir, y que en una generación hayamos perdido la capacidad de parir, la especie no evoluciona tan rápido (...) En México por ejemplo lo que podemos observar es que la epidemia de cesáreas comenzó en los años ochenta”*. Karla González, educadora perinatal de Coahuila, quien se formó como médico, complementa: *“Desde que se empezó lo que es la obstetricia moderna, que es a los que te digo que me refiero, que ya todo es más en el hospital, que ya es más seguro un hospital que en realidad tu casa, que te fueras a morir allá desangrada, cuando realmente el índice de partos va en descenso y las cesáreas en aumento, porque para eso es una institución, para una situación de riesgo, entonces toda paciente que llega ahí se va a catalogar patológicamente como enferma, como algo tiene mal, cuando en realidad puede ser un embarazo totalmente normal de 40.5 semanas y estar absolutamente bien, pero llegando a la institución se va a buscar, porque para eso nos instruyen para buscar enfermedades, a nosotros médicos nos instruyen para eso.”* Incluso podemos complementar la idea con la propuesta de la partera Jocelyn del texto 20 sobre la necesidad de: *“Fortalecer la educación prenatal para generar mujeres que conozcan su cuerpo y reconozcan señales también de anormalidad en el proceso de embarazo, parto y posparto, pues ahora escuchamos a las mujeres recitar las señales de alarma, tener miedo a parir, y al dolor.”* Porque no es lo mismo conocer y reconocer el propio cuerpo desde un estado de salud y bienestar plenos desde el cual notar anomalías, que aprender a autoleernos a través del lente de la tendencia a la hipocondría que nos inculcan desde la biocomunicabilidad²².

²¹ Utilizamos el adjetivo autónoma para denominar a parteras que por definición institucional no son parte de la categoría de profesional, técnica o tradicional. Algunas se hacen llamar a sí mismas parteras tradicionales o parteras formadas en la tradición.

²² Retomaremos la discusión sobre este concepto en las conclusiones. Sirva ahora citar: “Las ideologías hegemónicas consideran la comunicación como un proceso lineal y unidireccional, en el cual los mensajes son producidos por expertos -investigadores de la medicina, epidemiólogos, etc.-; puestos en circulación por

Solo para tener una idea cuantitativa sin entrar al detalle estadístico, México antes de la década de 1980 manejaba tasas de cesárea de alrededor del 5%²³. Entre el año 2000 y el 2020 ha oscilado en el rango de entre 40% y 60%, elevándose la tasa de cesárea drásticamente durante y después de la pandemia por COVID-19, manteniendo su lugar siempre entre los primeros cinco lugares con tasas de cesárea más elevadas a nivel continental.

Es complicado abordar los perjuicios de la cirugía cesárea sin hacer justicia a los beneficios que también ha traído en la reducción de la muerte materna. No obstante, por motivos económicos, administrativos, académicos, de rapidez, etc., se abusa de enfatizar las ventajas, cuando por motivos estrictamente médicos, también deberían ser informadas las desventajas: *“Me vendió la cesárea como el mejor esquema para mí y para la bebé”, dice Teresa. “Como era mi primer hijo, le creí”*. Se lee en el reportaje periodístico del texto 22.

Entre los riesgos clínicos que produce la cesárea se encuentran: *“Varios estudios recientes han encontrado que los niños nacidos por cesárea pueden tener mayores índices de obesidad²⁴ (...) síndrome de colon irritable, diabetes, esofaguitis, asma, alergias ambientales y alimentarias y alejamiento del seno materno²⁵”*. Esto en infancias, más adelante veremos las consecuencias en la salud de las mujeres.

Pero además de los inminentes perjuicios biológicos y fisiológicos que puede conllevar esta cirugía, hay una percepción desde la psicología social, basada en estudios longitudinales de adultos nacidos por cesárea en los años ochenta y su perfil psicológico. A estos se refiere la partera Cristina Alonso cuando comenta: *“Si esto ocurre de vez en cuando que un bebé nace por cesárea pues bueno, qué bueno no, porque probablemente fue necesario. Pero cuando el 60% de la población está naciendo y en el momento de nacer es colocado en una caja mientras a su mamá la reparan, y ella por la cirugía no puede cargar su bebé, tiene problemas de lactancia, etc., lo que vas empezar a ver es que cuando esos*

especialistas en educación para la salud y periodistas; y recibidas o interpretadas por ‘el público’. En vez de ser simples procesos mecánicos, las esferas de la comunicabilidad en salud – o biocomunicabilidad-constituyen un tipo de *governabilidad* que crea y jerarquiza formas de subjetividad y ubicaciones sociales.” (Briggs, 2005, p. 101).

²³ Violencia obstétrica es tanto abusar de la cirugía como no reconocer oportunamente cuando un parto sí requiere una cesárea. La OMS recomienda una tasa de entre 8% y 15%.

²⁴ enlace a estudios: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/behindtheheadlines/news/2016-09-07-c-section-babies-more-likely-to-grow-up-obese/>; <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/1/e92>.

²⁵ enlace a estudios: https://www.eurekalert.org/pub_releases/2013-02/hfhs-sbb022113.php

niños crezcan a nivel poblacional vas a tener peor capacidad de vinculación entre los humanos, entonces vas a ver más violencia intrafamiliar y en la calle, y vas a ver una desvinculación entre los sistemas: que el gobierno no me representa, que la escuela de mi niño no es algo en lo que yo participe, esta vinculación que ocurre a través de las hormonas que ya está muy bien descrito, no es una teoría new age ni mucho menos, tiene que ver con la oxitocina como la hormona esencial de la vinculación y la capacidad de sentir empatía hacia el otro. Y lo que estamos perdiendo, lo que hemos perdido con la medicalización del parto, es la capacidad de empatía poblacional.” Es que si se tomara en serio estos estudios y afirmaciones, mediante una reestructuración radical de los servicios de salud materna podrían reducirse en 15 o 20 años los índices de violencia que en México han cobrado más víctimas que una guerra civil.

Al respecto, los productores de este documental entrevistan a un médico pro-cesárea. Su respuesta es: *“Sí, ha aumentado en forma muy importante la incidencia, el porcentaje, de los partos abdominales, es decir, cesárea. Entre las causas que contribuyen a esto es en primer lugar que la misma paciente lo pide; en mi caso personal he tenido pacientes que tienen ocho semanas y vienen por primera vez a la consulta, y me dice, yo quiero tener cesárea; a veces trato de convencerlas de que lo más adecuado, claro con las medidas de seguridad y si es recomendable, sea un parto vaginal, entonces les doy mi opinión de que vamos a esperar 32 semanas más para que valoremos un parto vaginal y ya no regresan, se van, claro, sobran quien la operen. Los seguros de gastos médicos apoyan más, es increíble, lo están empezando a cambiar, apoyan más un parto abdominal, una cesárea, que un parto.”* Este fragmento de discurso resulta interesante para el análisis desde la perspectiva crítica: 1) utiliza como eufemismo el concepto de ‘parto abdominal’ en lugar de ‘cirugía cesárea’; 2) su postura es francamente desde la medicina defensiva, es decir, lo hago porque el paciente lo pide, aunque medicamente no haya razón para ello. Aquí haremos un paréntesis respecto a este fenómeno que se podría confundir con una actitud empática de escucha activa (hago lo que el paciente pide). Las acciones de la medicina defensiva son consecuencia de una ruptura comunicativa entre médico y paciente que se dan con base en el miedo (miedo a perder el ingreso monetario que implica un paciente, miedo a una demanda por negligencia, etc.); en cambio, la escucha activa es la base de una comunicación genuina, en la que el proveedor empatiza con el punto del vista y sensaciones del paciente, y desde ahí intenta comunicar lo

que él considera que le conviene más al paciente. Al final, en ambos escenarios se termina por “respetar la decisión del paciente” pero por razones diametralmente opuestas. 3) Sugiere que los motivos económicos son un ingrediente primordial en el aumento de la tasa de cesáreas.

Relación del código cesárea con el tópico cesárea en lo textos 17 y 22

Los textos 17 y 22 sí están directamente relacionados con el tópico “cesárea” desde el punto de vista del abuso de dicha práctica. El texto 17 maneja cifras, estadísticas y costos, y entrevista a dos especialistas, el médico perinatólogo Reyes Paredes que mencionamos anteriormente, y la ginecóloga Adriana Albarrán. Ambos comparten la preocupación médica de la sobreutilización: *“Los riesgos de estas cirugías son altos. Además, los niños que nacen por cesárea requieren una mayor estancia en la unidad de cuidados intensivos porque su proceso de adaptación es más lento, asegura Albarrán”*. Y respecto a los perjuicios que trae a la madre se lee: *“Con este procedimiento se tiene tres veces más riesgo de morir que en un parto’ asegura el especialista del Inper, quien afirma que actualmente ya se están pagando las consecuencias del uso desmedido de la cirugía. (...) La práctica excesiva ha generado que lleguen pacientes con dos o tres cesáreas previas que tienen placenta acreta, una anomalía en la que la placenta se inserta en el útero. El resultado: hemorragias o extirpar la matriz completa.”* Estadísticamente son relativamente pocas las mujeres que sobreviven a las consecuencias de una placenta acreta, pues esa hemorragia e histerectomía normalmente se traduce en choque hipovolémico y muerte.

Ante el cuestionamiento del porqué no hay una disminución significativa de esta práctica: “Médicos y especialistas coinciden en que los principales factores para la práctica rutinaria de cesáreas son económicos y de productividad. “A un médico le conviene más programarse cinco cesáreas en un día que estar pendiente de una mujer en un sólo trabajo de parto natural que puede tardar más de 24 horas”, asegura la ginecóloga Adriana Albarrán.” A tal grado la modernidad ha desvirtuado el parto mamífero.

Y el texto 22 es rico en alusiones a casos específicos que ejemplifican la biocomunicabilidad antes mencionada. Esta el caso de Teresa donde se aprecia la manera de manipular el discurso que tuvo su médico para esconder una razón basada en la productividad sobre las motivaciones para indicarle cesárea: *“Durante su embarazo, el médico nunca le*

había informado a Teresa sobre los riesgos de la cesárea, pero sí le advirtió sobre toda clase de peligros de un parto vaginal: que podrían apretarle el cerebro a la bebé con fórceps, causarle incomodidad e infecciones al limpiarle la vagina, dejarle un pedazo de placenta que se pudiera dentro del útero y que podrían atravesarse venas que el médico no alcanza a ver.” Casualmente todos riesgos derivados de proyecciones de negligencia médica.

Otro caso que aborda el reportaje es el de Regina: *“Ya desde su embarazo el médico le insinuaba que le haría cesárea. “Mi ginecólogo se burlaba de que yo lo quería hacer natural. Me decía —recuerda Regina—: ‘No, mamita, por aquí no va a salir, estás muy chiquitita, estás muy flaquita, vamos a hacer lo posible’”.* Esa manera infantilizada de dirigirse a la mujer embarazada también constituye violencia obstétrica; en general lo es cualquier conducta u omisión que implique un trato diferente al que se tendría con un sujeto en pleno derecho de uso de sus facultades de decidir con autonomía sobre sus propios asuntos. *“Karen Luna, investigadora jurídica del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), afirma que una cesárea innecesaria sí es violencia obstétrica, porque el médico incumple con su deber de informar al paciente sobre los riesgos y beneficios de cada procedimiento.”* Ante este panorama también es cierto que la mujer deber informarse por sí misma para elegir con plena responsabilidad que conlleva la libertad. Pero el dispositivo de control basado en la biocomunicabilidad reduce significativamente las opciones de acceso a la información que pueda tener la ciudadanía.

Relación del código aprendizaje de partería con el tópico partería

Muchas parteras llegan a desarrollar ese oficio tras sus propias experiencias de parto, ya sea que hayan sido traumáticas y por ello les nazca un ímpetu por cambiar el estado del arte, o por el contrario, hayan sido experiencias altamente placenteras que quieran expandir y comunicar con más mujeres sobre la posibilidad de acceder a ello. Cuando una mujer decide ser partera en esta sociedad, en este país, en esta época, se topa con un primer gran obstáculo. Hay tremenda carencia de escuelas de partería, y las pocas que hay carecen de campos clínicos para practicar. Ya sabemos que en el hospital hay muchos partos, pero también ya sabemos que el hospital no es el campo clínico óptimo para aprender y practicar el modelo de partería.

Los textos 14, 23 y 25, no son los únicos, pero sí los más significativos por la densidad del código relacionado al contexto sociocultural del aprendizaje de la partería, sobre los diferentes caminos conocidos de aprender partería en México. Los textos anteriormente expuestos, centrados en el contexto de ejercer la partería, muestran ya las vías de acceso a través de sus resultados (discursivamente simplificados), las parteras técnicas y profesionales aprenden en un programa educativo con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE) y las parteras tradicionales a través de acompañar a una o varias maestras en la práctica de atención principalmente de partos domiciliarios.

Pero vayamos al trasfondo menos simplificado de la situación de los aprendizajes. En el texto 14, la partera Florencia Dzul Puc, originaria del municipio indígena maya de Teya, Yucatán, no responde precisamente al estereotipo que se tiene sobre la partera tradicional que sueña o presiente su destino. Aclarando, lo que se conoce como “sentir el llamado” es algo que muchas parteras, no solo indígenas, comentan, y es real, en el sentido de que son realidades subjetivadas que en consecuencia provocan una respuesta de materialidad objetiva. No obstante se convierte en estereotipo cuando se da por sentado que TODAS las parteras indígenas Y SOLO ELLAS, sienten el llamado.

Florencia comenta su anécdota de aprendizaje así: *“Porque yo cuando empecé a trabajar no estoy capacitada, nada más a los 15 años empecé a controlar el embarazo. (...) Hace 50 años empecé. Yo no más el control de embarazo, a sobarlo. Luego después, hace 26 años, hubo una persona valiente y me dijo, si tú me estás atendiendo, tú me vas a terminar de atender, cuando yo me enferme me vas a atender mi parto.”* Es decir, alrededor del año de 1990 comenzó con la atención de partos, no muy segura de estar haciendo lo correcto: *“Y le digo así, no, yo tengo miedo. No, me dice, pues si tú sabes colocar el bebé bien, porque todas las sobadas que me haces nace mi bebé rápido. Porque me ha tocado con otras parteras, una vez me tocó que está sentado, pero no me aviso.”* Así, Florencia comenta que empezó a atender los partos de ella y de más personas en la comunidad, en una época de altas tasas de natalidad debido a la ausencia de campañas de planificación familiar: *“En cambio yo pues empecé a tratar la señora, le atendí cuatro partos. A todas las personas los que he atendido, todos los atiende cuatro, cinco, dos partos así. Hay personas, en esa época no*

había comunicación, hay personas tienen hasta 12 hijos, y no pueden controlarse, no hay nada de planificación, nadie lo sabe.”

También da a entender lo que en el texto 25 vemos textualmente como aprendizaje mediante los propios partos. Claro que las mujeres que así aprenden, de manera autodidacta y autorreferencial tienen de 8 hijos en adelante vía parto autoasistido: *“María experimentó sola, sin conocimientos, su primer parto. A diferencia de otras mujeres que adquieren la información de sus abuelas o madres, ella aprendió con su propio cuerpo. En los siguientes 13 nacimientos, ya sabía qué debía hacer: le pedía a su esposo que le llevara lo necesario y la dejara sola. Así comenzó su trayectoria, y fue así como la gente de la comunidad a la que pertenece la reconoció como partera.”* En el caso de Florencia lo comenta así: *“Yo tengo nueve hijos. Me ha tocado atender hasta mi parto yo, por eso me gusta atender a la gente cuando se embaraza, los cuidados. Hace 50 años empecé.”* Comenta la partera.

En el discurso de Florencia hay un halo de desempoderamiento. Ella reitera en varias partes del discurso “no estar capacitada”. Este término de ‘capacitado’ es lenguaje de la Secretaría de Salud. En el lenguaje de la partería tradicional se emplean más los términos ‘sabe o no sabe / tiene el don o no lo tiene’. Ella comenta alrededor de 2006: *“... hace 10 años nos invitó jurisdicción uno, ahí empezamos a capacitarnos. Fue doña Dorita la primera que nos juntó. Luego después la señora Paula, ella es nuestra conciliadora, ella es la que nos está ayudando a capacitarnos, más para llegar lejos, a terminar.”* Pero estas capacitaciones no son de partería. En estas capacitaciones, debido a la política de cobertura hospitalaria al 100% de la población, se instruía a las parteras sobre los riesgos de que ellas atendieran los partos, se les capacitaba para ser un canal entre la mujer y la atención hospitalaria: *“sigo hasta con las sobadas porque hace tiempo del presidente Calderón ya dijo que ya hizo unos hospitales, ya ahorita que las nuevas mamás ya no pueden aliviarse en su casa, tienen que estar en el hospital.”* Así es como doña Florencia y otras muchas parteras indígenas de Yucatán y el resto de México, solo se dedican a la atención prenatal y posnatal. Tienen (ilegalmente) “prohibido” atender partos. Es decir, por ley es ilegal prohibir la atención de partos a los médicos tradicionales. La ley protege los usos y costumbres del derecho indígena. Pero la Secretaría de Salud ha promovido una campaña basada en el miedo y la coacción, en la cual se recomienda fervientemente a las parteras rurales dejar sus

prácticas, y en casos extremos se le condicionan los apoyos sociales a cambio de su sometimiento.

En otro contexto de aprendizaje de partería tenemos el texto 23, un video reportaje titulado “Parteras de la Montaña” que vio la luz en 2018. Se trata de la Escuela de Parteras Profesionales de Tlapa, Guerrero. Guerrero fue el primer estado y hasta ahora el único que adoptó el modelo de enseñanza y práctica de la partería promovido por CASA, A.C. desde la administración pública. Colaboradoras académicas de la escuela de partería CASA colaboraron con el gobierno de Guerrero para implementar el Plan y Programa de Estudios con RVOE, teniendo como campo de práctica clínica el “Hospital amigo de la madre y el niño indígena guerrerense”. La reportera lleva la cámara a este edificio de la secretaría de salud estatal: *“Oculta en el patio una pequeña construcción en donde sobrevive por sexto año consecutivo la escuela de parteras.”* El reportaje se centra en destacar la importancia de la formación de parteras en esta zona, y visibilizar el descuido en el que se tiene este proyecto, como se muestra en el siguiente diálogo entre las estudiantes, la narradora y Antonia (partera tradicional, ex-maestra en la escuela de CASA, delegada a implementar el modelo en Guerrero):

“[Antonia] .- No tenemos un espacio propio para las clases.

[Estudiante].- Aquí es el único lugar donde agarra Internet entonces venimos.

[Antonia].- La escuela no tiene computadoras, estamos esperando que algún día.

[Narradora].- Salimos al auditorio.

[Antonia].- Como no tenemos suficientes sillas entonces pues es en el piso.

[Narradora].- Y a ras de suelo aprenden a detectar los embarazos de riesgo.”

Luego la reportera acompaña a un grupo de estudiantes que van a las visitas comunitarias como parte integral de su aprendizaje: *“[Estudiante] nosotras venimos a revisar a las mujeres embarazadas para llevar un control prenatal. Vemos si está encajado más que nada la posición que está, si va a ser un buen parto y todo eso. (...) [Narradora] recorren a pie las localidades en busca de embarazadas.”* La narradora centra el discurso en las limitaciones de acceso geográfico como existen en varias zonas rurales e indígenas del

país *“En comunidades como esta de la Montaña de Guerrero casi todas las mujeres tienen que tener a sus hijos en la comunidad con parteras como ellas, pero obviamente el problema es que solamente existen dos escuelas en nuestro país que capacitan a parteras, en Guanajuato y en Guerrero.”* Se refiere a CASA, AC y la Escuela de Parteras Profesionales de Tlapa, Guerrero.

En términos generales, el reportaje muestra la punta del iceberg de una de las principales problemáticas respecto a la regulación de la partería. Tenemos dos variables: 1) Los determinantes sociales de muerte materna van más allá de una atención negligente; se relacionan con el grado y calidad de nutrición, con el acceso a la información por parte de la mujer, y con otras condiciones de vulnerabilidad que son más comunes en zonas rurales e indígenas por el grado de marginación económica y social en que estructuralmente se encuentran; y 2) El limitado acceso geográfico a hospitales con capacidad resolutive en caso de emergencia obstétrica. En medio de estas dos variables están las parteras. Mujeres con una innegable labor social de importancia prioritaria en contextos como los mencionados. ¿Pero que sucede ante la visión simplificada y prejuiciada de la institución? Llegan a la siguiente conclusión, sencillo de inferir debido a la política pública adoptada: “La mayoría de las muertes maternas se presentan en zonas marginadas PORQUE ahí existe la atención de parteras”. Es decir, el problema no es la precaria alimentación, ni la malnutrición, ni las probables condiciones de violencia intrafamiliar que tenga la mujer embarazada. Tampoco es que estos determinantes sociales sean la causa de enfermedades hipertensivas y metabólicas en el embarazo que a su vez son las causas principales de mortalidad materna. Las parteras hacen lo que pueden, con lo que tienen, donde estén ubicadas, y en este sentido, la peor parte se la han llevado las parteras tradicionales indígenas.

Por ello, el espíritu inicial tanto de CASA como de Tlapa (su filial por decir) es que la atención de partos desde el modelo de partería sea accesible a estas poblaciones con alto grado de vulnerabilidad. Es decir, las estudiantes y sus maestras atienden embarazos de bajo riesgo y detectan los de alto riesgo para ser canalizadas oportunamente y así disminuir las tasas de mortalidad materna. El problema está en que además del prejuicio institucional generalizado, está también la precariedad de los servicios de salud en general.

De esta manera, por desgracia fue suficiente que se presentaran dos casos de muerte materna (uno en 2020, otro en 2022) en los más de 25 años de servicio de partería en la clínica de CASA, AC, para que la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato decidiera suspender el servicio de atención de partos. Lo que realmente nos preocupa como mexicanas, es que quien no tuvo capacidad de respuesta inmediata fueron los hospitales de segundo nivel de atención a donde se trasladaron a las hoy occisas y donde fallecieron estas mujeres a pesar de la detección y traslado oportuno por parte de las parteras de CASA.

Y con esto pasamos al texto 25, que habla justamente de lo que en su momento fue el aprendizaje de partería en CASA, San Miguel de Allende Guanajuato. Ya desde el título del texto publicado en 2019 se adivina el tónico del reportaje “Parteras tradicionales, entre el reconocimiento y la represión”. No pasamos por alto que el trato que se le ha dado desde la política pública a las parteras tradicionales forma parte de este doble discurso institucional que se extiende a todo lo relacionado con el tema indigenista; por un lado se idolatra al indio muerto a través de realizar montajes espectaculares de sus rituales y costumbres, mientras que por el otro se discrimina al indio vivo, matando de facto sus costumbres y tradiciones.

El reportaje se centra en la figura de Manuela Mendoza, la única partera tradicional de la clínica y maestra de todas las generaciones egresadas de la escuela. *“La primera vez que Manuela Mendoza Herrera vio nacer a un bebé tenía alrededor de 10 años. Sintió mucho miedo. En ese tiempo vivía con su abuela, una reconocida partera tradicional en la comunidad Juan González, en el municipio de San Miguel de Allende, Guanajuato. Cada vez que una embarazada estaba a punto de dar a luz, su abuela acudía a atender y ella siempre la acompañaba. Ahora forma parte del equipo de seis parteras que dan acompañamiento en el Centro para Adolescentes de San Miguel de Allende (CASA), A.C., es la de mayor antigüedad y la única partera tradicional en el lugar. (...) Manuela recuerda que durante su niñez, por la lejanía de la localidad en la que vivía, era muy difícil que las mujeres embarazadas llegaran a tiempo a un hospital para ser atendidas, por eso optaban por llamar a la abuela y fue ella quien le compartió sus conocimientos. Aunque tras su fallecimiento Manuela decidió dejar la partería durante unos años, hoy ha visto egresar a 17 generaciones de la carrera técnica de partería que ofrece CASA.”*

Como se hace notar del texto anterior, en esas escuelas donde CASA ha puesto la semilla, se privilegia el saber tradicional, sin descuidar la actuación ante las patologías del embarazo y parto más comunes, por lo que también aprenden lo que yo llamo “primeros auxilios de partería” y, por lo tanto, conceptos básicos de la biomedicina. Como lo explica también Leticia Rodríguez, egresada de CASA, en el texto 05 *“Ahí las mujeres estudian durante tres años con parteras y médicos, y practican en la clínica de la institución. Cada seis meses se visitan comunidades remotas y deben vivir dos semanas con una partera, ser su sombra y aprender todo cuanto puedan”*. Bien, regresando a Manuela, al ser una partera tradicional, es decir, sin cédula profesional como sus demás compañeras, antes alumnas, ella está obligada a continuar asistiendo a los cursos de la secretaría de salud estatal de los cuales se expresa de la siguiente manera: *“Aunque (Manuela) reconoce que las capacitaciones que recibe en CASA son más avanzadas que las que se imparten en la Secretaría de Salud de Guanajuato, aún acude a la dependencia para obtener una certificación que le permite atender partos en su lugar de trabajo o a domicilio, esto ante la falta de cédula profesional como las que obtienen las estudiantes al egresar de la carrera técnica.”*. Anteriormente la secretaría de salud en la mayoría de los estados de la república entregaba credenciales con vigencia definida a las parteras que acudían continuamente a los cursos impartidos por los departamentos de salud reproductiva, esto les facilita a las parteras tradicionales tener acceso a certificados de nacimiento cuando eventualmente atienden un parto. En el estado de Quintana Roo y otros estados de la república esta práctica se ha suspendido desde el año 2019, sin justificación pública aparente.

Relación del código reivindicación política con los tópicos partería y violencia obstétrica

En dos textos (18 y 21) encontramos referencias a una especie de reivindicación política articulada desde el esquema de una partería que, como dijimos anteriormente, pasa de la subalternidad a la autonomía subversiva ante el modelo hegemónico que se pretende imponer. Como se hace notar, tanto en los textos como en los pobres y, en algunos casos desastrosos, resultados en materia de atención a las mujeres embarazadas, que por parte del Estado mexicano hay una simulación de apoyo a la partería.

Ante este contexto, el texto 18 es una entrevista vía *podcast* a una partera tradicional del estado de Chiapas, llamada María de la Luz Díaz Hernández, lanzada al aire en el año

2017: *“Trabajo en una organización, se llama CAMATI que significa ‘mujeres construyendo desde abajo’.*” Su posicionamiento es claro y audaz. Cuando la práctica de la partería no queda supeditada ni condicionada por la coacción mediante apoyos gubernamentales, parteras como María de la Luz pueden y quieren seguir ejerciendo la partería de manera autónoma y libre: *“Pero yo claro lo digo, yo no recibo proyectos de gobierno, la realidad es esa, yo no recibo y nadie me puede decir que yo no ejerza la partería, mientras yo quiera, y yo lo decida, y yo tenga fuerzas para seguir subiendo y bajando la montaña y atendiendo las mujeres embarazadas y a las que no están embarazadas, que necesiten atención sobre salud reproductiva yo ahí voy a estar, voy a seguir ahí, siempre, le guste a quien le guste.”*

Lo que le otorga esta confianza es la relación que ha establecido con sus compañeras parteras y con las mujeres y familias que han confiado en ella con no solo buenos resultados, sino con mejores resultados que los que podrían encontrarse en la institución: *“El sentido especial que deben tener mis manos, mi cuerpo, en movimiento, es el querer ayudar, el querer aportar, el decir no pus ya, basta de tanta injusticia hacia la mujer a la hora de parir, basta de tanta injusticia a la hora de que la mujer no sabe hablar castilla como hablan los doctores, ya basta.”* Y se posiciona a sí misma y las parteras como garante de los derechos humanos de las mujeres, como guardiana de sus procesos reproductivos, como proveedora de ese valor agregado que no van a encontrar las mujeres fuera del modelo de partería: *“Necesitamos que alguien agarre esas riendas, y si nosotros podemos y estamos nosotras vamos a ayudar, con nuestras manos, con nuestros pies, con nuestra alegría, con nuestros talleres, con nuestras energías que tenemos y con la confianza que nos dan las mujeres y la gente de las comunidades, con eso nos abren las puertas. Cuando saben, no pues es que somos parteras, trabajamos con las comunidades y queremos apoyar, queremos ayudar, digan en qué podemos y ya.”* Se convierten así en aliadas comunitarias de luchas más amplias contra la opresión sistemática de la sociedad y el Estado.

El texto 21 no habla de partería como tal, sino que su tópico principal es la violencia obstétrica. La autora de la ponencia titulada “... pensar en términos de violencia” publicada en el foro de la CNDH en 2017 es Bianca Fernanda Vargas Escamilla, actual Directora de Atención a la Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR). Junto con Karla Berdichevsky Feldman son las principales

promotoras de la política pública actual (2018-2024) sobre la regulación de la partería. Su discurso parte de la agencia de la mujer sobre sus propios procesos reproductivos y cómo ante su ausencia se refleja la violencia: *“¿qué es lo que vemos en el cuerpo? Esta apropiación pues al final se traduce en ir extrayendo a la mujer la posibilidad de decisión y de gestión de su cuerpo”*. Bianca expone magistralmente las diferentes dimensiones implicadas en la violencia obstétrica: institucional, simbólica, estructural y de género. Y expresa de manera explícita lo que hasta 2017 con la Recomendación General No. 31/2017 de la CNDH²⁶ era un secreto a voces: *“... en términos de vincular la violencia obstétrica con la partería tradicional, me gustaría plantear que no es una conexión muy obvia, tampoco es muy natural, pero es muy necesaria. Hay que empezar a encontrarla, a desmenuzarla. Las dos están en ámbitos distintos, pero yo quiero pensar y proponer algunos puntos en los que estos dos grandes sistemas muy complejos, con lógicas muy distintas con conceptos que le son propios, pueden empezar a articularse”* Y comienza con esta reflexión sobre la apropiación del cuerpo y la agencialidad del proceso por parte de la mujer: *“... la partería (...) está constituida en sí misma con otro sentido distinto acerca del cuerpo. Desde la partería tradicional, ya sea porque la mujer y la partera pertenezcan al mismo grupo social, a la misma cultura, o porque la mujer haya decidido llegar a este espacio con la partera, y hayan tenido este punto de encuentro y articulación, pues están compartiendo también una forma de entender al cuerpo y sus procesos. No hay necesidad de explicar mucho más. (...) las mujeres en su práctica y en su vida cotidiana sí recurren a ella, sí están encontrando o sí están plasmando esta idea de solución. Ven como una alternativa justo para evitar este sufrimiento que describen en los hospitales.”*

Bianca habla de la partería como una profesión autónoma y como una forma de resistencia clave para la articulación: *“... hoy en día vemos y lo que hemos estado presenciando aquí es un ejemplo de la organización comunitaria, de las redes de las parteras con su familia, con su linaje, con todas las personas que se encuentran de manera cotidiana en su comunidad y que esta legitimación les da la posibilidad de ejercer como una profesión autónoma y necesaria. (...) Y aquí vemos cómo están siendo, se articulan esas asimetrías,*

²⁶ Este documento es de hecho resultado del Seminario “La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica” llevado a cabo 2 meses antes, de los cuales en esta tesis exploramos las ponencias etiquetadas como los textos 19, 20 y 21 (ver anexo 1).

esas formas de poder, pero mi invitación sería a seguir pensando como lo estamos haciendo ahorita en las formas de resistencia, en lo que nos puede dar estas claves.” También habla de la partería como un fenómeno dinámico en constante transformación cuyo ideal es la ¿homogeneización? “hablar de partería hoy como algo que transforma constantemente, que es dinámico, pues nos lleva a hablar de derechos, del derecho a la salud, de los procesos de organización comunitaria, del contexto compartido de cierta manera, de las diferentes fuentes de saber que se están articulando en la partería, de revalorizar estos saberes y reconocerlo como el patrimonio intangible que es, y de toda esta forma de transmisión de información y de autocuidado, pero no sólo individual, sino colectivo, y esto es ya también un respaldo para las mujeres. (...) En esta posibilidad, si la partería es una, constituye así una alternativa real, basada en posibilidades materiales concretas, pues realmente es una forma de agencia, una forma en que las mujeres pueden cuidar su cuerpo y gestionar todo su proceso reproductivo, y si es una alternativa real, pues el poder de agencia se incrementa al interior de este contexto de violencia estructural.”

Posterior a la pandemia por COVID-19 el CNEGySR (institución hegemónica por excelencia en materia de Salud Reproductiva cuya representante en materia de salud materna es la autora del texto 21) emite un par de documentos²⁷ que representan la síntesis de la política pública modificada en respuesta a lo que se convirtió en una problemática social postpandémica (aumento considerable de Razón de Muerte Materna). Dichos textos, al ser de carácter normativo de la práctica obstétrica, son un barómetro más o menos preciso de la adaptación del dispositivo que permite entender ante qué tipo de cambio estamos en relación con la práctica de la atención del parto en México. En ellos se aprecia que la política pública relacionada a la partería, asume esta visión de hacer de las parterías una sola partería, de tal manera que no se hace distinción de funciones entre parteras profesionales y enfermeras obstétricas y perinatales, lo que implica asumir que, lo que al principio en 2017 la Dra. Bianca

²⁷ Mancilla Ramírez, Javier; Leija Hernández, Claudia; Berdichevsky Feldman, Karla; Vargas Escamilla, Bianca Fernanda (2020) *Estrategia para fortalecer la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva por el personal de enfermería y partería durante la pandemia por covid-19*, Secretaría de Salud, 14 de diciembre 2020. Y Vargas Escamilla, Bianca Fernanda y Berdichevsky Feldman, Karla (2022) *Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal. Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servicios*, Secretaría de Salud, 21 de febrero 2022.

Vargas presentó como reivindicación política al final es también una simulación discursiva cuya manifestación pragmática termina siendo manipulada por el modelo hegemónico.

Relación del código mortalidad materna con el tópico bienestar materno-infantil

Como ya hemos visto el elemento principal que desde la gineco-obstetricia hegemónica se utiliza en contra de la atención de partería es la incidencia de mortalidad materna, lo cual es una afirmación intuitivamente obviada, pero estadísticamente refutable, como vimos en la gráfica “Nacimientos por lugar de ocurrencia y proveedor (México, 1985-2018)”. En el foro “Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio” en 2016, el médico especialista y presidente del Colegio de Ginecología y Obstetricia de Yucatán, Gumersindo Vázquez Castillo, en su discurso (texto 13) expone una serie de cláusulas que reflejan la evolución (unilineal) del “panorama de las mujeres”, pero lo hace desde un punto de vista que no es precisamente de las mujeres, sino en el contexto en el que se entiende que el médico y la tecnología son los únicos protagonistas en la reducción de la mortalidad materna.

En contraste con los discursos de reivindicación anteriores que abordan el tema desde la base conceptual de la autonomía de agencia de la mujer, aquí se aprecia un enfoque hacia la inminencia del riesgo: *“Muerte que no podemos tolerar en ni una sola mujer, sí, ni una sola mujer, pero también en ni un sólo bebé, porque son como todo ser humano que hay. Así pues, todos los seres humanos, hombres y mujeres, mujeres embarazadas y mujeres no embarazadas, niños, ancianos, gordos, feos, flacos, todos somos importantes.”* Desde este tipo de discursos se tiende al borramiento de la figura de la mujer, como podemos ver también en el texto 07 donde los también presidentes de los Colegios de Ginecología y Obstetricia de sus respectivos estados (Michoacán y Querétaro) escriben: *“Durante toda la historia del mundo se ha usado el cuerpo humano, de mujeres y de hombres, para aprender. Si no hubiera sido así, posiblemente ya no existiría nuestra especie. La finalidad de usar el cuerpo humano para aprender es tener recursos para preservar la salud y salvar la vida de otros seres humanos.”* En este sentido una mujer no es diferente al hombre, por lo tanto, no tiene necesidades específicas diferentes a cualquier otro ser humano.

También se nota un desprecio por el proceso fisiológico y, por lo tanto, por el conocimiento instintivo de la mujer: *“La obstetricia ha tenido una serie de eventos, primero*

se buscaba tener el bebé, de pronto a la señora le crecía su barriguita, y no sabía por qué le crecía su barriguita y sentía ganas de algo, contracciones y que nace este bebé a como dé lugar. Luego se fue evolucionando en conocimiento y bueno se buscó tratar de disminuir la mortalidad materna.” A riesgo de hacer una inferencia osada, apreciamos que el uso del lenguaje es infantilizante y ridiculizante hacia la mujer. Esta manera de presentar la “secuencia natural” de la historia humana expone la pretensión del control total no solo del cuerpo humano, sino de la vida y la humanidad mismas, en un proyecto teleológico donde la tecnología permite que nada sea dejado al azar: *“En esta etapa que abarcó muchísimos años de nuestra historia, pues gracias a muchas muchas cosas, las cuales vamos a hablar ahorita, se ha logrado disminuir de manera aparatosa, actualmente no solo la mortalidad materna, también buscamos disminuir la mortalidad en natal, tenemos equipos, tenemos instalaciones, tenemos medicamentos, tenemos conocimientos, tenemos protocolos de atención. Y tal vez en un futuro podamos buscar la obtención, no es que yo esté de acuerdo pero esta es la secuencia natural, de bebés prediseñados, con un menor riesgo de desarrollar algunas patologías, con una serie de características físicas y funcionales que sean deseables para la comunidad.”* Es un discurso de elogio y alegoría del triunfo de la ciencia, que podemos calificar de patriarcal en el sentido de que su propósito es conquistar cualquier reducto de autonomía que escape a su control.

En algún momento de su discurso menciona la época griega (cuando las expertas en parto eran las mujeres, las parteras), y cómo los romanos llegaron a perfeccionar tomando el control los hombres y comenzando con los procedimientos como la cesárea: *“Claro de estos quien sabe cuántas mujeres que se habrán desmayado las habrán terminado de matar, pero bueno, ahorita es fácil criticar, pero si en el momento de la historia lo vemos, no sé qué actitud hubiéramos tomado en esa etapa de la vida.”* Y refiriéndose a estos varones precientíficos añade: *“Acompañaron a las mujeres, y en la etapa de la edad media, se perdió mucho de lo que se había aprendido en la época griega y romana. Volvimos a las supercherías, a las supersticiones, a los cantos, a los amuletos y pues bueno, ya en la época del renacimiento aparecieron nuevas informaciones, la percepción real del cuerpo humano, aquí tenemos los fórceps de Chamberlain, que actualmente se considera una cosa grotesca, ¡un fórceps! pero igual, no había anestesia, no había técnicas quirúrgicas, y esto que salvó muchas vidas de bebés y mamás, sí, cierto, mató bebés, lastimó bebés, lastimó mamás, sí,*

pero entendamos que era una época diferente a la nuestra.” La etapa de la Edad Media, cuando el parto volvió a la esfera de las mujeres, cuando se quemaba a las parteras acusadas de brujería, este médico lo refiere como ‘época de superchería y superstición’, cual mentalidad inquisidora. Y el renacimiento llegó para servir nuevamente al proyecto patriarcal mediante toda la serie de procedimientos técnicos invasivos que se fueron desarrollando.

Luego da un salto abrupto hacia la modernidad del siglo XX, donde ratifica esta ideología dominante que prevalece en los tomadores de decisión sobre la necesidad de aumentar al 100% la cobertura hospitalaria como antídoto eficaz *per se* ante el problema de la mortalidad materna: “*Se han creado instituciones aquí tenemos el hospital de la mujer, y otras instituciones incluso privadas y no solamente ello, acaba de decir, nuestro mismo gobierno promueve, viendo que gracias a esas instalaciones podemos disminuir la morbi-mortalidad materna, estamos construyendo un nuevo hospital materno-infantil, que ya teníamos uno.*” Se hace notorio entonces que además del desprecio por el ritual, y por lo tanto, por el sentido psico-afectivo de ‘ese otro cuidado’ extrahospitalario, también hay un menosprecio y desdibujo de las consecuencias negativas de la tecnología, a través de poner el foco en que su papel ha sido la reducción de mortalidad, que a su vez se contradice con mencionar que también provocó muchas muertes.

En el discurso se refleja un continuo mecanismo de traspaso de la responsabilidad de las consecuencias negativas justificando la experimentación del pasado en aras del perfeccionamiento tecnológico de hoy, y cuando no se tienen los resultados esperados la responsabilidad cae en el paciente, en su rechazo al uso de la tecnología. Y esta lógica de experimentación igual a resultados igual a perfeccionamiento tecnológico igual a más experimentación es la que prevalece hasta el día de hoy y hacia el futuro, en esta teleología médica: “*Es evidente que ese personal “responsable” que mencionan las autoras aprendió alguna vez a hacer tactos vaginales, y también es evidente que aprendió haciéndolos, puesto que no hay otra manera. ¿Cómo aprenderán quienes atenderán los partos dentro de 10 o 20 años?*” Se justifican los autores del texto 07 ante el cuestionamiento del abuso y mal uso de los tactos vaginales expresados en el texto 06.

Al centrar todo el problema en la mortalidad, el discurso desdibuja los contextos socioculturales específicos de la atención: “*Un panorama mundial, podemos ser tan*

optimistas y alegres o tan pesimistas y negativos como queramos. Si nos comparamos con África central ganamos, pero si nos comparamos con el norte de Europa pues nos va mal. Estamos cambiando sí, estamos avanzando, este foro, este panel es prueba de ello, es prueba que están haciendo acciones para mejorar la salud de la mujer, para lograr controlar esto y disminuir con ello la mortalidad materna.” Todo el protagonismo y la responsabilidad recae en la figura del gineco-obstetra, que no da indicios de una autocrítica a su labor, por el contrario, la forma de lograr la meta de cero mortalidad es avanzando en el mismo camino, tomando el control absoluto de la atención obstétrica.

Al tratar el tema de las causas de mortalidad, con el ejemplo de la edad como factor de riesgo, percibimos la tendencia a ver los factores de riesgo como el riesgo en sí mismo en lugar de ver a la persona y su estado general de salud: “*¿De qué se nos mueren las mujeres? Principalmente se nos mueren de trastornos hipertensivos, preclamsia, eclampsia, hemorragias, infecciones. Hoy en día se nos siguen muriendo de infecciones y aquí están los porcentajes. Un área particularmente sensible es el embarazo adolescente, ya que pues bueno, hay un mayor riesgo tanto para la mamá como para el bebé, se ha demostrado que hay una (relación) a mayor juventud hay un mayor riesgo de mayor morbi-mortalidad porque el cuerpo, aunque ha desarrollado eventualmente la capacidad de embarazo, no significa que tenga todas las capacidades para reproducirse, el cuerpo de esta mujer tanto física como funcionalmente, estructural como funcionalmente no ha evolucionado hasta ese nivel.”* Ampliando la reflexión anterior, desde el modelo de partería se ven mujeres sanas hasta que la evidencia clínica indique lo contrario; en cambio, desde el modelo biomédico se acumulan factores de riesgo literalmente a través de una lista de cotejo sin una visión clínica integrativa que permita relacionar de manera coherente los factores entre sí, y por ende, impide un diagnóstico certero, engrosando así, innecesariamente, las filas de los ‘embarazos de alto riesgo’.

Básicamente, la base conceptual es, se eliminará la mortalidad materna cuando solamente hayan embarazadas perfectas, mujeres que no solamente no desarrollen morbilidades prenatales, sino que estén en el rango de edad ideal, en el rango de estatura y peso ideal, en el número ideal de partos previos, con una nutrición balanceada, que haga actividad física, que mantenga relaciones sexuales siempre con protección (aunque sea con

su pareja), bueno, de preferencia que suspenda su vida sexual durante nueve meses, y con ello, un largo etcétera de condicionamientos que al no cumplir con dos o tres la mujer cae en una categoría de riesgo alto, aunque sus exámenes físicos y clínicos estén en perfecto estado. *“Se reconoce a la maternidad responsable y saludable, (...) la meta de reducir la mortalidad materna en un 75% que era una de las metas del milenio, no lo cumplimos, nos pusimos una meta ambiciosa, no la cumplimos. Qué significa ¿somos unos fracasados? no, fracasados si no lo hubiéramos intentado, lo intentamos, vamos a seguir intentando hasta que camine”*. Y se sigue intentando una y otra vez educar a una ‘población ignorante’ bajo el mismo esquema unilateral y jerárquico de la biocomunicabilidad. Es decir, el día que todas las mujeres embarazadas sean física y moralmente perfectas dejarán de entregar su vida en sus partos.

Relación del código mortalidad materna con el tópico partería

El código “mortalidad materna” también arrojó una alta densidad en el texto 19 cuyo tópico es “partería”. Veamos cómo se relacionan contextualmente estos dos conceptos. En el marco del Seminario de la CNDH en mayo de 2017 presentó su ponencia la antropóloga Hilda Argüello Avendaño quien es *secretaria técnica del Observatorio de Mortalidad Materna en México*. Ella menciona que: *“Ya en la Colonia había esta culpabilización de la mortalidad materna infantil hacia las parteras y se pedía que fueran sustituidas por doctores o por enfermeras, y esto trajo consigo una reducción, que además esto me parece muy vigente, de las causas de morbi-mortalidad materna, porque se enfocan solamente en la figura de la partera.”* Es decir, la coincidencia histórica entre el entendimiento de las causas de mortalidad como simplemente la procuración de higiene²⁸, el mejoramientos de las condiciones de vida a partir de los servicios de agua potable y electricidad, que se da a la par de la sustitución de las parteras, por médicos egresados de universidades, provocó una asociación mental simplista y errada que se desmantela ante la nueva evidencia científica, pero que perdura hasta nuestros días. Esta serie de acontecimientos coyunturales: *“Redujo la comprensión de las causas y soluciones de la alta mortalidad materno-infantil y se*

²⁸ Hay vestigios históricos de que fue en el ámbito de la partería donde se descubre la relación entre lavarse las manos y atender un parto cuyo resultado era la disminución de las muertes por fiebre puerperal. Los protocientíficos gineco-obstetras de la época dejaron asentado en sus manuales que es una práctica que habían observado de las parteras. (Best & Neuhauser, 2004)

desarticuló este problema de los determinantes sociales y económicos y medicalizando a las parteras, el nacimiento y la maternidad misma (Birn 2006: 137)”.

Y la autora refuerza lo que comentamos anteriormente sobre los determinantes sociales en las poblaciones con mayor vulnerabilidad: *“Entonces eso sucede con la mortalidad materna, sigue siendo un problema importante por las brechas. Porque en los países nórdicos se mueren 1 o 3 mujeres por 100 mil habitantes, y tenemos localidades o municipios en México donde se mueren 200, a pesar de que el promedio sea 38 fallecimientos por 100 mil nacidos vivos (...) Un reto es que justamente, ¿quiénes son las mujeres que fallecen? Pues las mujeres que viven muchas veces en condiciones más precarias. O sea, la mortalidad materna tiene rostro de pobreza. O sea, el 99% de las muertes en el mundo ocurre en países en vías de desarrollo, en países empobrecidos, y México no es la excepción.”* Así, tanto parteras como mujeres son víctimas de la violencia estructural de todo un sistema, que además, las culpabiliza de sus propias muertes.

Y como ejemplo de lo anterior, cerramos este capítulo de análisis de la dimensión pragmática exponiendo los textos 07 y 11 cuyo código de mayor densidad es “modelo biomédico” encontrado en textos con dos tópicos diferentes: bienestar materno-infantil y síndrome de desgaste profesional respectivamente.

Relación del código modelo biomédico con el tópico bienestar materno-infantil

El texto 07 es la respuesta realizada mediante la sección “Carta al editor” de dos representantes del Colegio de Ginecología y Obstetricia en sus respectivos estados, Michoacán y Querétaro, como protesta ante el texto 06, publicado en la misma revista CONAMED sobre “El abuso de las mujeres en las salas de parto”. A través de algunos argumentos que utilizan en defensa de la práctica hospitalaria se puede entreleer el contexto sociocultural en el que se lleva a la práctica el modelo biomédico.

El primer argumento es que: *“Si los datos se recogieron mediante revisión de los expedientes clínicos, no se menciona en el trabajo, y es claro que si así fue, la revisión es incompleta y sesgada, al nunca mencionarse el momento, las condiciones y las indicaciones que motivaron los procedimientos obstétricos arriba mencionados, lo que permitiría formarse una idea real del asunto.”* Este argumento nos remite al testimonio del texto 02,

donde la especialista residente que renunció al un prestigioso hospital de alta especialidad detalla que los motivos principales fueron por la falta de ética y extrema violencia de los derechos humanos de los que eran víctimas las mujeres en las salas de parto. Recordemos que ella menciona lo siguiente: *“Creo que algunos médicos (...) se dan cuenta que no está bien lo que hacen. Por ello inventan múltiples excusas para justificarse, las cuales han quedado registradas en las historias clínicas”*. Los autores del texto 07 saben que solo la Comisión de Arbitraje Médico tiene la facultad de cuestionar los procedimientos, y las evidencias principales se detallan en los expedientes clínicos, por lo tanto, cualquier procedimiento que se realice va a estar ahí plenamente justificado, corresponda o no a la realidad.

Otro contrargumento que presentan es que las autoras del texto 06 exponen el abuso tanto verbal como físico, sin distinguir que lo primero se trata de actitud, pero lo segundo son procedimientos médicos que deberían ser incuestionables: *“Pero lo más criticable en el artículo es que las verdaderas y condenables agresiones, como las verbales que se documentan, se mezclan arbitrariamente con los procedimientos obstétricos que se practicaron en el grupo de pacientes estudiado, como si todo fuera agresivo para la mujer. La amniotomía, la episiotomía y la administración de oxitócicos, cuando se realizan de manera indicada y en la forma debida, son procedimientos útiles y benéficos para la madre y para el niño.”* Sin embargo como lo detallan los textos 01, 02, 03, 04, 06, 08, 09, 12, 17, 18, 19, 21 y 22, los protocolos vigentes que ya de por sí consideran procedimientos técnicos que son innecesarios, ni siquiera se respetan, y la norma es que existe de facto un abuso en amniotomías, episiotomías y administración de oxitócicos motivado por la necesidad del personal de acelerar el parto y para el aprendizaje de residentes, no sobre la atención de partos fisiológicos, sino sobre el adiestramiento en intervenciones fármaco-quirúrgicas.

También retoman el tema de las intervenciones manuales como los tactos vaginales. Comienzan defendiéndose ante la posibilidad de acusaciones por abuso sexual, las cuales también se han presentado como denuncias ante la CONAMED por el hecho de que a las mujeres se les practica tactos por personal no autorizado y con intenciones fuera del ámbito clínico: *“El número de tactos vaginales que se practican en un trabajo de parto es muy variable, depende de cada caso, y nunca, en más de 40 años de experiencia hemos visto a*

nadie practicarlos con ánimo de ofender o agredir a la parturienta.” Nótese el uso de eufemismos como ‘ofender y agredir’ en lugar de utilizar las palabras expresadas por las mujeres que son ‘abusar, violentar, violar’.

Entonces, concluyen su discurso defensivo con una reflexión tras citar una cláusula que realizan las autoras que mencionan ... “Esta maniobra debe monitorearse (sic) por personal médico responsable y no dejarlo en manos de personal que está aprendiendo.” Nótese el ‘(sic)’ de los autores del texto 07 utilizado para dar a entender que las autoras no tienen pleno conocimiento sobre el tema que están abordando. Ante dicho argumento su respuesta es: *“Esta afirmación cancela las posibilidades de aprendizaje para las nuevas generaciones médicas y de buena atención obstétrica para las futuras madres mexicanas. Es evidente que ese personal “responsable” que mencionan las autoras aprendió alguna vez a hacer tactos vaginales, y también es evidente que aprendió haciéndolos, puesto que no hay otra manera. ¿Cómo aprenderán quienes atenderán los partos dentro de 10 o 20 años?”* Como ya hemos mencionado antes, el modelo biomédico enfatiza el protagonismo de la atención de partos en la figura del especialista, y lo que se cancela en este contexto es la oportunidad de tratar a la mujer en parto como sujeto de derechos humanos.

Relación del código modelo biomédico con el tópico síndrome de burnout

El otro tópico con el que más se relaciona el código “modelo biomédico” en la categoría de “contexto” es el del “síndrome de desgaste profesional o burnout”. Se trata de un estudio correlativo publicado en 2015 titulado “Factores socioeconómicos y psicoafectivos y su influencia en el rendimiento académico de los residentes de Ginecología y Obstetricia”.

En este texto 11 hay una cláusula que brinda un contexto más profundo al testimonio de la médico residente del texto 02: *“El programa académico de la especialidad de Ginecología y Obstetricia se desarrolló con base en el Plan Único de Especializaciones Médicas instituido y reconocido por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Año con año, la Universidad realiza un examen de conocimientos basado en el Plan Único de Especializaciones Médicas para cada grado o año académico de la especialidad, con el que se determinan y evalúan el grado de conocimientos y habilidades adquiridas por el médico residente durante el último año cursado; además, este*

instrumento de evaluación funciona para determinar si el médico residente es apto para continuar o no en el siguiente año de la especialidad médica.” Con ello se puede visualizar la presión que los estudiantes de esta especialidad experimentan en el sentido de que la evaluación es con base en destrezas médicas, por lo tanto, entre más ellos puedan practicar todas las intervenciones posibles, en realidad la última preocupación es la consideración clínica respecto a si son necesarias o no. Observamos así que el contexto del aprendizaje en atención de partos es diametralmente opuesto entre el modelo de partería y el modelo biomédico principalmente en el ámbito de la socialización que establecen con la mujer embarazada y sus familias.

Solo para rescatar un punto que no hemos dejado del todo explícito cerraremos el capítulo con los resultados de este estudio del texto 11 realizado con 20 residentes de la especialidad, 15 del sexo femenino: *“14 de los médicos residentes consideró que los residentes de mayor jerarquía no deben resolver situaciones conflictivas entre los residentes de menor grado, y en 12 de los casos no consideraron a los residentes de mayor jerarquía líderes en quienes puedan confiar. Esto resultó contrario a lo publicado por Gil y su grupo quienes entrevistaron a 204 residentes del último año de diversas especialidades médicas donde se observó que 97% consideró extremadamente importante adquirir habilidades y destrezas para enseñar a los residentes de menor grado acerca de cómo priorizar el cuidado de los pacientes y a obtener información crítica para el manejo de situaciones de urgencia. Además, reportaron que sería extremadamente útil recibir adiestramiento para resolver conflictos acerca del cuidado de los pacientes (48-59%) y para resolver situaciones conflictivas entre residentes de menor grado, saber comunicarse con ellos de manera efectiva y cómo convertirse en líderes altamente efectivos (65-78%).”* Es decir, los conflictos éticos que pudiese presentar subjetivamente el personal en formación ante la percepción y experimentación de la violencia sistémica institucional se traducen en conflictos interpersonales incrustados en una estructura sociocultural rígida de relaciones de poder altamente jerarquizadas y dogmáticas.

Y como también el mismo estudio lo menciona, todo este contexto provoca que la mayoría de los internos no perciba la violencia obstétrica, es decir, parte fundamental de la

formación como especialista en ginecología y obstetricia es disminuir y/o bloquear la capacidad de empatía con las personas, incluyendo pacientes y compañeros de trabajo.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN SEMIÓTICA

“...las ideologías no pueden simplemente ‘leerse’ al calce de un texto o de un acto de habla particulares [...] articular la ‘superficie’ del habla y el texto con ideologías ‘subyacentes’ es un proceso lleno de complejidades y contradicciones.”

(Teun A. van Dijk, *Análisis del discurso ideológico*, 1996)

Los conceptos de poder e ideología juegan un papel primordial en este nivel de análisis. En su artículo “Lenguaje, ideología y poder” Fairclough afirma que la hegemonía moderna incorpora en sus órdenes del discurso aquellas prácticas críticas, opositoras y que representan una posición de lucha contra el orden hegemónico establecido solo como estrategia para hacer parecer a las instituciones sociales como “pluralistas”, presentando lo que él llama “formaciones ideológicas discursivas” (FID) potencialmente antagónicas, que se ordenan en el dominio. Para rematar considera que es muy probable que la resistencia provenga de sujetos cuyo posicionamiento dentro de otras instituciones y órdenes de discurso les proporciona los recursos para resistir.

Es una propuesta polémica que no debemos pasar por alto al momento de determinar qué discursos y actores y en qué contextos, ciertos discursos tienen una influencia real en la transformación de las relaciones sociales y cuáles son una simulación estratégica del orden hegemónico. Otro elemento importante para tomar en consideración en el análisis interdiscursivo es que “un orden del discurso puede incorporar en términos gramscianos un ‘complejo ideológico’, una configuración de ideologías, y tanto el complejo ideológico como el orden del discurso pueden reconstruirse en el curso de los eventos discursivos.” (Fairclough 1995, pág. 25).

En este sentido los órdenes del discurso son dominios de lucha ideológica dentro y fuera de las instituciones sociales que forzosamente conllevan a prácticas que los sujetos interactuantes experimentan e interpretan para reconfigurar discursivamente su acción social dentro del marco ideológico de adherencia. En estas reestructuraciones surgen dilemas

prácticos que los sujetos intentan resolver creativamente mediante la combinación de convenciones discursivas disponibles dando lugar también al proceso de construcción-deconstrucción-configuración de identidades colectivas.

Por lo general, las instituciones sociales representan un orden del discurso en sí mismo. Entre más cohesionada, histórica y socialmente, se encuentre la institución, los límites de sus prácticas discursivas serán relativamente más fuertes y rígidos. Generalmente estas instituciones ocuparán las posiciones hegemónicas cuyas prácticas en la relación de poder estén marcadas por la dominación, y por lo tanto se autorrepresentan como *no marcadas, normales, naturales*. Es el caso de la gineco-obstetricia como especialidad de la biomedicina. Por el contrario, una institución social altamente heterogénea, con poca cohesión estructural debido a la marginación histórica y social, sus prácticas discursivas estarán demarcadas débilmente mostrando límites más permeables; y, eventualmente, con prácticas en la relación de poder marcadas por la búsqueda de autonomía y empoderamiento. Es el caso de la partería entendida como práctica universal, ancestral y desplazada en el dominio de la institución hegemónica.

Existe un conflicto entre ambas instituciones porque comparten el mismo dominio en la práctica: la atención obstétrica. En esta lucha de poder, los órdenes del discurso apelan a esquemas ideológicos con modelos mentales inherentemente diferenciados reflejados en sus prácticas, pero también con un esquema distinto respecto a la relación social entre las instituciones mismas. En otras palabras, la lucha social ideológicamente hablando no se juega en la misma arena de las relaciones de poder basadas en el dominio hegemónico; mientras que para una de las instituciones esto es así, la otra intenta cambiar las reglas del juego separando el ejercicio de poder del abuso del mismo, es decir, transformando las relaciones sociales.

Esto quedará más finamente detallado en el siguiente capítulo, por lo pronto basta mencionar que el análisis categorial muestra la existencia de dos instituciones sociales que se disputan la práctica de la atención obstétrica desde prácticas discursivas ideológicamente diferenciadas que en un proceso dinámico interdiscursivo configuran y reconfiguran órdenes del discurso propios y comunes.

Será necesario mencionar que ninguna institución social es monolítica y, por lo tanto, los órdenes del discurso siempre serán heterogéneos en el sentido de que articulan relaciones compatibles, complementarias y contradictorias. Y que el papel del poder y la ideología se entiende de manera diferente en cada sistema. Es ahí donde radica la complejidad de estos dos conceptos cuya implicación en la transformación de las relaciones sociales los pioneros del ACD no alcanzaron a vislumbrar. Y a pesar de ello la pregunta sigue siendo ¿hay acaso lugar en el orden social para que sujetos empoderados puestos en relación lleven a cabo prácticas que no estén basadas en la dominación, sino en la cooperación y la complementariedad? ¿hay maneras de que sujetos históricamente marginados experimenten autonomía sin que para ello tengan que imponerse a través de solo invertir su rol subalterno a uno hegemónico?

En el desarrollo del análisis interdiscursivo observamos cómo se rearticulan los órdenes del discurso no solo en su producción, sino a lo largo del tiempo (entre el año 2010 y 2019) también en la interpretación. La mirada analítica permite identificar cuáles elementos heterogéneos y ambivalencias se van reduciendo y/o eliminando, y cuáles, por el contrario, se van fortaleciendo y consolidando mediante prácticas interpretativas particulares en la red del interdiscurso.

5.1 IDENTIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA IDEOLÓGICA

Como se puede observar en el capítulo anterior, la mayoría de los segmentos codificados expresan, en mayor o en menor medida, cierta carga ideológica ya sea explícita o implícitamente. Y algunas prácticas sociales referidas en los discursos están basadas, de manera consciente o no, en cierta postura ideológica.

Los textos son ricos en alusiones de juicio ante el comportamiento observado en los otros, lo cual nos permitirá un acercamiento a las creencias y opiniones, que analizadas de manera sistemática y relacional, descubrirá el trasfondo ideológico no explícito en el texto.

Una breve discusión sobre la problemática conceptual del término *ideología* en ciencias sociales ya se presentó en el capítulo 2. Aquí nos apegamos a la definición de las ideologías vistas como sistemas que sustentan las *cogniciones sociopolíticas* de los grupos

(Lau y Sears, 1986; Rosenberg, 1988; van Dijk, 1996, 2007). Para nosotros las ideologías no son apolíticas, pero tampoco son herramientas exclusivas de la dominación hegemónica, ni están necesariamente basadas en preceptos falsos o moralmente condenables.

“A diferencia de muchas aproximaciones tradicionales a las ideologías, no suponemos aquí que las ideologías sean necesariamente ‘negativas’ o ‘falsas’. Esto es, no solamente los grupos dominantes pueden tener ideologías que sirve para legitimar su poder o para construir un consenso o el consentimiento a su dominación (sobre este asunto, véase Abercrombie, Hill y Turner, 1980, 1990) También los grupos dominados y de oposición pueden tener una ideología que organice efectivamente las representaciones sociales que exigen la resistencia y el cambio.” (van Dijk, 1996, pág. 19).

Los discursos bajo análisis engloban prácticas sociales propias de la atención obstétrica. Estas prácticas sociales, al ser recontextualizadas por los diferentes órdenes del discurso, pasan por el filtro de los productores, de los editores o distribuidores y de las políticas institucionales.

Desde el ACD clásico, el análisis del discurso ideológico tiene como propósito poner “al descubierto” la ideología sustentante principalmente del dominio hegemónico, de ahí que la postura es “crítica”. Teun A. van Dijk (1996) menciona que el análisis del discurso ideológico es un tipo específico de análisis del discurso sociopolítico (pág. 15). Lo que los discursos del data bajo análisis muestran es, sin lugar a duda, que estamos tratando también con discursos sociopolíticos donde el cuerpo es territorio en disputa en una lucha entre la hetero-dominación y la autodeterminación.

El propósito del presente capítulo es relacionar las estructuras discursivas con las estructuras sociales. Ya se ha mencionado en capítulos anteriores las practicas discursivas de cada texto, es decir, sus estructuras y condiciones de producción, distribución y consumo. En esta ocasión interesa examinar las ideologías que se encuentran asociadas a la posición del productor del discurso en la estructura social.

En el análisis interdiscursivo hay vasta evidencia de las relaciones de dominación presentes en la atención obstétrica en diferentes niveles. A partir del análisis ideológico

identificaremos las estructuras sociocognitivas que, al relacionarse a través de los textos, sirven para sustentar o para cuestionar prácticas y posiciones sociales.

Para ello, recurrimos a herramientas sociolingüísticas ofrecidas por van Dijk (2007), quien pone el foco en la dicotomía Nosotros / Ellos con relación a la manera de manipular la estructura morfosintáctica mediante destacar *Sus* cosas malas o *Nuestras* cosas buenas mediante el uso de la voz activa, o mitigar *Nuestras* cosas malas (inconsistentes con una autoimagen positiva) o *Sus* cosas buenas usando la voz pasiva o nominalizaciones en lugar de la voz activa. Las construcciones pasivas y las nominalizaciones son significativas ya que permiten eliminar algunas partes de la cláusula y, por lo tanto, dejan la responsabilidad de la acción sin especificar. La nominalización, además, elimina a los participantes, convirtiendo los procesos en cosas, que luego se pueden clasificar, y en consecuencia tiende a conducir a la simplificación (Conboy 2007, 65) o a la generalización.

Tal marco general de análisis se retoma con reservas, toda vez que en el data encontramos textos catalizadores del discurso que se presentan como una crítica dentro del mismo orden social que estructura las prácticas en cuestión, como es el caso de los textos autocríticos desde el sistema biomédico, los cuales representan discursos producidos en el ámbito de las instituciones de salud mexicanas y se posicionan como opositores al orden social normalizado institucionalmente.

Por ello se adapta la estrategia del análisis ideológico propuesta por van Dijk pues el objeto mental no es la ideología de cierto grupo de pertenencia sino de la práctica sociocultural puesta en juicio. Se conserva la estructura del modelo mental de acuerdo con las categorías *configuración* (tiempo, lugar), *participantes* (cosas, personas) y el *evento* determinado que ocurre (práctica sociocultural referida).

Mas allá de la identificación superficial de ideologías subyacentes en los discursos, las cuales se pueden atribuir al sentido común con cierto grado de certeza, lo que nos interesa es articular una comprensión sistemática entre las estructuras del discurso y las estructuras ideológicas, (van Dijk, 1996) por un lado, y el funcionamiento del discurso en las instituciones y el cambio sociocultural, (Fairclough, 1995) por el otro.

Tabla 5.1.1 Adaptación del plano de la estructura ideológica

	Plano de la Estructura Ideológica de van Dijk	Adaptación del Plano de la Estructura Ideológica al fenómeno bajo estudio
Explícito en el discurso	Decir cosas positivas sobre Nosotros Decir cosas negativas sobre Ellos	Decir cosas positivas sobre Nuestras Prácticas Decir cosas negativas sobre Sus Prácticas
Implícito en el discurso	No decir cosas negativas sobre Nosotros No decir cosas positivas sobre Ellos	No decir cosas negativas sobre Nuestras Prácticas No decir cosas positivas sobre Sus Prácticas

A las estrategias ideológicas expresadas en estructuras del discurso definidas por van Dijk, añadiremos las descripciones sociológicas y del orden del discurso institucionales, cuya relación de fuerzas constituyen lo que Fairclough llama “formaciones ideológicas discursivas” (FID) y van Dijk asimila a las cogniciones sociopolíticas de los grupos en interacción. Enfocaremos en los 'cruces' de interacción que son particularmente significativos en términos de tensiones entre ideologías de la práctica obstétrica:

- a) En términos de la descripción sociológica de las instituciones tenemos por un lado la gineco-obstetricia, por otro lado la partería; y en medio, la relación entre las fuerzas dentro de la red de orden social.
- b) Basaremos la descripción de los órdenes del discurso en juego en los análisis de las dimensiones comunicativa y pragmática de capítulos anteriores en donde se presentan los segmentos del texto que han sido codificados, para identificar las relaciones sociales entre ellos, (sean de dominio - exclusión, oposición, segregación, contradicción; o de cooperación - complementariedad, integración, inclusión)

Pero la relación no es explícita y mucho menos automática. Para Teun A. van Dijk una *interfase sociocognitiva* media entre la macro y la microestructura, es decir, entre la sociedad y el actor. Los actores se representan a sí mismos y a sus prácticas como miembros de grupos (también de subgrupos e intergrupos) a través de los discursos en los cuales vierten su conocimiento general sobre la sociedad y la interacción. Las ideologías organizan este material cognitivo sociopolítico en términos de actitudes, opiniones generales, valores significativos del grupo social y valores socioculturales del subgrupo y los múltiples grupos

de adherencia subjetiva, lo cual explica las contradicciones, si las hay, con las que el sujeto productor del discurso tiene que lidiar en el texto (el caso de los textos 02 y 03 son ejemplares en este aspecto).

Las relaciones y los intereses de los grupos, subgrupos e intergrupos se ponen en juego, manifestando una estructura polarizada entre las categorías de NOSOTROS y ELLOS. En los órdenes del discurso en que van Dijk aplica su teoría se refleja una polarización binaria relativamente simple entre dos grupos (por ejemplo en sus análisis de los discursos de la prensa conservadora europea y norteamericana respecto al tema de las minorías raciales); no obstante, en el tema que nos ocupa, la polarización discursiva que se representa entre NUESTRAS PRÁCTICAS y SUS PRÁCTICAS (obstétricas) es más de carácter fractal que binario, es decir, sujetos que se posicionan en subgrupos de un grupo más amplio o en varios grupos a la vez, intentando resolver a través del texto las contradicciones ideológicas que esto le genera.

Tabla 5.1.2 Plano de la estructura ideológica de las prácticas obstétricas

PLANO DE LA ESTRUCTURA IDEOLÓGICA		
<i>(Adaptación de van Dijk)</i>		
	Nuestras Prácticas	Sus Prácticas
Cosas positivas	Decir (discurso crítico)	No decir (discurso crítico)
	No decir (discurso autocrítico)	Decir (discurso autocrítico)
Cosas negativas	No decir (discurso crítico)	Decir (discurso crítico)
	Decir (discurso autocrítico)	No decir (discurso autocrítico)

El propósito del análisis ideológico implica metodológicamente identificar qué expresiones o significados del discurso dan lugar a qué clase de inferencias u otros procesos mentales, y nos interesan específicamente los de carácter intertextual.

En el próximo apartado retomaremos de los discursos aquellas unidades léxicas que se eligen para describir las propias prácticas y las de otros en el contexto de la atención obstétrica. El léxico no solo está presente en los adjetivos o sustantivos seleccionados para describir los atributos de las prácticas, sino también en cláusulas complejas que relacionan a

los sujetos con acciones, objetos, lugares, o acontecimientos específicos, tanto a nivel micro de la lexicalización, el significado y la coherencia local de las oraciones, así como en el nivel macrotextual de los tópicos y del sentido global.

5.2 ANÁLISIS IDEOLÓGICO DE LA INTERDISCURSIVIDAD

El data de análisis (2010-2019) consta de 25 textos codificados en 1773 segmentos relativos a la atención obstétrica considerando el contexto, los actores participantes y las actitudes manifiestas. El discurso ideológico de manera particular estará semánticamente orientado hacia los tópicos, significados e implicaciones relativas a descripciones identitarias, de actividad, de propósitos, de normas y valores, de posición y de relación, y de los recursos disponibles (van Dijk, 1996, 2007). De este modo enfocaremos la base del análisis en los actores, y de ahí las relaciones intersubjetivas en contextos determinados y con determinada carga valorativa y de juicio.

En los 25 textos se codificaron 450 segmentos relativos a actores o participantes de la interacción a partir de 28 códigos *In Vivo* los cuales podemos clasificar en 5 grandes grupos, los cuales se subdividen en subgrupos, y se ordenan de acuerdo con su densidad (número total de segmentos codificados, orden horizontal) y su ocurrencia intertextual (número de textos en los que aparecen, orden vertical).

Tabla 5.2.1 Relación intertextual entre los actores de los discursos

Personal sanitario	120	Parteras	109	Organismos	107	Usuarios	70	Investigadores	44
Ginecobstetras	14	(No adjetivadas)	14	OMS	11	Mujeres	10	Área médica	5
Residentes	10	Profesionales	8	Políticos	11	Bebés	7	Michel Odent	4
Personal sin especificar	9	Indígenas	7	Sociedad Civil	9	Alguna otra persona	7	Ginecobstetras	3
Enfermeros(as)	8	Tradicionales	5	UNFPA	1			Antropólogos	3
Médicos(as) generales	7	Rurales	3	Certificadores	1			Pedagogos	1
Enfermeros(as) obstétricos(as)	2	Técnicas	2					Psicólogos	1
		Urbanas	2						

Ya con este primer acercamiento a los grupos y subgrupos de actores participantes en los discursos, el analista puede darse una idea sobre quiénes y hacia dónde se dirige el interdiscurso. Los principales implicados son los médicos *ginecobstetras* y las *parteras*, quienes brindan atención a las *mujeres* con referencia (idealmente) a los lineamientos de la *OMS* y cuyas prácticas son analizadas y pasadas por el filtro de *investigadores* principalmente del área médica (epidemiólogos, representantes de salud pública, ginecobstetras y parteras). La visión interdisciplinar desde ciencias sociales como la antropología, la psicología y la pedagogía es menos densa en ocurrencia, pero aporta elementos clave para entender el fenómeno.

5.2.1 Discursos relativos al personal sanitario

Los textos que mencionan explícitamente a los médicos de la especialidad de ginecobstetricia se relacionan con los tópicos de violencia obstétrica (5/14), partería (4/14), cesárea (2/14), síndrome de Burnout (2/14) y bienestar materno-infantil (1/14). En los textos cuyo tópico principal es la violencia obstétrica (01, 02, 03, 04 y 06) encontramos 12 cláusulas que refieren a estos actores; los productores de todas ellas son parte del Sistema Nacional de Salud aunque solo algunos se dedican directamente a la práctica de la ginecobstetricia:

[1] *(del texto 02) Era como un teatro en el que había que representar el papel de aprendiz de especialista, había demasiada hipocresía y me daba cuenta que mientras más tiempo se pasaban en el hospital, menos auténticos se hacían las y los médicos. Terminaban haciendo su trabajo de forma mecánica y sin saber en lo que creían.*

La misma autora quien a los pocos meses renunció a la especialidad en cuyo testimonio explica las razones y motivos todos atribuibles al alto grado de violencia institucional, pone énfasis en que el género del especialista no afecta el trato inhumano que dan a las pacientes:

[2] *(del texto 02) Creo que algunos médicos, tanto hombres como mujeres – en el fondo – se dan cuenta que no está bien lo que hacen. (...) Causan problemas en las pacientes para “tener” que solucionarlos y convencerse a sí mismos/as de que no están usando a las personas, violentando su seguridad y obstruyendo su calidad de vida futura.*

Médicos ginecobstetras del género masculino también refuerzan esta visión de la práctica, sintetizando las observaciones propias de su experiencia con algunos estudios publicados:

[3] *(del texto 03) (...) se trata de un discurso que trasciende los géneros, por lo que no es raro ver mujeres del personal sanitario maltratando tanto a las mujeres como a los hombres que acuden solicitando atención obstétrica.*

Desde su posicionamiento como ginecobstetras de pronto se pensaría que se ven en la necesidad de justificar las prácticas de su gremio, no obstante encontramos que al intentar brindar una explicación, lejos de mitigar la autocrítica, son ellos quienes presentan los argumentos más radicales:

[4] *(del texto 03) Es frecuente el uso del recurso argumentativo de “la sobredemanda de atención y la escasez de recursos” para justificar el maltrato en las instituciones públicas; sin embargo, aun reconociendo que la atención obstétrica en los hospitales públicos se caracteriza por exceso de trabajo e insuficiencia de recursos, y aun aceptando la existencia del “error médico”, lo que pacientes y familiares reclaman es que su médica/o actúe en forma comprometida y responsable, que agote los medios disponibles que brinda la ciencia médica en forma correcta, cuidadosa y exacta para lograr su objetivo de la mejor manera posible y que los mantenga informados en forma clara, veraz y oportuna. Lo que pacientes y familiares están pidiendo es el respeto a su dignidad como agentes morales, dotados de razón y voluntad libre. No buscan sustituir al personal médico participante del proceso de toma de decisiones, respeto es lo que piden, solo respeto.*

En cambio cuando algún médico con especialidad enfocada a la investigación como salud pública o epidemiología, o algún funcionario de otra división centrada en la calidad de los servicios como la Dirección de Medicina Tradicional y Salud Intercultural (DMTyDI-DGPLADES) técnicamente describen las mismas realidades en los mismos contextos, incluso haciendo énfasis en los mismos aspectos como la no relevancia del género del especialista, en su crítica suelen utilizar más la combinación de una generalización (equipo sanitario, personal de salud) con una abstracción nominalizada (violencia obstétrica o institucional, prejuicio naturalizado), y en cambio cuando refieren de manera concreta al personal utilizan elementos justificatorios mitigantes como el síndrome de Burnout:

[5] *(del texto 01) 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.*

Lo que implica que estos actores, más que victimarios, son una víctima más de la violencia institucional:

[6] *(del texto 01) ... al exponer a las/os médicas/os generales, internas/ os, residentes de gineco-obstetricia y personal de enfermería a un ambiente deshumanizador y con sobrecarga de trabajo, se les puede producir problemas emocionales y depresión, lo cual es conocido como Síndrome de Burnout, el cual se manifiesta en el personal de salud que se encuentra en contacto con pacientes.*

Entonces algunos van un paso más allá, por ejemplo cuando el médico que sí es ginecobstetra se pregunta cómo se generó este ambiente hostil:

[7] *(del texto 03) ¿Cómo se ha construido una estructura hospitalaria que tolera o promueve que sus integrantes creen que pueden tratar a las personas como objetos desprovistos de derechos o que permanezcan impasibles frente a los sufrimientos de una persona? Todas estas formas de abuso se relacionan con la organización de los servicios de gineco-obstetricia, con la manera como se forma a las y los médicos residentes, así como la forma en la que ese grupo social concibe a las propias mujeres.*

En este punto se podría llegar a pensar que, pesar de los testimonios muy puntuales, concretos y específicos:

[8] *(del texto 02 sobre la revisión manual de la cavidad uterina después del alumbramiento con la cual...) la señora se retorció de dolor (con todo y epidural) y solo recibía regaños por moverse y no cooperar. Como a mí esa práctica no me gustaba en lo absoluto, me había puesto a leer al respecto y la literatura menciona que no es necesario realizar una revisión sistemática de todas las pacientes. Solo se debe hacer en caso de que la placenta no salga completa o que la paciente continúe sangrando, no como esta paciente en la que todo se desarrollaba normalmente. Durante mi servicio social nunca lo hicimos y*

ninguna paciente se complicó. Se lo comenté a mi maestra de este hospital y me contestó: “¿Qué, quieres que la señora regrese sangrando?”.

[9] *(del texto 03) Un corolario de esta doctrina es eximir de toda responsabilidad a las y los médicos y culpar a las propias mujeres por los problemas y las dificultades que puedan presentarse durante el parto: “¡Si no pujas tu hijo va a nacer tonto!*

Quizá se tratase solamente de la percepción subjetiva de algunos cuantos especialistas e investigadores, o que se trata incluso de problemas particulares de pocos hospitales como algunos detractores han argumentado, no obstante:

[10] *(del texto 04) Según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la gineco-obstetricia fue la tercera de las disciplinas que más quejas de pacientes acumuló en 2011.*

Paradójicamente los detractores referidos son comisionados estatales de la CONAMED quienes argumentan en defensa del gremio:

[11] *(del texto 07) Creemos que un investigador nunca debe generalizar de esa manera y menos sin tener pruebas fehacientes. Decir que el maltrato a la mujer se ha “institucionalizado” en la atención obstétrica es falso e injusto. Los abajo firmantes y muchos médicos que conocemos hemos atendido miles de partos, en muchas Instituciones, siempre con la intención de lograr la salud y el bienestar del binomio madre-hijo.*

En respuesta a un estudio sistemático realizado por cuatro investigadoras, médicas, con especialidad en ciencias sociales del INSP cuyos resultados presentan sin abstracciones ni eufemismos:

[12] *(del texto 06) Resultados. 11% de las mujeres refirieron haberse sentido maltratadas por alguien del personal de salud. La persona que ejerció maltrato fueron: enfermeras (40%), médicas (30%) y médicos (23%). 19% reporto maltrato verbal, casi 8% maltrato físico y 29% reporto abuso total (toda mujer que respondiera afirmativamente a las preguntas: pregunta abierta de percepción de maltrato, maltrato verbal o maltrato físico).*

[13] *(del texto 06) La persona que fue referida como abusiva: la enfermera, la médica, el médico.*

Como se observa, la relación del código ‘actor/ginecobstetra’ con el tópico violencia obstétrica presenta la relación más densa de la categoría actores, la cual invariablemente se desarrolla en el contexto de la sanidad pública y privada. Quienes abordan el discurso desde esta relación y además lo hacen desde la práctica médica, por lo general señalan las malas prácticas del contexto institucional, las cuales son más radicales mientras más cercano se está al grupo de pertenencia, contrario a la tesis del discurso ideológico que presenta van Dijk, en la que es común que *nosotros* hablemos bien de *nuestras prácticas*. Por supuesto que el gremio médico defiende sus prácticas de esta crítica, lo hace a partir de sus representantes oficiales del colegio de gineco-obstetricia, pero por obvias razones (evasión) sus discursos no están vinculados al tópico de la violencia obstétrica.

A continuación presentamos ejemplos de los segmentos codificados con ‘actor/ginecobstetra’, pero en textos relacionados al tópico de la partería. En este caso las cláusulas provienen en su mayoría de parteras. Pero antes de entrar de lleno a cómo ellas se refieren o qué dicen sobre los ginecobstetras, presentamos un ejemplo de discurso polémico desde el punto de vista de la relación social. En el año 2014, la UNFPA, la ICM (Confederación Internacional de Matronas) y la OMS generan un documento marco para la política pública titulado “El Estado de las Parteras en el Mundo. Hacia el Acceso Universal a la Salud, un Derecho de la Mujer”, el cual es ampliado para el caso de México, sustituyendo a la ICM por el CPMS (Comité Promotor por una Maternidad Segura en México).

El texto es retomado por un médico investigador del INSP, especialista en medicina social y *big data*. En el texto 15 él sugiere que una solución al problema de la muerte materna en México es la integración de parteras que puedan atender el continuum de la atención de la mujer en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva Materna y Neonatal (SSRMN).

El ejemplo es polémico por dos razones, en primer lugar, la política pública de los servicios sanitarios en México se basa en las recomendaciones de estos organismos internacionales (de las cuales el INSP es promotor y decisor); en segundo lugar, al desenfatar el tópico de la violencia obstétrica se cae en argumentos falaces como el siguiente:

[14] *(del texto 15) En México el personal que presta servicios de partería incluye parteras profesionales, parteras técnicas, enfermeras obstetras, enfermeras generales,*

médicos generales y ginecobstetras. También prestan este tipo de servicios personal capacitado, aunque no necesariamente a través de un proceso de educación formal, como las parteras tradicionales.

El argumento es falaz porque a diferencia de la atención gineco-obstétrica, la partería sí atiende el continuum del embarazo, parto y puerperio, e incluso desde la prevención del embarazo adolescente y la planificación familiar, mientras que la cláusula referida coloca *oficialmente* a enfermeras y médicos, incluso a los generales por encima de las parteras tradicionales, las cuales son las que en primer lugar y por siglos han desarrollado y practicado la partería entendida como ese continuum de atención.

Además de esta cláusula especial hay otras relacionadas al código ‘actor/ginecobstetra’ en los textos cuyo tópico principal es la partería (09, 20 y 25). En ellos encontramos 9 cláusulas que refieren a estos actores; las productoras son mujeres parteras. En el análisis reconocemos una situación de origen y estatus que divide a las parteras en subgrupos.

Las que emiten un discurso crítico señalando directamente al médico ginecobstetra, están posicionadas como parteras de origen extranjero, formadas en otros países, reconocidas a nivel nacional por establecer en México escuelas y casas de partería en un contexto marginal respecto al Sistema Nacional de Salud. Aunque ambas han luchado el reconocimiento oficial por parte de la SEP y de la SSA, solo una de ellas, Nadine Goodman fundadora de CASA, AC, ha logrado el RVOE aunque continúa promoviendo sin éxito que las egresadas de su escuela (parteras técnicas y profesionales) se integren como personal sanitario en hospitales del Sistema Nacional de Salud. Respecto a los médicos en general y los ginecobstetras en particular ella menciona que:

[15] *(del texto 25) ... el trato hacia las parteras tradicionales por parte de los sistemas de salud no ha sido el más adecuado. Para ella, han sido maltratadas y su sabiduría, habilidades y destrezas no han sido aprovechadas, pero también reconoce que, ya sea partería tradicional, profesional o médicos alópatas, es necesario trabajar bajo la evidencia médica y no tener una visión demasiado romántica de ninguna práctica.*

Este impulso por desromantizar la partería, y más bien politizarla en una plataforma de equidad basada en evidencia médica es compartido con Cristina Alonso fundadora de Luna Maya, AC:

[16] *(del texto 09) El parto humanizado surge de una reivindicación de las mujeres a raíz de la sobre **medicalización** del parto que ocurre durante el siglo XX, que empezó desde la **hospitalización** de la mujer en el trabajo de parto, y de ahí se fueron institucionalizando una serie de rutinas, por ejemplo, el **rasurado** del pelo **púbico**, la **posición** acostada (**horizontal**), la **falta de libertad** para moverse, la inserción de **canalización intravenosa** con el surgimiento de los medicamentos el uso de la **oxitocina** para aumentar las contracciones, incluso la **episiotomía** que es el **corte vaginal**, la separación del bebé y la mamá, la extracción manual de la placenta, toda una serie de rituales que lo que hicieron del parto es que en vez de que fuera un proceso **fisiológico espontáneo** y **natural**, se convirtiera un proceso **conducido, manejado** y bajo el control de los médicos. (las negritas indican palabras enfatizadas de manera textual que acompañaron visualmente el discurso oral).*

[17] *(del texto 09) La pelea fundamental en el parto, en la obstetricia, es quién lo está haciendo mejor, esencialmente es lo que estamos discutiendo. Parteras estamos discutiendo que estamos cansadas de que las mujeres sólo por tener un supuesto parto seguro están viviendo violencia sexual, se le están cortando las vaginas, se les están haciendo cirugías, se le están violentando sus derechos. Los obstetras, algunos, les están diciendo que nosotras al no tener quirófano, al no tener una preparación adecuada estamos jugando con la vida de las mamás.*

Este posicionamiento aguerrido se encuentra también en otro subgrupo de parteras, algunas de ellas formadas o incluso formadoras en estas escuelas, cuyo origen predominantemente mexicano del ámbito rural (donde la atención hospitalaria carece de cobertura) las posiciona como parteras tradicionales. Este subgrupo muy rara vez se refiere públicamente, para bien o para mal, a los médicos ginecobstetras, pero cuando lo hacen, su estilo es distinto, aguerrido, pero de manera indirecta, aunque el contenido semántico sea básicamente el mismo. Yolanda Bautista Hernández, partera de Oaxaca lo dice así:

[18] *(del texto 20) Porque las instituciones nada más se encargan de la expulsión, de que todo haya según ellos salido bien, y vámonos, ya del posparto ay tú te las arreglas ¿no?*

Eso está comprobado, y si aquí con respeto están las instituciones que me digan si yo estoy calumniando también.(...) Nosotras mismas como parteras, nos quedamos contemplando lo que las instituciones hacen y no vinculamos la fuerza de esta sabiduría, de este legado sagrado, para hacer valer también nuestros derechos. Así como también nosotros y nosotras queremos respetar y respetamos el trabajo también de los médicos, porque también hay médicos para mí, con un valor y calidez humana maravillosa, puedo traer ahorita en mi corazón al doctor Quintero, maravillosa persona que ha acompañado a las parteras en momentos difíciles, complicados. A la Dra. Carolina Denis, una mujer de mucha entrega, si a las 3, 4 de la madrugada ella está dormida y le llamamos, “Dra. Hay complicaciones, vamos para allá con la mujer, porque te tiene confianza, porque no quiere irse a otro lugar más que contigo” ahí está ¿no? Podemos también reconocer a estas personas dignas también de su calidez humana, independientemente de su profesionalismo.

Este tipo de testimonios, incluyendo los ejemplos de las parteras anteriores, priorizan el valor de la dignidad humana por sobre las competencias profesionales. La autora del discurso menciona un par de ejemplos que constituyen una excepción a la norma general, mecanismo utilizado no para contradecir su propio discurso sino para fortalecer su argumento el cual es: *la norma* es la invisibilización por parte de las instituciones de salud al trabajo de la partería, tan es así que se pueden contar con los dedos de una mano las personas cuya ética las hace actuar diferente a ‘*lo normal*’ dentro de la misma institución.

En el contexto del documental sobre el tema de partería, entrevistaron a Ignacio Espinoza, médico especialista en iatrogenia del Estado de Veracruz. Su misma formación le ha llevado a cuestionar de manera constante la práctica hegemónica y él mismo refiere haberse hecho de enemigos en su propio gremio por lo mismo. Él menciona, en su peculiar estilo, cuáles son algunos valores fundamentales de la ginecología a través de la siguiente cláusula:

[19] *(del texto 09) Un parto en una primeriza puede llevarte de 6 a 12 horas, para un ginecólogo estar 10 horas, o un médico, con la mano en la panza de la mujer, contando las contracciones, cada minuto es engorroso, invierte mucho tiempo. Una cesárea, un hábil cirujano te la hace en una hora. Un parto \$5000 promedio bien pagado, una cesárea, dependiendo del sanatorio \$25,000, \$30,000, \$40,000, \$50,000.*

Cada vez más las parteras insisten no solo en posicionar el valor de la dignidad humana por sobre el valor del tiempo y el dinero, sino en aplicar las mismas reglas del juego de la evidencia científica para hacer notar la valía de su práctica y al mismo tiempo diferenciarla de la ginecobstetricia:

[20] *(del texto 09) en Canadá se publicó un estudio de dos años donde se analizó partos atendidos por parteras en casa, partos atendidos por parteras en hospital, y partos atendidos por médicos en hospital. Los mejores resultados, o sea, menos intervenciones, menos cirugías, y mejor experiencia fueron partos con parteras en casa, los peores resultados fueron con médicos en hospital.*

Cristina Alonso se refiere al estudio titulado *Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician*, de CMAJ Research.

En los únicos dos de los 25 textos cuyo tópico es ‘cesárea’ encontramos mención literal a médicos ginecobstetras. Una de ellas en el testimonio de una mujer, registrado por un periodista:

[21] *(del texto 17) Jeanette se dio cuenta de que los médicos utilizan una posición de jerarquía para convencer a las mujeres de aceptar la cesárea: “intentan hacerte creer que quien está detrás del escritorio sabe todo, que tú eres la que está llena de miedos y no puedes tomar decisiones”, dice.*

El testimonio de la mujer y la sentencia del periodista apoyan la relación de dominación que la ginecobstetricia como orden del discurso lleva a cabo con otros actores a través de la práctica médica.

En otro orden del discurso, la academia ha abordado el tema desde otras ciencias sociales, por ejemplo, desde la psicología se menciona que:

[22] *(del texto 12) Son diferentes las razones que llevan a los médicos que atienden embarazos y partos a ejercer la violencia obstétrica, por ejemplo: falta de formación, de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, el propio trauma no resuelto o el síndrome de burnout.*

Como en los primeros ejemplos también este autor señala que la violencia obstétrica es un problema presente en los servicios de salud en gran parte del mundo. Y es que la ginecobstetricia es un orden del discurso cuya cohesión y coherencia autorreferencial trasciende fronteras políticas. Lo vemos en la representación social que el ginecobstetra tiene sobre su propia práctica en el siguiente ejemplo de discurso emitido por el presidente del Colegio de Ginecología y Obstetricia del estado de Yucatán:

[23] *(del texto 13) aquí tenemos las imágenes de los griegos, pues se decidió, de pronto, si podían brindar un beneficio a la mamá y al bebé bien, y si no pues por lo menos que la mamá viva. Y si de pronto la mamá fallecía, por ejemplo la ley cesárea, si ya murió la señora pues tratar de obtener al bebé y cuando menos alguien que se obtenga de este momento dramático. Claro de estos quien sabe cuántas mujeres que se habrán desmayado las habrán terminado de matar, pero bueno, ahorita es fácil criticar, pero si en el momento de la historia lo vemos, no sé qué actitud hubiéramos tomado en esa etapa de la vida.*

En un foro titulado “Evolución del Panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio”, en el marco de la conmemoración del día internacional de la mujer, el médico presenta la evolución de la práctica ginecobstetra remitiendo a los buenos y sabios griegos que al practicar en los cuerpos de las mujeres lo hacían con el único propósito de brindar beneficio a la mamá y al bebé. Más aún los beneficios actuales justifican las muertes pasadas:

[24] *(del texto 13) Ya para terminar, ciertamente nuestro mundo cambia, ha cambiado, hoy, hoy estamos mejor, hace 100, 200, 500, 1000 años, no sé cuántos años habrá existido (...), yo veo, perdón si soy iluso, pero veo una cobertura general y universal de la salud de México, ISSSTE, Salubridad, SEDENA, de alta calidad para todos los mexicanos por el solo hecho de estar en este país como sucede en otros países de Europa. Una seguridad social en que todos tengamos una oportunidad laboral y una capacidad de vivir dignamente en este país.*

Así mismo, desde este punto de vista simplista, evolutivo unilineal, los perjuicios actuales justifican los beneficios futuros, tal como lo señalan sus homólogos, los presidentes de los colegios de ginecobstetricia de los estados de Michoacán y Querétaro:

[25] *(del texto 07) Durante toda la historia del mundo se ha usado el cuerpo humano, de mujeres y de hombres, para aprender. Si no hubiera sido así, posiblemente ya no existiría nuestra especie. La finalidad de usar el cuerpo humano para aprender es tener recursos para preservar la salud y salvar la vida de otros seres humanos.*

En la jerarquía social del personal sanitario de esta especialidad, el médico ginecobstetra tiene la posición privilegiada en el rango más alto de una estructura vertical. Los siguientes actores con más mención en los textos después de estos, son los estudiantes, internos o residentes, quienes casualmente ocupan el siguiente rango de la jerarquía de la especialidad de ginecobstetricia. ¿Quiénes dicen qué cosas de ellos? Sabemos que la residencia médica “es un sistema de capacitación de posgrado de tiempo completo y con dedicación exclusiva, que sirve fundamentalmente para adquirir conocimientos teóricos y prácticos especializados.” (cláusula descriptiva en texto 11).

Estos actores son mencionados en 10 textos con tópicos relacionados a violencia obstétrica (5/10), síndrome de Burnout (3/10), partería (1/10) y bienestar materno-infantil (1/10).

Algunos discursos (principalmente los autocríticos) son bastante explícitos en la representación del esquema mental de la práctica médica. El siguiente es un extracto de una cita textual de una colega del médico ginecobstetra autor del discurso:

[26] *(del texto 03) Más allá del volumen de trabajo, el cual incide en un ambiente de trabajo violento, agotador, y despersonalizado, que se consume parte de la buena voluntad del personal de salud, la academia médica anida una lógica que obvia el sufrimiento humano, los sentimientos, lo subjetivo, como una causa que requiera prestarle asistencia.*

Es decir, desde la formación escolar, el o la ginecobstetra aprenden a reproducir relaciones sociales de abuso de poder como una práctica normalizada de pertenencia al grupo:

[27] *(del texto 01) Las y los médicos y obstetras en formación se percatan de que si no reproducen determinadas medidas institucionalizadas de violencia obstétrica, quedan excluidas/os y sufren maltrato por el propio sistema, por lo que optan por adaptarse con las consecuencias señaladas, o renunciar. Esto explica en parte los altos niveles de deserción.*

La manera en que se manifiesta en la práctica la nominalización (medidas) adjetivada (institucionalizadas) y objetivada (de violencia obstétrica) es a través de la descripción gráfica:

[28] *(del texto 01) Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes. En esta categoría se incluye a los tactos vaginales, episiotomías, revisiones de cavidad uterina y cesáreas. Este fenómeno no se presenta con la misma frecuencia en otras áreas o especializaciones médicas. No es común saber de intubaciones endotraqueales para que el residente practique, o de cirugías cardiovasculares para lo mismo.*

Ser minucioso en los detalles encarna el riesgo, discursivamente hablando, de particularizar lo que se quiere mostrar como generalizado. Sin embargo a veces es necesario para dimensionar la magnitud del problema, y para ello se recurre a otro género textual, más de carácter testimonial, de nadie más legítimamente autorizado para hablar del tema que una médica residente:

[29] *(del texto 02) Me convertí para quienes me rodeaban en una persona insensata en el momento en que cambié de opinión respecto a mis prioridades. Supuestamente ser ginecóloga-obstetra era lo que siempre había soñado, para lo que trabajé disciplinadamente durante muchos años. ¿Qué sucedió para que tirara todo eso por la borda?*

Descripción gráfica de la normalización de trato deshumanizado:

[30] *(del texto 02) Una vez en que inicié con el goteo normal, subiendo la dosis poco a poco y evaluando las contracciones, como la señora era primigesta y avanzaba lentamente, un residente de segundo año me ordenó inmediatamente que le aumentara el goteo, para que todo avanzara más rápido. La señora (quien tenía solo 18 años) pasó muchas horas de dolor, acostada sin poderse mover porque lo tenía prohibido. Además, mojada en una cama de plástico, llena de líquido amniótico, sudor, sangre y moco, tal vez un poco de orina porque no se podía levantar. Con restos de jabón y vello púbico de cuando la habían rasurado y con una luz neón en la cara durante toda la noche. Por si fuera poco, le era imposible concentrarse en su trabajo de parto porque la señora junto a ella no paraba de llorar y gritar, los residentes discutían continuamente y las enfermeras no dejaban de regañarla. Se*

quejaba de hambre y de sed, pues no había comido ni tomado nada en 12 horas y debía permanecer en ayuno, en caso de que algo se complicara y fuera necesario hacer una cesárea (como sucedía frecuentemente).

Institucionalización de la violencia obstétrica a partir de realizar prácticas dolorosas, invasivas e innecesarias:

[31] *(del texto 02) como la paciente tenía bloqueo, no era necesario colocar más anestesia local (aunque con algunas pacientes el efecto de la epidural se pasa y si sentían el dolor del corte), ya no había tiempo que perder. Sin embargo, la señora tenía buen espacio y no parecía requerir la episiotomía. Cuando se lo dije a la residente superior, me contestó: “Tú estás aquí para aprender a reparar episiotomías, así que a todas las pacientes se las vas a hacer, la requieran o no”. Entonces, resignada, agarré las tijeras y le hice una episiotomía pequeña. Ella me las quitó y con una mirada de desaprobación, la hizo más grande.*

Centrar la atención obstétrica en el aprendizaje del médico y no en las necesidades reales de la mujer:

[32] *(del texto 02) en esa institución se registraba un índice de cesáreas altísimo, 70% solo durante el turno de la tarde, cuando la OMS dice que máximo debe ser de 15%. Como los/as médicos/as que suelen trabajar ahí son residentes y se encuentran “en formación”, se buscaba cualquier pretexto para indicar cesáreas y así practicar, a costa de las pacientes.*

Aplicación de mecanismos de control psicológico como la disonancia cognitiva (lo que te dicen que es, pero en la realidad no es) que afectan más allá de la práctica profesional, también las decisiones de la vida personal, y por supuesto, transforma la calidad de las relaciones sociales que se establecen:

[33] *(del texto 02) Aunque lean las nuevas propuestas, los artículos y las normas. Aunque la evidencia se encuentre por todos lados, no la quieren ver. Las propias residentes se han convencido de que el parto es un suplicio, un desastre para el periné y la vida sexual, así que desean cesáreas para sí mismas.*

A partir de esta prueba pública mínima infinitesimal del espectro de la realidad social que no se escribe, no se imprime y no se distribuye, se puede leer entonces entre líneas lo que se dice en términos más formales y abstractos en los estudios académicos:

[34] *(del texto 01) Ahora sabemos que una proporción importante de cesáreas realizadas en las instituciones de salud, se practican para facilitar la práctica de internas/os y residentes. Éste es un elemento tabú del cual nunca se habla, pero que se encuentra presente en hospitales institucionales con tasas de cesárea superiores a lo recomendado por la OMS.*

De lo que no se habla no existe, pero lo que sí existe son resultados adversos para la salud de médicos en formación que están intentando asimilar una realidad disociada del discurso del bienestar y la preservación de la salud. En varias partes del mundo médicos residentes ven mermada su calidad de vida:

[35] *(del texto 01) En Texas, Estados Unidos, en un grupo de médicas/os residentes de ginecoobstetricia, 38.2% se manifestó agotamiento emocional elevado y 47.1% reportó alta despersonalización. En España se reporta una prevalencia de 58% de desgaste en médicas/os residentes de ginecología y obstetricia.*

Y con ello pasamos a los textos cuyo tópico principal es el síndrome de Burnout los cuales también tienen amplia referencia a los residentes de ginecobstetricia. El texto 11 lleva explícito en el título el tema relacionado a estos actores: “Factores socioeconómicos y psicoafectivos y su influencia en el rendimiento académico de los residentes de Ginecología y Obstetricia”. El autor, pedagogo, justifica su estudio de la siguiente manera:

[36] *(del texto 11) Durante esta etapa de formación es importante tomar en cuenta no sólo los aspectos técnicos y pedagógicos, sino también los factores socioeconómicos y psicoafectivos que influyen en el comportamiento y la manera de enfrentar el proceso de enseñanza-aprendizaje para poder lograr un buen desempeño académico y, por ende, un buen desarrollo profesional como futuro médico especialista.*

Es conocido que en la Facultad de Medicina en general las evaluaciones de aspectos cognitivos (técnicos y pedagógicos) son puestas en primer lugar y por sobre otros aspectos de la competencia médica como podrían ser las actitudes.

[37] *(del texto 11) Durante el tiempo que dura el curso de especialización en Ginecología y Obstetricia (4 años) el médico residente en formación se enfrenta a diversas situaciones que pueden llegar a afectar su desempeño académico, laboral, asistencial y personal, entre otros.*

La residencia, que es la práctica fuera del aula, se considera un instrumento de evaluación anual que el estudiante debe cursar durante 4 años.

[38] *(del texto 11) La residencia médica, al ser un periodo de formación largo, enfrenta a los médicos residentes en formación a otros aspectos como: la necesidad de actualización continua, contacto con situaciones cada vez más complejas y emocionalmente impactantes, falta de recursos individuales para enfrentarse a esas situaciones, elevada exigencia y autocrítica, poco tiempo para disfrutar de actividades recreativas, empobrecimiento de las relaciones familiares, falta de apoyo y supervisión por parte de los médicos de mayor jerarquía, enfrentarse a las exigencias de compañeros médicos y de pacientes, entre muchas otras.*

Entre otros resultados psico-emocionales que presenta el autor, presentamos los relativos a la relación social que es la aquí interesa. Al respecto los siguientes resultados en un grupo de estudio de 20 residentes de diferentes hospitales:

[39] *(del texto 11) De igual forma, en este estudio se observó que 15 de los residentes afirmó que en algún momento durante la residencia tuvieron algún conflicto o situación que los hiciera pensar en renunciar.*

[40] *(del texto 11) Quince de los médicos residentes afirmó haber sido víctima de maltrato, abuso o discriminación por parte de sus compañeros sin importar la jerarquía (...) Las conductas más frecuentes fueron los intentos por menospreciar el trabajo realizado, las críticas durante las supervisiones que los participantes consideraban injustificadas y la subvaloración del propio desempeño. De igual manera, en este estudio se observó que en 16 de los casos existió menosprecio del trabajo realizado por los residentes y en 13 de los casos hubo algún tipo de pelea física o verbal con sus compañeros de mayor o menor jerarquía.*

Este artículo fue publicado en el órgano oficial del colegio de ginecología y obstetricia. Llama la atención la nota editorial de este número en donde hay 9 artículos de los

cuales solo este y otro hablan de algún tipo de relación social (los demás son meramente clínicos). El autor de la nota, editor de la revista y presidente del colegio nacional, en su discurso solo se refiere (implícitamente) a estos dos artículos:

[41] *(del texto 10) Es interesante, sobre todo para quienes se dedican a la enseñanza, evaluar este tipo de artículos para incluir en sus programas pláticas o cátedras dedicadas al conocimiento de este problema y evaluar las condiciones ambientales generales del otorgamiento de la enseñanza con base en la represión a subalternos (el ejemplo más común es el de un residente de jerarquía superior a otro de inferior) y horas de trabajo-descanso que puedan repercutir en el ánimo de los educandos. Lo anterior ya se desarrolla y ha sido establecido en algunos programas de residencias médicas del país y del extranjero.*

Mediante esta cláusula el médico reconoce la existencia de la relación social caracterizada por el abuso de poder entre colegas, y supone que el principal perjuicio es para los médicos; pero, a propósito del otro artículo niega que esta violencia institucional afecte a las mujeres en parto, y lo hace mediante artilugios gramaticales bastante elaborados:

[42] *del texto 10) En los momentos actuales en donde la exigencia de atención por parte del paciente se ha visto incrementada, justificadamente o no, por entre otras cosas, el dominio masivo de las redes sociales y el conocimiento no siempre real y acreditado de la patología es particularmente importante tener presente que el trato al paciente debe de ser extremadamente cuidadoso. Desde luego que la consideración anterior no evoca al incuestionable respeto prístino al paciente y al mantenimiento de la relación médico-paciente; pero sí a la que pudiera verse deteriorada por la interpretación real o aparente de la conducta del profesional y que el paciente puede traducir como actos de negligencia, impericia o represiones verbales y físicas.*

Su discurso pone en tela de juicio las críticas sobre la violencia obstétrica, y lo hace con los siguientes argumentos que desprovistos de la complejidad gramatical que disfraza el contenido son: 1) el paciente no siempre tiene derecho a exigir más atención de la que ya se le da, 2) la democratización del conocimiento médico científico provoca confusión en el paciente que se puede sentir agredido por el médico de manera injustificada, 3) recurre al descargo de responsabilidad mediante el mecanismo de victimización (van Dijk, 2007) al decir que lo normal es que a los pacientes se le trate bien, el problema es que ellos interpretan

de manera errónea la conducta del médico. Es decir, la supuesta violencia obstétrica no es real, sino que es el resultado de malas interpretaciones basadas en el desconocimiento.

Sin embargo, los resultados del estudio referido por el médico titulado “Síndrome del desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica” indican, paradójicamente, que son los médicos quienes insertos en el síndrome de Burnout ignoran los aspectos asociados a la violencia obstétrica, los malos tratos a las pacientes son en efecto invisibles para los médicos acostumbrados al maltrato interpersonal aprendido desde la residencia:

[43] *(del texto 12) Los principales resultados implican la necesidad de disponer de herramientas que ayuden a prevenir la violencia obstétrica y el síndrome de burnout. Por lo tanto, es conveniente que en la formación de personal médico se incluyan cursos para ayudarlos a tener más herramientas que les permitan enfrentar de manera exitosa las situaciones propias de su profesión.*

Otros textos dicen lo mismo pero poniendo énfasis en otro actor quien es finalmente la principal afectada de todo la problemática asociada a la formación médica, la mujer:

[44] *(del texto 06) Mientras que no se asuma el derecho de las mujeres sobre su cuerpo, se seguirá usando el cuerpo de la mujer para aprender, sobre todo de aquellas en mayor desventaja social como las que acuden a las instituciones públicas.*

[45] *(del texto 08) Para que sea una enseñanza de calidad, el personal en entrenamiento no debería estar sin el acompañamiento y monitoreo del personal calificado y con alta experiencia. Por tanto, consideramos que basar el aprendizaje en el cuerpo humano sin monitoreo y seguimiento por expertos, tiene aristas vinculadas con la ética y los derechos humanos de los y las pacientes.*

Hay otros textos que no especifican a qué tipo de personal se refieren, más bien engloban de manera general al equipo sanitario que incluye invariablemente médicos y/o residentes y enfermeros. El actor colectivo calificado como “personal sanitario” se menciona en 9 textos, de los cuales (4/9) se relacionan al tópico de la violencia obstétrica, y en textos cuyo tópico principal es la partería (3/9), el síndrome de burnout (1/9) y la cesárea (1/9).

En todos los textos que hablan de abuso de poder en la atención obstétrica está implicado el personal de salud como el sujeto que ejerce el dominio sobre la mujer. Ejemplos hay muchos. En cambio son pocas las referencias al personal de salud como paciente (víctima) de este maltrato. Al generalizar el actor colectivo, éste puede ser transferido a agente o paciente de la violencia sin caer en contradicción:

[46] *(del texto 01) La violencia obstétrica como violencia institucional tiene tres grupos de víctimas: 1º. Mujeres en trabajo de parto. 2º. Familiares de las mujeres, incluidas las y los recién nacidos. 3º. Personal de salud (especialmente obstétrico) que participa en la atención de las mujeres durante el parto.*

Durante el discurso, los sustantivos abstractos se relacionan entre sí, para explicar el contexto sistémico que se traduce en prácticas de desigualdad y dominación:

[47] *(del texto 01) La violencia institucional y obstétrica perjudica también al personal de salud de diferentes maneras. Es importante entender cómo nuestros servicios médicos han sido permeados por el patriarcado y el androcentrismo, lo cual marca estereotipos, desigualdad de roles, oportunidades, y manejo del poder con respecto al papel de los hombres y mujeres en los servicios de salud.*

Otros autores, en esta misma línea de los estereotipos de género y roles, expresan que las relaciones de dominación están basadas, además, en el estatus:

[48] *(del texto 03) Las dos condiciones anteriores –el establecimiento de un orden jerárquico y la descalificación del saber de las mujeres- sirven de base para un tercer patrón de interacción de consecuencias más graves: se trata de la desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren. La o el médico dictamina que las mujeres no están sintiendo dolor, aun cuando ellas así lo reporten. Estas prácticas corresponden a expresiones que pueden observarse con ligeras variaciones pero significado idéntico en distintas nacionalidades y contextos culturales: la triple discriminación, por ser mujeres, por ser pobres y por su ignorancia frente al saber “científico”. De las tres, la falta de poder económico es el elemento determinante.*

Otro tipo de menciones al personal de salud en general hacen una desagregación posterior bastante detallada:

[49] *(del texto 06) Resultados. 11% de las mujeres refirieron haberse sentido maltratadas por alguien del personal de salud. La persona que ejerció maltrato fueron: enfermeras (40%), médicas (30%) y médicos (23%). 19% reporto maltrato verbal, casi 8% maltrato físico y 29% reporto abuso total (toda mujer que respondiera afirmativamente a las preguntas: pregunta abierta de percepción de maltrato, maltrato verbal o maltrato físico).*

En general son las enfermeras las que más tiempo pasan con la mujer en la atención obstétrica. Visto de fuera, se puede acceder a la práctica médica a través del testimonio de las mujeres con un grado alto de certeza. Pero cuando la dominación es vista desde dentro, por ejemplo a través del testimonio de un ginecobstetra, la relación social puede llegar a tener un alcance de deshumanización insospechada:

[50] *(del texto 03) Aún más siniestro que lo anterior es que, para algunas/os médicos, compartir en las horas de sosiego sus historias de maltrato es un motivo de risa, un divertimento. Momentos de esparcimiento que se reproducen en forma fiel entre diferentes instituciones y personas, unidas por una actitud frente al mismo tipo de usuaria: mujer y pobre. Lo que dispara la risa es el código compartido de superioridad frente al otro/a, la certeza de que todo se puede, todo se vale y de que el fin justifica los medios. Lo que entristece, decepciona e irrita es la doble moral de quienes juran someterse a unos principios morales apuntalados en la búsqueda del beneficio y el respeto y que en la práctica hacen exactamente lo contrario.*

Por ello cuando médicos ginecobstetras de discurso centrípeto pretenden defender su práctica ante este tipo de ataques recurren a discursos como el del ejemplo [11] aunque cada vez sean más los testimonios que, sin embargo, el gremio no reconoce como pruebas fehacientes, precisamente por el código compartido de superioridad científica en el que todo se tiene que basar en la evidencia. Y aunque el maltrato físico e incluso la muerte es la más cruda y material evidencia, siempre habrá alguna justificación para la situación de abuso. Donde hay complicidad las buenas intenciones se desdibujan:

[51] *(del texto 08) Queda claro que no podemos apelar a las buenas intenciones a nivel individual del personal médico, ni del personal directivo, ni de los secretarios de salud, falta algo más.*

Y falta que las relaciones sociales intrínsecas al gremio médico se transformen desde el interior, y aquí entramos a la mención de otros actores de la atención que son los enfermeros generales y obstétricos:

[52] *(del texto 08) Este poder médico también se expresa en la fuerte jerarquización en el medio médico y entre los diferentes profesionales del equipo de salud, lo cual constituye un problema ampliamente abordado por la antropología médica (Good, 1994).*

Los enfermeros y enfermeras se encuentran en la base de la pirámide de la jerarquía médica. Por lo general, estos actores son mencionados como parte del equipo sanitario sin alguna mención especial a su práctica particular; por lo tanto, en lo general, son representados como victimarios de la violencia obstétrica a la par que los médicos, como en el siguiente testimonio de una mujer:

[53] *(del texto 04) "Me hicieron cesárea, pero yo creo que hubiera nacido normal. Las enfermeras me gritaban mucho, me decían que iban a aprovechar para operarme porque ya tenía muchos hijos. En medio de los dolores me hicieron firmar un papel que no entendí. Toda la noche me metieron la mano. Sufrí mucho el parto".*

Como excepción a la regla hay cuatro textos que mencionan la enfermería desde otras perspectivas. Principalmente las mencionan (enfermeras, en género femenino) como piezas clave en la aplicación de propuestas piloto basadas en recomendaciones de organismos internacionales:

[54] *(del texto 04) La Secretaría de Salud (SSA) contempla proyectos para ampliar la capacidad de acción de las clínicas de atención básica y para que el eterno sobrecupo de los hospitales deje de fomentar negligencias y violencia obstétrica. El doctor Hernán García Ramírez, de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la SSA, habla de un proyecto novedoso: abrir "posadas de nacimiento" que aligeren la carga de los centros de segundo y tercer nivel. "Las posadas de nacimiento estarían cerca o al lado de los hospitales, donde la mujer puede llegar antes, hospedarse, y si su parto es normal, atenderse ahí mismo, sin necesidad de médicos, atendida por enfermeras obstétricas o parteras. Te ahorras infraestructura, pues no requieren el gasto que requiere la atención hospitalaria", explica García Ramírez.*

Es común que tanto investigadores como funcionarios asimilen la práctica de la enfermera con la de la partera. La representación social que se tiene de la enfermera en el gremio médico está basada en la figura de Florence Nightingale, precursora del modelo de enfermería. Pero también los médicos establecen una fuerte asociación mental entre enfermera-mujer-cuidado maternal:

[55] *(del texto 13) Junto con él otras figuras, Florence Nightingale, pues aunque no había mujeres en la guerra de Crimea, pues representa lo que es la presencia del servicio de enfermería y la atención a la mujer en general.*

Tal es el alcance de la representación que en general no se establece en el lenguaje del discurso institucional una diferenciación clara y precisa entre el modelo de partería y el de enfermería, aunque es evidente que en la práctica lo hay. Cada una tiene sus propósitos y su ámbito de acción, aun encontrando un punto en común como la atención obstétrica, sus funciones son distintas. La partera está para acompañar a la mujer en parto fisiológico, identificar emergencias obstétricas y referir oportunamente a la mujer, mientras que la enfermera obstétrica está para auxiliar al médico en casos de complicación. El peligro de desconocer, o mejor dicho obviar, estas diferencias básicas entre modelos radica en intentar movilizar la política pública bajo planteamientos erróneos como los siguientes:

[56] *(del texto 15) Para mejorar la disponibilidad de los servicios en México se requiere una adecuada alineación entre formación, puesto y funciones asignadas al personal de partería a fin de asegurar su mejor aprovechamiento en las 46 intervenciones esenciales en SSRMN. Particularmente es importante definir con mayor precisión la condición y los salarios de las parteras técnicas, profesionales y enfermeras obstetras, los mecanismos de contratación y permanencia dentro del sistema, así como el aseguramiento de fuentes de trabajo para el personal en formación.*

[57] *(del texto 15) Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.*

Los planteamientos que asimilan la enfermería con la partería tienen la falla de que bajo el argumento, justificado o no, de la existencia de escuelas oficiales de enfermería, la partería, en tanto modelo de atención autónomo no tiene la posibilidad de salir de la invisibilidad y la marginalidad.

5.2.2 Discursos relativos a las parteras

Pero ¿qué implicaciones sobre las relaciones sociales tiene el modelo de partería? En igual número de textos que a los médicos ginecobstetras (14) se menciona a la partera como principal actor implicado en la atención del parto; en textos relacionados con los tópicos por supuesto de ‘partería’ (10/14), y en menor medida de ‘violencia obstétrica’ (3/14) y ‘cesárea’ (1/14).

Para el caso del tópico ‘cesárea’ hay una mención a las parteras con relación al testimonio de una mujer que durante el reportaje periodístico relata la presión a la que se vio sometida por parte de médicos del sector público y privado para aceptar ser programada para cesárea. El periodista relata:

[58] *(del texto 17) Contra las opiniones del sector público y privado, Jeanette encontró una casa de partos en la ciudad de México. Ahí la atendieron parteras que le ayudaron durante el nacimiento de su hija y le brindaron atención emocional en las últimas semanas. “Lo que a mí me dio mucho poder como mamá primeriza fue la información”, dice.*

Atención a nivel cognitivo (la información), emocional (la contención) y pragmático (atención del parto fisiológico) fue lo que encontró la mujer en su relación con las parteras y que ella identifica como la diferencia con los distintos médicos que la trataron desde el modelo biomédico.

Respecto al tópico de la violencia obstétrica, las parteras como actor social también son mencionadas en una sola oración en cada uno de los tres textos. En el reportaje periodístico, el autor se refiere al testimonio del doctor Hernán García Ramírez (coautor del texto 01 sobre violencia obstétrica) quien desde la DMTyDI expone el proyecto piloto de salud intercultural al que explícitamente se refiere en el texto 01 como alternativa viable ante el problema de la violencia obstétrica:

[59] *(del texto 04) La Secretaría de Salud (SSA) contempla proyectos para ampliar la capacidad de acción de las clínicas de atención básica y para que el eterno sobrecupo de los hospitales deje de fomentar negligencias y violencia obstétrica. El doctor Hernán García Ramírez, de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la SSA, habla de un proyecto novedoso: abrir "posadas de nacimiento" que aligeren la carga de los centros de segundo y tercer nivel. "Las posadas de nacimiento estarían cerca o al lado de los hospitales, donde la mujer puede llegar antes, hospedarse, y si su parto es normal, atenderse ahí mismo, sin necesidad de médicos, atendida por enfermeras obstétricas o parteras. Te ahorras infraestructura, pues no requieren el gasto que requiere la atención hospitalaria", explica García Ramírez.*

Nuevamente se aprecia cómo desde la política pública se homologa la práctica de la enfermera obstétrica con la de la partera. Los mismos autores en 2018 (a nueve años de implementación) presentan un balance del proyecto de “Posadas de Nacimiento” que en la actualidad se denominan “Unidad de Parto Humanizado” las cuales han sido implementadas solo en algunos estados, pues como aprendizaje, la DGPLADES manifiesta: “Se comprende que no es suficiente sensibilizar y capacitar en el modelo, si no existe un compromiso de los servicios de salud a nivel estatal y hospitalario.”

Los otros dos textos que mencionan a la partera lo hacen descriptivamente de acuerdo con la realidad que prevalece respecto a la marginación del sistema de salud en la que estas operan:

[60] *(del texto 06) 94% reportó que alguien la revisó en este último embarazo, de ellas casi el 98% fue revisada por médico / médica y enfermera y partera en un porcentaje mucho menor (5.59% y 4.35% respectivamente).*

[61] *(del texto 21) (...) a partir de los programas de desarrollo, hay una ruptura comunitaria importante, hay una ruptura a la reciprocidad, a las formas de organización. Y esto deja a las parteras con pocas posibilidades para competir con la supuesta gratuidad del seguro popular y de los servicios de salud; esto hace que tengan menor demanda y que está muy complicado que puedan transmitir esta práctica. Sin embargo, siguen atendiendo en lo privado, siguen siendo solicitadas, siguen en el ámbito familiar y prefieren pues no denominarse, no nombrarse como parteras para que no reciban estas amenazas. Por otra*

parte, también las mujeres cuando ven la saturación de los hospitales recurren nuevamente a la partera.

Entonces, en tópicos que no son de partería, las parteras son representadas como alternativa ideal a la hospitalización y, por lo tanto, a la violencia obstétrica por un lado, o como recurso marginal y desarticulado de la política pública real, por el otro.

En los textos cuyo tópico sí es la partería, se complementan en profundidad estas dos visiones sobre las características de la problemática sociocultural. Son mayoría los textos que no adjetivan a la partera. Y de estos, desde la perspectiva relacional, hay temáticas que ponen en relación a las parteras con diferentes actores, entre ellos con las mujeres y sus familias, con el equipo médico de las instituciones sanitarias y con los tomadores de decisión de la política pública.

Comencemos con un ejemplo que invita a considerar la partería como un tema en construcción a nivel mundial:

[62] *(del texto 19) En la actualidad el concepto de partería, si revisamos los documentos de los organismos internacionales que dictan la política pública al respecto, es una polisemia de conceptos. Ustedes pueden encontrar parteras empíricas, parteras tradicionales, comadronas, comadres o matronas, y los significados de cada una de estas expresiones pueden diferir dependiendo de quién las utilice.*

En México lo común es utilizar el sustantivo ‘partera’ y, de ser necesario marcar sus diferencias, adjetivarla mediante los términos que los mismos textos del data nos presentan: profesionales, indígenas, tradicionales, rurales, técnicas, urbanas. Los límites no son claros como veremos más adelante, y hoy en día los discursos de las parteras autónomas y parteras certificadas está ganando terreno a partir de los acomodados subgrupales que se están formando ahora mismo al finalizar la década bajo análisis. Del periodo entre 2010-2019 la siguiente cláusula publicada en 2017 resume la situación de las parteras (en general) en México:

[63] *(del texto 19) realmente no se ha definido quiénes tienen las capacidades para ser parteras ni existen actualmente acuerdos internacionales sobre procesos estandarizados de educación ni de reglamentación ni de otorgamiento de licencias. El resultado es una*

creciente confusión acerca de quién es un personal de partería calificado o cualificado (UNFPA, 2011b: 4).

Normalmente una partera es aquella persona que tiene las competencias de llevar a buen término un parto fisiológico, sin embargo, la vía del reconocimiento oficial es lo que está inserto en relaciones de poder entre lo heteronormativo, en este caso lo que la institución oficial de salud dicte, y la autonomía del oficio, que paradójicamente seguirá percibiéndose como heteronormada mientras que no exista una conciencia de unidad entre parteras y de separación conceptual de la enfermería obstétrica.

Y es que en el discurso México se alinea a la política internacional en la materia:

[64] *(del texto 15) A nivel mundial hay evidencias que muestran cómo las intervenciones en personal de partería competente, motivado y respaldado producen resultados importantes en el mejoramiento de la calidad y fortalecen el continuum de la atención. Por ello, se acordó en 2013: *Mejorar los servicios de partería en todas las regiones del mundo; *Generar evidencias sobre su impacto; *Identificar medidas que contemplen las barreras específicas impuestas a los servicios de partería en cada país.*

Pero en la práctica, las dificultades conceptuales y operativas al definir y regular la partería provocan que las barreras se impongan:

[65] *(del texto 20) (...) la coordinación estatal del departamento de estadística mencionó: “Secretaría de Salud está trabajando para erradicar a las parteras de Guanajuato, si aún hay parteras, pondremos un nuevo centro de salud ahí”.*

Y es que cuando desde la institución se intenta normar la práctica sin tomar en cuenta que la partería difiere en técnica y modo de acompañamiento a lo establecido desde el modelo biomédico, suceden situaciones como la siguiente que derivan en la aniquilación paulatina de la partería:

[66] *Aunque las parteras fungen un papel importante en la atención a mujeres de la zona serrana, ya no atienden nacimientos con la misma frecuencia que hace unas décadas, incluso algunas no se autodefinen como tales. (...) Reséndiz Tapia coincide, y añade que algunas parteras no se asumen como tales para evitar tener problemas con la institución, es justo ahí donde comienza la represión. Si bien, en Querétaro algunas forman parte del sector*

salud, la estudiante considera que la relación es vertical: la institución ejerce sobre las parteras al decirles a quién pueden o no atender, qué pueden o no hacer.

El discurso de las parteras es de inquietud o sensación de inconformidad, y de resistencia a seguir a pie puntillas los lineamientos institucionales. A pesar de que en el discurso se reconoce su labor, en la práctica, de las 32 entidades federativas sólo Guerrero y Puebla han contratado parteras ininterrumpidamente entre 2011 y 2017. El Dr. Víctor M. Galiana, responsable estatal del programa de salud materna y perinatal en Guerrero dice:

[67] *(del texto 24) Yo diría que en Guerrero y en México se necesitan más parteras. Nos hemos dado cuenta que tienen las capacidades, las competencias, y que en los hospitales en los que se han desempeñado han demostrado ser eficientes. Obviamente que esto empodera a las mujeres que acuden a recibir una atención por parte de ellas. Y darles el respaldo técnico, el respaldo científico, y el hecho de que sea con el mismo objetivo: disminuir la mortalidad materna y perinatal, en Guerrero y en México.*

El Hospital Amigo de la Mujer y el Niño en Tlapa de Comonfort, Guerrero, se da la libertad a las parteras para trabajar ‘a su manera’, esto es, mucho de lo que realizan en su práctica empodera a las mujeres. Aun cuando la (in)seguridad laboral y las condiciones de infraestructura y equipamiento con las que operan se asemejan en precariedad a otros hospitales públicos.

Guanajuato intentó contratar parteras en los hospitales públicos. sin embargo el presupuesto para ello se interrumpió. Ahora hablan abiertamente de erradicar la partería. Los cambios que estaban promoviendo con su labor parecían ser drásticos, como lo comentó en su momento Francisca Aladín, partera profesional egresada de CASA, AC:

[68] *(del texto 24) Aquí en CASA, San Miguel de Allende, pues cuenta con una clínica particular, entonces en esa cuestión nosotras salimos. Algunas egresadas trabajan aquí. Otras son contratadas en la Secretaría de Salud, por ejemplo, han tenido mucha apertura, han hecho muchos cambios sobre todo en la atención, en el acompañamiento a la mujer, en el trabajo de parto, parir en diferentes posiciones no solamente en una posición ginecológica, el acompañamiento en el trabajo de parto, ellas han hechos esos cambios,*

entonces necesitamos más parteras para que haya ese cambio en los hospitales. Definitivamente, México necesita más parteras.

Los cambios que promueven las parteras se traducen en una profunda transformación de la relación social entre el proveedor y la mujer en parto, como lo reconocen tanto en Guerrero como en Guanajuato, aunque las decisiones que toman a partir de ello se contraponen. Mientras que en la mayoría de los servicios estatales de salud ni siquiera se contemplan en la nómina, como los menciona Jocelyn González Espino, partera tradicional del Estado de Querétaro:

[69] *(del texto 20) Las parteras necesitamos salir a la luz, dejando de sentir que hacemos algo mal por la observación, persecución que constantemente nos hacen. Es momento de tener un espacio de trabajo digno que garantice también nuestros derechos y no solo las obligaciones.*

Algunas de las propuestas de integración de la partería en el sistema de salud reconocen que no se trata solamente de incluirlas en la nómina para formar parte del equipo auxiliar dentro del sistema de atención biomédico. No se trata de tener un recurso más para reproducir las relaciones de inequidad y maltrato hacia la mujer y hacia los subordinados en la jerarquía que se traduce en violencia obstétrica. Sino que la integración de las parteras viene aparejado a una transformación profunda de la práctica obstétrica:

[70] *(del texto 16) • Espacio para que parteras se integren en el sistema de salud • Estrategia para mejorar la cobertura efectiva de atención prenatal: – Cobertura bruta: disponibilidad y accesibilidad; – Cobertura efectiva: + aceptabilidad y calidad. • Calidad técnica como interpersonal.*

Desde la partería hay una filosofía intrínseca que al expresarla abiertamente resulta ser compartida entre aquellas mujeres que han decidido practicar la atención obstétrica desde los diferentes caminos que llevan a la partería. Angelina Martínez Miranda, partera tradicional del Estado de Morelos lo menciona así:

[71] *(del texto 20) Bueno, las mujeres pueden parir solas ¿verdad? No necesitan realmente quién les esté diciendo qué deben hacer. Todas las parteras estamos aquí, el sistema médico, enfermeras, parteras para vigilar el bienestar físico de una mamá, el*

bienestar emocional, y el bienestar espiritual de una madre. Entonces somos parteras, le damos toda la libertad a estas mujeres.

Las parteras trastocan el orden del discurso hegemónico al expresar que incluso el sistema médico debería considerar transformar la forma de establecer la relación social con la mujer en el parto. Mientras que el gremio biomédico solo habla de capacitar a la parteras en el nivel técnico, ellas están hablando de fortalecer un modelo que les es propio, el cual debe ser respetado y defendido por el bienestar no solo físico, pero también psicoemocional y espiritual de las mujeres:

[72] *(del texto 20) También nosotras como mujeres que hemos dado este trabajo de vida apoyarnos, hacer redes para fortalecer también nuestro trabajo (...) Entonces yo invito a todas mis hermanas parteras que sigamos este respeto que tenemos hacia las mujeres, que sigamos vinculando nuestro esfuerzo, nuestro camino, y que le dejemos a nuevas generaciones también esta herencia sagrada. Que no nos olvidemos que venimos que raíces universales y que ahorita las que estamos acá tenemos un gran deber de también llevar estos conocimientos, este compartir en este momento que estamos con todas las de Colombia, de Canadá y las demás, para que también enriquezcamos nuestro trabajo.*

El trabajo de la partera se asume más allá de la obstetricia, como un posicionamiento político por recuperar el control de la mujer sobre su propio proceso de embarazo y parto, y de hecho, toda su sexualidad en cada ciclo vital. La partera no habla sobre su práctica como si esta fuera técnicamente más efectiva que la de la ginecobstetricia biomédica, sino que habla de empoderamiento, de regresar el protagonismo y la decisión informada a la mujer. Por ejemplo, así lo hace Rita Aparicio, partera formadora de doulas en Puerto Rico, Colombia, Ecuador, México, Perú, Chile, Argentina y en los Estados Unidos:

[73] *(del texto 05) La cesárea es un problema social, dice, porque las mujeres no están informadas de sus derechos ni saben sobre su fisiología. "Se le enseña a la mujer a tenerle miedo al dolor de parto o que la cesárea es un método para salvar vidas, pero no se le dicen las complicaciones".*

Y se trata tanto de un discurso internacional que posiciona a las parteras como *Las Expertas* en el manejo del parto fisiológico, es decir, libre de medicalización y patologización excesiva, como lo refiere Saraswathi Vedam, partera British Columbia, Canadá:

[74] *(del texto 09) El concepto clave en Latinoamérica es que no hay parteras, es un continente sin parteras, todos los otros continentes cuando tú te embarazas te vas al hospital y te atiende una partera. Es posible que esa partera que atiende con oxitocina, que te haga una episiotomía, pero hay un entendimiento de que la mayoría de los embarazos son normales, son fisiológicos, y que lo que necesitas para acompañar ese embarazo es una persona experta en parto natural.*

Como de un discurso glocalizado en la realidad mexicana, re-posicionado incluso desde los pueblos originarios que expresan esta expertiz en términos de respeto y empatía, asumiendo una doble identidad como partera y como mujer:

[75] *(del texto 20) Las mujeres usamos el cacao, la ceremonia del cacao, el cacao para el bienestar físico, emocional, espiritual de todas las mujeres, las hierbas, las ventosas, uso de rebozo en el trabajo de parto que nos ha sido de tanto éxito, y al final, bebés muy sanos, bebés muy felices, familias unidas porque el trabajo de una partera no es solamente decir, bueno te subes a la báscula, te mido la pancita, vamos a checar las proteínas, vamos a ver cómo está esto, cómo está lo otro. El trabajo de una partera es, como más hacia dentro, más hacia el corazón porque atendemos realmente las cosas espirituales y emocionales de las madres.*

Así, el acompañamiento desde la partería es completo, integral, holístico, biopsicosocial. Las bases técnicas de la biología, la anatomía, la fisiología son esenciales, pero son solo la base de un conocimiento más profundo, ligado incluso a la experiencia propia, experimentando la importancia que tienen elementos no materiales como las emociones y el acompañamiento psicoafectivo que sirve de soporte a los nacimientos:

[76] *(del texto 25) María experimentó sola, sin conocimientos, su primer parto. A diferencia de otras mujeres que adquieren la información de sus abuelas o madres, ella aprendió con su propio cuerpo. En los siguientes 13 nacimientos, ya sabía qué debía hacer:*

le pedía a su esposo que le llevara lo necesario y la dejara sola. Así comenzó su trayectoria, y fue así como la gente de la comunidad a la que pertenece la reconoció como partera.

También las parteras complementan este discurso con la necesidad de no romantizar la práctica. La importancia de brindar a la mujer toda la información clara y oportuna para que ella tome una decisión informada con base en riesgos y posibles consecuencias adversas, como lo recomienda Manuela Mendoza Herrera, partera de San Miguel de Allende, Guanajuato:

[77] *(del texto 25) «Pienso que todos los partos de bajo riesgo deberían ser atendidos por parteras como fue antes. Todos esos partos los atendían las parteras y había menos mortalidad fetal o materna. Claro que también ahora los tiempos cambiaron, por la mala alimentación y la mala información, a las mujeres se les complica y necesitan un médico», reconoce Manuela.*

Ambos sistemas, partería y biomédico, tienen la obligación para con la mujer de dar a conocer los riesgos a los que se enfrenta de acuerdo con su historial clínico particular, la diferencia es que el primero lo hace, y el segundo dice que lo hace pero no lo hace, como lo expresan los testimonios de las propias mujeres (ejemplos 21 y 58).

En la política pública se maneja un doble discurso. Uno basado en el prejuicio a partir de la estadística histórica de establecer una relación directa entre los estados que presentan mayor mortalidad materna que son también los estados donde mayor número de parteras tradicionales hay (Oaxaca y Chiapas por ejemplo); desde este punto de vista las parteras provocan las muertes maternas, aunque no existe evidencia de ello. Establecen relación simple de causa y efecto sin detenerse a analizar los determinantes sociales, geográficos y culturales, donde la pobreza y marginación vulnera el estado de la salud general de las personas y particularmente de las mujeres embarazadas que por tal motivo suelen presentar complicaciones obstétricas ya sea en domicilio o en hospital, ya sea atendida por médico o por partera. Y son localidades que presentan gran número de parteras porque tienen fuerte arraigo a usos y costumbres de los cuales los recursos humanos para la salud, además de un valor simbólico, representan la solución pragmática de atención a la salud en zonas donde la topografía les aísla del acceso a recursos urbanos. No hay datos precisos que impidan aceptar

como verdadera la tesis de que sin parteras en estas zonas la mortalidad materna sería más elevada aún.

El otro discurso es, por el contrario, muy reciente y a penas está permeando la política pública, no sin férreas resistencias. Es un discurso que posiciona a la partería como parte de la solución tanto para disminuir la razón de muerte materna (RMM) como para reducir la violencia obstétrica. Algunos toman el ejemplo de países desarrollados para demostrar su punto, como el Dr. Ignacio Espinosa, especialista en iatrogenia, Veracruz (recordando que Veracruz fue el primer estado en legislar la violencia obstétrica):

[78] *(del texto 09) en Inglaterra actualmente por ejemplo, las parteras atienden más partos que los ginecólogos.*

Otros recurren a ejemplos locales donde se han implementado acciones en la materia, como lo hace Verence Porras, responsable de partería profesional en la escuela de Tlapa de Comonfort, recordando que en Guerrero hay una escuela con RVOE y un hospital, sólo un hospital, mediante el cual se han integrado parteras al sistema de salud, si bien en las mismas condiciones precarias de la seguridad pública, al menos atienden a las mujeres desde el modelo propio de la partería:

[79] *(del texto 24) (Texto escrito): las parteras suman en la disminución de la mortalidad materna. (Texto oral) Las parteras son importantes en el sentido de que dan toda la confianza en la atención a la mujer, dan el seguimiento al puerperio y dan todo lo que es también el seguimiento al recién nacido. Yo creo que es importante que se integre en el sistema de salud más que nada para que ellas tengan un campo de trabajo y tengamos como dije una herramienta más para la disminución de la mortalidad materna.*

En esta misma línea discursiva pasamos de lo que se dice sobre las parteras de manera general (y de lo que ellas mismas dicen de sí mismas) al tema más específico de la partera adjetivada. En 8 de los textos se habla específicamente de parteras profesionales principalmente en el tópico de ‘partería’ (6/8), pero hay dos cláusulas una en el tópico de ‘violencia obstétrica’ y otra en ‘cesárea’ que vale la pena mostrar:

Jimena Fritz, médica y epidemióloga del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en un artículo periodístico sobre tema de cesáreas:

[80] *(del texto 22) La epidemióloga dice que la educación e incorporación de parteras profesionales al sistema de salud, como se hace en países como Gran Bretaña, ayudaría a no medicalizar rutinariamente el proceso natural del parto, en los ocho de cada diez embarazos que la OMS indica que no requieren cesárea.*

Y esto es porque las parteras, al no ser ginecobstetras, no tienen la competencia de aplicar cirugía. No obstante el ginecobstetra tampoco tiene desarrollada plenamente la competencia de atender parto natural:

[81] *(del texto 22) Fritz explica que, al temer que se presente una eventual complicación que no puedan resolver, optan por hacer cesáreas y así pierden la práctica de la atención del parto.*

Pero regresando al tema de la partera profesional, en otros países hay evidencia del riesgo que se corre primero, al asimilar las competencias de la enfermera con las de la partera, y segundo, al insertar a ambas en un ambiente institucional de por sí hostil y violento sin antes haber realizado los cambios estructurales y actitudinales necesarios:

[82] *(del texto 03) El informe “Con todo al aire” resultado de una investigación realizada en Rosario, Argentina por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), recoge los testimonios de mujeres de barrios pobres que se atienden en hospitales, maternidades y centros de salud públicos, en los que se evidencia la existencia de tratos crueles, inhumanos y degradantes a las mujeres por parte del personal, incluyendo obstétricas (parteras profesionales), enfermeras y médicas.*

Es decir, incluir a la partera profesional en el sistema médico quizá ayude en la reducción de cesáreas y muertes maternas, pero no es una solución automática al problema de la violencia obstétrica.

[83] *(del texto 19) Hoy día, o sea hoy, a pesar de que ya hay procesos que están caminando, pero hoy día, ninguna universidad a nivel nacional está impulsando la partería profesional como licenciatura. Un antecedente que debemos de recordar es que, hasta fines, perdón, hasta mediados del siglo pasado, en los años 50, la partería profesional era una licenciatura en el país. O sea, no empezaríamos de cero.*

Pero las parteras profesionales están intentando actualmente deconstruir el discurso que simplemente las identifica como:

[84] *(del texto 20) (...) partera profesional que estudió en una escuela e idealmente recibe cédula profesional (...)*

Específicamente los textos 24 y 25 tratan sobre la partería profesional. Las temáticas que abordan complementan los discursos de la partería general en el sentido de la relación social que se establece con la mujer:

[85] *(del texto 24) En este documental te damos las razones por las que es importante incluir a las parteras profesionales en el sistema público de salud. El trato seguro, cálido y confiable que dan a las mujeres disminuye las posibilidades de violencia obstétrica.*

Mientras que la ginecobstetricia la ignora, o desvía la atención hacia el síndrome de Burnout, la partería profesional asume la violencia obstétrica como un problema que debe erradicarse del sistema de salud. Ellas principalmente luchan por ser incluidas en el sistema público de salud para transformar la atención procesualmente (continuum reproductivo) y actitudinalmente:

[86] *(del texto 25) «La partería profesional lleva a cabo intervenciones de acompañamiento y manejo no fármaco del dolor, es decir, manejar de otra forma el dolor a través de movimientos, de masajes, de aromaterapias, de escuchar a las pacientes, y eso ayuda a que el trabajo de parto vaya evolucionando de una manera más tranquila y que sea más tolerable para la mujer [...] Se realiza la atención de parto en entorno de seguridad y acompañamiento de la paciente, incluso en posiciones elegidas por la propia usuaria», explica la responsable estatal del programa de partería profesional.*

Al preguntar a las parteras profesionales qué hace falta para incorporarlas como personal en el sistema de salud, María E. Torres responde:

[87] *(del texto 24) Necesitamos más voluntad para que haya más escuelas, más masa crítica y que las mujeres puedan atenderse de la forma como ellas quieren.*

A pesar de que desde el 2011 existe un mecanismo administrativo para la contratación de parteras profesionales en los servicios de salud estatales y esto incluye un tabulador salarial de la Secretaría de salud y un código de contratación de parteras:

[88] *(del texto 24) En la actualidad, las parteras profesionales son contratadas por 11 meses o menos, por lo que es urgente la asignación del presupuesto público en salud, para una contratación que conlleva una incorporación sólida.*

Esta situación estructural ha desincentivado el aumento de la matrícula en las pocas escuelas de partería con reconocimiento oficial que existen en México. Dichas escuelas de partería no son iniciativas del gobierno sino de la sociedad civil:

[89] *(del texto 25) Desde inicio de los 2000, el Gobierno mexicano, en alianza con organizaciones de la sociedad civil, lidera un movimiento para fortalecer el rol de las parteras profesionales para mejorar la calidad de la atención obstétrica, según señala el estudio Partería en México (2017) publicado por MacArthur Foundation; sin embargo, ni las parteras tradicionales ni las profesionales han tenido el debido reconocimiento, ni un espacio de actuación claramente definido dentro del sistema de salud.*

En esta inercia de apoyo a la partería como herramienta para reducir la mortalidad materna, otros estados como Querétaro impulsaron un programa de inclusión de parteras tradicionales el cual no cumple con el criterio de suficiencia:

[90] *(del texto 25) En Querétaro, desde 2016 se creó el proyecto de partería profesional como estrategia para disminuir la tasa de cesáreas, la violencia obstétrica y la Razón de Muerte Materna (RMM). A tres años de su implementación, solo se ha contratado a tres parteras profesionales que atienden a las mujeres en el Hospital de Cadereyta.*

Quizá el discurso permea poco a poco, pero no se ha logrado cubrir en la práctica las necesidades de la atención obstétrica. A nivel nacional la inclusión de las parteras no es prioridad, así como no es prioridad aplicar mecanismos para la disminución de la violencia obstétrica. El bienestar materno queda solo en el discurso institucional al postergar indefinidamente el tema de la calidad humana en la atención obstétrica. El estado de Querétaro es un ejemplo de entidades que lo intentan tibiamente mientras que la mayoría de los estados prefiere simplemente ignorar el problema:

[91] *(del texto 25) Aunque la SESEQ tiene contemplado incluir a las parteras profesionales en todos los hospitales, todavía no se ha establecido una fecha en la que esto sea posible, indica Elizabeth Hernández (responsable estatal del programa de partería profesional).*

En síntesis, el tema de las parteras profesionales está ligado al potencial y la subutilización de las mismas en el sistema de salud como recurso para disminuir la RMM. CASA, AC, siendo la primer escuela de partería con RVOE instalada en Guanajuato ha migrado su modelo a Guerrero (escuela de Tlapa que ya hemos hablado) y recientemente a San Luis Potosí. Nadine Goodman destaca que los beneficios de la partería profesional son evidentes:

[92] *(del texto 25) La cofundadora de CASA asegura que en estados donde ha intervenido esta asociación, como San Luis Potosí, la tasa de parto vaginal ha incrementado y la Razón por Muerte Materna (RMM) ha disminuido, pues en sus sistemas de salud ya se cuenta con parteras profesionales (...) «Los datos que hay de muerte, las estadísticas e indicadores de salud muestran que no va bien Querétaro. No es cuestión de un estado, toda la República debe tener dentro de su equipo interdisciplinario de salud una partera profesional.*

A diferencia de las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia, las parteras profesionales de CASA en su mayoría han sido formadas por parteras tradicionales, quienes en conjunto con aspectos técnicos de la práctica, les transmiten a las aprendices los valores propios de la partería. Por esta razón Nadine insiste que la partería tradicional y profesional es en realidad *Una Partería*, lo único que hace la diferencia es la cédula:

[93] *(del texto 25) Actualmente, la asociación atiende alrededor de 300 partos al año, mientras que las egresadas que son originarias de otros estados del país, atienden entre 20 y 30 mil nacimientos anuales. (...) También, este equipo interdisciplinario de especialistas, de médicos generales y enfermeras, de parteras profesionales deben de estar trabajando de la mano con las parteras tradicionales», sostiene.*

Una muestra clara del sesgo gubernamental respecto al tema de la partería es la Norma Oficial Mexicana 007 para la “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio

y del recién nacido”. La primera de ellas NOM-007-SSA2-1993 ni siquiera hace alusión al tema, lo cual es una de las razones por la que fue actualizada a NOM-007-SSA2-2016. Sin embargo dicha actualización tampoco corresponde a la compleja realidad.

La norma hace una división entre parteras técnicas y tradicionales y las define como:

3.29 Partera técnica, a la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

3.30 Partera tradicional, a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

Estas definiciones resultan artificiales, y reflejan el desconocimiento que los tomadores de decisión tienen respecto al aporte real de la partería. La norma da un estatus inferior a las parteras en general al no considerarlas como profesionales de la salud materna, pero pone aún por debajo de las llamadas ‘técnicas’ a las parteras tradicionales al considerarlas personal no profesional autorizado, siendo que en la realidad mexicana las parteras tradicionales son las maestras de las parteras técnicas; más aún, las parteras formadas y formadoras en la tradición son tanto indígenas y rurales como mestizas y urbanas.

La NOM-007-SSA2-2016 vuelve a mencionar a las parteras en el contexto de la capacitación que ellas deben recibir por parte de las instituciones de salud, principalmente para el reconocimiento de emergencias obstétricas:

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución. Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y

acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

5.1.12 Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.

En el numeral 5.1.12 hace referencia a que hay excepciones para que los derechos de las mujeres sean observados. Si no hay personal capacitado que sepa atender un parto vertical, la mujer no puede obligar a la institución a respetarle ese derecho. La regla tampoco menciona que son las parteras quienes pueden y deben capacitar al personal de salud en este tipo de técnicas, lo cual refleja la subestimación y marginación de ellas en la estructura social.

La política pública basada en falsos supuestos ha contribuido a generalizar el prejuicio social respecto a la partería. En la mayoría de los casos, la violencia obstétrica que se ejerce sobre las mujeres en parto se extiende también a las parteras, principalmente a las de poblaciones originarias:

[94] *(del texto 01) El maltrato cultural presente en salud reproductiva, también afecta la labor de las parteras tradicionales, dados los prejuicios existentes en nuestra sociedad mestiza contemporánea, que no les dan la oportunidad de demostrar sus aportes, recibiendo rechazo y maltrato del personal de salud hospitalario cuando refieren pacientes.*

Desde el 2004, año en que la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) comenzó a establecer relación cercana y encuentros colectivos con parteras tradicionales, empezaron a aplicar el plan piloto de las “casas de parto” que es a lo que se refiere la siguiente cláusula:

[95] *(del texto 04) Oaxaca fue la entidad pionera en la que se practicaron los nacimientos humanizados en los hospitales públicos. Entre 2009 y 2011, funcionó un área*

específica de partos con estas características en el Hospital Civil Aurelio Valdivieso, el más importante de la capital oaxaqueña. A eso se suma la revalorización de la partería tradicional, que atiende a un porcentaje alto de mujeres indígenas al interior del estado. Sin embargo, la sanción a la violencia obstétrica está atorada.

Los mismos operadores del proyecto de la DMTyDI reconocen algunos años después que fue un error haber definido a la partera tradicional exclusivamente desde la perspectiva étnica, pues esto limitó el potencial de la partería que escuelas como 9 lunas en Oaxaca comenzó a desplegar. En la escuela se inscribían para aprender la partería tanto mujeres indígenas, como mestizas y extranjeras. Y al no tener el reconocimiento oficial de la SEP (RVOE) las egresadas tampoco eran parteras técnicas o profesionales, simplemente las que no son indígenas quedan en el limbo de la política pública. Y así con muchas otras mujeres en todo el país que sin haberse formado en una escuela aprendieron la partería en el modelo tradicional de maestra (preceptora) a aprendiz. Los autores lo mencionan así:

Al inicio nos habíamos circunscrito a presentar la voz de las mujeres indígenas, que demandaban una atención del parto, con respeto a sus tradiciones, con la participación de la partera, su pareja, con masajes, y posiciones verticales, cuidando mucho los elementos del equilibrio frío-calor. Posteriormente a través de herramientas interculturales de escucha, en el entendido que la interculturalidad no se circunscribe al ámbito indígena, conocimos que había muchas mujeres urbanas y suburbanas en México y de otras partes del mundo que luchaban por un modelo humanizado, en las que ellas fueran sujetos y no objetos del parto. (Guía de implantación del “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”-DMTyDI, 2018).

Hay discursos que al describir la partería en el ámbito de la vulnerabilidad de los pueblos originarios, lo que hacen es generalizar el prejuicio social respecto a que si las mujeres recurren a parteras es porque es la única opción que tienen, dando a entender que si se llegara a ampliar para ellas el abanico de posibilidades de la atención obstétrica, entonces la partera no tendrían razón de existir:

[96] *(del texto 19) Bueno, ¿cuál es el valor de la partería? Un aspecto importante además de los muchos que ya mencionarán las parteras que tenemos acá, es que son parte de la comunidad, pero además son parte de lo cotidiano. Y para muchas mujeres es parte de su marco de posibilidades. Muchas mujeres no tienen unidades médicas a su alcance, los hospitales mucho más lejos, entonces forman parte de lo que tienen al alcance. (...) Entonces los recursos con los que muchas mujeres cuentan, y me refiero acá un ejemplo a Chiapas, pues son las parteras tradicionales o parteras indígenas, es la única opción que tienen para la atención del parto.*

Mientras que los discursos provenientes de las parteras identificadas como indígenas suelen resaltar, a modo de legitimación comunitaria, las maneras en que ellas aprendieron a parrear, como los siguientes ejemplos de parteras de Yucatán y Chiapas respectivamente:

[97] *(del texto 14) Me ha tocado atender hasta mi parto yo, por eso me gusta atender a la gente cuando se embaraza, los cuidados. Hace 50 años empecé. Yo no más el control de embarazo, a sobarlo. Luego después, hace 26 años, hubo una persona valiente y me dijo, si tú me estás atendiendo, tú me vas a terminar de atender, cuando yo me enferme me vas a atender mi parto. Y le digo así, no, yo tengo miedo. No, me dice, pues si tú sabes colocar el bebé bien, porque todas las sobadas que me haces nace mi bebé rápido.*

[98] *(del texto 18) Y les conté el sueño mis abuelas, a mi mamá, y me dijeron que no, que creo que yo traigo la herencia de ser partera como era mi abuela.*

[99] *(del texto 25) La primera vez que Manuela Mendoza Herrera vio nacer a un bebé tenía alrededor de 10 años. Sintió mucho miedo. En ese tiempo vivía con su abuela, una reconocida partera tradicional en la comunidad Juan González, en el municipio de San Miguel de Allende, Guanajuato. Cada vez que una embarazada estaba a punto de dar a luz, su abuela acudía a atender y ella siempre la acompañaba. Ahora forma parte del equipo de seis parteras que dan acompañamiento en el Centro para Adolescentes de San Miguel de Allende (CASA), A.C., es la de mayor antigüedad y la única partera tradicional en el lugar.*

Hay otros textos relacionados a la partería tradicional que no tienen connotación étnica como por ejemplo el que hace referencia al informe de las parteras en el mundo de UNFPA:

[100] *(del texto 19) El estado de las parteras del mundo 2011 definía a las parteras tradicionales como un grupo heterogéneo de miembros de la comunidad que no han recibido formación académica, que se desempeñan independientemente de los servicios de salud pública, y que proporcionan atención durante el embarazo, parto y puerperio. Esto acuérdense bien porque cuando lleguemos al final a la NOM vigente revisada el año pasado se parece mucho.*

Y sí, se parece a la definición utilizada en la NOM-007-SSA2-2016 en el sentido de que no forman parte del sistema de salud oficial, atributo además modificable que no debería formar parte de la definición pues es una forma de anquilosar la partería tradicional en la marginalidad. Por lo demás, si realizamos un breve análisis semántico comparativo, encontramos más diferencias que similitudes:

Tabla 5.2.2 Diferencias semánticas internacional y nacional sobre la partería tradicional

UNFPA	NOM
Pertenencia identitaria	
Grupo heterogéneo de miembros de la comunidad	Pertenece a comunidades indígenas y rurales
Formación	
No han recibido formación académica	Ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención
Adscripción institucional	
Se desempeñan independientemente de los servicios de salud pública	Se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica

La NOM es limitativa y gregaria, limitando la práctica de la partería a la tradición indígena y rural, y no reconoce parteras fuera de su control institucional, por el contrario UNFPA deja abierto el reconocimiento a la diversidad identitaria, formativa y de ámbito de acción. La diferencia más notable está en la pertenencia identitaria y de esta divergencia semántica deriva justamente la problemática institucional a la que se enfrentan las parteras tradicionales en México, pues algunos estados, apegándose literalmente a la definición basada en la etnia de la NOM, limitan de manera significativa la práctica de la partería en dos sentidos: por un lado, los servicios estatales de salud niegan autorización a parteras no

indígenas; y por el otro, realizan capacitaciones basadas en criterios biomédicos que muchas veces no son compatibles con el modelo tradicional.

Una partera formada en la tradición mexicana de adscripción mestiza lo explica así:

[101] *(del texto 20) Abordar el tema de la partería tradicional o partera en la tradición nos invita a recordar que esto alude al conjunto de costumbres, prácticas, valores, saberes y creencias que son transmitidos de generación en generación. Y que hacen parte de la cultura de una comunidad. Es una invitación a sentir y dar lugar a memorias ancestrales, a los linajes, a los arquetipos, a escuchar a nuestra tierra que nos pide resguardar un momento único: el nacimiento, que está lleno de conversiones, y que hay que cuidar.*

En el estado de Querétaro pasa lo que sucede también en la mayoría de las entidades federativas, y es que aunque de manera oficial no está prohibido, en la práctica sí se limita la labor de las parteras en la atención de partos. Las capacitaciones de la secretaría de salud han servido como una especie de adoctrinamiento para hacer entender a las parteras que ellas no deberían atender partos, y por el contrario, su función es referir a las mujeres embarazadas indistintamente a la atención hospitalaria:

[102] *(del texto 25) Elizabeth Hernández asegura que las parteras tradicionales forman parte del programa de partería profesional. Se les da capacitación sobre factores de riesgo para que los identifiquen y puedan referir a las pacientes a tiempo a los hospitales. Se les da orientación en temas de lactancia materna y planificación familiar, de tal manera que puedan dar la información a sus pacientes, pero solo pueden atender partos si se trata de un caso muy urgente.*

Otros casos ejemplifican la manera en que tanto mujeres como parteras son coaccionadas a dejar de atender(se) partos fuera de los hospitales bajo la amenaza de retiros de apoyos económicos de los programas sociales como lo relatan Florencia Dzul Puc y María de la Luz Díaz Hernández, parteras de Yucatán y Chiapas respectivamente:

[103] *(del texto 14) Así seguí, así, empecé a atender los partos, sigo hasta con las sobadas porque hace tiempo del presidente Calderón ya dijo que ya hizo unos hospitales, ya ahorita que las nuevas mamás ya no pueden aliviarse en su casa, tienen que estar en el hospital.*

[104] *(del texto 18) Antes de que saliera cuando decían el seguro popular al año te atendía yo como 100 niños o más, tengo el registro de cada bebé que he atendido. Después de que salió el seguro popular las parteras las quisieron eliminar eso es cierto de mi pueblo así pasó. Las parteras que recibían oportunidad simplemente les dijeron: no, tú ya no puedes ejercer la partería porque si no te quitamos tu apoyo de Prospera, porque las parteras matan niños, tú ya no puedes atenderlo, les decían a las parteras. Pero yo claro lo digo, yo no recibo proyectos de gobierno, la realidad es esa, yo no recibo y nadie me puede decir que yo no ejerza la partería, mientras yo quiera, y yo lo decida, y yo tenga fuerzas para seguir subiendo y bajando la montaña y atendiendo las mujeres embarazadas y a las que no están embarazadas, que necesiten atención sobre salud reproductiva yo ahí voy a estar, voy a seguir ahí, siempre, le guste a quien le guste.*

Ambos discursos mencionan el mismo proceso en dos diferentes estados, la diferencia está en el posicionamiento político que cada partera expresa. Mientras que la primera manifiesta un discurso de acatamiento pasivo de la norma, la segunda se posiciona en la convicción de continuar ejerciendo la partería porque lo considera útil y necesario. Otra partera de Oaxaca, Yolanda Bautista Hernández, añade lo que ella considera un obstáculo entre muchos de las instituciones hacia la partería tradicional:

[105] *(del texto 20) Lo siguiente también los programas, los centros de salud están controlando a las mujeres. Los programas de Prospera y como se llamen, impiden a las mujeres acudir con la partera. “Si tú vas con la partera, te quitamos el programa. Tú no necesitas ir con la partera porque aquí te damos todo, hasta la beca para los hijos.” El miedo que le inculcan a las mujeres hace que las mujeres, aunque confían en la partera, las obligan.*

En este punto es donde el posicionamiento político de las parteras se vuelve ideológico. Las parteras tradicionales de comunidades lejanas, lejos de recibir apoyo institucional reciben agravio, discriminación y limitaciones a su práctica. La autonomía con la que continúan realizando su labor representa un alto coste para ellas:

[106] *(del texto 20) ¿Qué otro fuerte obstáculo tenemos? La falta de recurso, la partera camina o caminamos, tres, cuatro horas de comunidad en comunidad, y vamos a atender a la mujer que muchas de las veces no tiene para comer ese día. ¿Y cómo nos regresamos? ¿Y cómo vamos a atender ese parto? Arriesgando nuestra propia vida, no*

sabemos si nos vamos a encontrar con el crimen organizado, con alguien que quiera quitarnos ahí lo poco que llevamos y que a veces hasta te matan por 20 pesos ¿no? Esa es una realidad que estamos viviendo ¿sí?

Por razones prácticas e ideológicas, las parteras tradicionales han establecido alianzas entre sí. Aquellas inmigradas del extranjero que han establecido casas de parto y escuelas han, de alguna manera, revitalizado la partería tradicional en las comunidades aledañas:

[107] *(del texto 23) En comunidades como esta de la Montaña de Guerrero casi todas las mujeres tienen que tener a sus hijos en la comunidad con parteras como ellas, pero obviamente el problema es que solamente existen dos escuelas en nuestro país que capacitan a parteras, en Guanajuato y en Guerrero.*

La narradora del reportaje se refiere a escuelas con RVOE (la más reciente en San Luis Potosí), pero hay otras en Oaxaca “9 Lunas”, en Chiapas y la Ciudad de México “Luna Maya”, en Quintana Roo “Osa Mayor”, en Tijuana “Plantas Medicinales”, en Morelos “Cruz Roja”, en Michoacán “Mujeres Aliadas”, en Jalisco “Casa Aramara” y un no tan largo etcétera, que al mismo tiempo que son casas de parto funcionan como escuelas en el sentido tradicional de aprendizaje entre preceptora y aprendiz, sin un reconocimiento oficial de por medio, las mujeres aprenden y practican la partería por la convicción de apoyar a otras mujeres en su salud reproductiva y sexual.

[108] *(del texto 25) Manuela recuerda que durante su niñez, por la lejanía de la localidad en la que vivía, era muy difícil que las mujeres embarazadas llegaran a tiempo a un hospital para ser atendidas, por eso optaban por llamar a la abuela y fue ella quien le compartió sus conocimientos. Aunque tras su fallecimiento Manuela decidió dejar la partería durante unos años, hoy ha visto egresar a 17 generaciones de la carrera técnica de partería que ofrece CASA.*

Todas estas iniciativas tuvieron impulso en la década 2010-2019 y funcionan como centros de atención intercultural e interétnico donde el elemento en común son mujeres practicando la partería y mujeres que buscan atender sus partos fuera de la violencia hospitalaria:

[109] *(del texto 25) Si bien hay varios estados que reconocen que existe un grave problema en los hospitales de segundo nivel, que están saturados y que se maltrata a las mujeres durante sus partos, todavía existe resistencia a la partería tradicional.*

5.2.3 Discursos relativos a usuarios de la atención obstétrica

Hasta este punto, los discursos entonces están diciendo que hay un elemento interdiscursivo de importancia entre dos ámbitos distintos de la atención obstétrica, dos órdenes del discurso complejos en sí mismos, la ginecología y la partería, sostenidos en estructuras sociales disímiles y conceptualmente diferentes. El elemento compartido recae en la representación de un tercer actor social: la mujer.

En los discursos bajo análisis la mujer está representada en 10 de los 25 textos. Ellas hablan a través de los textos sobre sus experiencias concretas de atención obstétrica. También otros las refieren como actor colectivo para abstraer ideas generales. Están en prácticamente todos los tópicos: ‘violencia obstétrica’ (4/10), ‘partería’ (4/10), ‘síndrome de Burnout’ (2/10) y ‘cesárea’ (1/10), excepto en el tópico de ‘bienestar materno-infantil’ relacionado con los discursos centrípetos de la hegemonía gineco obstétrica que prefieren utilizar términos despersonalizados como paciente, producto y binomio para referirse a mujer, bebé y mamá-hijo(a) respectivamente.

Los textos cuyos tópicos son ‘síndrome de Burnout’ y ‘cesárea’ preponderantemente se centran en el personal de salud como actor principal, sin embargo, cuando hacen referencia a la mujer lo asocian a violencia obstétrica:

[110] *(del texto 12) La violencia obstétrica implica la violación de los derechos reproductivos de la mujer en el embarazo, parto y puerperio. Se ha relacionado con falta de empatía y malestar emocional del profesional médico.*

[111] *(del texto 22) Algunas de ellas no dicen “parí” o “tuve” o “di a luz”, sino “me sacaron a mi bebé”: una conjugación absolutamente pasiva, como si hubiesen estado allí para que les quitaran una muela o el apéndice.*

Los textos cuyo tópico principal toca directamente a la violencia obstétrica, representan a la mujer invariablemente como víctima del contexto de atención hospitalaria por parte del personal sanitario, en algunos casos con actitud pasiva:

[112] *(del texto 01) La mayoría de las mujeres entrevistadas al respecto refirieron que prefieren olvidar las molestias y maltratos del parto (a veces considerados designios divinos) y concentrarse en el gozo de la nueva vida presente, para no complicar su estado emocional.*

Y en otros casos con una actitud crítica y de denuncia:

[113] *(del texto 01) Ellas dicen que estar allí -en la sala de parto- es como estar presas, porque carecen de lo mismo que los presos. No tienen compañía, están aisladas, no tienen derecho al agua, ni a bañarse y cuando eso se da, muchas veces es con agua fría. Afirman sentirse totalmente abandonadas e inseguras de lo que les pueda pasar sin ningún tipo de apoyo afectivo, ni que personas cercanas puedan auxiliarlas, ya que desde que entran en la sala se les impide la comunicación y compañía de su pareja, familiares o amistades.*

Hay segmentos textuales que realizan descripción específica de prácticas consideradas violencia obstétrica, y son interesantes para el interdiscurso entre sistemas de ginecología y partería, pues en el segundo no se practican cesáreas, no se obliga a la mujer a ciertas posiciones, y rara vez se realizan episiotomías, y no por desconocimiento técnico sino por precepto ideológico:

[114] *(del texto 01) (...) obligar a la mujer a parir en posición de litotomía, puede producir sufrimiento fetal en la/el bebé. (...) En otras ocasiones se convence a las mujeres de que acepten la cesárea, pero no es frecuente que les informen del dolor concomitante, ni de los posibles riesgos, alteraciones y daños, tanto para ellas, como para la o el recién nacido. (...) A esto se agrega que el equipo sanitario no las escuche ni les atienda cuando ellas sienten que ya están listas para parir, lo cual, las llena de frustración. En otras ocasiones, se les desnuda durante el periodo expulsivo, y es frecuente que les lastimen su vulva al practicar las episiotomías de rutina con diversas consecuencias que a veces afectan su vida sexual futura.*

El centro de la atención obstétrica desde el sistema biomédico no es la mujer como persona, porque la relación que se establece es la típica de la ciencia positivista, un sujeto (el médico) y un objeto (un cuerpo sin persona):

[115] *(del texto 03) En contraposición, tratar a las mujeres sin contar con su participación, sin comunicarse con ellas o mintiendo deliberadamente para que sus decisiones se ajusten a los prejuicios, valores o necesidades económicas del médico, es reducirlas al estado de objetos que requieren alimentarse de los pedazos de mundo digeridos por otros. Supone que la o el médico no considera establecer un intercambio cara a cara con una persona sino con una “paciente” en términos genéricos, desprovista de individualidad e incapaz de tomar sus propias decisiones.*

Es la mujer el punto de intersección entre ambos sistemas ideológicos. Es la relación social que se establece con ella lo que determina la práctica obstétrica en cada modelo de atención:

[116] *(del texto 21) Y como ejemplo de este punto de articulación tomo esta primera parte de la definición de violencia obstétrica, esta apropiación del cuerpo, pero ¿qué es lo que vemos en el cuerpo? Esta apropiación, pues, al final se traduce en ir extrayendo a la mujer la posibilidad de decisión y de gestión de su cuerpo*

En este contexto, la partería, como se entiende en México desde la tradición, lejos de ser un sistema arcaico reemplazable por la ginecobstetricia como se pretende gestionar desde la política pública actual, se convierte en un elemento importante en el juego de relaciones de poder que a nivel práctico resulta en una estructura de dominación entendida como abuso de poder por parte del médico en contra de la mujer:

[117] *(del texto 21) En este sentido, hablar de partería hoy como algo que transforma constantemente, que es dinámico, pues nos lleva a hablar de derechos, del derecho a la salud, de los procesos de organización comunitaria, del contexto compartido de cierta manera, de las diferentes fuentes de saber que se están articulando en la partería, de revalorizar estos saberes y reconocerlo como el patrimonio intangible que es, y de toda esta forma de transmisión de información y de autocuidado, pero no sólo individual, sino colectivo, y esto es ya también un respaldo para las mujeres.*

La mujer así encuentra en la partería lo que el sistema biomédico no es capaz de ofrecer porque no tiene el interés de hacerlo, ni tiene la necesidad de atender:

[118] *(del texto 05) Cada vez más mujeres ciudadinas buscan a las parteras, esas viejas guardianas de la fuerza femenina que comprenden como ningún médico el fascinante funcionamiento del cuerpo humano.*

Entonces, ¿tienen las parteras una mejor comprensión clínica del parto? ¿las competencias obstétricas de las parteras son superiores a las de los médicos?

[119] *(del texto 19) Me parece que es importante visitar ciertos hechos históricos para poder entender los procesos actuales que tenemos no solamente en México sino a nivel mundial. Entonces empezar a decir que el parto pues hasta hace un par de siglos no era considerado un evento patológico, sino un evento perfectamente natural y que era además un evento vinculado a las mujeres.*

Es decir, las competencias clínicas son diferentes. Los médicos están capacitados para atender emergencias obstétricas mediante intervenciones quirúrgicas y farmacológicas. Las parteras están capacitadas para acompañar a las mujeres en partos fisiológicos de bajo riesgo. El problema es el estatus de dominio en la relación social, pues el sistema biomédico centra su atención no en la mujer sino en su aprendizaje mecánico del parto intervenido.

[120] *(del texto 09) el parto normal ha quedado en manos de cirujanos y los resultados ahí están, Latinoamérica tiene una tasa de cesáreas que es escalofriante, o sea, no es posible que más de la mitad de las mujeres no puedan parir, y que en una generación hayamos perdido la capacidad de parir, la especie no evoluciona tan rápido.*

Algunos médicos argumentan que no tendrían las competencias quirúrgicas para salvar vidas sino practicaran asiduamente, sin embargo, otros mismos médicos responden que un cirujano cardiólogo no necesita abrir los pechos de personas sanas para adquirir las competencias necesarias. Lo mismo pasa con todas las especialidades excepto con la ginecología. En verdad resulta ideológicamente muy natural para los médicos tratar los cuerpos de las mujeres sanas como sus centros de aprendizaje. Y eso, por lo menos, es misoginia.

En realidad, toda la maquinaria ideológica de poder, económica, social, cultural encamina a la mujer a preferir una cesárea que un parto vaginal, sobre todo en el ámbito de la asistencia privada. Sus razones: la palabra experta del médico, la cobertura del servicio de seguro médico, el miedo al dolor de parto, incluso el prejuicio cultural a parir, lo cual es sí, lo más cercano a un comportamiento salvaje cuando se realiza en plena libertad, y domar el salvajismo es un valor propio de nuestra civilización moderna:

[121] *(del texto 09) si, ha aumentado en forma muy importante la incidencia, el porcentaje, de los partos abdominales, es decir, cesárea. Entre las causas que contribuyen a esto es en primer lugar que la misma paciente lo pide; en mi caso personal he tenido pacientes que tienen ocho semanas y vienen por primera vez a la consulta, y me dice, yo quiero tener cesárea; a veces trato de convencerlas de que lo más adecuado, claro con las medidas de seguridad y si es recomendable, sea un parto vaginal, entonces les doy mi opinión de que vamos a esperar 32 semanas más para que valoremos un parto vaginal y ya no regresan, se van, claro, sobran quien las opere. Los seguros de gastos médicos apoyan más, es increíble, lo están empezando a cambiar, apoyan más un parto abdominal, una cesárea, que un parto.*

Y es la representación de cinematográfica del parto, la imagen del dolor y el sufrimiento, la histeria y el drama; así como las historias de vejaciones, humillaciones, franco maltrato físico y verbal transmitidas en la oralidad comunitaria lo que el inconsciente colectivo de la mujer carga sobre el significado del parto. Por eso aquellas a quienes su situación económica les permite huir de ello, lo intentan; a quienes no, lo asumen como una parte intrínseca y natural de la maternidad. Asumir una relación social como natural es lo que llaman institucionalización de la violencia obstétrica, es tan evidente y generalizada que se vuelve invisible.

Por ello, cuando una mujer deconstruye estas construcciones socioculturales se vuelve una fuerza política que trasciende la atención obstétrica. Hoy se habla de los beneficios físicos y psicológicos del parto fisiológico, pero las implicaciones sociopolíticas van más allá, como lo explica la partera Cristina Alonso:

[122] *(del texto 09) existen múltiples beneficios en el parto fisiológico que producen consecuencias a largo plazo y por supuesto, también se convierten en beneficios*

sociopolíticos y tienen ramificaciones. Pienso que no deberían subestimarse los efectos de que la madre sienta que su cuerpo y su trabajo fue capaz de hacer algo en un momento de transición hacia un rol en la que ella debe ser la principal cuidadora, aún con el apoyo de una pareja, ser una madre es una gran responsabilidad. Y considero que comenzar algo con confianza y habilidad es importante.

La relación de poder que aquí se presenta va tomando claridad. El sistema ginecobstetra ejerce poder sobre la partería y abusa del poder contra la mujer. Mientras que cuando mujer y partera deciden trabajar al margen de ese sistema, ese poder que el proveedor de salud tiene implícitamente sobre el paciente, es concedido, trasladado, negociado en el plano horizontal desde las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de la mujer. Las parteras lo expresan así:

[123] *(del texto 09) El parto humanizado implica que los protagonistas del parto son la mamá y el bebe, ellos son los tomadores de decisiones, son capaces, una mujer pariendo no está histérica, y es capaz de tomar todas las decisiones en lo que implica a su cuerpo.*

[124] *(del texto 20) Se les da la libertad de poder hacer lo que ellas, lo que su cuerpo les pide hacer porque las mujeres somos muy intuitivas, y sabemos qué hacer y cómo hacerlo, en qué preciso momento. Bueno, la libertad es muy buena en el trabajo de parto.*

[125] *(del texto 20) La partería en la tradición acompaña a la mujer y al hombre gestante más allá del proceso físico, escucha la historia de linajes, las considera como parte de un todo y un continuo de la vida; además de contener al cuerpo emocional, energético, físico y psicológico.*

La partería busca deconstruir el paradigma del sufrimiento y reemplazarlo por el paradigma del empoderamiento, con todas las implicaciones ideológicas que ello tiene, y que podrían resultar en beneficios tangibles para el sistema de salud pública:

[126] *(del texto 20) Fortalecer la educación prenatal para generar mujeres que conozcan su cuerpo y reconozcan señales también de anormalidad en el proceso de embarazo, parto y posparto, pues ahora escuchamos a las mujeres recitar las señales de alarma, tener miedo a parir, y al dolor.*

El interdiscurso adquiere sentido también en la conexión del aprendizaje y la práctica entre uno y otro modelo. La forma no marcada del saber en nuestra sociedad es la escolarización. La formalidad de una institución otorga legitimidad al conocimiento que una persona posee, y deslegitima los saberes no escolarizados. Sin embargo, en el análisis intertextual podemos leer las implicaciones que uno y otro sistema de aprendizaje y práctica tienen. Ya vimos líneas atrás, principalmente en los textos sobre síndrome de Burnout, que la ginecología está plagada de relaciones violentas de poder incluso entre los integrantes del mismo gremio. Hay testimonios de estudiantes que entraron a la carrera con una expectativa sobre los nacimientos y desertan por el ambiente hostil en que éstos normalmente se llevan a cabo. Por el contrario, los discursos de la partería están plagados de textos que muestran parteras que dicen haber superado toda expectativa sobre los nacimientos, cuando las palabras que usan sobre su vocación y práctica denotan una evidente emoción positiva al tener la favorable oportunidad de acompañar mujeres en proceso de parto. Por eso, cuando desde la política pública les dicen “pueden hacer todo menos partear”, es como quitarles el alma:

[127] *(del texto 20) Y una de las oportunidades grandes que nosotras debemos de tener es seguir dando esta lucha desde nuestros ritos sagrados, desde lo que tenemos en nuestras comunidades, haciendo esta fuerza, no olvidándonos nuestra lengua, nuestra forma de vivir, nuestras costumbres han sido la vida de los pueblos, somos parte de esa, de esa calidez humana, la partera sabe escuchar, sabe respetar, eso es lo que las mujeres buscan, que la escucha.*

Y que es escuchada durante el parto, no solo antes y después como la institución pretende relegar a la partería. Después de todo es el parto (trabajo de parto, expulsión y alumbramiento) el momento de máxima liberación y empoderamiento en el ciclo reproductivo, es cuando la mujer necesita sentir que se encuentra en una relación social donde ella tiene el control y, por lo tanto, el poder sobre su proceso:

[128] *(del texto 20) La partería tradicional es tan segura, tan hermosa, que bueno, podemos nosotros hacer muchas cosas tan lindas, si tan solo el sistema se propone impulsar a las parteras tradicionales, verán que las mujeres están mucho más seguras con toda esa libertad que se les da.*

El actor social ‘mujer’ es un colectivo heterogéneo que está tomando sus decisiones. Ante esto, el sistema nacional de salud podría aplicar modificaciones regulatorias para incluir la partería en el programa de SSRMN, pero para que ello suceda de manera justa, equilibrada, respetando y brindando las condiciones para la práctica matrifocal de la partería se necesita un ajuste de raíz que implica transformaciones valorativas e ideológicas que el sistema hegemónico no ha procesado, ni en el discurso, mucho menos en la práctica como lo explica una partera:

[129] *(del texto 129) Yo creo que dentro de eso, habemos una serie de profesionales que, finalmente sabemos que la mujer va a tomar sus decisiones y ella va a parir donde ella quiera con quien ella quiera, y que nuestro lugar como sociedad es que ese parto tenga un mínimo de seguridad no sólo clínica sino humana también.*

Bien hasta aquí hemos expuesto lo que otros actores dicen sobre la mujer, pero de los textos hemos también rescatado testimonios directamente de mujeres que refieren haber sido atendidas en su parto, en la primer columna ellas refieren la atención del sistema ginecobotetra, en la segunda la atención con parteras.

Tabla 5.2.3 Testimonios de mujeres comparados por tipo de atención recibida

Testimonios de mujeres			
Atención con ginecobotetra		Atención con partera	
Texto	Referencia	Texto	Referencia
04	"Me hicieron cesárea, pero yo creo que hubiera nacido normal. Las enfermeras me gritaban mucho, me decían que iban a aprovechar para operarme porque ya tenía muchos hijos. En medio de los dolores me hicieron firmar un papel que no entendí. Toda la noche me metieron la mano. Sufrí mucho el parto".	09	(Parto grabado en video, la mamá al bebé) ¡ bienvenido, bienvenido mi vida, te esperé mucho sabías, sí, te esperé mucho!
06	19% (n=99) refirieron algún tipo de abuso verbal, con frases como “¡no grite!”, “¡no llore!”, “¡no se queje!”, “regaños”, “humillaciones”, además en	09	“A mí me encantó encontrar esta forma de que mi bebé pudiera nacer así natural, sin miedos, sin toda la presión, no sé, yo estaba muy miedosa de mi primer bebe, y

	algunos casos reportaron ser “ignoradas” por el personal que las atendió.		cuando llegamos aquí la primera consulta los dos dijimos si es aquí”
06	Casi 8% de las mujeres (n=39) reportaron abuso físico, descrito como: “me hicieron presión en el abdomen con ambas manos o con el antebrazo”. Otros reportes fueron: “sutura sin anestesia”, “golpes en las piernas”, “amenazas”, “pellizcos”.	09	(Pareja de mujer atendida en Mujeres Aliadas, AC) “Pues eso fue lo más increíble, o sea, lo más increíble fue eso, ver nacer a mi bebé, esa cercanía no pensé que la fuera yo a tener en un hospital, aquí me dieron la libertad de poder entrar al parto, de poder estar todo el tiempo, hacer lo que mi esposa quisiera. Y esa libertad fue lo que me cautivó con mi bebé, y fue lo que hizo que estrechara mucho los lazos ahí.
06	El siguiente testimonio fue recuperado con técnicas cualitativas: “...Decían [el personal de salud] no lloren, aguántense, acuérdense como lo estaban haciendo, ahí si lo gozaban, ahora están que chillan, ahora aguántense”.	09	“Yo tenía bien grabado en la cabeza como que yo no iba a poder tener un parto natural, y cuando entendí todo esto de la capacidad de mi cuerpo, de la conexión de mi espíritu conmigo, de poder conectar con el bebé, me sentí como súper mujer. Me creo ya capaz de ser mamá, me siento fuerte como mujer y orgullosa porque de hecho cuando pláticas con otra gente que pudiste tener a tu bebé natural, y te dicen ‘¡no! ¿pero te inyectaron?’ ‘no, nada’, así, ¡wow!, me siento así, como que lo logré, y que más mujeres lo pueden hacer.
17	“Desde el inicio le dije a la doctora que yo quería un parto natural y se burló de mí. Me dijo que no tenía idea de lo que era un parto primerizo, que era algo muy viejo, muy tardado, que dolía muchísimo, que me podía desgarrar y que hasta se me iba a caer la vejiga”, recuerda.	17	Ahí la atendieron parteras que le ayudaron durante el nacimiento de su hija y le brindaron atención emocional en las últimas semanas. “Lo que a mí me dio mucho poder como mamá primeriza fue la información”, dice.
17	(...) mensualmente asistía a su consulta en el seguro popular. Pero cada 30 días sentía que vivía un embarazo en el que no tenía ni voz	24	(Pareja de mujer atendida en CASA, AC) “Creo que se combina sensibilidad, profesionalismo, seriedad, calidad.”

	ni voto. “Ahí (en el sector público) te tratan como una mujer enfermiza, que no sabes nada de tu cuerpo y parece que no tienes derecho preguntar”, recuerda .		
22	Cuando Teresa le preguntaba a su ginecobstetra cuánto le cobraría por la cesárea, este evadía el tema y le contestaba: “Después, señora. Ahorita no; primero su salud”, recuerda Teresa.	24	(Mujer usuaria de CASA, AC) “Fue muy agradable, las chicas se portaron muy amables.”
22	“Me vendió la cesárea como el mejor esquema para mí y para la bebé”, dice Teresa. “Como era mi primer hijo, le creí”. (...) Durante su cesárea, en noviembre de 2016, se le rompió una vena. “Me estaba desangrando. Mi ginecólogo tuvo que hablarle al doctor del hospital para que entre los dos buscaran qué vena me habían roto”.	24	(Mujer usuaria de Mujeres Aliadas) “El humanismo con el que te entregan su tiempo y su trabajo es muy notorio desde la primer visita.”
22	“Entré a quirófano llorando mucho y el anesthesiólogo me dijo, superagresivo: ‘Si sigues llorando, te voy a sedar. Si te sigues moviendo, te voy a sedar. Te voy a dormir’. Pensé: ‘Mejor me voy a portar bien, me voy a portar bien. A la mitad del parto, como que se me resbaló un brazo (porque estaba amarrada) y el anesthesiólogo me dijo: ‘¡Ya te dije que no te muevas!’”, cuenta Regina, emulando un tono amenazador. El especialista cumplió su advertencia: la sedó completamente y Regina no pudo recibir a su bebé.	24	(Mujer usuaria de Mujeres Aliadas) “Mi experiencia aquí en el municipio de Erongarícuaro aquí con mujeres Aliadas, fue una experiencia muy maravillosa, lo veo así, fue una experiencia desde el primer trato con las parteras, fueron como unas amigas.”
22	No obstante, el médico le programó el parto para el fin de semana. “El sábado me dijo: ‘Mejor mañana domingo, porque así yo puedo dedicarle el día’”, recuerda Patricia. El argumento del médico, explica, era que si ella daba a luz el lunes, él iba a tener	24	(Mujer usuaria de Mujeres Aliadas) “Yo aquí tuve a mis dos hijos aquí en Mujeres Aliadas, la experiencia fue muy agradable. Son muy humanizadas con uno. La atención adecuada. Su acercamiento hacia uno es muy humanizado.”

	que atravesar parte de la ciudad para ir de su consultorio hasta el hospital de ella, un trayecto que dura unos 50 minutos considerando el tráfico de la capital mexicana.		
22	En la sala de parto, cuenta Jassiel, escuchó al anestesiólogo decirle a la ginecobstetra: “Métele un chingo de oxitocina para que esto sea rápido”. Al preguntarle si respondió algo en ese momento, Jassiel, con voz quebrada, contesta que no: “Yo ya estaba en sus manos. No soy dejada, pero me hice chiquita, me daba pavor enfrentarme a lo desconocido”.		
22	Ya desde su embarazo el médico le insinuaba que le haría cesárea. “Mi ginecólogo se burlaba de que yo lo quería hacer natural. Me decía — recuerda Regina—: ‘No, mamita, por aquí no va a salir, estás muy chiquitita, estás muy flaquita, vamos a hacer lo posible’”.		
22	(...) cuando le faltaba solo un centímetro de dilatación de los 10 reglamentarios, hubo un cambio de turno en el hospital y el médico vespertino decidió hacerle cesárea. Liliana dice que le propuso intentar el parto, pero el médico la amenazó: “Me voy a dar una vuelta por el hospital para visitar a todos los pacientes, y si cuando regrese tu bebé tiene sufrimiento fetal, es tu responsabilidad”.		
22	“Al revisar mi expediente confirmé que el médico me dejó los vasos abiertos, intentó parchar la perforación que me hizo en la vejiga con mi útero”, dice Liliana.		
22	Liliana dice que ha pensado en renunciar a la demanda que interpuso al hospital por negligencia médica tras su		

	histerectomía, para por fin dejar todo eso atrás, pero persevera por algo más grande que su pérdida: “Yo no voy a recuperar mi vientre. Pero mi hija algún día, si ella así lo quiere, va a ser madre”.		
--	---	--	--

Para concluir con la ejemplificación de segmentos textuales referentes a la relación social establecida en la atención obstétrica, parece oportuno rescatar la reflexión crítica del médico ginecobstetra, Luis A. Villanueva Egan respecto a la comunicación pasivo-agresiva que médicos ginecobstetras en general establecen con las mujeres:

[130] *(del texto 03) En estrecha relación con lo anterior, se encuentra la tendencia de algunas/os integrantes del personal de salud a descalificar la información y el conocimiento que las mujeres poseen sobre su estado de salud o sobre su proceso de parto, reduciendo al absurdo los relatos de las mujeres sobre sus experiencias en otros partos o los cambios percibidos en sus propios cuerpos, desdeñando aún las señales de alarma referidas por las pacientes que permitirían identificar oportunamente el inicio de una complicación médica u obstétrica.*

Esta afirmación se refuerza con el argumento que brindan médicos ginecobstetras como defensa ante las críticas que reciben a sus prácticas:

[131] *(del texto 07) Las autoras del artículo realizaron una encuesta entre pacientes en el puerperio, acerca de si el personal que las atendió las había agredido verbalmente, actitud que es y será siempre altamente condenable; pero luego mezclan con estas evidentes y lamentables agresiones verbales, la práctica de amniotomía, episiotomía, número de tactos vaginales, sondeo vesical y administración de oxitócicos, procedimientos que difícilmente puede relatar con precisión una paciente durante la encuesta, y si lo hiciera es evidente lo dudoso de su testimonio.*

El segmento [131] confirma la naturalidad con la que médicos y personal de salud aplica intervenciones rutinarias sin el consentimiento debidamente informado de las mujeres, por un lado; y la manera de justificar médicamente prácticas que solo son necesarias cuando a la mujer no se le brindan las condiciones ambientales que cualquier individuo de la especie

de los mamíferos necesita para parir. El cuerpo responde a estímulos, incluyendo los estímulos estresantes de luz excesiva, presencias humanas desconocidas, gritos y llantos alrededor, todo esto sin mencionar las prácticas directamente violentas tanto invasivas (rasurado perineal, oxitócicos intravenosos, tactos excesivos, presión abdominal, episiotomías, etc.) como restrictivas (impedir: libre movimiento, consumo de líquidos o alimentos, micción o evacuación, compañía de personas conocidas, etc.). Pero lo que llama la atención es la ideología de la descalificación del lego que tienen los médicos y que ha sido ampliamente analizada en otra literatura antropológica. Mediante interdiscurso manifiesto las autoras responden así:

[132] *(del texto 08) En este sentido discrepamos de los médicos firmantes respecto a considerar el testimonio de las mujeres como “dudosos”, ya que implicaría menospreciar la capacidad y derecho de los “sujetos” de estudio para expresar y significar su experiencia. Las autoras disentimos con su comentario, dado que de esta manera se anula la posibilidad de tomar en cuenta la perspectiva de las mujeres en su rol de pacientes y usuarias de los servicios de salud e implicaría asumirlas como “objetos” sin derechos y pleno ejercicio de su ciudadanía.*

El género del discurso médico, cuando se trata de justificar prácticas, apela a conocimientos que escapan del conocimiento social general, por eso son especialistas. Sin embargo, abusan del poder que la especialidad les otorga:

[133] *(del texto 04) Y el porcentaje de cesáreas realizadas entre 2000 y 2010 en el país fue de los más altos del mundo: 37 por ciento; la recomendación de la OMS indica no superar las 15 por cada 100*

Y llevan lo que ya es un problema al siguiente nivel de complicación, registrándose para el siguiente periodo (2008-2017) un promedio de alrededor de 45%, provocadas por intervenciones previas excesivas que complican los partos fisiológicos, limitando la resolución en última instancia a la opción quirúrgica:

[134] *(del texto 02) Creo que algunos médicos, tanto hombres como mujeres – en el fondo – se dan cuenta que no está bien lo que hacen. Por ello inventan múltiples excusas*

para justificarse, las cuales han quedado registradas en las historias clínicas, para que la estadística diga que todas esas cesáreas realmente eran necesarias.

Se derivan las siguientes conclusiones de análisis ideológico a partir del data expuesto en relación interdiscursiva de los actores predominantes.

El fenómeno presenta una nueva configuración de géneros y discursos. No lo hace en las relaciones de poder entre médico-paciente que se han documentado ampliamente, cuya diferencia solo es de grado, alcanzando niveles superiores de abuso y dominación en la especialidad de ginecología durante la atención del parto. La nueva configuración se presenta en las relaciones que se establecen entre parteras y mujeres donde la toma de decisiones es conjunta y horizontal. La partera, a diferencia del médico, no se reserva el poder de decidir de manera unilateral sobre el cuerpo y los procesos de la mujer, su embarazo y su parto.

En términos de grupos socioculturales, las parteras establecen con las mujeres prácticas discursivas diferenciadas de las que los médicos establecen con los pacientes. Cada uno de estos dos discursos tiene situaciones de producción, distribución y consumo que le son propios. El ámbito sociocultural del *discurso hegemónico* son las instituciones oficiales de salud pública y privada. Mientras que el *discurso subalterno o alternativo* de la partería se construye y reproduce históricamente fuera de estas instituciones. En el momento en que el discurso hegemónico comienza a limitar la práctica de la partería mediante una política pública de coacción condicionada a la entrega de recurso de los programas sociales, y/o a la homologación de los términos partera = enfermera surge un tercer tipo de discurso: el *discurso transgresor o subversivo*.

Es subversivo porque su práctica discursiva transgrede las fronteras de su propio orden discursivo, es decir, tiene su origen en la propia institución hegemónica, por ejemplo cuando la DMTyDI-DGPLADES y el INSP, ambas células de la SSA, comienzan a manejar discursos sobre violencia obstétrica como problema y sobre partería como alternativa. También si ampliamos la escala para abarcar la Secretaría de Salud (SSA) y la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) como instituciones de un mismo orden del discurso

gubernamental, percibimos la existencia de un discurso transgresor en el núcleo mismo de las prácticas hegemónicas.

Pero, en respuesta a las preguntas del capítulo anterior ¿hasta dónde tiene que pujar el discurso transgresor para trascender el cambio en las prácticas discursivas hacia un cambio más profundo de nivel sociocultural? Y ¿en qué ámbitos la institución hegemónica ejerce su dominio para que el cambio se quede a nivel de prácticas discursivas sin trastocar su posición privilegiada en el sistema de dominación?

Recordamos aquí los procesos de *aparente democratización* y de *personalización sintética* que propone Fairclough (1989, 1995). Respecto a ambos procesos, la forma no marcada de la práctica médica comienza a ser desnaturalizada a partir de evidenciar precisamente la institucionalización (normalizada) de la violencia. Fairclough dice que la democratización es aparente porque lejos de eliminarse la asimetría de poder, se transforma en formas encubiertas. Y la personalización es sintética porque se simula un discurso privado en audiencias masivas.

Y esto sucede así cuando el gremio médico comienza a utilizar los discursos y recursos de la medicina defensiva que no hacen más que aumentar la desconfianza entre médico-usuario, por un lado; y los de la mercantilización del parto humanizado, promocionando como producto rentable el acceso de las mujeres a sus derechos humanos, por el otro.

Estas son conclusiones típicas del Análisis Crítico del Discurso, las cuales son de mucha utilidad para comprender parte de la complejidad de los fenómenos socioculturales. En realidad, el colectivo hegemónico ha *tecnologizado el discurso* en términos faircloughianos, es decir, ha mezclado géneros y subgéneros y reestructurado discursos con el propósito de construir una nueva hegemonía, que sigue subordinando a mujeres y a parteras. Y estas conclusiones sientan en sí mismas las bases para nuevas líneas de investigación (como las nuevas prácticas de la medicina defensiva o la mercantilización del parto humanizado).

Pero al poner el foco en el Análisis del Discurso Crítico reconociendo las herramientas y las bases conceptuales del ACD, podemos entonces trascender la crítica al

discurso hegemónico en tanto forma abstracta no marcada, para posicionar el foco de análisis en una forma marcada concreta, alternativa y subalterna, y observar el papel complejo que juegan el poder y la ideología en la transformación de las relaciones sociales, aunque su lugar en la jerarquía social siga siendo al margen de la hegemonía.

El análisis del discurso crítico muestra que la lucha por el posicionamiento de alternativas no siempre es la lucha por la hegemonía. La partería no busca el reemplazo de la ginecobstetricia, por el contrario, reconoce ámbitos de acción fronteriza entre las prácticas, mientras que la biomedicina obstétrica no lo hace, en cambio sí busca extender su dominación hegemónica.

Los actores concretos del discurso transgresor, a título individual muestran valores que se corresponden con una ideología anti sistémica, en el sentido de que se posicionan críticos ante la forma no marcada de la violencia institucional naturalizada. Incluso entre los aprendizajes de la publicación que hicieron los funcionarios de la DMTyDI sobre su labor de 2003 a 2018 literalmente mencionan que “es fundamental conservar nuestra posición con respecto a las parteras tradicionales a pesar de otras posiciones en la SSA.”. Y tras el análisis se observa que estos autores se refieren principalmente al CNEGySR quien actualmente se adjudica la exclusividad de regular el tema de la partería mexicana, y lo hace no desde el punto de vista intercultural, pero pragmático: hay 15 mil enfermeras obstetras y perinatales en México y alrededor de 500 parteras profesionales, *versus* 15 mil parteras tradicionales de las cuales se desconoce su competencia por no haber egresado de una institución con reconocimiento oficial (aunque hayan sido las maestras de las 500 parteras profesionales), por lo tanto, designamos que las enfermeras son las parteras que México necesita. De las parteras urbanas autónomas ni se habla, porque no están censadas por lo tanto no existen. No existen los partos domiciliarios porque son estadísticamente insignificantes. Es el punto de vista institucional actual.

La capacidad que tiene la práctica discursiva hegemónica de absorber la disidencia (auténtica en sí misma) e integrarla a través de una democratización aparente no es algo nuevo. Es claro que en este sentido una práctica discursiva transgresora no representa necesariamente un cambio ideológico en el marco más amplio de la institución social. Sin embargo, sí es sin lugar a duda, una expresión de que fuera del ámbito institucional se están

produciendo cambios en el orden social que les implica directamente y del cual se tienen que hacer cargo discursivamente aparentando pluralidad con el propósito ulterior de mantener la hegemonía.

Al mismo tiempo este mismo mecanismo permite entender que mientras no exista una transformación a nivel ideológico del orden del discurso en el poder, la democratización seguirá siendo aparente y la personalización seguirá siendo sintética. Incluso el tema de incluir la partería en el sistema de salud no representará solución alguna si no se cambia la estructura misma de la relación sociocultural, pues con los protocolos actuales y el *habitus* cotidiano fuertemente jerarquizado, sobre todo en la formación de enfermería supeditada a la jerarquía médica, será muy difícil para la partera construir relaciones sociales realmente democráticas y personalizadas como sí las puede llevar a cabo fuera de la institución.

Siguiendo a Fairclough, ambos casos, cambio en la práctica discursiva y cambio sociocultural implican transformación en las relaciones sociales. Solo que el primero es a nivel local, en el ámbito de la experiencia inmediata de los círculos que necesariamente ocupan el rol de subalternos ante la hegemonía, mientras que el segundo tipo de cambio implica que la misma relación de dominación se vea trastocada en más de un ámbito particular de la experiencia. Es decir, se extiende a la disolución del patriarcado capitalista neoliberal como sistema de dominación de casi todos los ámbitos de la existencia humana.

La manera más efectiva de distinguir los límites entre los discursos ideológicos es nombrándolos y caracterizándolos. La particularidad del fenómeno que nos ocupa tiene un trasfondo general que se alimenta de estructuras propias de otros sistemas ideológicos.

En este sentido, dos grandes complejos sociocognitivos relacionados con la salud sexual y reproductiva se expresan en el surgimiento de nuevas configuraciones discursivas y representan un claro ejemplo de creciente tensión de un conflicto sociocultural. Hemos decidido identificarlos como complejos discursivos ideológicos *obstetricista* versus *matriactivista*.

El *matriactivismo* es un término acuñado por Jesusa Ricoy en su libro “Mujeres de película, partos de ciencia ficción” en el que explora algunos temas del interdiscurso que aquí hemos analizado. Cuestiona la mirada patologizante que la cultura hegemónica inserta en el

discurso colectivo sobre el embarazo y el parto y la maternidad. El matriactivismo se alimenta del feminismo pero también pone en tela de juicio la doble marginación que una mujer-madre tiene primero en la sociedad patriarcal, segundo en los mismos círculos feministas que asumen la maternidad como un acto de sumisión en sí mismo.

El matriactivismo está relacionado con lo que en otros ámbitos se ha llamado “revolución calostrál” que es el empoderamiento femenino que una mujer manifiesta tener a nivel interno y profundo, sobre todo cuando se dan las condiciones para que experimente sus partos en sororidad y libertad. Y se llama calostrál porque es un vínculo fundante que la mujer establece con la maternidad, lo cual, al mismo tiempo de alimentar el apego con la cría, se autopermite y configura espacios de libertad fuera de los constreñimientos socioculturales que dictan las normas sobre ser “buena-madre” en la sociedad patriarcal.

Ser matriactivista es asumir la maternidad como un acto político de resistencia, en el cual, el momento del parto es el espacio ritual liminal del cambio de estatus de la individualidad a la maternidad. Por ello el matriactivismo pone el foco en este momento de la salud reproductiva de la mujer.

El contenido semántico de carácter sociopolítico del matriactivismo está en asumir, como lo hace el feminismo en general, el cuerpo y las decisiones sobre el propio cuerpo como territorio autónomo de libre determinación. La partería, en la práctica, asume el matriactivismo, por ello en el discurso encontramos referencias a las parteras con términos sociopolíticos de resguardo de un territorio: *guardianas, guerreras, luchadoras*, entre otros términos similares. Y al mismo tiempo, las parteras son matriactivistas de sus propios cuerpos, es por ello que las mujeres también se dirigen a ellas con términos que denotan admiración, respeto y ejemplo a seguir con nominalizaciones como: *maestras, abuelas, mujer medicina*.

Por otro lado, con *obstetricismo* lo que intento definir es un sistema ideológico particular que se apoya principalmente en una mezcla de prejuicio científicista y misógino, eventualmente racista y aporofóbico. Tiene su discurso y su práctica correlativa en la discriminación asociada a la atención obstétrica. Se manifiesta tanto en el maltrato verbal y físico como en la negación de las necesidades de las mujeres en proceso de parir; y también en las prácticas discursivas discriminatorias hacia la partería.

La ideología obstetricista es el desdén o la aversión a que las mujeres autogestionen sus propios cuerpos y procesos reproductivos; una autogestión matriactivista entendida a través de sus sinónimos como autogobierno, autodeterminación, autonomía, soberanía, libertad, independencia, emancipación, potestad, albedrío. Es una apología de la dependencia y la subordinación del ser humano a la ciencia, tan cotidiana como sistémica, que por su naturaleza sociocultural e histórica es fundamentalmente patriarcal. Particularmente una mujer embarazada es considerada un objeto medible, incapaz, controlable y explicable con base en supuestas y cuestionables leyes generales de la ginecología.

En la práctica el obstetricismo es todo tipo de violencia obstétrica pero es también centrar la atención exclusivamente en el expulsivo y alumbramiento, fragmentando el acompañamiento continuo de todo el proceso reproductivo. Y como todo discurso hegemónico está cubierto por el velo de la autocomplacencia, se define a sí mismo bajo el doble discurso de velar por el bienestar materno e infantil en lo abstracto, cuando en lo concreto simplemente significa mantener con vida al binomio que su misma práctica pone en riesgo.

La discriminación de la partería es principalmente a la no profesionalizada. Esto porque el pensamiento obstetricista se basa en el prejuicio de que la partera profesional se apega estrictamente a los procedimientos del modelo biomédico, cuando en la práctica no es así. En México, la partería profesional del siglo XXI, al estar basada en la atención de partos eutócicos, se alimenta en gran medida de los saberes y prácticas de la partería tradicional. Tiene su propia historia de emancipación y desapego de la enfermería obstétrica que aún es considerada como práctica subordinada a la gineco-obstetricia. Aquí cabe preguntarse ¿será sólo un error basado en la ignorancia que el discurso de la política pública asimile el concepto de la partera profesional al de la enfermera obstétrica? ¿O por el contrario, es una estrategia político-discursiva para demeritar la práctica de la partería como ámbito de resistencia del control hegemónico?

Pero para no confundirnos con el discurso de ‘partería sí, partería no’ dentro de las instituciones de salud, podríamos plantear la problemática focalizada en la mujer, en términos de *obstetricismo* versus *matriactivismo*, es decir, partos sometidos versus partos insumisos. El primero se fundamenta en la percepción del cuerpo como objeto de estudio, con una

funcionalidad mecánica respondiente a las leyes físicoquímicas de la materia, las cuales son manipulables a través de técnicas fármaco-quirúrgicas; el segundo concibe el cuerpo como territorio autónomo, un complejo micro universo multidimensional de carácter material, mental, emocional, espiritual.

Con suerte para las mujeres, visualizar el obstetricismo como práctica discursivo-ideológica basada en la misoginia, el patriarcado, el racismo y el clasismo; y compararlo con el matriactivismo como discurso ideológico alimentado de ecofeminismo, matrifocalidad, interculturalidad y ginecocracia, derivará, quizá, en cambios concretos como la formación médica en la humanización del parto, o la apertura de espacios autónomos para la partería, permitiendo el despliegue del ejercicio de libertad política de algunas mujeres, más no (aún) del colectivo.

Desafortunadamente, las acciones locales no implican necesariamente un cambio sustancial en las relaciones de dominación sin que haya antes un cambio profundo en la ideología hegemónica en los diferentes ámbitos de la existencia, de la misma manera que la abolición de la esclavitud no ha diluido la continuidad de prácticas racistas en la estructura sociocultural global contemporánea.

CAPÍTULO 6. CONSIDERACIONES FINALES

“La libertad de un país puede medirse por la libertad del nacimiento”

Ágnes Geréb, Budapest, Mayo 2012.

6.1 PRINCIPALES RESULTADOS

Desde el punto de vista de la teoría de los Sistemas Adaptativos Complejos (SAC) detallada en el Capítulo 2, los “resultados” son expresados en términos de “procesos del sistema”, toda vez que la misma naturaleza de la complejidad de los cambios sociales de larga duración, hace imposible determinar un resultado concreto predecible.

Antes de pasar al análisis de los procesos, determinaremos cuáles son las características del contexto social de la atención del parto en tanto sistema complejo:

1. Los elementos del sistema son *agentes adaptativos* pues no se pueden simplificar en tipologías estáticas de grupos sociales. En los textos identificamos personal de salud como médicos, enfermeros, estudiantes internos, y otros perfiles de proveedores de atención de parto que no son considerados de manera oficial como parte del personal de salud pública como parteras y doulas. Otros agentes del sistema complejo que intervienen como catalizadores para la modificación de estos contextos de atención son, de manera directa, las mujeres embarazadas como sujetos de derecho, y de manera indirecta, los representantes del sector científico-académico, de organismos de salud internacionales, de organizaciones de la sociedad civil que influyen en la respuesta de los tomadores de decisión.
2. La adaptación de los agentes no está regulada de manera simple por reglas sociales dadas, sino que se trata de una constante *coadaptación mutua* en función de la interacción continua. De la misma manera que los agentes no forman grupos homogéneos, podemos encontrar casos aislados de coadaptación en equipos

interdisciplinarios que se forman a partir de la interacción entre agentes adaptativos diversos. Por ejemplo, una mujer embarazada que ha atendido su parto por un equipo compuesto de una partera, un médico y una doula. En los contextos sociales donde menos interacción hay entre agentes adaptativos diversos, los grupos disciplinares se tienden a encerrar en sí mismos rechazando la cooperación. Pero también sucede que en los contextos donde la interacción es impuesta (no autogestionada) los grupos disciplinares suelen formar relaciones en términos de jerarquía, obstaculizando la cooperación.

3. Cuando la coadaptación mutua es *autogestionada* por los propios agentes suele ser común que estos cambien las reglas conforme acumulan experiencia. Nos referimos a las reglas implícitas, las formas no marcadas, aparentemente neutrales de la hegemonía. Cuando los agentes deciden abrirse a la experiencia de la cooperación, ya sea que se trate de una partera haciendo equipo con un médico, de una enfermera obstetra interesada en aprender el modelo de atención de la partera, o de una médica estableciendo una relación de comunicación asertiva con la mujer, se trata de una decisión individual, no grupal, y por lo tanto, subjetiva. La importancia de que dicha experiencia sea expresada en forma de discurso es que, a partir del texto, se convierte en colectiva.
4. Las *referencias discursivas* se tornan elemento común para la adherencia o desagregación de subjetividades, y por ende, toman un papel primordial en la dinámica misma de coadaptación. Durante aproximadamente 20 años, este proceso adaptativo se vio reflejado en una colección desordenada de elementos, en una complejidad inasequible para los tomadores de decisión (que al final son los agentes que tienen el potencial de sentar las bases para una cooperación más organizada). El caos imperante favorece el estatus quo, es decir, permite la conservación del sistema dominante. Sin embargo, la dinámica coadaptativa, al ser constante, permite que eventualmente los elementos vayan formando redes ordenadas y autoorganizadas a través del tiempo, pasando de la autogestión de la experiencia individual a la autonomía de las fuerzas colectivas.
5. Como observamos en las conclusiones del capítulo 4, en el lapso de una década, las referencias discursivas en torno al tópico de la violencia obstétrica centrado en la

atención del parto por el personal de salud van perdiendo relevancia frente a un discurso emergente de un modelo alternativo, no violento, centrado en la figura de la partera. La riqueza y densidad de las interacciones, tanto prácticas como discursivas, va permitiendo al sistema autoorganizarse a lo largo del tiempo y de manera espontánea. Mas adelante en las conclusiones retomaremos en detalle los procesos que marcan el inicio de la tercera década del XXI, donde se aprecia el efecto que va teniendo la fluidez entre órdenes del discurso, donde el *dispositivo de “riesgo y seguridad”* marca la pauta de la competencia y la cooperación entre los agentes.

6. Otra característica de este sistema es que los agentes puestos en relación tratan de convertir los sucesos en una ventaja para ellos, y lo hacen a través de la producción y distribución de discursos. Que el discurso sea de carácter centrípeto o centrífugo depende de si la ventaja representativa del agente es en términos de competencia o de cooperación.
7. Aunque se observan configuraciones de organización espontánea, el sistema de la atención obstétrica está lejos de ser un sistema equilibrado. Se trata más bien de un sistema abierto a múltiples influencias que trascienden el ámbito de la ginecología que es el orden del discurso dominante durante el siglo XX. En la complejidad actual se identifican influencias de otros órdenes del discurso como el de los derechos (humanos, de género, sexuales, reproductivos, interculturales, laborales, libre determinación, etc.), de la política pública, de la ciencia, del uso y del abuso del poder, entre otros.

La constante adaptación en la que se encuentran los SAC implica que cualquier cambio en las relaciones de sus componentes obliga a todo el sistema a ajustarse a la nueva situación. “Estar lejos del equilibrio hace que una de las características fundamentales de estos sistemas sea estar en constante evolución, aunque el cambio no es una constante, sino que a largos períodos de estabilidad siguen cambios rápidos.” (Molina y Ludy, 2005, p. 85).

Los largos periodos de estabilidad son en parte perpetuados por la función del dispositivo²⁹, así como los cambios son dados por un cambio paradigmático en la noción

²⁹ Con “dispositivo” nos referimos a la noción foucaultiana que se puede caracterizar (Castro, 2011) como la red que se establece entre discursos, instituciones, arquitectura, reglamentos, leyes, medidas administrativas,

hegemónica del dispositivo en turno. De esta manera los dispositivos (Foucault, 1970) operan en la dinámica sociocultural a través de las relaciones entre órdenes del discurso en cuanto a sus procedimientos “que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad” (Foucault, 1970, p. 14).

A través de los textos analizados identificamos el *dispositivo* (oculto) que relacionan el texto (dimensión comunicativa) con la práctica discursiva (dimensión pragmática) con el orden del discurso (dimensión semiótica). De esta manera develamos los procedimientos:

a) *Externos de exclusión*

- a. *Sistemas de prohibición.*- En el campo del discurso público quienes pueden hablar abiertamente de violencia obstétrica son médicos o residentes, y parteras no racializadas. A otros actores, como mujeres no se les da espacio público en el orden del discurso institucional para hablar de este tema que solo a ellas y a sus hijos les afecta directamente.
- b. *Separación entre razón y locura.*- Foucault decía que se cataloga de loco a aquel que enuncia una verdad oculta. En los textos pudimos observar los contrargumentos defensivos de la práctica gineco-obstetra ortodoxa que etiquetan de poco convencional y de sesgo profesional las voces que enuncian la violencia obstétrica. En este mismo mecanismo, pero a nivel pragmático, se encuentran los funcionarios que hacen público el papel de la medicina intercultural para hacer frente a la violencia institucional. Desde el punto de vista hegemónico es lindo como patrimonio folklórico, pero resulta una locura la propuesta de centrar las bases de la atención en una cosmovisión que no es propia de una “sociedad científica y moderna”
- c. *Dicotomía verdad-falsedad.*- Observamos que los discursos que ostentan la pretensión de verdad son los que se traducen en materialidad histórica, es decir, en prácticas socioculturales normalizadas. A partir de la época de la ilustración el discurso de la ciencia gineco-obstétrica fue

enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no dicho. Es una formación que cumple una función estratégica de control de la dinámica relacional de los órdenes del discurso.

posicionándose como la verdad científica, excluyendo todos aquellos discursos y, por lo tanto, prácticas sociales (materialidad histórica) que no le eran propios a la cosmovisión egocéntrica del profesional de la medicina universitaria científica, en detrimento del discurso basado en la experiencia directa de sentir el parto (mujeres) y conocerlo plena y naturalmente (parteras).

b) Internos de control

- a. El Comentario.-* Una vez posicionado el discurso de la ginecología y obstetricia como el único permitido, razonable y verdadero, corresponde a los órdenes de discurso hegemónico como son los gobiernos, las universidades, los servicios de salud, las revistas académicas, etc., distribuirlo y reactualizar cotidianamente su materialidad histórica.
- b. El Autor.-* La función social de quien ostenta el discurso es la de agrupar y dar coherencia al orden del discurso, el cual es necesariamente histórico. Así se hace notar que en el discurso sobre el parto hubo gradualmente un desplazamiento de autor, es decir, de ser un “asunto de mujeres” (subjetivo) fue secuestrado por especialistas científico-positivistas (objetivo); lo que deriva en una objetivación del sujeto.
- c. La Disciplina.-* Una vez establecido el orden del discurso, es de la Disciplina (científica) desde donde se decide la verdad o falsedad de las proposiciones. Cabe la pregunta ¿cuán naturalizado tenemos en nuestra sociedad creer sin dudar la palabra del médico, al mismo tiempo que negamos validez a cualquier discurso que no provenga de la disciplina?

c) De intercambio y condicionamiento

- a. Función de dominar los poderes que conllevan los discursos.-* Esta función está condicionada por los dos procedimientos anteriores, responde a la pregunta ¿quiénes aparecen en el escenario de la política pública? ¿quiénes son excluidos? En el fenómeno bajo análisis notamos una “guerra de titanes” en el sentido de que son los que siempre han tenido el poder los mismos que ostentan los discursos. En regímenes democráticos (y burocráticos como México) hay instituciones a las que se les otorga el

poder de ser los portavoces de los excluidos. De hacer uso de ese poder depende su existencia. Así el discurso de la interculturalidad (mediante la DMTyDI) y el de derechos humanos (a través de la CNDH) irrumpen en el ámbito de acción de la atención obstétrica, lo que provoca una permeabilización del orden del discurso de la atención a la salud materna desplegada por la ciencia gineco-obstétrica.

- b. *Función de conjurar los azares de su aparición.*- El representante institucional de la atención a la salud materna que en el caso de México es el CNEGySR toma las riendas del azar discursivo mediante técnicas encaminadas a detonar cambios en las prácticas discursivas aplicados a reforzar la hegemonía como son la democratización aparente (incluir en los servicios de salud ‘aparentes parteras’ que son de facto ‘enfermeras’) y la personalización sintética (hacer spots y publicidad de parto humanizado en las salas de labor sin modificar el *habitus* de la enseñanza y práctica de la enfermería³⁰).
- c. *Función de determinar las condiciones de su utilización.*- Para el poder hegemónico es importante mantener el discurso de la partería tradicional porque la condición de su utilización está en servir a la promotoría desde la biocomunicabilidad del modelo médico hegemónico. También es importante mantener en la invisibilización a la disidencia, a esas parteras indígenas o no, rurales o urbanas, incluso algunas parteras técnicas, profesionales y enfermeras obstétricas que rechazan laborar dentro del sistema; y que están creando redes autónomas para defender el modelo de partería, que implica la atención del parto en casa. Tema que también sigue siendo tabú desde el punto de vista de la política pública, que cuando se refieren a él solamente es para resaltar los riesgos, y con ello, la insensatez y la falsedad que sustenta su prohibición.

Con ello en mente, podemos hablar de un mecanismo de control social basado en la biocomunicabilidad del riesgo. La biocomunicabilidad entendida como “un juego clave de

³⁰ Recordemos que en el estudio de investigación del texto 06 la violencia obstétrica fue percibida por las mujeres principalmente de parte del personal de enfermería.

herramientas para construir y naturalizar las ideologías y prácticas neoliberales” (Briggs, 2005, p. 101) corresponde al aspecto discursivo del dispositivo de control.

“En el caso de la salud, las perspectivas dominantes conciben el conocimiento como: a) producido por los sectores científicos –por epidemiólogos, investigadores clínicos, científicos de laboratorio, etc.–; b) traducido al lenguaje popular por clínicos, profesionales de las relaciones públicas, y periodistas; c) transmitido a los legos –en interacciones médico-paciente, en actividades de promoción de la salud o a través de los medios de comunicación–; y finalmente d) recibido por el público. Este proceso aparentemente lineal y unidireccional crea y jerarquiza subjetividades y ubicaciones sociales sobre la base del conocimiento especializado, el control sobre las tecnologías y la posición institucional; cuanto más alejados de los lugares de producción privilegiados estén localizados los individuos y grupos, menores son la agencialidad, el poder y la autoridad que les pueden ser atribuidos.” (Briggs, 2005, p. 103-104)

Briggs, de esta manera expone los mecanismos de la dinámica comunicativa propia del orden del discurso médico. Desde el punto de vista del marco teórico del Norman Fairclough (1993, 1995) la biocomunicabilidad se expresa en el ámbito de las prácticas socioculturales, es decir, la dimensión semiótica. Las fuerzas centrípetas, o sea, aquellas que mantienen la estabilidad del modelo hegemónico, actúan apoyándose principalmente del aspecto discursivo del dispositivo de control:

El poder de las esferas de comunicabilidad médica, asimismo, descansa en la habilidad de proyectar la noción de que, al menos desde la época de Pasteur, el conocimiento es producido en sectores científicos a través de técnicas experimentales, y diseminado mediante los modernos dispositivos comunicativos –desde las publicaciones científicas a las prácticas clínicas y los medios de comunicación de masas–. Aunque los canales específicos pueden cambiar –tal como la actual utilización del correo electrónico, Internet, y la videoconferencia–, la estructura es aparentemente universal y estable. (Briggs, 2005, p. 113)

Más aún, México considerado como país en vías de desarrollo, se encuentra en una posición global en la cual su estatus de biocomunicabilidad le posiciona en un papel de receptor de las políticas de ‘ajuste estructural’ de organismos internacionales como OMS, OPS, y UNFPA, de la misma manera que la dinámica se presenta al interior del país entre los

círculos hegemónicos y la población subalterna. De esta manera, la política pública ha despojado a los grupos de medicina tradicional y otras medicinas subalternas del capital simbólico que les es propio, *tecnologizando* así un discurso con valor de mercado: el parto humanizado. Médicos y enfermeras practicantes del modelo hegemónico enlistan un conjunto de prácticas despersonalizadas, a las que llaman humanización del parto, y es vendido en dos sentidos: 1) en el ámbito privado como un valor agregado de la atención; 2) en el ámbito público como indicadores de productividad basados en la “nueva forma libre de violencia”. Sin embargo, la raíz de la práctica está en la episteme, no en la superficie:

“Menéndez y Di Pardo sugieren que “el médico tiende a definir su actividad no como trabajo, sino como práctica profesional y técnica ligada directamente con la producción de conocimiento científico” (1996: 15). Afirman que en la práctica médica a menudo se produce una hibridación de “la racionalidad científica” y la “racionalidad de los conjuntos sociales”, dándose así una ideologización de la racionalidad científica, y cargándola de contenidos sociales y psicológicos que surgen de las prácticas institucionales cotidianas y de las interacciones con los legos (1996: 270)” (en Briggs, 2005, p. 114).

De esta manera se explica que la enfermería se percibe e incorpora como una “partería científica” en el sentido de que sus practicantes, al menos desde el punto de vista formativo, comparten la misma raíz epistémica, y por ende, la misma ideología sobre el biocontrol y las relaciones jerárquicas de dominación. Esta es la base por la cual los organismos internacionales se interesan solo por el sector profesional, lo que a nivel nacional se traduce como incorporación exclusivamente de profesionistas del cuidado de la salud egresadas de universidades, es decir, las enfermeras.

Una transformación no aparente en las relaciones sociales es transferir este “saber parir” a la mujer por parte del proveedor, pero ello implica que éste renuncie a ese poder exclusivo como productor de conocimiento. Por supuesto que parte del sector de enfermería, incluso de especialistas, está dispuesto a aceptar esta transferencia del poder de producción del conocimiento. El problema está en que el discurso enfocado en el riesgo desplaza el contenido epistémico del “saber parir” por el de saber actuar en caso de que las cosas no salgan como normalmente se espera en un parto de bajo riesgo. Y en este punto es donde la biocomunicabilidad cancela a través de los procedimientos de control enunciados, toda

posibilidad de que alguien fuera de los círculos del saber médico hegemónico puedan acceder al conocimiento oculto al lego. Así, en lugar de invertir en capacitaciones mutuas (médicos enseñan a parteras a atender emergencias obstétricas; parteras enseñan a médicos y enfermeras a atender partos) serias y sistemáticas, se decide que es más prudente, con menor costo político y más eficiente (más no eficaz) adiestrar a enfermeras en la detección del riesgo obstétrico mientras, en el mejor de los casos, se le brinda a la mujer un simulacro pobremente montado de atención humanizada.

La biocomunicabilidad es la pieza clave del dispositivo de control basado en la percepción de riesgo (en la patologización del embarazo) que permite explicar la permanencia de la segregación social tras una falsa fachada de inclusión. Como menciona Charles L. Briggs: “Requiere cambios sociales radicales desafiar el poder de la comunicabilidad para generar inequidades y reducirlas a “diferencias culturales”, y borrar la violencia médica estructural del discurso público.” (2005, p. 117). Y los Análisis Críticos del Discurso y del Discurso Crítico extienden las posibilidades no solo de imaginar, sino de fortalecer alternativas no hegemónicas ya en marcha. Aunque en principio sea a título individual, no colectivo, siempre es posible desafiar el poder de la institución.

6.2 LA FUNCIÓN DEL DISPOSITIVO EN LA EDIFICACIÓN DE LA HEGEMONÍA

Los procesos del sistema que son la guía para el análisis se centran en la pregunta de investigación. En el capítulo del análisis comunicativo se contestó la primera parte de la pregunta: ¿qué dicen los textos públicos que hablan de la atención del parto? Los análisis pragmático y semiótico de los capítulos posteriores respondieron a través de la herramienta de la interdiscursividad ¿qué tanto y cómo están implicados los sujetos participantes en la relación social que implica el acto de parir?

En este capítulo concluiremos el último nivel de análisis englobando a manera de síntesis los contextos ¿qué se dice?, las causas ¿por qué se dice?, las consecuencias ¿para qué se dice?, las condiciones y contingencias ¿cuándo y dónde se dice? del fenómeno bajo estudio.

“El marco requiere un proceso específico de indagación: nombrar un problema, reconocer lo que hay en el camino para comprender el problema, teorizar la función del problema en la práctica social y cómo contribuye a reproducir el orden social existente, encontrando soluciones potenciales al problema a la mano, y reflexionando sobre todo el proceso de análisis. Comentan sobre cada parte del proceso, y se mueven a través de las debilidades y posibilidades del paradigma.” (Leistyna, 2001, p. 186).

Para ello tomaremos los conceptos de *riesgo y seguridad* como el dispositivo dialéctico que utiliza el discurso predominante para perpetuar su hegemonía en los diversos ámbitos sociales, políticos, económicos y culturales.

Los dispositivos se fundamentan en la ideología que los sostiene. Podemos hablar entonces de un dispositivo obstetricista (desubjetivante) deconstruido por un discurso matriactivista (subjetivante) que representan dos aproximaciones diferentes y controversiales de atención del parto humano.

La controversia se basa en el contenido semántico diferenciado que otorga uno y otro discurso a la noción de *riesgo y seguridad* como aspectos medulares tanto de la crítica mutua como de la legitimación propia de cada postura ideológica. Es decir, desde el obstetricismo, la atención hospitalaria del parto por especialistas médicos se considera seguro, mientras que la atención fuera de este *dispositivo de seguridad* se considera de alto riesgo. Y viceversa, desde el punto de vista matriactivista se señalan los riesgos de la atención hospitalaria que presenta altos índices de violencia obstétrica y trata de transmitir la seguridad que brinda la confianza y aceptación del potencial humano de parir en condiciones fisiológicas de mínima intervención médica.

De esta manera tenemos dos visiones contrapuestas, (sin perder de vista que su dinámica se da en el marco de un Sistema Adaptativo Complejo irreductible a explicaciones simplistas), en torno a un mismo dispositivo. Podemos asumir que tanto organismos internacionales como la política pública mexicana que en ellos se basan, al proponer que es necesaria y deseable la seguridad en la salud materna evitando en la medida de lo posible los riesgos prevenibles, caen con respecto a la sociedad civil en una dinámica de “Comprensión

Ficticia” explicada por la Teoría del Doble Espejo (TDE) en la intertextualidad discursiva (Herras-Salord & Moreno-Martínez, 2017).

La TDE es una herramienta útil para identificar los dispositivos hegemónicos que perpetúan el discurso centrípeto porque “evita la violencia relacional y permite el robustecimiento simultáneo de criterios a menudo antagónicos.” (*Íbid.*, p. 53). (Violencia relacional solo en el discurso más no en la práctica de la atención del parto). La técnica consiste en identificar descriptores morfológicamente idénticos, pero semánticamente diferentes. Como vimos a lo largo del estudio, algunos de estos descriptores son: bienestar materno, parto natural, paciente, salud materna, y otras formas no marcadas o desubjetivantes.

Con el posicionamiento del discurso centrífugo en algunas áreas tradicionalmente pertenecientes a los órdenes del discurso hegemónico, esta *comprensión ficticia* se desvela como *falacia comunicativa*. Los marcadores del discurso crítico se manifiestan principalmente en las denuncias públicas y en el uso de descriptores disruptivos, agresivos, subversivos, emancipatorios (como abuso, violencia, agresiones, indiferencia, intervenciones innecesarias). Si continuamos con la metáfora del doble espejo, se puede decir que el interlocutor del discurso catalizador, centrífugo, disruptivo o emancipatorio toma una piedra y la lanza contra el espejismo del entendimiento mutuo. Al “lanzar” descriptores provocadores el interlocutor aludido reacciona y emite un discurso centrípeto que tiende a la alineación con la ideología dominante a través de los dispositivos a su alcance.

Recordemos que el dispositivo “tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos.” (Agamben, 2011, p. 257). Al identificar estos descriptores que “rompen” la aparente arena común del entendimiento, estos se interpretan como provocadores del *estatus quo* y en la reacción es posible visibilizar las técnicas de mitigación como son el descrédito, la ridiculización del otro y la justificación de prácticas médicas que el discurso subversivo señala como violentas aludiendo al dispositivo combinado de “mayor seguridad / menor riesgo”.

Este “Espejo Roto” puede derivar en dos resultados opuestos: el diálogo resolutivo o la franca oposición. Mientras que en medio se perpetúa el *estatus quo* mediante la

comprensión ficticia donde están todos esos actores individuales que no han sido expuestos a la confrontación discursiva. Estos mecanismos se pueden dar en tres niveles: individual, institucional y a nivel de la política pública que sería el de mayor impacto en la transformación social.

Ilustración 6.2.1 Resultados y niveles de la interacción discursiva

INTERACCIÓN DISCURSIVA	
RESULTADOS	NIVELES
- Diálogo resolutivo	- Individual
- Comprensión ficticia	- Institucional
- Franca oposición	- Política pública

Por la dinámica intertextual analizada en los capítulos precedentes, podemos concluir de manera preliminar que en este momento el sistema se encuentra en una etapa en la que el diálogo resolutivo, es decir, la relación de cooperación interdisciplinar, reconocimiento y respeto mutuo a las autonomías disciplinares y a las decisiones de los sujetos, no sobrepasa el nivel individual, en algunos casos a penas permea el nivel institucional (como algunas colaboraciones entre organizaciones de la sociedad civil, academia y gobiernos locales), pero a nivel de política pública no ha permeado un diálogo resolutivo y en cambio sí se aprecia una comprensión ficticia (como apoyos aislados a la partería desde el discurso indigenista) y, en otros escenarios, una franca oposición (último fue 25 de marzo de 2021 donde la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados no aprobó una propuesta de modificación de ley para la regulación de atención de partos en primer nivel de atención que se sometió a escrutinio desde diciembre de 2019).

La gráfica 4.2 de “Nacimientos en México. De 1985 a 2018” presentada en el capítulo 4, muestra que el crecimiento de la cobertura hospitalaria es apabullante en detrimento del parto domiciliario. En términos absolutos, el dispositivo de *seguridad/riesgo* tendría que presentar una reducción de la mortalidad materna asociada directamente al lugar de la atención obstétrica ¿Pero qué es lo que se observa? Por un lado la muerte materna no disminuye significativamente, y si lo hace, es a la par e independiente del lugar de la atención

(la muerte materna ocurrida en nacimientos hospitalarios respecto a la que ocurren en el hogar es de 0.050% para ambos casos). Del 1990 al 2018 la razón de muerte materna se ha mantenido, si acaso ha disminuido muy poco (15%) y no lo que se esperaba del 45% o más. Y en cambio sí crece la visibilización pública de la violencia obstétrica hospitalaria. Incluso en algunos estados de la república como Nuevo León la muerte materna va en aumento a la par que la cobertura hospitalaria que alcanza el 100%. Más aún, el problema se agudizó en los últimos años. Cifras del Observatorio de Mortalidad Materna en México revelan que, antes de la pandemia, la tasa de mortalidad materna fue de 31.2 por cada 100 mil nacimientos; durante la pandemia, esta tasa aumentó a 57.7 por cada 100 mil nacimientos.

Con estas evidencias estadísticas se han configurado algunos ajustes en el orden del discurso imperante, sin que ello represente un impacto significativo en las prácticas sociales. Recordemos que en los sistemas no lineales (SAC) “insumos pequeños pueden tener consecuencias espectacularmente grandes o, por el contrario, el efecto de un estímulo muy grande puede no causar repercusiones de importancia.” (Molina y Ludy, 2005, p. 81). Trazaremos una línea del tiempo de los episodios (“estímulos grandes”) que ha tenido el sistema, que han sido un intento de transgredir el discurso hegemónico, pero que a nivel macro-social no ha alcanzado el impacto esperado en la transformación de las relaciones sociales; pues el dispositivo de *seguridad / riesgo* se ha implantado más allá inclusive de la propia racionalidad y evidencia científica.

En México, la primer Norma Oficial Mexicana que regula de manera universal la atención del parto es la NOM-007-SSA2-1993. Ya desde entonces en la introducción se leía:

“De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos

cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados.” (NOM-007-SSA2-1993).

En la Norma no se determina que todos los partos deben ser hospitalarios (atendidos en segundo nivel), pero tampoco se hace explícito que los embarazos de bajo riesgo puedan ser tratados en unidades de primer nivel de atención, mucho menos en domicilios de las familias; por la redacción de los métodos, las técnicas y los agentes relacionados a la atención obstétrica, queda implícito que el parto hospitalario debe ser la situación deseable con el objetivo de reducir la tasa de mortalidad materna.

Llama la atención que en la introducción, la NOM vigente durante 1993 a 2016 menciona el parto psicoprofiláctico³¹, el cual es un término que ha caído en desuso. Incluso ya no se utiliza en la NOM-007-SSA2-2016. La NOM de 1993 dice:

“A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su

³¹ En la Ginecología y Obstetricia desde la década de 1960 se hablaba de psicoprofilaxis como “método tan inocuo para madre y producto que permita la conservación íntegra de la conciencia, que transforme a la mujer en un ser activo y que tenga tantas repercusiones benéficas sobre la mujer, producto de la concepción, hogar y sociedad en general.” (Gazca-Nieto, 1959, p. 210). El doctor Jesús Gazca Nieto aseguraba que el dolor del parto debe ser considerado desde 3 factores básicos: 1. Modificaciones funcionales de la actividad nerviosa superior. 2. Aspecto neurológico de los dolores del parto. 3. El papel de la corteza y de los factores psicogénicos. Su método incluye condiciones ambientales y preparación tanto de personal médico como de las embarazadas. Lo importante de la técnica es el efecto de la palabra sobre cada uno de los tres factores. Es decir, la influencia de la calidad de la relación social. En este sentido, el parto psicoprofiláctico es el antecedente precursor de la humanización del parto; y además es la explicación científica del conocimiento intuitivo del modelo de partería.

utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo.” (NOM-007-SSA2-1993).

Y no se vuelve a mencionar nada similar el resto del documento donde tampoco se encuentran términos que sí encontramos en la actualización de la NOM a partir de 2016 como derechos humanos, derechos reproductivos, apoyo psicológico, respeto, dignidad, cultura, seguridad emocional, conducción no mecanizada, discriminación, autonomía, valores sociales y otros relacionados a la calidad de la atención obstétrica en términos de la relación social establecida entre proveedores y mujeres.

Aún así, la NOM de 1993 ya pone en evidencia que el propósito de esta es mejorar la calidad y calidez de la atención ante la “necesidad de efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país... (y) corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención”. Es un reconocimiento institucional aunque velado (implícito) de la existencia normalizada de prácticas de violencia obstétrica.

En torno a los términos de calidad y calidez sucede que en la NOM de 1993 el primero es mencionado 4 veces a lo largo del texto mientras que en la actualización de 2016 es referida 14 veces. Y la palabra calidez la encontramos 3 veces en 1993 y en 2016 es eliminada de la NOM. En la NOM-007-SSA2-1993 el término calidez en la atención es definido como: “El trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.” y por calidad de la atención se entiende “la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).”

Para los participantes de la actualización de la NOM en 2016 es claro que la NOM de 1993 adolece de falta de información para provocar impactos reales en la transformación de las relaciones sociales no deseadas en la atención obstétrica. Por ello, son más explícitos en relacionar la palabra calidad con la serie de conceptos relacionales humanísticos antes mencionados. Inclusive en 2016 la definición de calidad de la atención cambia: “al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores

sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.” Es decir, la calidad ya incluye la calidez y el tono para referir “trato cordial, atento y con información” es sustituido por términos que implican consecuencias jurídicas ante el irrespeto de derechos y valores de las mujeres.

¿Qué cambió y por qué cambió tanto el sentido de la normatividad entre 1993 y 2016? Pues en 2016 además de los participantes tradicionales en su elaboración que son las instituciones públicas de salud y los colegios de especialistas médicos, participaron también otros agentes colectivos, entre ellos: el Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende, A.C. (CASA); Asociación Mexicana de Partería, A.C. (AMP); Parto Libre, A.C.; Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE); Comité Promotor por una Maternidad Segura entre otras Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que incorporan como parte fundamental de sus actividades el apoyo a la partería desde una perspectiva matriactivista.

Este es un ejemplo de aparente diálogo resolutivo a nivel interinstitucional, que si bien permeó uno de los aspectos rectores de la política pública (normas oficiales) no ha sido suficiente para que permee la práctica social.

Las razones por las que estos actores fueron incorporados en el diseño de la norma se explican por la presión de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud quien en su informe de Ginebra de 1996 presenta una guía práctica de atención del parto normal de bajo riesgo (categoría en la que se encuentra del 85% al 90% de todas las mujeres embarazadas) presentada en 4 puntos: A. Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas. B. Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas. C. Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema. D. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.

Esta guía hizo evidente (aunque para los ojos de muy pocos) la importancia del modelo de partería, sobre todo porque en las facultades de medicina se había perdido (y no se ha recuperado) el conocimiento para la atención de partos fisiológicos que cumplan el objetivo de la OMS: “Conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de

intervención de la manera más segura. Este objetivo implica que: **En el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural.**” (Organización Mundial de la Salud, 1996) (resaltado en el original).

Entre los pocos que vieron en el rescate de la partería una oportunidad de cumplir con los mandatos internacionales están los funcionarios de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) quienes son relegados e infravalorados por el resto de las dependencias de la Secretaría de Salud y por el gremio médico hegemónico, no solo por abonar a la promoción de la partería indígena, sino por denunciar la violencia obstétrica imperante en las instituciones públicas.

El periodo de fin de siglo XX y principios del XXI se caracteriza por la proliferación de estudios cualitativos y demandas públicas de violencia obstétrica los cuales no son considerados seriamente debido a la falta de sistematización de indicadores y de evidencia estadística. Es decir, el orden del discurso hegemónico aplica el procedimiento externo de exclusión en el que el sistema de prohibición impide que las percepciones subjetivas sean tomadas en cuenta como evidencia científica, en un marco donde impera la separación entre razón (academia médica) y locura (saberes tradicionales y populares) y por lo tanto se mantiene una clara dicotomía entre “verdad” y “falsedad” que no es puesta a juicio.

Es en 2011 cuando se presenta un cisma a nivel mundial en los propios mecanismos internos de control del orden hegemónico. El médico greco-británico Kypros Nicolaidis especialista en medicina fetal sienta las bases de un nuevo paradigma en la atención prenatal que revierte la pirámide del paradigma del siglo XX en la cual la noción misma del riesgo obstétrico se ve trastocada.

El Dr. José Luis Larios Reyes, médico mexicano también especialista en medicina fetal, en su ponencia “Nuevo Paradigma en Salud Primal” lo explica así:

“La vigilancia prenatal del siglo XX ya queda rebasada por la nueva evidencia científica. El método de atención prenatal que se aplica actualmente, incluyendo los procedimientos de ambas NOM, fueron adoptados entre 1901 y 1921 cuando el obstetra escocés John William Ballantyne asienta el paradigma de que los partos deben ser atendidos en hospitales. A partir de ahí, los elementos del método se fueron incorporando de manera paulatina y anárquica.” (Larios Reyes, 2019, video no público).

Comenzando por la periodicidad de las consultas las cuales fueron definidas y adoptadas a nivel mundial a partir de una propuesta burocrática (no científica) del secretario de salud de Inglaterra Arthur Greenwood en 1929. Luego se fueron incorporando herramientas como el estetoscopio y el esfigmomanómetro con lo que se descubre la relación entre convulsión y presión alta. De forma gradual se fueron agregando otros datos como el peso de la mujer, la medición del fondo uterino, la frecuencia cardiaca fetal a partir de la introducción del estetoscopio Pinard, los exámenes de laboratorio también fueron incorporándose a partir de prueba y error. Para la década de 1970 se normaliza el uso del ultrasonido obstétrico y en 1980 el monitoreo electrónico fetal. El punto del Dr. Larios es que todos estos elementos fueron incorporados anárquicamente sin un historial de estudios previos que avalen sus técnicas.

A partir de ello el Dr. Nicolaidis sistematiza los resultados de la atención médica del siglo XX para proponer un nuevo paradigma de atención prenatal *que tiene implicaciones en el cambio de actores y contexto en el evento del parto*. Concluye que ya existe suficiente evidencia para adoptar un método definido y estandarizado distinto al actual y argumenta que si bien el control prenatal del siglo XX (al que le llama tradicional) ha contribuido a disminuir la morbimortalidad materna, en realidad no lo ha hecho como se esperaba.

Ello se debe a que este método tradicional arroja resultados que no corresponden a la realidad pues con su aplicación la mayoría de las mujeres embarazadas (entre un 50% y 80%) caen en el rango de alto riesgo. Esto ha provocado que se transmita en el imaginario colectivo la idea errónea de que el embarazo es una bomba de tiempo, que en cualquier momento se puede complicar, lo cual siendo producto de un control prenatal sin bases científicas sólidas, aun así tiende a fortalecer el dispositivo de *riesgo / seguridad* del discurso hegemónico, y por lo tanto, robustecer el ejercicio de poder del gremio médico sobre la autonomía corporal de la mujer.

Con el nuevo paradigma de control prenatal propuesto por el Dr. Nicolaidis, el porcentaje de mujeres consideradas de alto riesgo se reduce al 5%. Este método apuesta por una verdadera medicina preventiva, en lugar de la actual medicina resolutoria que en su afán de anticiparse a posibles complicaciones se transforma en medicina defensiva que resulta en

un exceso de intervenciones innecesarias al cuerpo de la mujer y con ello la vulneración de sus derechos humanos.

En un cuadro comparativo el Dr. Larios explica la diferencia entre ambos paradigmas:

Tabla 6.2.1 Comparación de modelos. Fuente: Dr. José Luis Larios Reyes

	Siglo XX	Siglo XXI
Propuesta de origen	Político	Médico
Método	Inductivo	Científico
Antecedentes	Sin investigación	Investigación científica previa
Incorporación de elementos	Paulatina y anárquica	Ya establecidos
Métodos	No definidos	Definidos y estandarizados
Comprobación	Retrospectiva	Prospectiva
Capacidad de detección	30-50%	>95%
% Alto Riesgo	>80%	5%
Intervención médica	Alta	Baja
Atención del nacimiento	Especialista (95%)	Partera (80%)
Morbi-mortalidad	Alta	Baja
Costo	Alto	Bajo
Necesidad de capacitación	Baja	Alta
Basada en evidencia	No	Sí

Como se puede observar en la tabla 6.2.1 la relación costo-beneficio de la adopción universal del nuevo paradigma traería consecuencias positivas no solo para la mujer (reducir el índice de morbi-mortalidad materna y perinatal) sino para el mismo sistema de salud pública debido a que reduce significativamente los costos de la atención. “El momento en que se decidió que todas las embarazadas se vayan a los hospitales hizo tronar el sistema de salud. No hay dinero que alcance para esa atención”. (Dr. Larios, Com. Pers.). El único detalle está en que se tiene que invertir más en la capacitación de los especialistas. Sin embargo, actualmente el uso de los recursos materiales y humanos provoca que a la larga todos paguemos un alto precio tanto económico como social.

En cambio, los beneficios del nuevo paradigma no son solo económicos, también: mejoran el proceso de adaptación del neonato y la lactancia lo cual reduce las enfermedades crónicas cuando sea adulto, también está demostrado que la manera de nacer determina el futuro de los recién nacidos y por lo tanto de la humanidad. Si naciéramos con menos

violencia, estamos seguros, impactaría en la reducción del índice de violencia social. Nada nos cuesta comprobarlo y en cambio es invaluable lo que podríamos ganar.

Pero el nuevo paradigma no ha permeado lo suficiente. El sistema adaptativo complejo tiene procesos de larga duración. Este esquema publicado originalmente en 2011, está a penas siendo socializado lentamente en la comunidad científica mexicana a partir del 2020 y no sin interés que obstaculizan sus procedimientos de circulación. Es por ello por lo que ninguno de los textos seleccionados para el análisis se refieren a él. Y ni siquiera fue de conocimiento oportuno durante el diseño de la NOM-007-SSA2-2016 la cual sigue utilizando el método de control prenatal paradigmático del siglo XX.

Lo que sí permeó en la actualización de la Norma Oficial fue otro documento internacional de importancia. En el año 2014, la OMS emitió la primer declaratoria para la “prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, avalada por más de 68 organismos de todas las regiones del mundo. En este momento el discurso hegemónico todavía no se atreve a adoptar el término “violencia obstétrica”. Sigue utilizando eufemismos como “trato irrespetuoso y ofensivo” y “falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. La declaratoria “reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.” (Organización Mundial de la Salud, 2014) y lo hace a través de proponer cinco acciones:

1. Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto
2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad
3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto
4. Generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso
5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas

Entre las partes interesadas en México están esos actores históricamente marginados: las parteras. Por eso organismos que promueven su posicionamiento participaron en el diseño de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Esta relación de fuerzas provocó que el 21 de octubre de 2015 la UNFPA anunciara la creación del Grupo Intersectorial para el Impulso de la Partería (GIIP) conformado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fundación MacArthur y la Fundación Kelloggs.

“En 2015, el Programa de Población y Salud Reproductiva (PPSR) de la Fundación MacArthur lanzó una iniciativa de tres años para promover la partería profesional en México. Guiada por una detallada Teoría de Cambio y una amplia consulta con diversos socios institucionales, la Iniciativa invirtió USD\$17 millones a través de 50 donativos para promover un entorno normativo y de política pública más favorable, fortalecer el reconocimiento y la demanda, ampliar las opciones educativas y promover la integración de modelos de implementación de alta calidad de partería profesional en el sistema público de salud. La Iniciativa buscó llevar al país hacia un punto de inflexión en el que la partería profesional se convertiría en una característica permanente del sistema de atención de la salud materna para ayudar a reducir la carga de sobrehospitalización y medicalización para los partos normales de bajo riesgo, mejorar la calidad de la atención y contribuir a largo plazo en la reducción de los altos índices de cesárea y en la mejora de la salud materna. El financiamiento de la Fundación terminó en 2018, aunque algunos proyectos continuarán hasta mediados de 2019.” (Informe a la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur. Enero 2019).

Parte de este donativo fue utilizado por la Asociación Mexicana de Partería quien lo utilizó para fortalecer la autonomía de la profesión a través de la creación de un estándar de competencias de lo cual se hablará más adelante.

Paralelamente, el mismo año 2015 la jurista croata y especialista en derechos humanos Dubravka Šimonović fue nombrada “Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias” por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU. En

junio y julio de 2019 presentó un informe focalizado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Este antecedente marca un hito en el reconocimiento universal, sin tapujos, de la existencia de esta forma específica de violencia contra la mujer.

En su inicial declaratoria, la OMS, sin adoptar abiertamente el término de Violencia Obstétrica, ya señalaba cinco acciones principales para abordar la problemática, relacionadas con investigación, promoción de derechos, generación de bases de datos, procesos inclusivos de participación, enfocadas a documentar para erradicar las “prácticas de maltrato, ofensivas e irrespetuosas”.

Dicha llamada de atención sirvió de preámbulo para generar vasta evidencia que durante cinco años se estuvo produciendo a lo largo y ancho de todo el orbe.

A pesar de todo el esfuerzo legislativo y las modificaciones de ley efectivas en algunos estados de la república, a nivel nacional, México ha optado por no pronunciarse a favor del reconocimiento de la existencia de la violencia obstétrica. Al no aprobar las iniciativas de modificación de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, no es posible abordar el fenómeno como lo que es, un problema generalizado; por el contrario, se prefiere continuar particularizando los casos, regionalizando la problemática, y clasificándola como desviaciones a la norma, es decir, continuar con el *estatus quo* en el cual el reconocimiento del problema no implique consecuencias jurídicas en la mayoría de las entidades del país.

No obstante, el reconocimiento oficial de la violencia obstétrica por parte de la ONU representa el respaldo jurídico necesario para la acción, dado que el Convenio para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer está ratificado por México, por lo tanto su observancia es obligatoria. En este juego de fuerzas discursivas centrífugas contra fuerzas centrípetas hay un bloqueo en el núcleo duro del orden hegemónico del discurso que el sistema adaptativo complejo que iniciada la década de 2021 aún no logra desbloquear.

A raíz de este informe de la ONU el Diario El País publicó un artículo titulado: “La violencia obstétrica se hace visible para la ONU”³² en el cual menciona Ibone Olza, psiquiatra perinatal y directora del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, que “Este reconocimiento desculpabiliza a las madres, valida sus experiencias, califica de “tortura” el realizar una cesárea o una episiotomía sin consentimiento y describe las formas de maltrato más habituales en el parto, especialmente el chantaje y cómo se minimizan o invisibilizan sus consecuencias”.

En el mismo artículo, Charo Quintana, ginecóloga y miembro del Comité Técnico de la Estrategia de Atención al Parto y Salud Reproductiva del Ministerio de Sanidad (España) considera:

“En la actualidad pocas áreas de partos están adaptadas al nuevo modelo de atención al parto y al nacimiento, pocas tienen suficientes unidades como para no recurrir por falta de camas a acelerar dilataciones y expulsivos, pocos quirófanos permiten el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido en cesáreas y partos gemelares, pocas áreas de reanimación postquirúrgica están preparadas para mantener a los recién nacidos con sus madres recién intervenidas. Faltan matronas, personal de enfermería y ginecólogos dedicados a la obstetricia. Y falta formación en el nuevo modelo de atención al parto, en cuestiones bioéticas como el respeto a la autonomía de las mujeres durante el embarazo o el parto, en habilidades de comunicación y en gestión de las emociones”.

Es interesante reconocer que en pleno año 2022 sigue sin haber indicadores estandarizados y por lo tanto estadísticas certeras para “medir” la problemática. Y se hace notar que no es un problema exclusivo de México, tal como lo expresa Ibone Olza:

“Sería estupendo que los servicios de obstetricia leyeran el informe de la relatora de la ONU y aplicaran sus recomendaciones, comenzando por la transparencia en la obstetricia. Es decir, que se hicieran públicos los indicadores de cada servicio: tasas de cesáreas, episiotomías, inducciones, partos instrumentales, para poder saber cómo se están atendiendo los partos e ir implementando estrategias de mejora”.

³² Publicado 27 de septiembre de 2019. Última consulta 17 de abril de 2021 en https://elpais.com/elpais/2019/09/25/mamas_papas/1569401750_024829.html?rel=str_articulo#1572301874338

Las primeras dos décadas del siglo XXI a nivel mundial cierran así: hay muchos datos de carácter cualitativo pero insuficientes en sentido cuantitativo. Es decir, sabemos en qué consisten estas prácticas y sabemos que son prácticas generalizadas y arraigadas en los centros de salud, pero no existe estadística comparativa. “Las dolorosas historias contadas por las mujeres en las comunicaciones recibidas por la Relatora Especial pusieron de manifiesto que el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud se producen en todo el mundo y afectan a las mujeres de todos los niveles socioeconómicos”, señala el informe de la ONU.

También en México las estadísticas son precarias e imprecisas. Los únicos datos que tenemos son sobre mortalidad materna y los indicadores son lugar de ocurrencia y causas. Para estadísticas de nacimientos sí toman en consideración el personal que atendió (médico, enfermera o partera) pero no está relacionada con la base de datos de la mortalidad. Lo único que podemos obtener es cuáles muertes maternas ocurren en el hogar, mas no dice qué personal atendió, ni dónde; es decir, el parto pudo haber sido atendido por un médico en hospital aunque la muerte haya ocurrido en el hogar, o viceversa, pudo haber sido atendido por partera y tras la referencia hospitalaria falleció en la unidad médica. No lo sabemos. Cuando se analiza el detalle, por ejemplo en 2018, según datos del INEGI:

Ocurrieron 117 muertes maternas en el hogar y 895 en algún hospital público o privado. De estas 117 muertes en el hogar, 63 (53%) ocurrieron “Con atención”, es decir, bajo la custodia de algún proveedor obstétrico (sin especificar). Quiere decir que en la mitad de ellas la mujer no obtuvo ningún tipo de atención. De las 63 mujeres fallecidas que sí tuvieron algún tipo no especificado de atención, el 56% de las “casusas de muerte” están relacionada a morbilidad previa o gestacional (eclampsia, diabetes, tumores) y la mayoría ocurren en zonas alejadas de atención hospitalaria. Mientras que 28 de ellas (restante 44%) están relacionadas con una complicación del puerperio. Este tipo de complicaciones puerperales muchas de las veces ocurre por negligencia médica, y la estadística no permite conocer ni dónde ni por quién fue atendido el parto.

Como se explicó antes, para evitar la muerte materna es necesario un control prenatal basado en evidencia científica y la mujer debería ser tratada por un equipo interdisciplinario

de especialista y partera con el fin de identificar ese 5% de casos que sí terminan complicándose y poder ser referidos oportunamente para la atención hospitalaria.

Esta imprecisión en la estadística, aunado a la relación mental automática entre hospital-ciudad / partera-ruralidad, provocó que se creara y fortaleciera un argumento falaz al relacionar la muerte materna con la atención de la partería, sin detenerse en reparar en todas las determinantes sociales del deceso que implican que amplio número de muertes maternas ocurran en municipios de mayor marginación.

La misma dinámica fenoménica del discurso también ha provocado otro argumento falaz relacionado al dispositivo de *riesgo / seguridad*: “el parto domiciliario es de algo riesgo vs. el parto hospitalario es seguro”. Este argumento atenta directamente contra la autonomía corporal y el derecho a decidir de la mujer dónde, cómo y con quién parir.

Aunque hay estudios y evidencia que demuestran que el parto en casa es tan seguro como el hospitalario³³, el tema sigue estando rodeado por un halo de estigma social que culpabiliza a la mujer y a la partera por decidir crear espacios autónomos de nacimiento.

En entrevista³⁴ a Violeta Osorio, acompañante de partos argentina, coautora del libro “Mujeres invisibles. Partos y patriarcado” comenta varios puntos que se prestan a la reflexión bajo el marco conceptual de análisis de esta tesis. Comienza diciendo que lo primero que suele aparecer al lado del parto en casa es la idea de que es *inseguro*. Retomo en este capítulo el tema del parto en casa porque representa el eslabón entre dos actores anti sistémicos: las parteras y las mujeres.

Aunque hay médicos que no tienen ningún problema en atender partos domiciliarios, la casa es el espacio de acción por antonomasia de la partera. Cuando el médico fue relegado al hospital, ella siguió atendiendo fuera de este dispositivo de control que representa el hospital.

³³ Véase por ejemplo: <https://www.scientificamerican.com/espanol/noticias/reuters/el-parto-en-el-hogar-es-casi-tan-seguro-como-en-el-hospital-si-el-embarazo-es-de-bajo-riesgo/> y <http://www.actasanitaria.com/parto-seguro-parto-en-casa-ciencia-contra-creencias/>

³⁴ “Parto Planificado en Domicilio ¿De qué estamos hablando?” Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=sg1llVW5eZo&t=1965s>

Lo interesante de la entrevista es que Osorio habla de manera estructurada y reflexiva desde el punto de vista de la mujer, que decimos que es el actor más importante, pero su voz es la menos escuchada. De hecho en México, el movimiento matriactivista apropiado por las mujeres es aún inexistente. Y es que las mujeres se la tienen que ver con este poderoso dispositivo de control hegemónico:

“las mujeres que elegimos parir en casa estamos construyendo una decisión contracultural (...) y las decisiones contraculturales tienen un peso enorme, significa que nos tenemos que armar un montón, significa que tenemos que encontrar un montón de estrategias para pelear contra el mundo y hacerle saber que yo en realidad sí estoy en condiciones de tomar decisiones sobre mi cuerpo. Esto también tiene que ver con el hecho de que somos las mujeres que estamos tomando esa decisión.” (Osorio, 2020, vídeo removido de YouTube).

Ella claramente le da la vuelta al dispositivo *seguridad / riesgo* con frases como “lo que tenemos que empezar a poner en duda realmente son las instituciones médicas”. Puntualiza los básicos de la hegemonía cuando cuestiona la veracidad del imaginario colectivo:

Buscamos la ciencia, la legalidad y la seguridad en la institución, porque me han dicho que lo único seguro es eso. Lo que podemos decir con claridad sobre las instituciones es: no hacen ciencia, se rigen por protocolo, que no sabemos qué carajos es porque no responde ni a la evidencia científica ni a la legalidad. Ese protocolo significa costumbre, no significa otra cosa. No trabajan en el marco de la ley. La ley dice que no cumplirla es violencia obstétrica y sin embargo ellos campantemente no la cumplen. En este momento las mujeres y nuestros hijos e hijas no estamos seguros en la institución (...) Que si dicen que la OMS está en contra, pues no, desde 1996 la OMS dijo: “la mujer debe dar a luz en el lugar en el que ella se encuentre segura”. Interesante que no dice en el lugar seguro, dice donde ella se encuentre segura, o sea, soy yo la que determina la seguridad.” (Osorio, 2020, vídeo removido de YouTube).

La creadora del término “matriactivismo”. Jesusa Ricoy, instructora española de cursos de preparación para el parto, es otra mujer que habla de partos insumisos donde la mujer decide totalmente todo lo relacionado con su evento obstétrico. El posicionamiento de la partería en Europa ha ido diferente que en las américas. En España, Francia, Alemania y

otros países las mujeres paren en maternidades y con parteras avaladas por el sistema de salud nacional. Esto representa una dinámica que implica que Ricoy exprese:

“Las parteras necesitan que las reinventemos, que las reapropiemos, que las rescatemos del sistema patriarcal (...) Todo tipo de misoginia y racismo acaban por cargarse más o menos según en qué sitio la figura de la matrona (...) La partera es una figura absolutamente esencial en el feminismo (...) ¿Las parteras en realidad cómo son?, ¿Aliadas machistas al servicio de los médicos o verdaderas parteras que respetan su profesión como aliada feminista? (...) Elegir activamente no es lo mismo que elegir las opciones presentadas. Lo mismo para parir que para la sexualidad.” (Jesusa Ricoy, Com. Pers.).

Ella presenta una definición de violencia obstétrica desde el punto de vista de la mujer, la cual fue solicitada y usada por la Dra. Amali Loukagamage para su ponencia en el Congreso Anual del Real Colegio de Obstetricia y Ginecología (España):

“Violencia Obstétrica es el acto de ignorar la autoridad y autonomía que las mujeres tienen sobre su sexualidad, sus cuerpos, sus bebés y sus experiencias de partos. Es también el acto de negar la espontaneidad, las posturas, los ritmos y los tiempos que el parto necesita para desarrollarse normalmente cuando no hay necesidad de intervención. Y es también el acto de ignorar las necesidades emocionales de la madre y el bebé durante todo el proceso de del parto.” (Jesusa Ricoy, Com. Pers.).

Ignorar y negar la autonomía de la mujer. Difiere a la definición desde otros puntos de vista que se centran en el agente de la atención, lo que sigue restando poder de protagonismo a la misma mujer. ¿Cómo son entonces las parteras de las Américas? ¿Por qué decimos que son esencialmente matriactivistas?

PhD. Ina May Gaskin, fundadora y directora de *Farm Midwifery Center* en Tennessee, EEUU, es un ícono de la partería en el continente americano. Lleva más de 50 años siendo partera bajo el modelo centrado en la mujer. Es especialista en distocia de hombros, método que ha ido perfeccionando tras aprenderlo de parteras indígenas de Guatemala. Se trata de un procedimiento no invasivo que se convirtió en la primera (y única) técnica obstétrica en ser nombrada con el nombre de una partera (la maniobra de Gaskin). Es autora de varios libros que promueven el reconocimiento de habilidades y técnicas utilizadas

por parteras indígenas de Guatemala, México y Brasil. Es defensora de la partería como movimiento político por el derecho de las mujeres. Es una de las parteras más antiguas a quien se le reconoce el inicio de la lucha política con su frase “Nosotras creamos la institución que nos rige. Eso es autonomía, eso es poder”.

Más allá del origen étnico y la posición social, hay varias parteras “blancas extranjeras” que han tomado su conocimiento de parteras “indígenas del tercer mundo” y que desde la mirada ajena a la problemática son envueltas en un discurso polémico de “apropiación cultural”, lo cual, lejos de apoyar a que se universalicen los derechos de las mujeres provoca un debilitamiento y deslegitimación del movimiento. Desde el punto de vista de muchas parteras, incluidas indígenas, la partería es una, con sus variantes, pero siempre basada en la centralidad de la mujer con toda la ideología matriactivista que ello implica. En términos de autoras como Robbie Davis-Floyd se trata de la figura de la partera posmoderna definida como aquella que:

“tiene una postura en relación a la biomedicina y a otros sistemas de conocimiento, moviéndose fluidificado entre ellos para ayudar a las mujeres que asiste. Es consciente, culturalmente competente y políticamente enganchada. Trabaja con recursos de su conocimiento específico, aliados a los intereses de la mujer. Su relativismo informado es más accesible para las parteras profesionales, pero lo que se observa, alrededor del mundo, es que esta actitud está atungiendo las parteras tradicionales, en diversos países. Así, el concepto de partera posmoderna representa un puente para las brechas étnicas, raciales y de estatus, que separan las parteras profesionales de las tradicionales, y un punto focal y analítico para la comprensión de la forma de negociación de identidades y papeles de cada uno de los miembros en el grupo, en el mundo en transformación.”
(Davis-Floyd, 2007, p. 705).

Son ellas, las parteras posmodernas, que a los ojos de un externo son clasificadas como tradicionales, indígenas, profesionales, etc., esas cuantas provenientes de cualquier lugar, cualquier etnia, las que generan las dinámicas de la política pública mexicana.

A nivel nacional, es un logro político provocado por la unión (aunque fuese eventual) de parteras provenientes de todos los rincones de México y del mundo, que en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 sean nombradas más allá de la única frase contenida en la NOM de 1993, numeral 5.1.4 “Las mujeres y los niños referidos por las

parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.”

En la NOM de 2016 son definidas como:

3.29 *Partera técnica*: a la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

3.30 *Partera tradicional*: a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

Estas definiciones limitan la compleja realidad de la partería en México, ya que además de simplificar lo hacen de manera errónea al asimilar “tradicional” con “indígena y rural” dejando fuera a toda la gama de parteras urbanas y autónomas que existen. Sin embargo se hace explícito una frase impensable de no haber intervenido en su elaboración las organizaciones de la sociedad civil antes mencionadas, pues en el numeral 5.1.11 menciona “Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.”

Por comunicación personal sabemos que la NOM no quedó redactada exactamente como las parteras participantes deseaban. Sigue habiendo una fuerte discriminación a las necesidades de las mujeres, privilegiando siempre la infraestructura actual hospitalaria y normalizando la falta de competencias técnicas del personal médico en frases como numeral 5.1.12 “La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.”

El enunciado en sí mismo es una contradicción pues condicionan la autonomía de la mujer aunque en apariencia la promueven. La norma y otras leyes siguen hablando de capacitación vertical, unilateral, siempre del gremio médico hacia las parteras, nunca en el sentido inverso, nunca estableciendo una plataforma horizontal y bidireccional pues siguen sin aceptar que los médicos tengan algo que aprender de las parteras. Por otro lado, mientras

el sector salud siga cerrado a contratar parteras, nunca se contará con personal capacitado en temas como parto vertical y otros, y nunca se asegurará la preservación de la autonomía de la mujer.

Por detalles discursivos como este, líneas atrás decíamos que la colaboración resultó en un aparente diálogo resolutivo que no fue más que un mecanismo de Doble Espejo que arroja un resultado de comprensión ficticia que sigue privilegiando los mecanismos institucionales del discurso centripeto hegemónico.

Con todas sus aristas, estas situaciones no dejan de significar pequeños actos de logros políticos que van posicionando el movimiento nacional de partería en la agenda oficial. Y sobre todo su consideración como alternativa al problema de la violencia obstétrica, tal como lo visualizamos en los textos donde actores individuales ya señalaban implícita o explícitamente esta relación desde principios del siglo XXI. Fue hasta el año 2017 que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos publica en el Diario Oficial de la Federación su Recomendación General No. 31/2017 sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. La cual la quinta señala directamente el papel de la partería en este tema:

“QUINTA. Implementar eficazmente las políticas públicas ya previstas en el orden jurídico nacional, relacionadas con la partería tradicional en México y adoptar las medidas necesarias para fortalecer el proceso de vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud, creando un entorno jurídico e institucional que propicie el respeto y el ejercicio de dicha actividad, mediante el reconocimiento y la promoción de las aportaciones, práctica y desarrollo de la medicina tradicional indígena en condiciones adecuadas y garantizando que la capacitación técnica que reciban sea periódica, actualizada y además tome en cuenta sus usos y costumbres. Señalando de manera enunciativa mas no limitativa, las siguientes medidas:

- ✓ Asegurar el acceso y destinar espacios adecuados en los hospitales para que las parteras y parteros tradicionales puedan asistir y brindar acompañamiento a las mujeres embarazadas;

- ✓ impartir cursos y/o talleres y desarrollar campañas de sensibilización dirigidos al personal médico que labora dentro de Sistema Nacional de Salud sobre la importancia y el respeto de la partería tradicional;
- ✓ proveer a las parteras y parteros tradicionales de los instrumentos necesarios para prestar sus servicios en condiciones idóneas (distribución de suministros, maletines obstétricos o sencillos estuches desechables para asegurar las buenas condiciones higiénicas de los partos, organización de sistemas de transporte para trasladar los embarazos patológicos, mejoramiento del procedimiento de envío de casos);
- ✓ asegurar que el material que se les facilite durante su capacitación sea culturalmente adecuado e
- ✓ implementar los mecanismos para la sistematización de los resultados y beneficios del ejercicio de la partería.” (DOF, 30/08/2017).

Como se aprecia, el discurso sigue siendo limitativo. Mientras las autoridades sigan separando la partería tradicional indígena del movimiento político general es muy poco probable que se avance en la agenda política. Pero lo que sí representa es el procedimiento hegemónico que Foucault (1970) identifica como de intercambio y condicionamiento que implica dominar los poderes que conllevan los discursos, conjurar los azares de su aparición y determinar las condiciones de su utilización. Estos procesos provocan que se perpetúe el racismo y el clasismo sistémico por el que transita la partería en México, es decir, lo que hemos identificado como ideología obstetricista.

La relación entre los agentes se preserva de la siguiente manera: existe *exclusión* de las parteras por parte del sector formal médico. Este mismo sistema hegemónico realiza una *segregación* discursiva entre parteras tradicionales y profesionales, estas últimas son las parteras técnicas, las enfermeras obstétricas y las enfermeras perinatales, mientras que las parteras autónomas urbanas siguen siendo invisibles en el discurso oficial. La partería profesional considerada desde el punto de vista oficial ha causado no poca polémica en el movimiento de partería. Muchas parteras formadas en la autonomía y en la tradición (o mejor dicho en la tradición autónoma) consideran que las enfermeras no pueden ser consideradas

parteras *per se* pues carecen de las competencias del modelo. ¿Será porque las consideran las aliadas machistas al servicio de los médicos como lo señala Jesusa Ricoy? Después de todo, las enfermeras están formadas en las facultades de medicina bajo un modelo de subordinación jerárquica. El escenario de *integración* no se ha logrado ni se logrará mientras exista la segregación y la negación de la autonomía de la partería. Por otro lado, el proceso de *inclusión* que es un paso más allá de la integración representa un escenario donde ante la mujer se despliega todo el gran abanico de posibilidades para elegir activamente la atención de su parto, que no es lo mismo que elegir entre las opciones presentadas como lo señala Ricoy, bajo un concepto de *riesgo y seguridad* reflexivo y subjetivado por la misma mujer, como lo indica Osorio. Idealmente la mujer tendría acceso a toda la información objetiva y disponible sin que mecanismos de control jueguen a favor de un discurso que se imponga como hegemónico.

A nivel internacional podemos ver el ejemplo de Canadá, como un proceso de *integración*, que logró posicionar a la partera indígena como la mejor proveedora de salud para sus mujeres y regularizar y profesionalizar la partería a nivel nacional para el reconocimiento oficial de las parteras. Cumpliendo con su ley de reconciliación con los pueblos originarios, reconocen el gran deber que tiene el Estado con las mujeres y sus parteras. En Canadá se reconstruyó la atención tradicional segura, creando programas de acreditación de saberes adquiridos empíricamente y educación culturalmente adecuada para parteras aborígenes. Además regularon las casas de parto, abriendo la posibilidad que cada mujer puede acceder a establecimientos autónomos de partería subvencionadas por el Estado. También posicionaron el parto domiciliario como una opción segura. (canadianmidwives.org).

Los Estados Unidos Norteamericanos cuenta con el sistema NARM, que es la certificación de parteras profesionales. Son parteras que siguen el modelo tradicional, de aprender de una maestra, como aprendiz. El sistema NARM es muy sistematizado y exige conocimiento y comprobación de atención de partos. Siempre ha sido polémico al lado de las parteras enfermeras (*nurse midwives*), que son licenciadas. Hoy en día pueden *comprobar la alta seguridad y el bajo riesgo de su atención* a través de un sistema de captura estadística. Ese proyecto estadístico es la única base de datos en los EE. UU. que contiene este tipo de información valiosa para la investigación sobre la atención de parteras y el parto normal en

el hogar o en centros de parto. En esta gran muestra nacional de partos domiciliarios planificados dirigidos por parteras en los Estados Unidos, la mayoría de las mujeres y los recién nacidos experimentaron resultados excelentes y tasas de intervención muy bajas en relación con otros conjuntos de datos nacionales de mujeres estadounidenses. (narm.org).

En México un proceso similar se intentó a partir de la “certificación de competencias esenciales en partería” diseñada por la Asociación Mexicana de Partería en 2017. Las particularidades de este estándar son: su innovación, pues no existían estándares nacionales de competencias en partería; su autonomía, es decir, fue diseñado por parteras para parteras, y aunque hubo participación de otros especialistas de la salud materno-infantil, la guía fue basada priorizando el modelo de partería; y su inclusión, pues fueron tomadas en cuenta opiniones y aportes de todos los caminos de aprendizaje de partería existentes. Para que una partera obtenga su certificado, no importa si aprendió el modelo en un esquema formal o empírico, solo basta que demuestre en la examinación contar con las competencias básicas que avalen su experiencia. Así, el proceso de certificación se convierte en el inicio de una gestión encaminada a la mejora continua del propio modelo de partería.

Desde el punto de vista de las parteras que participaron en su diseño y las que ya obtuvieron su certificado, la autonomía es la base esencial de este estándar. Con autonomía se refieren a que la examinación y dictamen es entre pares, mientras que el proceso es avalado por un organismo certificador externo que verifica que las reglas establecidas efectivamente se cumplan. Lo importante (desde el punto de vista de la autonomía) es que estas reglas son establecidas por parteras, no por agentes externos a la partería como pueden ser las dependencias de la Secretaría de Salud.

“Asegurar que nosotros podemos encabezar ese proyecto es lo más importante porque justamente ¿qué pasa en FCP?, eso fue a nivel federal ese recurso de las dos parteras profesionales que no están cambiando el sistema, ni están haciendo impacto, de hecho quieren hablar conmigo porque sufren mucho de violencia de los médicos con quienes trabajan.” (Sabrina Speich, partera tradicional certificada, Com. Pers.).

FCP se refiere a un municipio indígena donde la federación indicó al hospital que estableciera un módulo de partería, donde atienden dos parteras jóvenes recién egresadas de la carrera de enfermería perinata. En este caso, se intenta establecer el modelo de partería,

pero solo de manera superficial, cambiando las formas (por ejemplo insumos y equipamiento de la sala de labor), pero sin un cambio de fondo (ideología) no es posible que las parteras trabajen desde la autonomía que el modelo requiere.

“La partería y los centros de nacimiento son una parte de la solución a un problema evidente. Pero tenemos que seguir luchando, juntarnos para ver cómo rompemos esta barrera porque la evidencia ya es super clara de la partería, tenemos un *Lancet Series* que es el *journal* más importante que hay, (un fuerte orden del discurso bien instalado) que soporta completamente el modelo de partería, y todavía es muy difícil de implementarla a nivel global. Hay un vínculo irrompible entre la partería y los centros de nacimiento, porque cuando las parteras trabajan en hospitales, la opción de trabajar de verdad usando el modelo de partería es muy limitada. Centros de nacimiento o casas de partos como el lugar donde la matrona puede trabajar utilizando su competencia y su filosofía de manera más apropiada.” (Lucía Rocca, entrevista en conversatorio “De la gestación a la maternidad”).³⁵

El liderazgo de la profesión es el reclamo de la sociedad civil. Todas las especialidades médicas tienen un grado de autonomía de la cual la partería no goza. Cuando se han querido posicionar en la agenda pública para regular su profesión, las parteras siempre están sujetas en su práctica a los dictados y aprobación de Colegios de Ginecología y Obstetricia, y en los formatos de su operatividad dependen de funcionarios que utilizan los programas para sus propios propósitos que no responden a las motivaciones de la partería y, por lo tanto, los resultados que se obtienen no son los esperados para ninguna de las partes.

“Porque si tú dices queremos abrir el hospital, lo van a hacer, pero lo van a hacer con enfermeras perinatales que no saben mucho de partería. O sea si ustedes quieren el parto humanizado necesitan gente que ha luchado por eso, y los tienen, ósea lo están viendo, lo hemos hecho por siglos, nuestro trabajo habla por nosotros. Entonces si tú traes una chica recién egresada de veinte años, que está chido que la traen, necesitamos más equipo, pero que alguien está encargado, que sepa muy claro y que le puede dar ese espacio que tanto proveedoras como mujeres merecen.” (Sabrina Speich, partera tradicional certificada, Com. Pers.).

³⁵ Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=ZFNxaaC84wk&feature=emb_title

Un ejemplo similar es el que menciona Blázquez (2015) quien dice sobre la lactancia: “se da con frecuencia una cierta confusión en la administración por no saber dónde ubicar la lactancia, si en el área de salud, de familia o de mujer, porque falta comprender que la lactancia materna es transversal. La lactancia materna es un acto de bienestar y salud, un asunto de mujeres y un derecho.” (Blázquez, 2015, p. 57). De hecho la misma lactancia es parte de todo el proceso reproductivo que la administración no solo no sabe dónde ubicar sino que lo fragmenta por completo, tanto burocrática como operativamente, no existe un *continuum* transversal e inclusivo que abarque la sexualidad y reproducción humana: desde la contracepción, el embarazo, el parto, el puerperio, la lactancia y hasta la crianza primal. El modelo de partería lo integra todo en este continuum personalizado, pero pareciera que poner a la madre en el centro de estos procesos significa transgredir órdenes del discurso que resta poder tanto al patriarcado como al neoliberalismo.

“En el ámbito hospitalario es claro que del modelo bio-psico-social, la parte fisiológica se ha olvidado, mientras que la psicológica y social ni se considera. 2016 comienza la red de centros de nacimiento en Inglaterra. Somos como activistas, pero somos académicos porque cuando tú presentas la evidencia y la presentan super fuerte y nada cambia, al final tú tienes que volverte un activista, porque claramente entendemos algo que está pasando que no es justo.” (Lucía Rocca, entrevista en conversatorio “De la gestación a la maternidad”).

Como vimos en el capítulo 5, la mujer como sujeto de derecho está representada en prácticamente todos los tópicos: ‘violencia obstétrica’, ‘partería’, ‘síndrome de Burnout’, ‘cesárea’, excepto en el tópico de ‘bienestar materno-infantil’ relacionado con los discursos centrípetos de la hegemonía gineco obstétrica que prefieren utilizar términos despersonalizados como *paciente* en lugar de *mujer* para invisibilizar tanto el género como el sujeto principal del acto de parir; *producto* en vez *bebé* para desborrar lo humano y binomio para referirse a la madre-hijo(a) para anular cualquier referencia subjetivante. Para el discurso hegemónico es importante conservar este sujeto “universal y objetivado”, porque la despersonalización se convierte en la herramienta de control ideal para seguir manteniendo los mitos del dispositivo de *riesgo / seguridad*. Al final, las políticas públicas dirigidas a todos son políticas públicas dirigidas a nadie, porque no existe el sujeto universal.

“No será para nada erróneo definir la fase extrema del desarrollo del capitalismo en la cual vivimos como una gigantesca acumulación y proliferación de dispositivos. Ciertamente, los dispositivos existen desde que el homo sapiens apareció. Sin embargo, parece que actualmente no hay un solo instante en la vida de los individuos que no sea modelado, contaminado o controlado por un dispositivo (...) “¿Entonces, de qué manera nos podemos oponer a esta situación, qué estrategia debemos adoptar en nuestro cuerpo a cuerpo cotidiano frente a estos dispositivos? No se trata simplemente de destruirlos ni, como sugieren algunos ingenuos, de utilizarlos con justeza (...) la vanidad de esos discursos sobre la técnica atiborrados de buenas intenciones pretende que el problema de los dispositivos se reduce a su buen uso.” (Giorgio Agamben: 258-262).

Literalmente desde el nacimiento hasta la muerte. La demanda de autonomía es una transgresión a los dispositivos de control que responden al abuso del poder político y económico. La asimilación incuestionable de la ciencia a la técnica ha creado en el imaginario colectivo la idea de que no es posible hacer ciencia sin obtener y aplicar productos tecnificados, que no hay duda que son útiles cuando lo son (o hasta que demuestran lo contrario), pero que la industria que los produce desea que sean útiles en todos los casos. Lo que sí podemos decir es que cualquier dispositivo desubjetivante no puede tener “un buen uso”.

6.3 REFLEXIÓN FINAL

De la privacidad y la exclusividad femenina a la denuncia pública y el involucramiento de la sociedad

Llevamos no más de diez a veinte años redescubriendo el parto mamífero en el mundo occidental. Esto implica resignificar los parámetros de la normalidad. Deconstruir las relaciones sociales en torno al acto de parir y ser parido.

Acostumbrados al paradigma imperante del sujeto (yo) como individuo de la modernidad, el siglo XXI nos recibe con el rompimiento de estructuras arraigadas en el mismo lenguaje. Hablábamos de nacimiento (yo nací), mi hijo(a) nació, y lo seguimos haciendo; pero hoy en día se añade otra estructura lingüística que se mantenía oculta: el verbo

“parir” el cual pone en el foco de la atención a un sujeto distinto al yo, identificado por el género (mujer) y situado por la circunstancia (gestante).

En algunos círculos familiares o públicos era (y es aún) incluso etiquetada como una forma grotesca del lenguaje. Basta con buscar en internet el significado de la palabra eufemismo que remite al tabú, al mal gusto, a aquello que ofende, que es peyorativo o que simplemente no es placentero para el oído del receptor, y que se oculta tras una palabra o expresión políticamente más aceptable o menos ofensiva. Al lado de la definición encontraremos ejemplos. Uno de ellos es “dar a luz” como eufemismo de “parir”.

Y es que el siglo XX fue sin duda la cúspide de la modernidad nacida en la Ilustración. La oda a la razón en detrimento del instinto alcanzó su punto más alto y al mismo tiempo su decadencia. Nada más lejos de la modernidad que una mujer pariendo por instinto propio.

El siglo XXI deja al desnudo lo que para muchos es una cruel realidad: el avance científico a través del pensamiento racional no ha logrado, e incluso está cada vez más lejos de responder las preguntas milenarias y de resolver las situaciones existenciales más apremiantes de la humanidad: ¿de dónde venimos? ¿a dónde vamos? ¿qué es la vida? ¿qué es la muerte? ¿cuál es el sentido de la existencia?

Sin embargo, el avance científico sí nos ha dotado de herramientas intelectuales para entender sus propias paradojas. La situación es, metafóricamente hablando, como si se lanzara una misión al planeta Marte. Un error mínimo en el cálculo desviaría la órbita del aterrizaje. La imagen mental es una tripulación que ha gastado de 400 a 450 días terrestres en llegar, bordear, no lograr aterrizar, y al regresar a la tierra mirar con nostalgia el planeta que ha quedado atrás y con ansiedad el año con tres meses que le queda por delante para regresar a casa.

En un bucle similar se encuentra la gineco-obstetricia. A pesar de todo el avance científico y técnico, no calculó en su justa dimensión el factor instintivo y emocional del ser humano. Racionalmente todo estaba bajo control. La atención de los nacimientos se convirtió en una práctica rutinaria de alta especialidad, hasta que la mujer, entendida como ente colectivo, comenzó a cuestionar racionalmente lo que instintivamente sabía que no iba bien.

“Si la evidencia indica que los centros de nacimiento o casas de partos mejoran los resultados maternos, tienen los mismos resultados perinatales, mejor experiencia de madres / familias y parteras, y hay una utilización mejor de las competencias profesionales, un mejor impacto social y mejor salud pública. Si preguntamos por qué no lo estamos implementando claramente hay otras razones que son de discriminación en general de las mujeres como madres, pero también como parteras y hay mucho interés de categorías de otros grupos que interfieren con esto.” (Lucía Rocca, entrevista en conversatorio “De la gestación a la maternidad”).

Cambio social en el trasfondo del nacimiento con autonomía matrifocal

La condición biológica de la reproducción femenina es un elemento vinculante con poder para la movilización política que articula: saberes tradicionales y populares (identidad étnica y de género), lucha por los derechos humanos (autonomía del cuerpo femenino), visibilización profesional (parteras), crítica y autocrítica de prácticas biomédicas de gineco-obstetricia (esta última en la figura del médico disidente).

La comunicación horizontal intercultural no es un fin en sí mismo. El fin es la descolonización del cuerpo femenino y la preservación/regulación de prácticas autónomas basadas en la matrifocalidad reproductiva.

Parafraseando a van Dijk (2007) se puede decir lo mismo del discurso racista que del discurso obstetricista. Esto es, la sociedad e instituciones obstetricistas producen discursos obstetricistas, y estos a su vez generan los estereotipos, prejuicios e ideologías que son utilizados para defender y legitimar el dominio médico tecnócrata. Es de este modo como se cierra el círculo discursivo simbólico, y la manera a través de la que el habla y el texto del orden del discurso dominante contribuyen a la reproducción de obstetricismo traducido en violencia obstétrica en la práctica.

Afortunadamente, también ocurre lo mismo en el discurso matriactivista (van Dijk se refiere al discurso antirracista). Por eso, cuando los líderes responsables de los medios de comunicación, la política, la educación, la investigación, los tribunales, las empresas corporativas y las administraciones estatales se ocupen de este tipo de discursos, podremos esperar que la sociedad sea más diversa y, por tanto, verdaderamente democrática.

Se trata entonces de un proceso de ida y vuelta en el cual la modificación de las ideologías se produce a partir de la modificación de las relaciones sociales y viceversa, de la misma manera que la modificación de los discursos se da a partir de la modificación de las prácticas, y viceversa. Estas dos fuerzas del sistema actúan repetida y profundamente en la adaptación de la psique respecto a los vínculos sociales que se establecen entre los individuos.

La mujer tiene en ello un papel fundamental que consiste en reconocer la dinámica sexo-reproductiva de su propio cuerpo, situación que le ha sido sistemáticamente negado por la cultura, la cual ha puesto un velo que fragmenta el reconocimiento integral de sus procesos vitales. Es (re)conocer que la apropiación del parto por las mujeres tiene que ver con sus experiencias sexuales, con el concepto de salud que se tenga y con la actitud hacia la muerte.

Lo primero relacionado al placer / dolor y a la exposición a la pornografía, ¿cómo vive la mujer el sexo con su pareja? Prácticas dolorosas que se presentan como placenteras en modelos pornográficos (si ella, la de la pantalla, lo disfruta la que estoy mal soy yo), sumado a edictos religiosos que exigen a la mujer asumir el dolor como parte de su sexualidad (parirás con dolor).

Lo segundo es el concepto de salud que se tiene, la mujer que desea autogestionar su parto comprende la salud y la enfermedad desde un punto de vista más amplio que la visión médica, comprende la inteligencia propia del cuerpo y reconoce la gestación como un estado saludable, no patológico, además de que entiende que el bienestar va más allá de la ausencia de enfermedad, más específicamente, que el bienestar materno-infantil abarca muchos más aspectos que la ausencia de enfermedad y muerte.

Por último, cuando una mujer o cualquier persona entiende la muerte como parte de la vida, entiende que el riesgo es parte del proceso independientemente del proveedor y del contexto, asumir una conciencia del riesgo de muerte como parte de la vida misma (no solo en el parto) otorga a la mujer la libertad necesaria para apropiarse de sus decisiones. Muchas veces se entrega el control al otro para evitar asumir la responsabilidad de consecuencias fatales, siendo que estas existen aquí y allá, y las estadísticas muestran que la tasa de mortalidad materna e infantil no difiere por lugar de parto ni tipo de proveedor, que incluso en algunos lugares esta tasa se eleva en los contextos hospitalarios donde la manipulación tecnificada del parto aumenta el riesgo de complicaciones para mamá y bebé.

El cambio social radica entonces en recordar que “la palabra más antigua que designa la ‘libertad’ es *amargi*, expresión sumeria que significa *retorno a la madre*”. Por lo que se puede afirmar que “la reivindicación de la mujer se perfila mucho más nítidamente desde la *madre* tanto en su forma real como simbólica.” (Blázquez, 2015, p. 56-57).

Del cuestionamiento de la estructura social capitalista neoliberal y patriarcal

Aunque el matriactivismo comienza con la reapropiación del territorio-cuerpo, sus implicaciones van más allá de la esfera individual, privada. El siglo XX desarrolló una modernidad basada en el prototipo de la norma única: el progreso. En esta época corrieron dos formas tradicionales de atención obstétrica la hospitalaria y la doméstica (vernácula); mas no lo hicieron de manera horizontal. La primera de ellas se instaló como la forma, la no marcada, se posicionó sobre la segunda, desplazándola, anulándola, intentando aniquilarla, pero sobrevivió en la marginalidad.

A finales del siglo XX, asistimos a esa posmodernidad que deconstruye la idea unilineal del progreso moderno. Surgen y robustecen paralelamente los conceptos de violencia obstétrica y parto humanizado. Proliferan las alternativas al nacimiento hospitalario en un ambiente de caos e irregularidad. El discurso dominante intenta perpetuar las prácticas conocidas, que comienzan a ser fuertemente cuestionadas mediante discursos y prácticas alternativas. Se comienzan a organizar grupos de “parteras posmodernas” en términos de Robbie Davis-Floyd (2001) con un propósito definido: posicionar políticamente la partería tanto en el imaginario colectivo como en la regulación pública siempre y cuando se preserve la autonomía. La autonomía exigida representa un atentado contra el *estatus quo* institucional. Se presenta entonces una dinámica de tensión – distensión la cual fue analizada en los discursos seleccionados del presente estudio.

Hoy se habla de *Hipermodernidad* según la obra fundante de Gilles Lipovetsky. La semilla de la *revolución calostrálica* plantada por las parteras posmodernas y las mujeres matriactivistas durante la época posmoderna, se desarrolla hoy en un ambiente de reordenamiento fluido que tiende a lo “hiper” (hipercapitalismo, hiperindividualismo, hiperpotencia, hiperterrorismo, hiperrealismo, hipercomunicaciones, hiperrentabilidad,

hipermercado, hiperplacer). Los dispositivos neoliberales de control proliferan en la vida del individuo desde el nacimiento hasta la muerte mediante fuerzas centrípetas que constantemente desubjetivizan al sujeto que, a manera de resistencia tiende a colectivizarse reclamando parcelas de libertad y autonomía.

“Dentro de tantas situaciones que vivimos día a día las mujeres, las parteras, las comunidades, es muy importante, es vital que todos nos organicemos, porque el salirnos del sistema significa recuperar nuestros territorios, nuestro cuerpo, nuestros espacios, nuestra comunidad y nosotras ser las que regulemos nuestras maneras de convivir, nuestras maneras de usar los recursos que hay dentro de nuestra comunidad. Sería un llamado también a las personas que están haciendo las leyes, que están administrando los presupuestos, que realmente vuelvan a mirar dónde está la prioridad ¿por qué hay tantas mamás muriendo cada día cuando se puede resolver esas hemorragias, esas atenciones? No tendría por qué haber muertes de recién nacidos si hay acceso a la salud. ¿Y cómo querer seguir eliminando a las parteras si somos vitales? Estamos salvando vidas. Nuestro trabajo es servir a la comunidad, servir a las familias que muchas veces no tienen acceso. La negación de los certificados de nacimiento vulnera el derecho del recién nacido. Transformar el nacimiento es transformar nuestra sociedad desde la raíz.” (Ximena Rojas, partera certificada, entrevista en conversatorio “De la gestación a la maternidad”).

Se trata de una alternativa a la Modernidad, la Posmodernidad y la Hipermodernidad. Esta revolución matriactivista es paradójicamente subjetivante y a la vez antindivisualista, pues restablece el vínculo primario para fortalecer valores de cooperación social, sana el aislamiento, vincula el instinto con el neocórtex, crea en lugar de destruir, nutre en lugar de explotar, favorece la introspección reflexiva en este y sobre este mundo en lugar del afán por explorar y colonizar el espacio exterior, reduce el costo de salud pública en la vida adulta y un largo etcétera.

La así llamada revolución calostrál es una ramificación del ecofeminismo definida por Michael Odent (1990) en su obra “El bebé es un mamífero” como:

“La Revolución Calostrál es una etapa que obligatoriamente hay que pasar en el camino hacia la convergencia entre instinto y ciencia, entre el cerebro primitivo y el Neocórtex. No es una utopía. Ya está empezando a manifestarse (...) La Revolución Calostrál

significará entonces la fusión de la imagen de la Madre con la de la Madre Tierra. Es una revolución porque supone el regreso a nuestra condición de mamíferos y a un nuevo punto de partida.” (Odent et al., 1990, pp. 116-121).

Por su parte, el término ecofeminismo, se utiliza por primera vez en 1974 por la escritora francesa Françoise d’Eaubonne y arraigó a través de las acciones de protesta contra los desastres ecológicos. Es definido por Vandana Shiva (1997) “como un nuevo término para designar un saber antiguo, y consiste en poner la vida en el centro de la organización social, política y económica. Las mujeres ya lo hacen porque a ellas se les ha dejado la tarea del cuidado y del mantenimiento de la vida.” (Shiva en Blázquez, 2018, p. 54).

El matriactivismo, en el mismo marco ideológico del ecofeminismo y la revolución calostrual, está enfocado de manera más particular en reconocer cómo la maternidad y todos sus procesos ha sido uno de los ámbitos humanos más perjudicados por la economía capitalista neoliberal, y sus acciones van encaminadas en reivindicar su posición fundante de la humanidad con dignidad y justicia reproductiva.

“Durante más de treinta años el movimiento ecofeminista ha demostrado que es posible y necesaria una coexistencia y relación entre el movimiento feminista y el ecologista, sin embargo queda pendiente todavía reivindicar el derecho de la mujer a recuperar la maternidad y la cultura biológica, emocional e intelectual propia, revitalizándola con elementos propios de nuestra época, de modo que la mujer durante la maternidad: no se encuentre infravalorada ni marginada, no se le arrebató la confianza en su propio cuerpo, no pierda su autonomía y sea dueña de sí misma, y pueda vivir el embarazo, parto y lactancia como algo suyo, sin interferencias, dejando atrás el hecho de que esa etapa se haya convertido, en general, en una afirmación del poder masculino sobre el cuerpo de la mujer (...) lo importante es que la sociedad, o sea, los hospitales, el centro de trabajo, la familia, nos proporcione el apoyo que necesitamos para elegir libremente.” (Blázquez, 2015, p. 57-60).

Es decir, generar y ensanchar el espacio al autoconocimiento, la autonomía y la libertad. Cuando la maternidad se restituye en prácticas colectivas, se crean grupos y redes de contención de todo el proceso reproductivo en un círculo vital, el cual implica la promoción de la salud sexual desde niñas y adolescentes, es decir, apenas concluye la etapa de crianza primal en las niñas, corresponde reconocer, entender y encaminar la sexualidad

infantil, acompañar a la niña en los cambios fisiológicos de la pubertad (preguntarse hasta qué punto la sociedad -adulta- reclama el derecho exclusivo a dictar comportamientos del deber ser, en lugar de actuar desde la perspectiva de derechos humanos y el reconocimiento de la libertad de las mujeres), hablar del embarazo a las adolescentes, la fisiología del útero, la maternidad, la lactancia, el apego, no enseñarles sólo a evitarlo, por el contrario, enseñarles a amarlo, a no temerlo, a conocer sus cuerpos y prepararlos de manera consciente para el momento adecuado. El conocimiento es la base del respeto, y el autoconocimiento es la base del autorrespeto.

Que la adolescente en su proyecto de vida contemple la maternidad o no la contemple, sin que se le juzgue por una u otra elección. Si lo nombras existe, si existe lo colocas en el sitio adecuado a tu proyecto vital. Que la joven que ha decidido libremente ser madre tenga el apoyo necesario para confiar en sí misma, en sus procesos, se mentalice en vivir un embarazo en la serenidad y la autocontemplación, no desde el miedo y las intervenciones excesivas. Que la elección de la manera de parir se realice con entera libertad y que recién parida encuentre contención en los grupos de lactancia y crianza que le sigan brindando el potencial de criar hijos que aprendan el amor y el respeto por la maternidad. Para un verdadero soporte estructural de todo esto se requieren cambios profundos en todos los ámbitos de la sociedad.

En la actualidad, los hechos sociales que atentan contra este proceso integral es casi todo: la hipo y la hiper sexualización de la infancia, la objetivación y sexualización del cuerpo femenino, todas las formas de violencia real y simbólica contra la mujer, además de la sobrevaloración de los privilegios individualistas en un sistema económico que coloca la competencia por encima de la cooperación.

El vínculo entre globalización neoliberal y opresión de la mujer y la maternidad es directo. Así como el ecofeminismo entiende que la relación de dominación del patriarcado hacia la mujer es similar a la explotación de la naturaleza por el mercado, el matriactivismo cuestiona el sistema capitalista neoliberal desde sus cimientos, presentando una propuesta de sociedad matrifocal que hace tambalear los cimientos del sistema que actualmente conocemos.

ANEXO 1. REFERENCIAS DE LOS TEXTOS ANALIZADOS

TEXTO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA
01	Almaguer-González J.A, García-Ramírez H.J. y Vargas-Vite, V. “La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud” en <i>Género y Salud en Cifras</i> , Vol. 8, Núm. 3, septiembre-diciembre 2010, pp. 3-12.
02	Anónimo. “Testimonio de una médica residente ante la violencia obstétrica institucionalizada” en <i>Género y Salud en Cifras</i> , Vol. 8, Núm. 3, septiembre-diciembre 2010, pp. 13-20.
03	Villanueva-Egan L.A. “El maltrato en las salas de parto. Reflexiones de un gineco-obstetra” en <i>Género y Salud en Cifras</i> , Vol. 8, Núm. 3, septiembre-diciembre 2010, pp. 21-26.
04	Mino, F. (5 de abril de 2012). “Parir con dolor. La violencia obstétrica en los servicios de salud” en <i>La Jornada</i> . Recuperado de https://www.jornada.com.mx/2012/04/05/ls-central.html
05	Sánchez, R. (5 de abril de 2012). “Parteras urbanas: el regreso al origen” en <i>La Jornada</i> . Recuperado de https://www.jornada.com.mx/2012/04/05/ls-portada.html
06	Valdez-Santiago R., Hidalgo-Solorzano E., Mojarro-Iñiguez M. y Arenas-Monreal L.M. “Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto” en <i>Revista CONAMED</i> , Vol. 18, Núm. 1, enero-marzo 2013, pp. 14-20.
07	Plascencia-Moncayo N. y Murillo-Delgado J. “Acerca de ‘Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto’. Carta al Editor” en <i>Revista CONAMED</i> , Vol. 19, Núm. 2, abril-junio 2014, pp. 91.
08	Valdez-Santiago R., Hidalgo-Solorzano E., Mojarro-Iñiguez M. y Arenas-Monreal L.M. “Respuesta. Carta al Editor.” en <i>Revista CONAMED</i> , Vol. 19, Núm. 2, abril-junio 2014, pp. 92-93.
09	Rodríguez, E. [Polo A Polo]. (2015, enero 16). “Parir en Libertad” [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=inrc3FsdpkU
10	Kably-Ambe A. “Editorial” en <i>Ginecología y Obstetricia de México</i> , Vol. 83, marzo 2015, pp. 137-138.
11	Manterola-Álvarez D. “Factores socioeconómicos y psicoafectivos y su influencia en el rendimiento académico de los residentes de Ginecología y Obstetricia” en <i>Ginecología y Obstetricia de México</i> , Vol. 83, marzo 2015, pp. 139-147.
12	Pintado-Cucarella S., Penagos-Corzo J.C., Casas-Arellano M.A., “Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica” en <i>Ginecología y Obstetricia de México</i> , Vol. 83, marzo 2015, pp. 173-178.
13	Vázquez-Castillo G. (2016) “Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio” en <i>Servicios de Salud de Yucatán</i> , Mesa Panel ‘Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio’. Simposio llevado a cabo en Mérida, Yucatán el 18 de marzo de 2016.
14	Dzul-Puc F. (2016) (Testimonio sin título) en <i>Servicios de Salud de Yucatán</i> , Mesa Panel ‘Evolución del panorama de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio’. Simposio llevado a cabo en Mérida, Yucatán el 18 de marzo de 2016.
15	Lozano-Ascencio, R. (2016) “Introducción al Proyecto Marco: Modelo Integral de Partería” en <i>Instituto Nacional de Salud Pública</i> , <i>La Partería en México: Avances y Propuestas desde el INSP</i> . Seminario llevado a cabo en Cuernavaca, Morelos el 3 de junio de 2016.

TEXTO	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA
16	Darney, B.G. (2016) “Adaptación del modelo “CenteringPregnancy”© al contexto Mexicano” en Instituto Nacional de Salud Pública, La Partería en México: Avances y Propuestas desde el INSP. Seminario llevado a cabo en Cuernavaca, Morelos el 3 de junio de 2016.
17	Méndez, C. (22 de enero de 2017). “Nacen por cesárea la mitad de los mexicanos” en El Universal. Recuperado de http://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-datos/2017/01/22/nacen-por-cesarea-la-mitad-de-los-mexicanos
18	Díaz-Hernández, M.L. (27 de abril de 2017). “En México: María de la Luz Díaz Hernández habla del oficio de ser partera tradicional indígena” [Audio en podcast] en Voces Nuestras. Centro de comunicación. Recuperado de http://www.vocesnuestras.org/2017-04-27/mexico/mexico-maria-luz-diaz-hernandez-habla-oficio-ser-partera-tradicional-indigena#.WhYuNC-l3Lk.facebook
19	Argüello Avendaño, H. (2017) “De la partería tradicional a la obstetricia, un conflicto del pasado” en Comisión Nacional de Derechos Humanos, La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica. Seminario llevado a cabo en el Museo Nacional de las Culturas, Ciudad de México el 19 de mayo de 2017.
20	Martínez-Miranda A., González-Espino J., Bautista-Hernández Y. y Plácido-Valerio A. (2017) “Parteras tradicionales: su voz y su palabra” en Comisión Nacional de Derechos Humanos, La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica. Seminario llevado a cabo en el Museo Nacional de las Culturas, Ciudad de México el 19 de mayo de 2017.
21	Vargas-Escamilla B.F. (2017) “...Pensar en términos de violencia” en Comisión Nacional de Derechos Humanos, La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica. Seminario llevado a cabo en el Museo Nacional de las Culturas, Ciudad de México el 19 de mayo de 2017.
22	Juárez, J. (28 de agosto de 2017). “Una epidemia de cesáreas innecesarias en México” en The New York Times. Recuperado de https://www.nytimes.com/es/2017/08/28/espanol/america-latina/una-epidemia-de-cesareas-innecesarias-en-mexico.html
23	Referencia de publicación: Rocha-Menocal, C. [carolina rocha menocal]. (2018, enero 6). “Parteras de la montaña” [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=tZ7lMZOYfnI
24	Vera, U. [Fundar México]. (2018, febrero 8). “#MásParterasYA Experiencias de partería profesional en México” [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=IEvKOOH7U8
25	Romero, R. (18 y 25 de octubre de 2019). “Parteras tradicionales, entre el reconocimiento y la represión” en Codicegrafía. Recuperado de https://codicegrafia.mx/parteras-tradicionales-entre-el-reconocimiento-y-la-represion/

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica, Año 26*(Número 73), 249-264.
- Axelrod, R., & Cohen, M. D. (2000). *Harnessing Complexity. Organizational Implications of a Scientific Frontier*. Basic Books.
- Bajtín, M. (1986). *Problemas de la poética de Dostoievski*. Fondo de Cultura Económica.
- Beaugrande, R.-A., & Dressler, W. U. (1981). *Introduction to Textlinguistics*. Longman.
- Best, M., & Neuhauser, D. (2004). Heroes and Martyrs of Quality and Safety. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. *Quality and Safety Healthcare, 13*, 233-234.
- Blázquez, M. J. (2015). Ecofeminismo y lactancia. En *Ensayos sobre el útero. Parto Orgásmico y sexualidad femenina*. (pp. 51-70). Ediciones La Social.
- Briggs, C. L. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: Aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social, 14*, 101-124.
- Castells, M. (1999). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura: Vol. Vol. III, Fin de milenio, 1999*. Siglo XXI Editores.
- Castro, E. (2011). *Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores*. Siglo XXI Editores.
- Chouliaraki, L., & Fairclough, N. (1999). *Discourse in Late Modernity: Rethinking Critical Discourse Analysis*. Edinburgh University Press.
- Colorado, C. (2010). Una mirada al Análisis Crítico del Discurso. Entrevista con Ruth Wodak. *Discurso & Sociedad, 4*(3), 579-596.
- Davis-Floyd, R. (2007). Daughter of time: The postmodern midwife (Part 1). *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41*(4), 705-710.
- Donati, P. P. (1993). Pensamiento sociológico y cambio social: Hacia una teoría relacional. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas, 63*, 29-52.
- Eagleton, T. (1997). *Ideología: Una introducción*. Paidós.

- Ezquerro, J. E. (2012). KRESS, Gunther R. (2010). Multimodality: A Social Semiotic Approach to Contemporary Communication. *Revista Latinoamericana de Estudios del Discurso*, 12(1).
<https://raled.comunidades.org/index.php/raled/article/view/81>
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social Change*. Polity Press.
- Fairclough, N. (1995). *Critical Discourse Analysis* (F. Navarro, Trad.). Longman.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse. Textual analysis for social research*. Routledge.
- Fairclough, N. (2008). El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: Las universidades (E. Ghio, Trad.). *Discurso & Sociedad*, 2(1), 170-185.
- Foucault, M. (1970). *El Orden del Discurso*. Fabula Tusquets.
- Gazca-Nieto, J. (1959). Parto indoloro psicoprofiláctico. 20 observaciones personales. *Ginecol Obstet Mex*, 82(2), 210-222.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity Advances in the methodology of grounded theory*. Sociology Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Aldine Press.
- Guzmán-Rosas, S., & Kleiche-Dray, M. (2017). La inclusión del conocimiento tradicional indígena en las políticas públicas del Estado mexicano. *Gestión y Política Pública*, XXVI(2), 297-339.
- Halliday, M. (1989). *Spoken and written language*. (2.ª ed.). Oxford University Press.
- Halliday, M. (2014). *Halliday's Introduction to Functional Grammar* (4th ed.). Routledge.
- Hatim, B., & Mason, I. (1990). *Discourse and the Translator*. Cambridge University Press.
- Herras-Salord, J., & Moreno-Martínez, Ma. J. (2017). Dominación y resistencia a través del discurso en la entrevista clínica. Modelo del Doble Espejo. En L. Hernández-Ruiz & E. Salgado-Andrade (Eds.), *Estudios del discurso en México. Nuevas prácticas, nuevos enfoques*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Herrera-Gómez, M. (2001). La teoría relacional de la sociedad. *Revista Internacional de Sociología*, 59(28), 5-44.

Holland, J. H. (1995). *Hidden Order: How Adaptation Builds Complexity*. Perseus Books.

Kristeva, J. (1967). *Sémiotique: Recherches pour une Sémanalyse*. Seuil.

Laako, H. (2015). La política del nacimiento, la política de la transformación: Los casos del movimiento de parteras en México y Finlandia. En G. Sánchez-Ramírez (Ed.), *Imagen instantánea de la partería*. El Colegio de la Frontera Sur - Asociación Mexicana de Partería A.C.

Leistyna, P. (2001). Discourse in Late Modernity: Rethinking Critical Discourse Analysis. Reviewed by Pepi Leistyna. *Journal of English Linguistics*, 29(2), 183-189.

<https://doi.org/10.1177/00754240122005305>

Levinson, S. C. (1983). *Pragmatics*. Cambridge University Press.

Marinkovich, J. (1999). El análisis del discurso y la intertextualidad. *Universidad Católica de Valparaíso, Chile, XXXVII*, 729-742.

Michel Foucault—1970—El Orden del Discurso.pdf. (s. f.).

Molina y Ludy, V. (2005). La complejidad: Una propuesta reciente para el análisis del cambio. En M. Barros & R. Esteinou (Eds.), *Análisis del cambio sociocultural* (pp. 71-102). Publicaciones de la Casa Chata.

Odent, M., Balbás, M.-J., & Cisneros, M.-V. (1990). *El bebé es un mamífero*. Mandala.

Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.

Thompson, J. B. (1991). *Ideology and Modern Culture*.

- Titscher, S., Meyer, M., Wodak, R., & Vetter, E. (2000). *Methods of Text and Discourse Analysis*. SAGE Publications Ltd.
- Trčková, D. (2014). Critical discourse analysis. En *Representations of Natural Catastrophes in Newspaper Discourse*. Masarykova univerzita.
- Ulloa-Sanmiguel, A., & Carvajal-Barrios, G. (2008). Teoría del texto y tipología discursiva. *Signo y Pensamiento*, 53, 295-313.
- van-Dijk, T. A. (1992). Discurso y Desigualdad (M.-J. González-Rodríguez, Trad.). *Estudios de Periodismo*, 1, 5-22.
- van-Dijk, T. A. (1993). Principles of critical discourse analysis. *Discourse & Society*, 4(2), 249-283.
- van-Dijk, T. A. (2007). *Ideology and discourse. A multidisciplinary introduction*. Pompeu Fabra University.
- van-Dijk, T. A. (2008). *Discourse and context*. Cambridge University Press.
- Waldrop, M. M. (1992). *Complexity. The Emerging Science at the Edge of Order and Chaos*. Simon and Schuster.
- Wodak, R. (2009). *Methods for Critical Discourse Analysis*. SAGE Publications.
- Wodak, R. (Ed.). (2013). *Critical Discourse Analysis: Vol. I*. SAGE Publications.
- Wodak, R., & Meyer, M. (2009). Critical Discourse Analysis: History, Agenda, Theory, and Methodology. En Ruth Wodak & Michael Meyer (Eds.), *Methods of Critical Discourse Analysis* (pp. 1-33). SAGE Publications Ltd.