

Clivajes
Revista de Ciencias Sociales

Clivajes. Revista de Ciencias Sociales

ISSN: 2395-9495

<http://revistas.uv.mx/index.php/Clivajes/issue/view/204>

IIH-S, UV, México

Ana Prado Murrieta

MUJER Y SALUD. MIRADAS EN TORNO AL NACIMIENTO

Clivajes. Revista de Ciencias Sociales. Año III, número 6, julio-diciembre 2016, pp. 79-91.

Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales

Universidad Veracruzana. México

Disponible en <http://revistas.uv.mx/index.php/Clivajes/article/view/2145>

Recibido: 30-04-2016

Aceptado: 02-05-2016

Dictaminado: 07-05-2016

Publicado: 01-07-2016

MUJER Y SALUD

MIRADAS EN TORNO AL NACIMIENTO

Ana Prado Murrieta*

Resumen

El presente trabajo tiene como objeto analizar las prácticas contemporáneas de atención al nacimiento en México. En la primera parte, se hace una reflexión sobre las principales características de la atención institucional en el modelo biomédico y se expone la problemática que enfrenta: violencia hacia las mujeres y alto índice de cesáreas. En la segunda parte, se subraya la importancia de la partería como práctica alternativa, vigente y presente en espacios rurales y urbanos para la curación de las mujeres. Se posiciona la partería como una praxis con diferentes matices, desde el tradicional hasta el postmoderno, donde se resignifican los saberes y la autonomía de las mujeres, y se configura ésta como un espacio de disputa política ante el conocimiento dominante.

Palabras clave

Parto, Modelo biomédico, Partería, Mujer, Salud

INTRODUCCIÓN

El nacimiento, además de un hecho biológico, es fundamentalmente un hecho social, cargado de saberes, significados y representaciones. En México, actualmente se articulan dos prácticas de atención al nacimiento;¹ la institucional, sustentada en el pensamiento biomédico² y la alternativa representada en la partería. Estas formas de atención enfrentan diversos desencuentros, ya que el sistema oficial de salud sólo reconoce el nacimiento institucional, mientras que niega e invisibiliza la praxis y el saber de la partería.

* Profesora-Investigadora en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Doctorante en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, México.

¹ Todos los grupos humanos han desarrollado conocimientos y creencias, es decir, prácticas para conservar la salud y la vida. Tales prácticas se han desarrollado y consolidado en sistemas médicos que contienen un conjunto de representaciones y explicaciones sobre la salud y la enfermedad, sobre sus causas, su diagnóstico y terapéutica (García, 2012).

² También llamada medicina occidental, científica, alopática, cosmopolita o etnomedicina fisiológicamente orientada, designa al sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración; se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente, y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas. Se le ha llamado también Modelo Médico Hegemónico (MMH) para denominar el tipo de práctica médica característico de la biomedicina: biologismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo y eficacia pragmática. El apellido hegemónico proviene de la teoría de Gramsci y se opone al de subalterno.

El modelo biomédico de atención al parto ha sido objeto de grandes cuestionamientos, debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de procedimientos médicos que, además de ser incómodos para la mujer, pueden desencadenar complicaciones de salud. Una representación de los problemas que ocurren en ese modelo es el alto número de cesáreas que se realizan en México y la naturalización de la violencia en los hospitales. A la par del modelo biomédico, opera el modelo alternativo de la partería. Este modelo constituye una realidad vigente y una opción para muchas mujeres, ya sea en el campo o en la ciudad. Desde la partería, la mujer se posiciona en el papel protagónico y el parto es concebido como un proceso natural y femenino.

ATENCIÓN BIOMÉDICA AL NACIMIENTO

La asistencia a la reproducción —embarazo, parto y puerperio— por parte de la biomedicina es relativamente reciente, debido a que anteriormente el parto no era considerado un evento patológico y se le relegaba a un plano “natural” y de mujeres. La “comadre” o “partera” era la encargada de asistir y ayudar a parir. Fue en el siglo XVIII cuando la práctica de las parteras se puso en cuestión desde el poder político, intelectual y religioso, y fue sustituida, progresivamente, por la de los médicos-cirujanos parteros. Esta transición de la partería femenina no profesionalizada a la obstetricia, primordialmente masculina, es un proceso inconcluso y complejo, vigente y representado en la forma de atención aun en nuestros días (Argüello y Mateo-González, 2014).

El general, el parto institucionalizado se caracteriza, por la medicalización de procesos normales, el control biotecnológico, la organización protocolizada y mecanizada del trabajo, y la deshumanización y violencia en el trato hacia las mujeres.³

a) CARACTERÍSTICAS DEL NACIMIENTO HOSPITALARIO

Entendemos la medicalización como “la manera en que la jurisdicción de la medicina moderna se ha expandido en años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban definidos como entidades médicas” (Helman, 1994: 137), y un “conjunto de

³ Luego de estudiar el parto hospitalario en Estados Unidos, Nancy Stoller (1974) y otras autoras le han atribuido diversas características, entre las que destacan su tendencia a la medicalización, su abordaje autoritario y asimétrico, su obsesión por el control tecnológico y la fragmentación de los cuidados.

prácticas, ideologías y saberes utilizados básicamente por la institución médica, la cual refiere a una extensión de las funciones curativas y preventivas hacia funciones de control y normatización” (Menéndez, 1984, en Sadler 2003: 8).

La atención biomédica del parto se ha modificado con el desarrollo de la ciencia y la tecnología, así como a partir de las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El enfoque biológico, la hospitalización, el uso indiscriminado de medicamentos y la tecnología caracterizan las prácticas rutinarias de la atención biomédica del embarazo y el parto. Ambos son entendidos como eventos patológicos que requieren vigilancia médica para detectar riesgos (Hernández y Echeverría, 2014). Los nacimientos hospitalarios se han convertido en un ritual clínico cuyo fin es controlar la procreación a través del uso indiscriminado de la tecnología y las nociones tayloristas.⁴ Las madres se han transformado en sujetos pasivos de sus propios partos, mientras que la injerencia anatómica y el control biométrico de su dimensión corporal se convierten en norma. Se trata, en definitiva, de un auténtico patrón cultural de asistencia, caracterizado por la medicalización, el control biomecánico y la mecanización del proceso (Hernández y Echeverría, 2014).

El sistema oficial de salud hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino, y sus procesos fisiológicos. El conocimiento se impone y patologiza las etapas del ciclo vital de las mujeres; así, la menstruación, la gestación, el parto y la menopausia son concebidos como enfermedades que deben ser tratadas y controladas. En el último siglo, el control biomédico de estas etapas ha logrado una considerable reducción en las tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal en gran parte del mundo, además de extraordinarios avances en el tratamiento de la infertilidad, entre otros beneficios. Sin embargo, sus prácticas han sido objeto de crítica; sobre todo por dos motivos: su énfasis en los aspectos fisiológicos y su tendencia a medicalizar procesos biológicos normales. Esta propensión ha significado que el parto se haya transformado en un problema médico

⁴ Se habla de taylorización del parto en el contexto de una sociedad obsesionada por la organización científica del trabajo. Esto se observa, por ejemplo, en la progresiva reducción de los tiempos normales para las fases del parto, según los conocimientos científicos disponibles. El contexto hospitalario se convierte en una fábrica, donde el interés reside en el producto, no en el proceso. Se considera que las mujeres son trabajadoras, cuyas máquinas: sus úteros, requieren el control externo de los médicos, y en el que priman la efectividad, la división del trabajo en tareas y la administración del tiempo, de tal manera que se cosifica a la parturienta y se le incorpora a un proceso protocolizado en el que, además, se le despersonaliza.

aislado, separado del resto de las experiencias de vida de la mujer, y por ello, que la gestante se considere pasiva y dependiente, es decir, como “paciente” (Sadler, 2004:9).

b) VIOLENCIA EN EL TRATO HACIA LAS MUJERES

De acuerdo con Roberto Castro (2010), la violencia obstétrica⁵ es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud –públicos y privados–, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género. Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres:

va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos (De Bruyn, 2003, en Villanueva 2010).

Las estadísticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) confirman que la especialidad médica con mayor número de quejas es la ginecobstetricia (Fajardo, Hernández, Santacruz y Hernández, 2009).

3) CESÁREA: SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO

La función de la cesárea en la obstetricia ha cambiado a lo largo de la historia. En los primeros registros que se tiene de esta intervención quirúrgica, los médicos la empleaban como último recurso para recuperar al feto del vientre de la madre fallecida. Con el descubrimiento de la anestesia, la técnica de sutura, la asepsia y el desarrollo de antibióticos en la segunda mitad del siglo XX, esta cirugía se incorporó de

⁵ La “violencia obstétrica” se tipificó por primera vez en Venezuela, en el año 2007 (Pérez D’Gregorio, 2010) y, de acuerdo con el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2013), varios estados de la República Mexicana también la consideran actualmente.

manera definitiva a las prácticas de atención al parto. A partir de 1990, los partos por cesárea se han realizado independientemente de si la mujer enfrenta o no situaciones de riesgo, al grado de que se ha convertido en la forma predominante de parir/nacer (García, Moncayo y Sánchez, 2012).

Resultado de lo anterior ha sido el incremento desmesurado de las cesáreas en todo el mundo, cuestión que refleja un problema de salud pública que debe analizarse en detalle para buscar soluciones y promover la disminución de esta práctica. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera ésta una situación de crisis, recomienda que el porcentaje de nacimientos por cesárea sea de entre 10 y 15 %, mientras que el gobierno mexicano emitió la Norma Oficial Mexicana 007, que establece un máximo de 15% de cesáreas en hospitales de 2º nivel de atención y de 20% en los de 3º nivel.

No obstante, pese a las recomendaciones nacionales e internacionales, el número de cesáreas que se realizan en México actualmente perfila un grave problema de salud pública. La información de las Encuestas Nacionales de Salud confirman la tendencia observada en estudios previos sobre el aumento de la operación cesárea, con una tendencia al alza de 30% en el año 2000 y a 45.1% para 2012,⁶ es decir que ya para entonces se practicaba más del doble de las cesáreas recomendadas por la OMS. Ahora bien, el incremento de las cesáreas en México tiene una relación directa con las ganancias que reciben los hospitales; ejemplo de ello es el costo de los nacimientos en clínicas particulares. En estos hospitales, los nacimientos se venden como “paquetes de parto sin dolor”, que incluyen parto programado, *suites* para el parto, quirófano y cuñero. En las clínicas privadas, un parto programado por cesárea tiene un costo de aproximadamente \$43 000 pesos. Cabe mencionar que en el año 2012, la tasa de cesáreas en clínicas particulares era ya de 69.6%.

El sistema de salud reconoce que un parto natural tiene un menor costo; sin embargo, las cesáreas aumentan y su práctica se justifica con argumentos tales como la

⁶ Según análisis descriptivos de Suárez, Campero, Vara, Rivera y otros (2013), “las mujeres que acuden para la atención del parto a hospitales y clínicas privadas y al ISSSTE/ISSSTE Estatal tienen mayores posibilidades de ser sometidas a operación cesárea. Si bien esta situación podría sorprender, no deja de apuntar a la argumentación hecha en otras investigaciones de que en una y otra institución lo que prevalece para la realización de cesárea incluye tanto razones médicas como razones no médicas, entre las que destacan la “comodidad” que esta intervención supone tanto para ellas, como para las usuarias, patrones particulares de práctica clínica de las instituciones, la interpretación del proveedor de las condiciones del trabajo de parto, la protección médico-legal de los proveedores y los incentivos económicos, particularmente en las instituciones privadas”.

“rapidez del procedimiento” y la “sobredemanda de los hospitales”⁷. Estos argumentos hacen pensar que la atención biomédica al nacimiento vive un momento de crisis y de profundo cuestionamiento. Hay una naturalización⁸ de la violencia dentro de los hospitales. Desde la atención biomédica el parto es visibilizado como una enfermedad, en la cual es indispensable medicar y controlar.

LA PARTERÍA: UNA FORMA ALTERNATIVA DE NACER

A la par de la atención biomédica al nacimiento, existen prácticas médicas alternativas⁹ que, además de ser una respuesta a los problemas de salud, representan un proceso histórico de resistencia y construcción de una identidad en un medio social en constante cambio.¹⁰

La partería se convirtió en una práctica altamente valorada por distintos grupos humanos, porque se vincula directamente con la reproducción. Las parteras o matronas, a quienes se considera mujeres sabias por sus conocimientos herbolarios y de los ciclos reproductivos, históricamente han tenido un lugar primordial en la organización social de los pueblos (Sánchez, 2015), aunque –también es importante decirlo– esta alternativa para la atención al nacimiento enfrenta un desencuentro, una disputa entre saberes; ya que desde el saber hegemónico y el sistema oficial de salud, el conocimiento de la partería no es reconocido, ni legitimado y ha sido objeto de una constante persecución y desacreditación.

Este saber ancestral, ha adquirido diversos matices en la actualidad; por un lado está la partería tradicional, que representa el único sustento de salud para muchas comunidades, sobre todo indígenas, del país, y, por otro, hay interpretaciones

⁷ En México, algunos de los estados que presentan menor porcentaje de cesáreas son Guerrero y Chiapas. Llama la atención, porque precisamente en éstos hay un mayor porcentaje de parteras tradicionales que en el resto de la República.

⁸ Según Josep Vicent Marqués (1981), la naturalización es un fenómeno que lleva a los hombres a considerar sus acciones y creencias como naturales, ligadas a su naturaleza. En otras ocasiones, naturalizar supone desconocer los mecanismos de distinción por clase social que atraviesan nuestra vida en sociedad. Pierre Bourdieu (1981) criticó la naturalización del buen gusto ligándolo a procesos de distinción social que las clases dominantes establecen con respecto a las clases populares.

⁹ En México, algunas estimaciones consideran que entre el 8 y el 25% de los nacimientos registrados anualmente podrían haber sido atendidos por parteras (ENSALUD, 2000). Según el INEGI, los estados con mayor porcentaje de partos atendidos por parteras son Chiapas 74%, Oaxaca (56%) y Guerrero (51%).

¹⁰ La partería es una práctica que va más allá de la atención obstétrica de la biomedicina, ya que no sólo se circunscribe a la atención del parto. Las parteras son sujetos fundamentales de la salud en las comunidades rurales y urbanas, ayudando enormemente a la disminución de la mortalidad materno-infantil; por lo tanto, se les ha reconocido como agentes morales, consejeras y sanadoras (Argüello y Mateo-González, 2014).

contemporáneas de la partería, tal es el caso de las parteras posmodernas o autónomas; en ambos casos, el objetivo de la partería es acompañar a las mujeres en su parto, enseñarles a recordar sus instintos y establecer que el parto es un proceso natural y femenino.

a) PARTERÍA TRADICIONAL

Los organismos internacionales definen a la partera como aquella que se encarga del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. También se encarga de cuidados ginecológicos y de planificación familiar, principalmente en forma no medicalizada (Díaz, 2006). El término en español proviene del verbo “partear” y originó la especialización en asistir partos; actualmente se ha extendido a otros cuidados de salud femenina. Sin embargo, en sus inicios la partera era parte de un servicio comunitario, no cobraba por sus servicios y se relacionaba con el curanderismo, sobre todo en el contexto mexicano. Para una mujer ser seleccionada como partera significaba un gran honor, puesto que éstas eran muy respetadas en sus comunidades (Dimmitt, 2013; Laako, 2015).

Según Sánchez (2015), las parteras tradicionales han aprendido a través de sus ancestros —madres, abuelas, madrinas— o mediante el don de partear, recibido oníricamente. Estas parteras suelen provenir de sectores indígenas, rurales o de estratos bajos de las ciudades; aprenden desde niñas acompañando a sus mayores. En muchos espacios rurales de México, las parteras no sólo atienden los nacimientos, también participan en sus comunidades como curanderas, haciendo uso de sus conocimientos y experiencia con la herbolaria, sabiduría que les ha sido heredada desde tiempos prehispánicos.

Ahora bien, el pago por los servicios de las parteras suele ser muy pobre, aunque con frecuencia éstas atienden dentro de un sistema comunal de solidaridad y apoyo.¹¹ Se considera que el conocimiento de las parteras tradicionales es fundamentalmente empírico o práctico y en muchas regiones se reconoce la importancia de su labor, porque, por lo general, son ellas quienes atienden a las mujeres de bajos recursos, que

¹¹ Un estudio de Graciela Freyermuth en Chiapas durante 2012, mostró que la atención de un parto por un médico costó al Programa Ampliación de Cobertura (PAC) \$631.85 pesos; si fue atendido por una enfermera, \$405.84, mientras que si fue atendido por una partera, sólo costó \$35.12 pesos. Evidentemente, la intervención de las parteras ahorra al Estado una enorme cantidad de recursos, por lo que sería muy justo que los gobiernos federal, estatales y municipales establecieran mecanismos para apoyar, capacitar y remunerar la labor de las parteras.

no cuentan con servicios de salud ni con la posibilidad de atenderse con médicos ni clínicas privadas, lo cual implicaría una erogación que supera en mucho a sus ingresos.

B) PARTERÍA POSTMODERNA O AUTÓNOMA

Además de parteras tradicionales, actualmente podemos hablar de parteras posmodernas o autónomas. La característica que distingue a esta forma de partería radica en que recupera elementos de la partería tradicional e integra, además, los conocimientos del modelo biomédico de atención al parto. De acuerdo con la Asociación Mexicana de Partería (AMP, 2014),¹² estas parteras también se denominan autónomas, ya que consideran que la partería es una profesión única, con valores, competencias, protocolos y estándares propios. En este sentido, las parteras ejercen su autonomía en la toma de decisiones, en la práctica, en el proceso formativo y en su relación con otros profesionales de la salud.

La AMP define a las parteras autónomas como mujeres preparadas “(formal o empíricamente) para atender a la madre durante el embarazo, prepararla para el trabajo de parto y asistirle durante el parto, recibir al bebé y proporcionarle los cuidados necesarios en sus primeras horas de vida”. Desde esta mirada, el área de competencia de una partera abarca el periodo previo y se extiende hasta mucho después del parto: va desde la esfera previa a la concepción y prenatal, “la preparación para la maternidad y paternidad, la atención al embarazo, al parto propiamente dicho y al puerperio fisiológicos; y se extiende hasta ciertas áreas de la salud sexual y reproductiva, la planificación de la familia y el cuidado de hijas e hijos durante los dos primeros años de su vida”. Cabe decir que las parteras pueden ejercer su práctica a domicilio, en casas de parto, clínicas de maternidad, consultorios, centros de salud y hospitales (AMP, 2015).

Davis-Floyd (2006) argumenta que las parteras posmodernas o autónomas se distinguen por construir una crítica radical a suposiciones y convenciones dadas:

son parteras relativistas, críticas, articuladas, politizadas, organizadas y altamente conscientes de cuestiones y alcances globales y culturales. También son parteras científicamente informadas que conocen las fortalezas y debilidades de los sistemas biomédicos entre los cuales fluye su práctica. Construyen redes transnacionales de partería centrada en las mujeres, libres para aprender u observar los beneficios, tanto de la biomedicina, como de la partería tradicional en (Laako, 2015: 86-87).

¹² La Asociación Mexicana de Partería, A.C. (AMP), de la que se hablará más adelante, es una organización de la sociedad civil, fundada en 2011, cuyo objetivo es fortalecer la práctica de la partería en México.

Para la partera postmoderna, lo profesional es siempre político: deben tener una voz colectiva.

Sánchez (2015) ratifica que la formación de las actuales parteras, además de retomar los conocimientos médicos disponibles, recupera la milenaria experiencia de generaciones de parteras. Se trata de un acervo de saber exclusivamente femenino que no sólo es fruto de la observación cuidadosa, sino de la experiencia de las parteras mismas como parturientas. De esta vivencia brota una capacidad empática que la ciencia médica no posee, y que convierte al parto asistido por una partera en una experiencia radicalmente distinta.

En México hay diversas organizaciones que se articulan bajo el modelo de partería posmoderna o autónoma; entre ellas Casa de Partos, Luna Maya, Centro de Educación para el Bienestar Humano, Plenitud, embarazo y Lactancia, Parto Libre, Asociación Nueve Lunas, y Escuela de Parteras Profesionales y Técnicas del Centro de Apoyo en Salud para Adolescentes (CASA). En el año 2012, estas organizaciones y algunas parteras independientes se unieron y conformaron la llamada Asociación Mexicana de Partería, cuya misión es “fortalecer la profesión de la partería en México, como un modelo de atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer que promueve su autonomía y sus derechos, que es sensible a sus necesidades y confía en la sabiduría de su cuerpo” (AMP, 2015). Al respecto, Laako (2015) señala que estas acciones pueden ser entendidas como parte un movimiento de parteras, si pensamos en parteras o colectivos de parteras que inicialmente ejercen la crítica del “negocio del nacimiento”, y desafían y politizan la tendencia dominante del control y la medicalización exagerada de los embarazos y los partos.

REFLEXIONES FINALES

En los estudios de partería que se han desarrollado en nuestro país, existe una tendencia a la dicotomización del pensamiento; por un lado, el parto institucional es visto como sinónimo de conocimiento y modernidad, y, por otro, el trabajo de la partería se concibe y es equiparado con una práctica arcaica. Esta corriente ha contribuido erróneamente a que se perpetúe la idea de que la partería es una práctica que corresponde sólo a zonas marginadas, al pasado, a un rasgo "cultural" o "tradicional". El nacimiento debe de ser mirado como un espacio de discusión y de crítica hacia el poder; en este sentido, podemos afirmar que el modelo biomédico de atención actual presenta un periodo de crisis y grandes cuestionamientos.

Desde el sector académico, es de fundamental importancia exponer, discutir y documentar las experiencias “no oficiales” de atención a la salud. La partería, específicamente, es una práctica con múltiples matices que representa una forma segura y vigente de atención a las mujeres en contextos rurales y urbanos. Finalmente, el presente y el futuro de la partería se encuentran en transformación, y esta transformación tiene que ver con la capacidad organizativa y política de las parteras, con la apertura real por parte de las instituciones de salud y con el posicionamiento de las mujeres en la lucha por recuperar espacios de autonomía en salud.

REFERENCIAS

- ASOCIACIÓN MEXICANA DE PARTERÍA (AMP) (2015). Recuperado de: <http://www.asociacionmexicanadeparteria.org/>
- ARGÜELLO AVENDAÑO, H. MATEO, A. (2014). Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del Pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, Vol. XII (2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74531037002>
- BLÁZQUEZ, M. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8429/BLAZQUEZ.pdf;jsessionid=96CA26CEA855BEDD953B17A1B133ED31.tdx1?sequence=1>
- BRUYN, M. DE (2003). La Violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. En: VILLANUEVA EGÁN, L. A. (2010), El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*, Vol. 15 (3). Recuperado de: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/282/516>
- CAMACARO, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de la Mujer*. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011
- CASTRO, R. (2014). Génesis y práctica del habitus medico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 76 (2), abril-junio, pp. 167-197. Recuperado de:

- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001
- DÍAZ ORTIZ, D. (2006). Todas somos parteras. *Midwifery Today* (80), invierno.
- DIMMITT CHAMPION, J. (2013). Stories from a Mexican American Partera: Life on the Texas-Mexico Border. *Journal of Transcultural Nursing*, pp. (24).
- FAJARDO DOLCI, G. E., HERNÁNDEZ TORRES, F. SANTACRUZ VARELA, J., HERNÁNDEZ ÁVILA, M. Y OTROS (2009). Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *Salud Pública de México*, Vol. 51 (2), pp. 119-125. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000200007
- FELLITI, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138058007>
- FOUCAULT, M. (1990). La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta.
- _____. (2007). *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.
- GARCÍA, I., MONCAYO, C., SÁNCHEZ, T. (2012). El parto en México: reflexiones para su atención integral. México: *Ide@s Concyteg*, Vol. 7 (84), pp. 811-844. Recuperado de: http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_AL.pdf
- GOOD, M. (1997). Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria. *Salud Problema*, Año 2 (2), junio. Recuperado de: http://bidi.xoc.uam.mx/resumen_articulo.php?id=1452&archivo=4-1031452rrh.pdf&titulo_articulo=Parteras%20en%20M%20E9rida.%20Una%20alternativa%20a%20la%20ces%20E1rea%20innecesaria
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (GIRE) (2013). *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*. México: GIRE.
- HELMAN, C. (1994). *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- HERNÁNDEZ, J., ECHEVERRÍA, P. (2014). La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*. Recuperado de <http://rdtp.revistas.csic.es/index.php/rdtp/article/view/455>

- 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*. México: ECOSUR, Asociación Mexicana de Partería. Recuperado de: http://www.borderingactors.org/kuvat/Articulo_PoliticaNacerPoliticaTransformacionMovimientoParterasMexFin_LAAKO2014_VersionFinal_Dec2014.pdf
- LAPLANTINE, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- LE-BRETON, D. (1994). *Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia*. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*.
- MENÉNDEZ, E. (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. En: Sadler, M. (2003), *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del parto hospitalario*. Tesis en Antropología Social. Santiago: Universidad de Chile. Recuperado de: <http://docplayer.es/227096-Asi-me-nacieron-a-mi-hija-aportes-antropologicos-para-el-analisis-de-la-atencion-biomedica-del-parto-hospitalario.html>
- MONTES, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8421/MicrosoftWord1COMPLETOlasculturasdelna.pdf;jsessionid=607F398B0ED0C6976331001E92EE2531.tdx?sequence=1>
- MONTES, M. J., FREYERMUT, G. (2000). *Creando el nacimiento: Valores reproductivos en el estado de Chiapas*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili/México: CIESAS-Sureste. Recuperado de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5114/1/CC_07-08_14.pdf
- MONTIEL, L. (1997). Las trampas de la prevención: peligros ocultos en un discurso médico hegemónico. En: L. MONTIEL Y L. PORRAS (Coords.), *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima* (pp. 253-265). Madrid: Doce Calles.
- PÉREZ D'GREGORIO, R. (2010). Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (111), pp. 201-202.
- PUNTES, E., GÓMEZ, O., GARRIDO, F. (2004). *Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados*. México: Instituto de Salud Pública. Recuperado de: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- ROCA, J. (1996). *De la pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la post-guerra española*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.

- SADLER, M. (2003). *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del parto hospitalario*. Tesis en Antropología Social. Santiago: Universidad de Chile. Recuperado de: <http://docplayer.es/227096-Asi-me-nacieron-a-mi-hija-aportes-antropologicos-para-el-analisis-de-la-atencion-biomedica-del-parto-hospitalario.html>
- SÁNCHEZ, G. (2014). *Parteras en Chiapas... Un mar de conocimientos*. México: El Colegio de la Frontera Sur, ECOSUR.
- _____. (2015). *Imagen instantánea de la partería. México*. San Cristóbal de las Casas, Chiapas: ECOSUR y Asociación Mexicana de Partería.
- SCHEPER-HUGHES, N., LOCK, M. (1987). The Mindful Body: a Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly. International Journal for the Analysis of Health*. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020/abstract>
- STOLLER SHAW, N. (1974). *Forced Labor: Maternity Care in the United States*. New York: Pergamon Press.
- SUÁREZ, L., CAMPERO, L., LA VARA, E. DE, RIVERA, L.Y OTROS (2013). Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Revista de Salud Pública*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a20>
- TAUSSING, M. (1995). *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como un sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa.
- TOWLER, J., BRAMALL, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson.
- WINSTON, C. V., PARRIS, L. (2000). Historia de la medicina del dolor. En: PRITHVI y otros RAJ. *Tratamiento Práctico del Dolor*. Madrid: Harcourt.