

EROSIONAR LA INSTITUCIÓN

Mercedes Campiglia*

Resumen: La biomedicina propone una atención institucionalizada del parto que lleva a una hipermédicalización del evento. Ello resulta en una iatrogénica elevación del índice de intervenciones que termina atentando contra la salud de los pacientes. En el modelo biomédico los actores son limitados a su condición orgánica y productiva mientras su palabra es silenciada, lo cual comprende un borramiento de su subjetividad.

La propuesta de “humanizar” el nacimiento, corriente que surge al interior de la medicina, apunta a restituir el carácter subjetivo a la escena del parto, otorgándole a la mujer un rol activo en la promoción de su salud. Este texto da cuenta de una experiencia de intervención en una maternidad que tuvo por objeto “humanizar” la atención del parto. Los resultados obtenidos hablan del impacto de la reincisión del orden subjetivo en la vida institucional.

Palabras clave: parto; institucionalización; violencia obstétrica; parto humanizado; doula; cesárea.

Abstract: Biomedicine posits institutionalized attention for births which leads to hyper-medicalization of the event. This results in an iatrogenic increase in the number of procedures which end up being treated counter to the patient's health. In the biomedical model the actors are limited to their organic and productive condition while their opinion is silenced, thus erasing their subjectivity.

The proposal to “humanize” birth, a school of thought arising within medicine, points to restoring the subjective character of the birthing act, giving women an active role in advocacy for their own health. This text relates a procedural experience of maternity whose objective is to “humanize” birth and the results obtained allude to the reinsertion of the subjective order in institutional life.

Keywords: birth; institutionalization; obstetric violence; humanized delivery; doula; cesarean.

UNA INSTITUCIÓN CON SUJETOS

Múltiples trabajos se han realizado en el ámbito de la salud reproductiva para estudiar

*Doctora en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Línea de Investigación: Violencia y género. Correo electrónico: m_campiglia@yahoo.com.mx

las modalidades de maltrato a las mujeres que subyacen a las prácticas de atención que se llevan a cabo en instituciones tanto públicas como privadas de nuestro país. Ejemplo de ello es el trabajo de Roberto Castro que en 2014 recogió la observación de 130 nacimientos en instituciones públicas nacionales para dar cuenta de diversas expresiones de violencia obstétrica

ejercida cotidianamente contra las mujeres. Desde la esterilización forzada hasta las cesáreas injustificadas, pasando por la agresión verbal y física, ha quedado asentado el hecho de que las salas de parto no son en absoluto un ámbito libre de violencia. Resulta imprescindible visibilizar las modalidades de sometimiento que se ocultan tras algunas de las prácticas de la biomedicina, las cuales, a fuerza de repetirse, han logrado invisibilizarse; es importante desvelarlas para poder entonces abordarlas. Dichas prácticas, lejos de estar dirigidas al cuidado de la salud de las mujeres en el momento del nacimiento de sus hijos, parecen actuar como ejercicios de domesticación y sometimiento; a pesar de resultar más perjudiciales que benéficas, se han convertido en parte de las rutinas de atención hospitalaria.

Las actividades biomédicas, explica Eduardo Menéndez, autoridad en la materia, cuando se pretende analizar el proceso de construcción del saber médico, desde la clínica hasta la investigación son, además de hechos técnicos, hechos institucionales y, por tanto, sociales. El trabajo médico no es una actividad científica, como podría parecer, sino una actividad técnica impregnada de procesos sociales e institucionales (Menéndez, 2005). En las rutinas de atención del parto, el saber médico se muestra como un entramado de creencias, técnicas y prejuicios que dan por resultado una práctica que termina por institucionalizarse. El aislamiento, las episiotomías, la restricción de bebidas y alimentos, el confinamiento a la cama, el sometimiento a posturas que

enterpecen la fisiología del parto, el uso de hormonas orientadas a intensificar la actividad uterina, son prácticas que parecen responder a concepciones sociales y requerimientos institucionales puesto que no están basadas en criterios de salud. El saber médico, apunta Menéndez, se construye a partir de un proceso de “socialización” que ocurre en un colectivo, cumple por tanto con funciones no sólo técnicas sino ideológicas y económicas que forman parte de las dinámicas de la institución de la cual dicho saber emerge.

El trabajo que presento no está pensado como una herramienta para documentar la violencia hacia las mujeres durante el parto, más bien, se propone la pretenciosa tarea de ensayar una salida al modelo reificador que caracteriza a la atención institucionalizada.

Asimismo, trataré de dar cuenta de sus aciertos y tropiezos, puesto que una tarea de esta naturaleza comprende necesariamente luces y sombras. La “opción monástica” que describe Morris Berman en *El crepúsculo de la cultura americana* es la idea que inspiró el trabajo de intervención institucional del que da cuenta este escrito. Berman, en su fabuloso texto, colecciona una serie de proyectos que a su entender actúan a modo de guerrillas silenciosas y nómadas en el contexto de una sociedad neoliberal e individualista como lo es la norteamericana. Dichos proyectos, aclara Berman, no adscriben a ninguna “comunidad de ideas” pero logran desarticular la lógica dominante. El autor cita una serie de propuestas que desde su perspectiva han sido capaces de in-

filtrar el discurso hegémónico partiendo de diferentes plataformas. Debido a mi tema de estudio recupero las historias de Bill Thomas, un médico neoyorquino que instituyó una serie de cambios cuando tuvo a su cargo la dirección de un asilo de ancianos a mediados de los noventa y se encontró con el hecho de que los viejos tenían una sobrevida realmente breve una vez que ingresaban a la institución. Los cambios que Thomas realizó para atender el problema fueron meramente ambientales, pero, sorprendentemente, tuvieron un impacto extraordinario en términos de salud: redujeron las infecciones y el uso de medicamentos en 50% y la tasa de mortalidad en 25 por ciento. Para abordar el problema de la mortalidad que aquejaba a su comunidad, Thomas no intervino en el cuerpo de sus pacientes, no se propuso esterilizar las estancias para evitar contagios ni estrechar la vigilancia médica de los ancianos. Su estrategia fue del todo “subversiva”:

Violando la ley del estado de Nueva York, trajo 137 perros, gatos, pájaros y conejos, convirtiendo al lugar en un zoológico. También llenó el cuarto con plantas y, donde había pasto, puso hortalizas. Finalmente, Thomas instaló una guardería y organizó que los niños mayores pasaran sus tardes con los viejos. Creó, en resumen, un mundo floreciente para sus pacientes, y ellos florecieron como resultado. (Berman, 2007: 196)

Berman reporta que más de 200 asilos adoptaron más tarde el modelo de Thomas debido a sus impresionantes re-

sultados y el médico consolidó con los años lo que hoy se conoce como *The Green House Project*, propuesta que se plantea como eje la construcción de “vidas con sentido” para los residentes que habitan los hogares de ancianos.

¿En qué radicó el éxito del proyecto de Bill Thomas?, desde mi lectura, considero que fue la “humanización” del paciente y la restitución de su carácter subjetivo operada en ese caso por medio de un cambio ambiental que colocó en el centro a la vinculación de los sujetos con el placer y la vida. El médico logró, a pesar de los condicionamientos impuestos por su formación, trascender la concepción meramente orgánica del “paciente”, que caracteriza a la biomedicina, para entender a los ancianos como sujetos que quieren seguir viviendo y que necesitaban conectar con el entorno que les rodeaba. Desde mi punto de vista ello tiene que haber sido la clave de su éxito.

Un elemento que me parece fundamental para analizar la experiencia de Thomas, es el actor que se introduce en la ecuación como acompañante, que vehiculiza el restablecimiento del lazo social. Los niños de la guardería que pasaban las tardes con los ancianos fueron colocados en la posición de compañeros y ocuparon el rol de ese otro que, en tanto espejo, permite la construcción de la identidad propia y con ello el anclaje a la vida.

La vejez, ciertamente, no es una enfermedad de la que debiera encargarse la medicina, como no lo es tampoco el parto. La medicalización de la vida y no sólo de la enfermedad, opera como una de las estrategias del saber biomé-

dico para garantizar su hegemonía, tal como lo describe Menéndez (2005). Sin embargo, Bill Thomas un médico el que logra desmarcarse de los límites que impone su disciplina para proponer un modelo de intervención diferente; de igual manera, son médicos los que abanderan la humanización del parto como respuesta a una atención en serie que ha caracterizado al ejercicio de la medicina al interior de las instituciones. Ningún saber, por más que sea hegemónico, puede considerarse como total; en el mundo de la medicina confluyen voces diversas, algunas claramente contrahegemónicas: en éstas se puede anclar la esperanza.

El piloto de intervención para la humanización del parto se llevó a cabo en el marco del presente trabajo, que pretendo inscribir en la línea de las guerrillas descritas por Berman. Además, propuse la ambiciosa tarea de desarticular el orden despersonalizado, que caracteriza a la atención del nacimiento en las instituciones de salud, a partir de la “infiltración” del orden subjetivo en el dispositivo, es decir, mediante la implementación de una batería de estrategias. Los hospitales operan sobre el cuerpo de los sujetos mediante recursos que los reífcian, por lo que resulta importante analizar las similitudes existentes entre el procesamiento de los cuerpos que describe Goffman en *Internados* (1992) y las prácticas en las instituciones totales, en particular, lo que suele observarse en el área de maternidad de los hospitales: los uniformes, el aislamiento, la barrera entre personal e internos, el sometimiento del cuerpo a determinadas posturas, la

creación de un expediente y la asignación de una habitación. Frente a las estrategias de borramiento de la subjetividad, instituidas por la biomedicina, el modelo de humanización del parto aparece como una propuesta desarticuladora.

La idea de “humanizar” el parto puede resultar controversial debido a las acaloradas discusiones entre profesionales que adscriben o rechazan dicha posición. En este texto elegimos dicho concepto por diversas razones, en primer lugar, porque ha sido previamente definido, lo cual evita el riesgo de caer en connotaciones vagas a las que pueda atribuirse una multiplicidad de sentidos, como ocurre cuando se habla de nacimiento respetado, natural, consciente; por otra parte, la humanización del nacimiento (movimiento iniciado en Brasil en el año 2000) es abanderada por importantes organismos, como Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) y Rede pe la Humanizaçao do Parto e Nascimento (ReHuNa).

Consideraremos que un nacimiento humanizado es aquel que parte de la premisa de que lo fundamental en la atención sanitaria es colocar el eje en la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para alcanzar una vida más saludable. De igual forma, esta postura reconoce el derecho de la mujer embarazada a ser atendida con tratamientos cuya eficacia esté basada en evidencia científica. La atención humanizada, por tanto, no tiene que ver con una infraestructura específica ni con costos inalcanzables; por el contrario, resulta más accesible debido a que

requiere un menor uso de equipo y medicamentos. Asimismo, está asociada con protocolos de atención basados en evidencia científica y en la concepción de la parturienta como una mujer y no como un cuerpo biológico. La atención humanizada no se reduce a ofrecer un trato amable a las mujeres; la práctica de procedimientos invasivos e innecesarios, usuales de la rutina en la medicina institucionalizada, resulta incompatible con la medicina "humanizada", aun cuando el médico se comunique de manera gentil con la paciente mientras le realiza una limpieza de cavidad uterina con una gasa sujetada al extremo de una pinza.

En la *Guía de cuidados para el parto normal* (OMS, 1996), se señala que durante el parto el personal médico debería:

- Respetar el derecho de la mujer a la intimidad.
- Respetar su elección de acompañantes para el parto.
- Ofrecerle métodos no invasivos, no farmacológicos, para el alivio del dolor.
- Ofrecerle líquidos.
- Permitir que se mueva libremente y elija las posiciones que prefiera.
- Evitar que puje recostada sobre su espalda con las piernas en estribos.
- Procurar el contacto piel a piel inmediato de la madre con el recién nacido y apoyar al inicio de la lactancia durante la primera hora después del parto.
- Evitar el uso rutinario de enemas, suero intravenoso, episiotomías (corte en el periné) y rasurado público.

Por otra parte, las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) vigentes desde 1993

y de carácter obligatorio para los profesionales de la salud que laboran en instituciones públicas y privadas de México, recomiendan:

- Propiciar la deambulación de la paciente.
- Respetar las posiciones que la embarazada desee utilizar.
- Evitar el uso rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia, así como la inducción y conducción del trabajo de parto.
- Establecer lineamientos para la indicación de cesáreas que apunten a disminuir su porcentaje.
- Evitar la separación de madres y bebés después del nacimiento (Secretaría de Salud, 1993).

Estos principios de atención del nacimiento no son respetados por la mayoría de las instituciones de salud de nuestro país. Debido a esta situación, organismos nacionales e internacionales, además de un sinnúmero de Organizaciones no Gubernamentales (ONG), han tomado la bandera de la defensa de una atención del parto basada en evidencia, asimismo, esta exigencia es considerada como parte de la lucha por la defensa de los derechos humanos de las mujeres. Desde la OMS, el UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), las comisiones nacionales y estatales de derechos humanos, hasta asociaciones y organismos diversos como El Observatorio de Violencia Obstétrica (ovo), "El parto es nuestro", "Parto Libre" y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), han trabajado en México por la defensa de los derechos de las mujeres en el ámbito reproductivo. La propia Secretaría de Salud y el Sis-

tema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) promueven la humanización en la atención del nacimiento.

El activismo de éstos y muchos otros actores ha llevado a que en México se tipificara al ejercicio de ciertas prácticas médicas como “violencia obstétrica”. Se entiende por violencia obstétrica:

[...] cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menospreciando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (GIRE, 2015).

La violencia obstétrica ha sido incluida como modalidad de violencia de género en algunas legislaciones locales:

A nivel local, los estados de Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes de acceso a una vida libre de violencia. El 28 de abril de 2015 la Asamblea del Distrito Federal aprobó una reforma a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal para integrar la definición de violencia obstétrica en su artículo 6, cuya publicación está pendiente (*ibidem*).

La “humanización”, en el marco de este texto, se plantea como alternativa, no al “salvajismo” o la atención “inhumana”, sino como contraparte de la industrialización que ha caracterizado a la atención en salud dentro del dispositivo hospitalario y que llevado a un uso irracional de los recursos que la medicina ha diseñado para atender complicaciones obstétricas. Dicha “humanización” es un concepto que permite dar cuenta de la reinscripción del orden subjetivo, pues una mujer que ha de dar a luz no es sólo un cuerpo con un útero que empuja a un bebé a través de un conjunto de huesos y músculos. Toda mujer que va a dar a luz llega al parto con sus esperanzas y sus miedos, con sus fantasías y sus condicionamientos y con las anécdotas de las otras mujeres que parieron antes que ella. El desenlace de esta historia tendrá que ver con todos los factores que se entretejen para dar como resultado un entramado único e irrepetible.

Entonces, ¿qué será lo que nos ha llevado a tener un índice de cesáreas tan elevado? Una parte del problema tiene que ver con el hecho de que socialmente hemos diseñado dispositivos para atender el nacimiento y que parecieran destinados a interferir con la fisiología del parto. Mientras que la pelvis requiere movilidad para ensanchar sus diámetros, confinamos a las mujeres a una cama; además, cuando la oxitocina, que se encarga de las contracciones uterinas, demanda de oscuridad y silencio (Odent, 2011), iluminamos las salas de los hospitales y abordamos a las mujeres con infinidad de preguntas para elaborar sus expedientes clínicos; incluso,

en el momento en que necesitan realizar uno de los mayores esfuerzos de su vida, las obligamos a permanecer en ayuno, más aún, cuando mayor vulnerabilidad experimentan, cortamos los lazos que las unen a su red de apoyo. La institucionalización y sus prácticas reificadoras, además de atentar contra los principios de la fisiología del nacimiento, convocan al personal de salud a intervenir y ver a la mujer como un cuerpo que no tiene otra alternativa que la de ser manipulado.

Resulta interesante reflexionar en torno al hecho de que en la institución en la que se llevó a cabo el programa piloto las mujeres dieron a luz en condiciones de respeto a la fisiología del parto. Cabe destacar que, antes de que ocurriera la intervención, se les permitió caminar y moverse; tomar bebidas y alimentos, e incluso, se les invitó a acompañarse de un ser querido. Sin embargo, el índice de cesáreas rondó por el 70%; ante esta situación surgió la pregunta, ¿qué estaba fallando?

El Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN) es una institución de asistencia privada no gubernamental y sin fines de lucro encargada de prestar servicios de salud a la población de escasos recursos por medio de un servicio asistencial que consiste en fijar los costos en función del perfil socioeconómico de cada paciente. En esta institución la atención prenatal, perinatal y posnatal es brindada, principalmente, por licenciadas en enfermería obstétrica y perinatal.

El modelo del CIMIGEN, que comprende la incorporación de enfermeras

perinatales en la atención de los nacimientos, ha llevado al hospital a ser la institución que presenta los más bajos índices de muerte materna del país (0.5 decesos por cada 10 000 embarazos), en cuanto que en México el promedio es de 4.3 muertes maternas por cada 10 000 embarazos. El éxito del modelo de esta institución llevó a que en 2016 se buscara replicarlo en clínicas rurales y urbanas del estado de Tlaxcala, es decir, como medida para reducir la mortalidad materna. En 2013, el trabajo de CIMIGEN fue reconocido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como un modelo exitoso de atención primaria en salud (*Portal Político*, 2016).

CIMIGEN es un pequeño hospital de Iztapalapa (Ciudad de México) creado bajo la premisa de la atención humanizada. Desde sus orígenes ha promocionado el parto natural, así como la presencia del padre en el momento del nacimiento y en las consultas pre y posnatales; de igual manera, ha enfatizado la importancia de ofrecer un trato “digno, humano y personalizado” a los pacientes. Además, esta institución es referida como ejemplo a seguir en la guía de atención del parto, publicada por la Secretaría de Salud en 2014.

Sin embargo, el paso de los años, la integración de nuevo personal y el cambio de directivos fueron tornando gradualmente a la institución hacia un modelo de atención cada vez más medicalizado. Al inicio del proyecto la mayor parte del equipo de CIMIGEN estaba familiarizado con el modelo de atención humanizada del nacimiento, no obstante, éste no estaba siendo imple-

mentado a cabalidad, por lo que el desafío consistió en poner a prueba el protocolo de intervención para definir si la introducción del orden subjetivo en la experiencia del nacimiento era o no capaz de modificar la realidad de la atención.

El factor fundamental para generar el cambio, a mi entender, fue la puesta en escena de las subjetividades, por lo que el personal de salud fue sensibilizado acerca de la importancia de respetar el proceso de cada mujer y ceder el mando; asimismo, las mujeres fueron preparadas para apropiarse de sus cuerpos y sus nacimientos, en cuanto que las doulas funcionaron como guía en esta travesía. Podríamos decir que la participación de los actores, en tanto sujetos, lo cambió todo.

¿Cómo hacer que las subjetividades se inscriban en el ámbito aparentemente frío y aséptico de los hospitales, es decir, que logren infiltrarse para llevar su saber subversivo y desarticulador? Este proyecto pretendió ensayar estrategias que permitieran abrir espacios para que en el entramado de las prácticas hospitalarias se entretejiera la subjetividad de los diferentes actores que participan del nacimiento. Subjetividades convocadas desde la palabra y desde la apropiación del cuerpo y el espacio. La apuesta de “infiltración” de la subjetividad en la institución se concentró en tres diferentes estrategias:

1. Talleres de sensibilización acerca de la atención humanizada del nacimiento, dirigidos al personal de salud de la institución:

—Programa de dos sesiones de cinco horas cada una al que asistieron 67

médicos, enfermeras y residentes de la institución.

Los talleres fueron impartidos por ginecólogos, pediatras y enfermeras experimentados en la atención humanizada del parto, así como por doulas¹ y educadoras perinatales.² La intención de esta iniciativa fue transmitir recursos técnicos que permitieran al personal de salud atender el nacimiento de forma humanizada e implementar estrategias dirigidas a restablecer la subjetividad en la atención del parto. De igual forma, en la institución se realizaron tres rondas de sensibilización orientadas al personal con las que se cubrió prácticamente a la totalidad

¹ Acompañantes profesionales de parto.

² Equipo médico: Dr. Ramón Celaya (gineco-obstetra, fue director de ginecoobstetricia del hospital militar y uno de los pioneros en la atención del parto en agua en México); Dr. José Luis Larios (ginecoobstetra, especialista en salud materno-fetal); Dr. Christian Byron (ginecoobstetra, director del hospital materno infantil Vicente Guerrero Chimalhuacán del ISEM); Dra. Elizabeth Valencia (ginecoobstetra certificada para la atención de parto en agua por Water Birth); Dra. Ana Laura Bello (ginecoobstetra dedicada a la práctica privada); Dr. Cecilio Rodríguez (ginecoobstetra con especialidad en uroginecología); Dra. Mariana Canseco (neonatóloga); Dra. Katia Contreras (pediatra humanizada que asiste tanto nacimientos en hospital como partos domiciliarios). Equipo de educadoras perinatales y doulas: LCCE Guadalupe Trueba (entrenadora de doulas y educadoras perinatales certificada por Lamaze y Dona International, y coordinadora de la especialidad en educación perinatal que se imparte en la Universidad Anáhuac); Lic. Patricia Ochoa (educadora perinatal, doula y licenciada en enfermería y obstetricia); Lic. Ana Maza (educadora perinatal, doula y terapista en comunicación); Mtra. Mercedes Campiglia (educadora perinatal, doula y maestra en teoría psicoanalítica).

del equipo, esto para garantizar que los diferentes turnos tuvieran dicho conocimiento.

2. Formación de un voluntariado de doulas:

Se impartió un taller para formación de doulas a un equipo de a 22 mujeres que, a cambio del entrenamiento que recibieron sin costo (tres jornadas de ocho horas), se comprometieron a realizar un voluntariado como acompañantes de partos durante un periodo de cuatro meses.

El curso de formación de doulas fue impartido por el equipo más experimentado, que está habilitado para ofrecer capacitación.

En función de sus posibilidades, las doulas se anotaron voluntariamente para cubrir la guardia de un turno semanal y asistir a las mujeres que iniciaran trabajo de parto. Puesto que se trata de un hospital pequeño, no siempre había mujeres que fuesen a parir, por lo que se acordó que cada doula llamaría al hospital —poco antes de su guardia— para saber si era requerida.

3. Clases de preparación para el parto impartidas gratuitamente a las mujeres y sus familiares:

Un equipo de educadoras perinatales se encargó de impartir cursos de preparación para el parto a las parejas que decidieron colaborar en la investigación.

El taller comprendió seis sesiones de dos horas en las que se abordaron temas referentes a la fisiología del nacimiento, estrategias para el manejo del dolor y recomendaciones para que cada mujer pudiese involucrarse activamente en el nacimiento de su hijo.

Las clases de preparación para el parto pueden tener enfoques diversos; existen aquellas que se orientan, como afirma Verenna Schmid (2011), a promover la obediencia y sumisión y están las que, como en este caso, apuntan a promover el crecimiento y el empoderamiento.

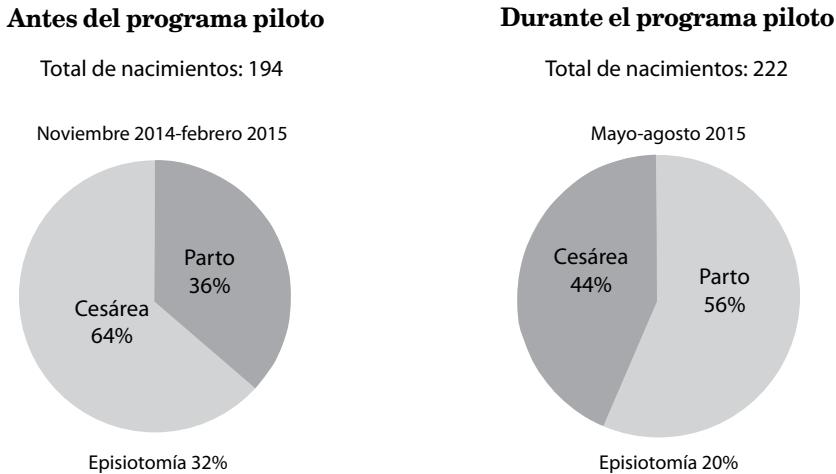
Tras la implementación del programa piloto se recabaron los resultados de la experiencia mediante:

Etnografía: observación participante de nacimientos en el marco del voluntariado de acompañamiento al parto que fue registrada en un diario de campo.

Entrevistas a profundidad: realizadas a las mujeres que participaron en el programa piloto. Éstas fueron hechas durante su estancia en el hospital tras el nacimiento de sus hijos; asimismo, la investigadora del proyecto las condujo y cada una tuvo una duración aproximada de 40 minutos. En algunas participaron las parejas u otros familiares de las mujeres, que también estuvieron presentes en el momento del nacimiento. Las entrevistas se transcribieron y analizaron por medio de la organización de la información a partir de ejes temáticos. En total se realizaron 32:

- 16 a mujeres.
- 16 a mujeres acompañadas de su pareja.

Entrevistas a profundidad con profesionales de la salud: fueron hechas al personal que participó de la experiencia; a través de éstas se quiso recoger sus impresiones y percepción en cuanto a la atención de los nacimientos. Las entrevistas se transcribieron y anali-

Gráfica 1.

Fuente: elaboración propia.

zaron por medio de la organización de la información a partir de ejes temáticos. En total se realizaron 5:

- 2 a médicos que trabajan en el esquema del parto humanizado.
- 3 a enfermeras perinatales.

Recolección de datos: a la par de los recursos cualitativos para recabar las voces de los actores, se utilizaron dos estrategias adicionales de recolección de datos que permitieron valorar el impacto de la propuesta en términos cuantitativos, éstas consistieron en:

- Diseño de un formato para que las doulas que participaron registraran los datos generales de los nacimientos.
- Revisión de las “libretas” de parto y cesárea en las que se registraron los nacimientos en CIMIGen, esto para comparar dos períodos de tiempo; el primero comprende los cuatro meses previos a la implementación del programa pi-

loto, mientras que el segundo, los cuatro meses de desarrollo del programa. Esta revisión tuvo por objeto evaluar el impacto de la intervención en cuanto a las prácticas de atención del nacimiento en la institución. Las cifras que se reportan a continuación fueron extraídas de dichas libretas (gráfica 1).

Como puede observarse, a partir de la comparación entre cuatrimestres, el número global de nacimientos vaginales en la institución se incrementó significativamente tras implementar el programa piloto; cabe señalar que esto ocurrió sin que representara el alza en la morbilidad de madres e hijos. Dado que un nacimiento quirúrgico comprende un mayor riesgo que uno vaginal, el incremento en la cantidad de nacimientos vaginales resulta deseable siempre que no implique pasar por alto las indicaciones de una cesárea. Las ce-

sáreas triplican, de hecho, el riesgo de muerte materna, advirtió Mario Rodríguez Bosch, jefe de obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes (INPER) (Cruz, 2015). El nacimiento vaginal comprende múltiples beneficios a corto, mediano y largo plazo, tanto para el bebé como para la mamá en futuros embarazos.

También puede observarse que, a partir de la aplicación del programa piloto, disminuyó de manera significativa la práctica de episiotomías; esto es particularmente relevante ya que la episiotomía es un corte en el periné que se realiza en el momento del nacimiento, lo cual implica un intenso dolor físico y emocional para la mujer. Esta práctica médica resulta innecesaria en la inmensa mayoría de los casos y su uso indiscriminado conlleva más perjuicios que beneficios, por lo que la OMS desaconseja este procedimiento.

LA DOULA COMO PIEZA CLAVE

La doula es una mujer que acompaña a otra durante el trabajo de parto para brindarle apoyo emocional. Si bien, el término “doula” es relativamente nuevo, desde el origen de los tiempos las mujeres se han acompañado de otras féminas para parir. Se trata de una figura cuya presencia ha quedado plasmada en la obra pictórica de múltiples culturas, que muestran, junto a la madre y al encargado o encargada de atender el parto, a una o varias mujeres que acompañan el proceso.

Una vez que los partos se trasladaron de las casas a los hospitales, las acompañantes del nacimiento fueron

reemplazadas por personal médico, que ofrece a las mujeres un cuidado aséptico y estandarizado, encaminado a vigilar la salud del proceso a través del control de signos vitales y fluidos. Hasta hace poco las mujeres habían aceptado —dócilmente— renunciar al acompañamiento durante el parto y se limitaron a obedecer los criterios impuestos por las rutinas de los hospitales, sin embargo, como alternativa este panorama, desde hace un par de décadas surge la figura de la “doula”.

El término “doula” fue acuñado por Marshall Klauss y John Kennell, dos neonatólogos que en 1980 se dieron a la tarea de estudiar el impacto del acompañamiento continuo durante el parto. Retomaron, para nombrar a quienes fungieron en su estudio como acompañantes, una antigua palabra griega ($\delta\omega\lambda\alpha$) usada para designar a las mujeres dedicadas a servir a otras, entre cuyas labores se encontraba la de asistirlas durante el parto. Klauss y Kennell realizaron un primer estudio en Guatemala para evaluar la relevancia de la presencia de la doula en el parto, asimismo, más tarde lo replicaron en Estados Unidos; los resultados que obtuvieron fueron impactantes. Múltiples beneficios son asociados al acompañamiento continuo de las mujeres durante el parto, por ejemplo: reducción en la duración del trabajo del parto, en la necesidad de uso de analgesia o anestesia, en el índice de cesáreas y nacimientos instrumentados y en el uso de oxitocina. Los hallazgos resultaron tan sorprendentes para el ámbito médico que atrajeron la atención de profesionales del mundo entero.

En 1992 Klauss y Kennell, junto a Penny Simkin, fundaron DONA, un organismo que hace más de 20 años se dedica a preparar y certificar doulas alrededor del mundo. En este par de décadas las doulas lograron un crecimiento sorprendente. Debido a que se trata de una labor que no se encuentra regulada formalmente, resulta difícil dimensionar la magnitud del fenómeno de expansión de las doulas, no obstante, desde su surgimiento hasta 2013, DONA reportó haber certificado a 10000 de ellas.

Es probable que el fenómeno expansivo de la figura de la doula, en años recientes, responda a la necesidad de las mujeres por recuperar el acompañamiento afectivo que habían perdido cuando los nacimientos fueron trasladados a los hospitales. Ciertamente, en México las doulas son un artículo de lujo al que sólo tienen acceso las mujeres que pueden contratar sus servicios o que son atendidas en instituciones de salud privadas. Salvo un par de voluntariados que se sostienen con gran esfuerzo en el sector público, las doulas resultan inaccesibles y desconocidas para la mayor parte de la población.

Resulta interesante que la doula sea marginal en el sistema de salud, aun cuando su presencia ha demostrado tener un impacto contundente en cuanto a la reducción de intervenciones durante el nacimiento, lo cual está reconocido por las instituciones como objetivo a alcanzar. El conocimiento de la doula, que es más empírico que “científico”, pareciera resultar incómodo para el saber hegemónico. Probable-

mente a esto se deba su marginalidad, a pesar de que múltiples estudios realizados alrededor del mundo arrojan resultados reveladores que llevan a cuestionar paradigmas en una sociedad que le ha atribuido escaso valor al acompañamiento y alto prestigio a los recursos tecnológicos.

Diferentes autores han realizado investigaciones en diversas culturas para tratar de entender el fenómeno de las doulas (Klaus; Zhang; Kennell; Grupo Cochrane; Scott). El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) y la Sociedad de Medicina Materno Fetal (MFMS) publicaron en marzo de 2014 un consenso orientado a disminuir el índice de primera cesárea en EUA debido al carácter alarmante del incremento en la práctica de esta clase de cirugía. En el documento se recomienda, entre otras cosas, el apoyo de la doula en el parto, ya que la evidencia ha demostrado su impacto para lograr un descenso en el índice de cesáreas, por ello, algunos autores afirman que “[...] existen pocas intervenciones en obstetricia avaladas por la evidencia, que tengan tantos beneficios como la presencia continua de una doula” (Valdés, 2005: 112).

Según un metaanálisis publicado por el Grupo Cochrane en 2014, en el que se retoman los resultados de 57 estudios controlados aleatorios realizados entre enero de 2009 y diciembre de 2012, se concluye que se reduce de forma significativa el índice de cesáreas, de partos instrumentales y el uso de oxitocina sintética, por ejemplo, en lugar de aplicar una anestesia epidural se buscan métodos no farmacológico-

cos para el manejo del dolor. De entre todos los recursos para el manejo alternativo del dolor, el más eficiente, además de que reduce el índice de cesáreas y la instrumentalización, fue el apoyo continuo durante el nacimiento (Chaillet *et al.*, 2014).

¿A qué se debe el extraordinario éxito del acompañamiento de las doulas en el parto? Mi hipótesis es que su presencia es un recurso para la reinscripción de la subjetividad en el nacimiento. Además, la doula revierte la reificación que impone la institución; de igual forma, reescribe la relación entre médicos y pacientes por medio de diversas estrategias:

Promueve la apropiación del espacio: baja la intensidad de la luz, pone música, usa esencias e invita a la mujer a que tome el lugar y lo llene de sí.

Favorece la movilidad: invita a la mujer a cuestionar el confinamiento a la cama y procurar el movimiento. La movilidad, además de resultar beneficiosa para la progresión del parto, tiene que ver con la sensación de control.

Establece canales de comunicación: hace las veces de traductora entre la mujer que está pariendo y el equipo médico que la asiste. Motiva a los diferentes actores a externar sus dudas, preocupaciones y deseos “Me ayudaba a nombrar eso que yo no sé nombrar”, comenta una de las entrevistadas que tuvo una doula en su parto (entrevista, 4 de junio 2015).

Cuestiona la despersonalización y serialización que propone el dispositivo médico: alienta a la mujer a usar su ropa, a llevar consigo sus per-

nencias, a expresar sus sensaciones a través de sonidos y movimientos. La llama por su nombre, la mira a los ojos y comparte con ella una historia. “Está pendiente constantemente de ti y no te deja sola; en ningún momento te deja sola”, comenta otra de las entrevistadas haciendo referencia a la doula que la acompañó en su parto (entrevista, 10 de junio 2015). La doula reconoce a una mujer en el parto, es decir, no ve un canal por el que será expulsado un producto; ello le devuelve a la “paciente” su condición subjetiva.

Para la implementación del programa piloto en CIMIGen se integró un voluntariado de 22 doulas que acompañaron a las mujeres durante el parto a lo largo de los cuatro meses que duró la experiencia. Su papel fue clave y su presencia resultó destacada por casi todas las entrevistadas. Al apoyo de la doula se asoció, en gran medida, la posibilidad de lograr un nacimiento natural a pesar de las adversidades. Prácticamente todas las mujeres dijeron que su asistencia durante el parto fue fundamental y que desearían contar con el apoyo de una doula en un futuro nacimiento:

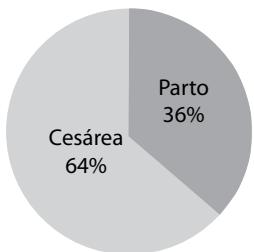
Si no hubiera estado yo creo que sí hubiera estado en el borde de la locura. Me sirvió mucho que [me dijera] “a ver, mira, vamos a hacer esta posición para ver si puedes soportar más el dolor”, “Déle masajito aquí [...]” y pues así nos la pasamos como seis horas. Sí estuve bien creo que llegara porque yo ya estaba desesperada, ya quería que acabara eso. Ella me decía: “Tú

Gráfica 2.

Antes del programa piloto

Total de nacimientos: 194

Noviembre 2014-febrero 2015

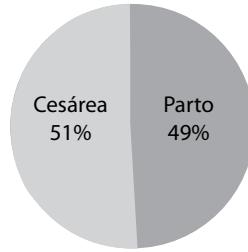


Episiotomía 32%

Durante el programa piloto (sin doulas)

Total de nacimientos: 90

Marzo-abril 2015



Episiotomía 7%

Fuente: elaboración propia.

puedes”, me animaba cuando estaba ahí con los dolores. Fue así como que la agarraba y ella me agarraba [...], me animó mucho (entrevista, 10 de junio 2015).

Debido a los tiempos institucionales, el programa piloto no llegó a implementarse plenamente sino hasta dos meses de haber concluido las rondas de sensibilización al personal de salud, por lo que fue hasta entonces que las doulas empezaron a realizar acompañamientos. Esta situación fue aprovechada para recoger los datos del periodo de tiempo que transcurrió entre la sensibilización del personal y la llegada de las doulas, es decir, para medir los resultados de la intervención aislando el elemento del acompañamiento durante el parto. En el periodo previo a que las doulas comenzaran a

trabajar, los índices de parto, cesárea y episiotomía en la institución fueron los siguientes (gráfica 2).

La sensibilización al personal y los cursos de preparación para las parejas dieron resultados positivos, pero es notable la mejoría de estos en cuanto las doulas participaron en la experiencia.

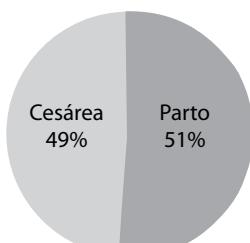
Cabe mencionar que, a causa de las limitaciones que impone el campo, una vez que el voluntariado de doulas empezó a participar no pudo cubrir el total de los nacimientos ocurridos en el cuatrimestre mayo-agosto 2015, que fue el que se documentó para evaluar los resultados del piloteo. De las 180 mujeres que entraron en trabajo de parto en ese periodo (descontamos los casos de cesárea programada en los que la doula no participó), sólo 58 contaron con el acompañamiento de una doula, es decir, alrededor de 30% del

Gráfica 3.

Antes del programa piloto

Nacimientos con TP: 136

Noviembre 2014-febrero 2015

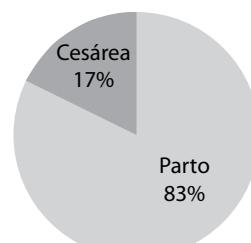


Episiotomía 32%

Durante el programa piloto

Nacimientos con doula: 58

Mayo-agosto 2015



Episiotomía 14%

Fuente: elaboración propia.

total. Al terminar la labor de acompañamiento, las doulas hicieron reportes para registrar los nacimientos que asistieron; la información presentada a continuación proviene de dichos documentos (gráfica 3).

Los resultados muestran que el programa funcionó íntegramente. Además, como ya se comentó, el éxito logrado no tiene que ver exclusivamente con la intervención, pues a la implementación del programa piloto se sumó una política institucional que siempre promovió: el acompañamiento de un familiar durante el parto, la libertad de movimiento y la ingestión de alimentos y bebidas. De igual forma, el programa resultó un logro porque contó con el apoyo de diversos actores: personal sensible ante la propuesta, profesionales abocados a fomentar la atención humanizada (médicos, educadoras perinatales, doulas y

enfermeras), directivos interesados en respaldar el proyecto y mujeres deseosas de experimentar nacimientos menos intervenidos.

Del registro realizado por las doulas se desprende que en el periodo de tiempo que duró la intervención no sólo se respetó el nacimiento vaginal, sino que también una serie de prácticas que caracterizan a la atención humanizada, por ejemplo:

- Contacto inmediato piel a piel entre mamá y bebé, en 38 casos, lo cual representa el 79% de los nacimientos vaginales.
- Moverse libremente y escoger las posiciones de su preferencia durante el trabajo de parto, en 56 casos, lo cual representa el 96% del total.
- Ingesta de bebidas y alimentos, en 38 de los 58 nacimientos reportados, lo que equivale a 61% de la muestra.

• Pinzado tardío del cordón umbilical, en 25 ocasiones, lo cual representa el 52% de los casos reportados.

Es importante mencionar que, de haber tratado de implementar un piloto de intervención como éste en una institución resistente al cambio, los logros habrían sido más modestos. La suma de voluntades que confluyeron en este ejercicio hicieron que la semilla sembrada pudiera germinar y dar como resultado importantes transformaciones en las prácticas de atención. Cabe aclarar que hubo una gran apertura por parte de la institución frente al modelo propuesto, pues respondía al espíritu original del proyecto CIMIGEN. Poco tiempo después de iniciado el programa piloto hubo cambio de director en la institución, sin embargo, el nuevo directivo se mostró interesado en recuperar el espíritu original de la institución, lo cual resultó una pieza clave para que el programa pudiera implementarse con buenos resultados. Además, instó al personal a justificar cada cesárea con argumentos biomédicos para reducir la práctica de esta cirugía en los casos que no estuviera indicada; el personal de las diferentes áreas apoyó la propuesta. Todos estos factores hicieron que la implementación fuera exitosa.

EL PADRE EN EL PARTO

Una de las prácticas que caracteriza a CIMIGEN (donde se llevó a cabo el piloteo), y una de las principales razones por las que las parejas eligen a esta institución, es la promoción de la presencia del padre o el acompañante que cada mujer elija en el momento del na-

cimiento: “Lo que nos convenció es que aquí nos dijeron ‘A ver, desde el momento en que ella ingrese, usted puede ingresar con ella. Usted va a vivir con ella todo’” (entrevista, 5 de junio 2015).

La relevancia que tiene la presencia y apoyo de la pareja en el momento del nacimiento es una constante que las entrevistadas mencionaron. La mayor ayuda ante el parto estuvo dada, en la inmensa mayoría de los casos, por la presencia de un familiar, especialmente de la pareja; el rol de esta, en un momento tan importante, cargó de afectividad al nacimiento y lo convirtió en parteaguas de la vida familiar: “Ellos, como papás, no pueden tener la experiencia como uno; pero por lo menos que se sensibilicen. Se siente bien tener todo su apoyo” (entrevista, 2 de julio 2015).

Una mujer que da a luz, acompañada por un miembro de su red afectiva, no puede quedar reducida al rol de paciente por el simple hecho de está recibiendo la mirada de un “otro” que conoce sus deseos, temores e historias. Ese “otro” le permite reconocerse en una dimensión que nunca será sólo biológica.

Por su parte, el padre también resulta impactado por la experiencia del nacimiento: “Es increíble ver la reacción de los papás, algunos hasta se hacen para atrás porque [ver el nacimiento] es como ver la explosión del universo”, comenta una de las doulas del voluntariado. Sin duda, el nacimiento es un evento movilizador y desafiante porque replantea la imagen que se tiene de la pareja y porque reconfigura la naturaleza de los vínculos. Los hombres entrevistados

refieren una profunda admiración tras haber atestiguado el enorme esfuerzo que realizaron sus mujeres durante el trabajo de parto:

Cuando la ves a tu mujer que le sigue echando ganas a pesar de que se está retorciendo, cambia tu forma de verla (entrevista, 10 de junio 2015). Me sorprendió, la vi muy... le digo que ya es mi *warrior*, porque así se ve muy guerrera. Me sorprendió pues, verla así, cómo luchaba (entrevista, 7 de julio 2015). Después de ver todo eso, mis respetos hacia ella. De por sí ya la respetaba como era y lo que es, pero después de tener a mi niña, después de tener 28 horas de labor. "Gracias a ti tengo a mi hija". Es una súper mamá. No cualquiera se puede aventar tanto tiempo (entrevista, 2 de junio 2015).

La figura femenina resulta investida de fuerza ante los ojos del hombre cuando atestigua la llegada de vida a través del cuerpo de esta. No sería extraño suponer que esta situación generara cambios en la circulación del poder al interior de las dinámicas familiares; de cualquier modo, para corroborarlo habría que hacer un estudio de seguimiento a largo plazo. Este aspecto no estuvo contemplado en el diseño del presente proyecto y no puede medirse a través de las herramientas empleadas, sin embargo, sería interesante retomarlo en futuros abordajes. Al respecto, dejo sobre la mesa la reflexión de algunas de las entrevistadas:

Eso es lo que hace falta, que los hombres estén tanto en el embarazo como

en el parto para que cambien muchas, muchas cosas hacia una mujer y hacia sus hijos. Los cuidan más porque los vieron cómo sufrieron. Yo recomendaría que se pudiera hacer en todos los servicios para que cambie la mirada (entrevista, 10 de junio 2015). Me gustó que estuviera en el parto para que él se diera cuenta del sufrimiento de las mujeres. Que no vean así como: "Ay, tú nada más me diste el hijo". Sino que vean todo lo que sufrimos por dar a luz, que no sean ya tan machistas; que cambien un poco [...]. Ojalá y sí le haya llegado todo esto (entrevista, 18 de agosto 2015). Eso es bueno que estén contigo porque si no pareciera que sólo es hijo mío y nada más estoy enterada yo de lo que pasa (entrevista, 2 de junio 2015).

Por otra parte, las enfermeras de CIMI-Gen reportan que los padres que han estado presentes en el nacimiento de sus hijos acuden con más frecuencia a las consultas pediátricas de seguimiento que aquellos que no estuvieron en el parto. Este dato podría dar cuenta de un mayor involucramiento de los varones en las labores de crianza cuando han participado del nacimiento de sus hijos.

Para mí fue muy importante también compartir este proceso. Por ejemplo, cuando sale se lo dan luego luego a ella, pero luego [...] Lupita (la encargada de atender el nacimiento) me dice: "Quítate la camisa que te voy a pasar al bebé" [...]. Entonces me quité la camisa [...] me lo pégue, así, yo me sentía como mamá, papá o mamá,

porque además le estaba yo dando calor [...]. Pues se genera más apego, con él por supuesto y con ella también [...]. Pasar esto, compartirlo, pasarlo y no sé, gozarlo y padecerlo, como que nos compenetra más, hacia los tres, pues como familia (entrevista, 4 de junio 2015).

Si bien, además de incidir en el vínculo con el hijo y con la pareja, cuando el hombre atestigua el parto su subjetividad se moviliza:

A lo mejor no sientes lo mismo que ella pero entiendes el proceso; no te imaginas qué maravilloso es [...] no te imaginas [...]. Aparte de ver el sufrimiento físico tan intenso, y en un segundo todo cambia y se te olvida. Te vuela la cabeza. Es todo un contraste. Ver cómo nace el bebé no es bonito, es impresionante, porque es sangre, mucho dolor. Y todo eso impresionante se te olvida cuando ves que ya nació. Yo vi cómo salió, yo vi cómo salió su cabeza y cómo le cortaron el cordón [...]. Ese momento fue hermoso. Te olvidas de todo, se te olvida que está la gente trabajando, la tensión [...] en ese momento todo se va [...]. Después de esto, ¿qué más te puede impactar? (entrevista, 2 de junio 2015).

EL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN

El parto humanizado es incómodo porque obliga a quienes lo realizan a pasar noches sin dormir, mientras que, a las mujeres, a experimentar dolores musculares insólitos por las horas de contrapresión en los huesos de la pelvis y a trabajar en posiciones extrañas.

Sólo puede trabajar bajo esta perspectiva quien está enamorado de la belleza de atestiguar el surgimiento de la vida y de ver cómo se despliega la fortaleza de la mujer: “Una mujer que no sabía leer ni escribir me enseñó que había que atender con el corazón”, cuenta una de las obstetras (diario de campo, agosto 2015).

Es por eso que a la par del enfoque científico, que apunta a señalar la pertinencia de evitar las intervenciones, es necesario realizar un proceso de sensibilización entre el personal de salud, que debería arrancar en las aulas de las escuelas de medicina y enfermería. No podemos aspirar a humanizar el nacimiento sin antes hacerlo con la figura del profesional de la salud.

Resulta importante que los profesionales de la salud sean cada vez más sensibles a las necesidades de las madres que van a parir, es decir, que durante el nacimiento siempre estén atentos y receptivos. Sin embargo, para tener médicos y enfermeras sensibles primero debemos empatizar con sus necesidades; se les pide que atiendan con calidez cuando llevan noches enteras sin dormir porque les tocó hacer doble guardia; cuando no han comido, o cuando son expuestos al autoritarismo arbitrario de sus superiores. Por ello, a dicha sensibilización debe sumarse la existencia de políticas institucionales que atiendan los requerimientos de los proveedores de salud. En CIMIGEN, por ejemplo, a la par de la implementación del programa de humanización, se está evaluando la aplicación de modalidades de compensación económica para premiar la atención de partos naturales.

La humanización del parto se impulsa como filosofía en el sector salud pero no se ofrecen las herramientas para implementarla: “Te dicen que el médico tiene que ser humano pero no te dicen cómo. Te dicen que el médico tiene que ser humano pero no te preparan”, afirman algunas ginecólogas que laboran en hospitales públicos del interior del país (diario de campo, agosto 2015).

Después de la implementación del piloto de intervención, en CIMIGEN sucedieron algunos cambios de postura entre los profesionales:

Hoy una de las jefas de enfermeras salió y no durmió nada, estaba feliz de la vida de que sí nacieron por partos. Hay ese sentimiento de logro; te decía: “Es que sí pudimos”. O sea, ella siente que su equipo, acompañadas de la educadora y de la mamá como protagonista, sí se pudo. Se pudo lograr la meta que los tres nacimientos que tuvo fueron parto [...]. Su actitud, su faz, es dura, de reto, de enojo [...] y sin embargo hemos visto que se ha transformado (entrevista con la directora de enseñanza, 6 de febrero 2015).

Sin embargo, no todos los profesionales transformaron su modo de atender ni todos se inclinaron por reducir el índice de intervenciones innecesarias: “Ya hay más apertura de las personas que eran necias o reacias [...]. Hay personas que no van a cambiar les hagas lo que les hagas; jamás. Y bueno, esas personas yo creo que tienes que pensar qué hacer con ellas, porque una manzana podrida pudre a las demás”, comenta la coordi-

nadora de la unidad de investigación (entrevista, 19 de agosto 2015).

La intervención en una institución comprende un movimiento en su estructura. Cabe mencionar que sin el apoyo de quienes han sostenido este proyecto a lo largo de décadas, el trabajo en CIMIGEN habría resultado infructuoso. De manera que el proyecto no prosperó debido a que un grupo externo impuso desde afuera determinadas pautas de atención; más bien, lo que ocurrió fue una colaboración conjunta. La intervención realizada sirvió para dar cauce a una inquietud que de hecho existía en la institución y que respondía a la demanda de las mujeres que acuden a CIMIGEN en busca de un parto menos medicalizado.

CONCEPCIONES ENQUISTADAS

Hasta ahora se han reportado las luces del programa piloto de intervención, pero resulta imprescindible dar cuenta también de sus sombras para poder realizar los ajustes que permitan pulir la herramienta y lograr una aplicación lo más exitosa posible en futuras experiencias. Así como el impacto de la intervención en el índice de cesáreas y episiotomías fue significativo, no ocurrió lo mismo con toda una serie de otras intervenciones que se siguieron practicando sobre los cuerpos de las mujeres a pesar de resultar innecesarias e invasivas.

Los resultados que se presentan a continuación, extraídos de los reportes de las doulas, dan cuenta de lo que persiste, insiste y se arraiga en el ejercicio de la medicina hegemónica:

Canalización

En 46 de los nacimientos se utilizó hidratación intravenosa, lo cual representa 95% de los nacimientos vaginales. Las mujeres dieron a luz canalizadas aun cuando se les invitó a beber líquidos libremente —lo cual habría sido suficiente para mantenerlas hidratadas. La canalización coloca simbólicamente al sujeto en la posición de paciente. Al aplicar un suero se permea el cuerpo y se accede a su interior a través de la ruta de las venas. Una mujer canalizada es como un cuerpo sobre el que la medicina toma posesión y coloca su marca. La canalización sistemática da cuenta de una concepción del nacimiento que parte de la premisa de que el parto es un evento de riesgo en el cual pueden presentarse complicaciones en cualquier momento.

Revisión de cavidad uterina

Esta fue realizada a 35 mujeres, es decir, 72% de las que tuvieron partos vaginales. Aun cuando éste es un procedimiento invasivo y doloroso, que podría evitarse en la mayoría de los casos, se lo siguió practicando quizá por temor a enfrentar complicaciones.

Según la *Guía para la atención del parto en embarazo de bajo riesgo* de la Secretaría de Salud, este procedimiento no debería practicarse a menos que se detecte que la placenta está incompleta. A pesar de ello, de manera sistemática se introdujo un instrumento en el útero de las mujeres, lo cual les provocó un intenso dolor.

Oxitocina

La oxitocina fue utilizada en 31 ocasiones, es decir, 53% de los nacimientos. La lógica de la productividad se filtra al terreno del nacimiento a través de los cocteles artificiales de hormonas. El tiempo del parto es en ocasiones lento y para las instituciones resulta difícil respetarlo.

Asimismo, la marcada resistencia a esperar a que el parto inicie por sí mismo pasadas las 40 semanas, conduce a un incremento en la cantidad de partos inducidos. Un parto conducido de forma artificial representa un verdadero reto en términos de manejo del dolor, por lo cual este recurso no debería emplearse a menos de que sea imprescindible: “Cuando me pusieron oxitocina a los cinco minutos se hicieron muy fuertes los dolores y ya estaba gritando” (entrevisita, 20 de mayo 2015).

Suturas sin anestesia

Las suturas, cuando fueron necesarias, se llevaron a cabo sin la aplicación de anestesia local, lo cual agudiza el dolor que experimenta la paciente. La sutura sin anestesia representa un dolor que la mujer no tendría por qué experimentar dado que existen los medios para aliviarlo.

Pocas cosas son más difíciles de modificar que los hábitos arraigados, dice el saber popular, y acierta. Al parecer los talleres de sensibilización dirigidos al personal de salud lograron impactar en algunos indicadores, pero no pudieron hacerlo en otros. Es evidente que continuaron realizándose a destajo todo un conjunto de prácticas rutinarias, aun y

cuando su suspensión resulta fundamental para hacer del parto una experiencia satisfactoria para las mujeres.

El cambio en los esquemas de atención es siempre gradual, eso muestra la experiencia de los profesionales que se han tornado hacia la atención humanizada y que lo han hecho de manera pausada y cautelosa. La información se asimila por etapas y se integra a la práctica en un proceso complejo de negociación que se libra en cada caso entre lo aprendido, los condicionamientos de la propia experiencia y las condiciones concretas en las que se lleva a cabo el ejercicio de la profesión. Los lineamientos institucionales, las historias personales, las condiciones laborales y los estados de ánimo, dialogan con el conocimiento basado en evidencia y en las negociaciones internas que se libran al interior de los sujetos. Así pues, un taller ayuda, pero no basta, pues es necesario realizar ajustes, reforzar los puntos débiles, compartir experiencias clínicas y despejar temores.

Epidural

Otra de las cuestiones que merece la pena reportar es que siete de las entrevistadas (20% del total), dijeron que a pesar de haber recibido atención amable, el acompañamiento de una doula y el acceso a medidas alternativas para el manejo del dolor, en una siguiente ocasión optarían por la cesárea programada. El dato da cuenta de que posiblemente requirieron de anestesia pero no se les aplicó. Es común que el parto humanizado sea concebido sin anestesia cuando en realidad se trata de proveer

a cada mujer los recursos que considere pertinentes para el manejo del dolor: la anestesia es uno de ellos.

Ciertamente, en términos fisiológicos, al prescindir de la epidural se reduce la posibilidad de llegar a un nacimiento instrumentado³ o quirúrgico. Pero negar la anestesia a alguien que la requiere es, en sí mismo, un acto de violencia obstétrica. Tan reprochable es imponer su aplicación contra el deseo de la mujer como negarla cuando la solicita. Según los registros del propio hospital, durante el periodo estudiado sólo se administró anestesia epidural a 12 de las 117 mujeres que tuvieron a sus bebés por parto, es decir, alrededor del 10 por ciento.

En aras de reducir el índice de intervenciones se puede intentar convencer a las pacientes de que deben evitar el uso de anestesia, pero en caso de ser necesaria, conviene el empleo de dosis mínimas, siempre y cuando no interfieran con la actividad uterina; sin embargo, esta situación podría volver a la experiencia del parto en una suerte de tortura. Queda claro que no es lo mismo tolerar el dolor para quien ha decidido que desea intentar un nacimiento evitando el uso de analgesia que para quien la pide y le es negada.

UN MODELO APLICABLE

La institución en la que se llevó a cabo el estudio es un pequeño centro de maternidad que da servicio a un número reducido de pacientes. En ésta son atendidos alrededor de 50 nacimientos

³ Uso de vacuum o fórceps.

al mes, por lo que el personal que labora allí no enfrenta los desafíos que experimentan quienes trabajan en instituciones públicas. Dado que la intención del presente estudio es diseñar un modelo de intervención aplicable al sector público (que atiende 98% de los nacimientos en nuestro país), primero es necesario realizar una serie de ajustes para hacer viable la implementación de esta propuesta.

En primer término, resulta necesario replantear la modalidad de la educación perinatal para que esta pieza fundamental en el modelo de intervención sea aplicable al sector público, es decir, en los hospitales que atienden alrededor de 500 mujeres cada mes. Una alternativa para abordar la problemática del volumen es acotar la oferta de cursos de preparación a madres primerizas. A largo plazo, al trabajar con ellas se logaría cubrir a la población entera.

Está demostrado que evitar una primera cesárea ayuda a prevenir complicaciones obstétricas posteriores y posibles cesáreas futuras; es por ello que el consenso ACOG/SMFM publicado en 2014 invita a los profesionales de la salud a orientar los esfuerzos para reducir el índice de primeras cesáreas. Preparar sólo a las primerizas no es lo óptimo, pero es necesario pensar en términos de iniciativas que puedan concretarse para que las propuestas de transformación sean aplicables.

Otro de los ajustes que resulta necesario para implementar la humanización del nacimiento en el sector público, es la reconsideración de la figura del acompañante. A pesar de todos los be-

neficios asociados a la presencia de la doula, resulta utópico pensar en ofrecerlas a todas las mujeres que son atendidas en el sector público de nuestro país, donde el personal ni siquiera logra cumplir con las tareas básicas del cuidado de la salud. Los presupuestos destinados al funcionamiento de los hospitales resultan insuficientes, además, a esto habría que sumar que los sindicatos exigen plazas y que la burocracia es un mecanismo rígido y difícil de mover, por lo que proponer una doula para cada mujer (como sugiere la OMS) pareciera, por lo pronto, una meta difícil de alcanzar, aunque no hay que perder de vista este objetivo.

Quizá una empresa más realista sea la de capacitar a algún familiar de la parturienta para que esta persona cumpla con la labor de acompañante; dicha presencia es importante en el parto humanizado. En nuestro país las mujeres son obligadas a ingresar solas al dispositivo de salud pública en el que darán a luz a sus hijos, las más de las veces rodeadas de desconocidos. La propia *Guía de práctica clínica para vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo* recomienda: “Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo con las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario (puede incluir personal en formación), profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible” (Secretaría de Salud, 2014b: 23). Los cursos de preparación para el parto pueden usarse, entre otras cosas, para dotar de herramientas al acompañante que cada mujer elija, y será quien la asista en el nacimiento de su hijo.

De igual forma, hace falta diseñar un protocolo de atención para el parto humanizado que respalde las prácticas de los profesionales de la salud que decidan atender con este modelo. Es frecuente que los médicos realicen intervenciones innecesarias por temor a quedar desprotegidos ante posibles complicaciones. En ocasiones deciden practicar una cesárea ante un trabajo de parto prolongado, no porque ello reduzca la posibilidad de complicaciones, sino porque ante cualquier eventualidad será más difícil justificar el hecho de no haber realizado una intervención que el haberla practicado: “Si el bebé nace ponchado después de una cesárea, tú hiciste todo lo que podías, si nace ponchado después de un parto te van a reclamar que no lo sacaras por cesárea” (diario de campo, octubre 2014).

Por último, resulta imprescindible la liberación del confinamiento al que se obliga regularmente a la parturienta en las instituciones públicas. Mientras las mujeres sigan estando forzadas a permanecer acostadas durante el trabajo de parto, a pujar sobre sus espaldas, a padecer hambre y sed, poco podrán hacer en el camino de apropiación de sus cuerpos y los nacimientos de sus hijos. Resulta necesario replantear el uso del espacio, sin embargo, no es requisito ninguna clase de modificación técnica, pero sí el permitirles la deambulación y la libertad de movimiento para apoyar la fisiología del parto, es decir, para reducir la sensación de dolor y favorecer un rol activo de la mujer.

Para que un proyecto de esta naturaleza avance es necesaria la combinación entre una directiva receptiva y

una verdadera labor de sensibilización y convencimiento orientada a cambiar la estructura de la institución.

Resulta difícil creer que el éxito de una intervención pueda depender de que un grupo de personas especializadas y externas a la comunidad “controlen” la experiencia. La consecución de la presente propuesta sólo se logrará si dentro de la institución (en la que esté siendo aplicada) hay profesionales con el deseo de modificar las prácticas médicas y si entre las mujeres de la comunidad hay algunas que tengan la voluntad de tomar responsabilidad sobre su cuerpo y llevar las riendas de sus partos. Hemos visto que los esfuerzos titánicos para sostener un buque a flote contra viento y marea terminan naufragando, pero también observamos que los pequeños brotes tienen oportunidad de abrirse brecha.

BIBLIOGRAFÍA

American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine (2014), “ACOG/SMFM Obstetric Care Consensus. Safe Prevention of the Primary Cerearean Delivery”, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, núm. 1, pp. 1-19, consultado el 10 de febrero de 2015, disponible en: <<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>>.

BERMAN, Morris (2007), *El crepúsculo de la cultura americana*, México, Sexto Piso.

CASTRO, Roberto (2014), “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol.

- 76, núm. 2, consultado el 10 de febrero de 2015, disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-2503201400200001&script=sci_arttext>.
- CHAILLET, Nils, *et al.* (2014), “Nonpharmacologic Approaches for Pain Management during Labor Compared with Usual Care: A Meta-Analysis”, *Birth: Issues in prenatal care*, Wiley Periodicals Inc, vol. 41, núm. 2, pp. 122-137.
- CRUZ MARTÍNEZ, Ángeles (2015), “Desarrollan técnica quirúrgica para embarazadas con placenta adherida”, *La Jornada*, consultado el 2 de diciembre de 2015, disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2015/12/02/sociedad/039n3soc>>.
- GOFFMAN, Erving (1992), *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Grupo de Información en Reproducción Eleída (GIRE) (2013), *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, México, GIRE, consultado el 10 de febrero de 2015, disponible en: <<http://informe.gire.org.mx/libro.html>>.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2005), “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, *Salud Colectiva*, vol. 1, núm. 1, pp. 29-32.
- ODENT, Michel (2011), *El nacimiento en la era del plástico*, Buenos Aires, Creavida.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996), *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*, Ginebra, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, consultado el 10 de febrero de 2015, disponible en: <http://informe.gire.org.mx/rec/cuidados_parto.pdf>.
- PORTAL POLÍTICO (2016), “Hospital CIMIGEN replicará su modelo de atención en Tlaxcala”, consultado el 24 de mayo de 2016, disponible en: <http://www.portalpolitico.tv/content/site/module/news/op/displaystory/story_id/156513/format/html>.
- SCHMID, Verenna (2011), *El dolor del parto*, España, Obstare.
- Secretaría de Salud (1993), *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, México, consultado el 13 de junio de 2016, disponible en: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>>.
- ____ (2014a), *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro*, México, consultado el 15 de noviembre de 2015, disponible en: <<http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Interculturalidad/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>>.
- ____ (2014b), *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*, México, consultado el 13 de febrero de 2015, disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf>.
- VALDÉS, Verónica (2005), “Aportes de las doulas a la obstetricia moderna”, *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol. 70, núm. 2, consultado el 10 de febrero de 2015, disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200010>.