

Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperioⁱ

José Alejandro Almaguer González ⁱⁱ

Hernán José García Ramírez ⁱⁱⁱ

Vicente Vargas Vite ^{iv}



Foto: Hernán García Ramírez

- ⁱ En la elaboración de este trabajo se contó con el apoyo de la antropóloga Azálea Calleja Bello, la trabajadora social Carmen Contreras Villalvazo, el médico gineco-obstetra Felix Ángel Quintero Michel y la doctora Guadalupe Mainero del Paso.
- ⁱⁱ Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI), Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Secretaría de Salud (SS). Correspondencia: alejandroalmaguergonzalez@hotmail.com
- ⁱⁱⁱ Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención DMTyDI-DGPLADES-SS. Correspondencia: educeverhg@hotmail.com
- ^{iv} Subdirector de Interculturalidad en Servicios de Salud, DMTyDI-DGPLADES-SS. Correspondencia: marakame07@gmail.com

En este artículo se abordarán los elementos centrales del nacimiento humanizado que ya se aplica en diversos hospitales y clínicas, pero del cual sigue existiendo desconocimiento y polémica, incluso, en cuanto al concepto utilizado. Se partirá de las características de ese modelo y de cómo puede ser la experiencia de las mujeres en trabajo de parto, de acuerdo con la atención y trato que reciban en los servicios de salud; además de presentar una revisión histórica, algunas experiencias con la aplicación del modelo y las características de otros esquemas clínicos y tradicionales, para centrarse en el modelo de atención humanizado, que incorpora el enfoque intercultural, el respeto a los derechos humanos y la perspectiva de género.

Parto humanizado: definición y componentes

Aunque el concepto “parto humanizado” se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias^v y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹

Se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia.

El papel del personal de salud y de los recursos materiales en los procesos de atención del parto, debe acotarse a ser los medios e “instrumentos” para lograr lo referido en el párrafo anterior. El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para que sea lo más natural posible, sustentado en las recientes investigaciones científicas y en el enfoque

basado en evidencias, con intervenciones técnico-medicalizadas solo en respuesta de riesgos y complicaciones.

El modelo de “nacimiento humanizado” incluye todo el proceso: desde el embarazo hasta el puerperio tardío (no solo el parto), y además da un peso muy importante al impacto que tiene esta atención en la/el bebé recién nacido/a y su desarrollo futuro, considerando sus necesidades de recibir alimento y afecto de manera inmediata, en un contexto de disminución del trauma y la violencia, y bajo el respeto de los derechos humanos.^{vi}

Existe consenso^{vii} en considerar que el nacimiento humanizado debe de incluir los siguientes elementos:

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

v Enfoque que responde a la ausencia de sustento científico de un alto porcentaje de las decisiones clínicas en la práctica médica, y que pretende mejorar su calidad fundamentado en el uso racional, explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos objetivos con fundamentos científicos, aplicados al tratamiento de cada paciente.

vi Con las modificaciones a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 2011, se reconoce en el Artículo 1º, el derecho al goce de los derechos humanos contemplados en la misma Constitución y en los tratados internacionales suscritos por México. Cuentan con carácter vinculante: la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994), que obligan a las/os Servidores Públicos (incluyendo a los del sector salud) a evitar cualquier forma de discriminación y violencia contra la mujer.

vii Propuestas de parte de diferentes grupos, redes y personas en torno al nacimiento humanizado como ReHuna y Relacahupan (se describen más adelante).

Debate: “No me gusta el término de parto humanizado. ¿Qué quiere decir, que somos deshumanizados?”

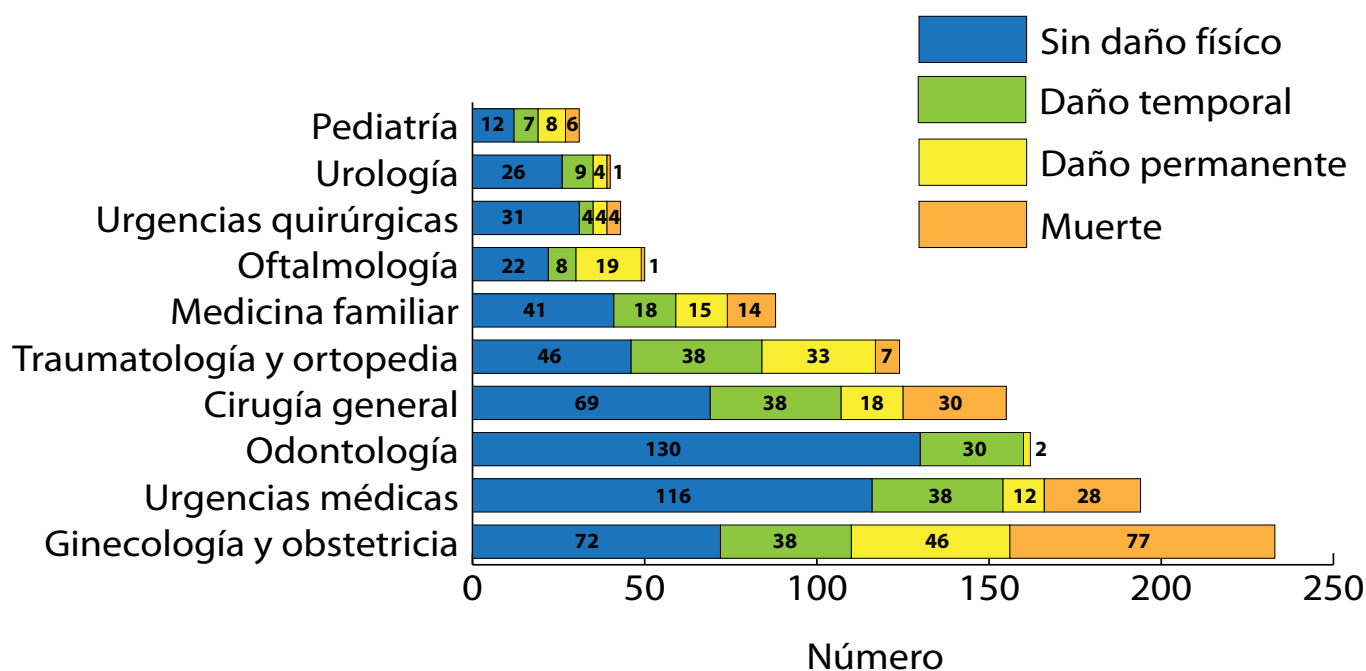
Siempre ha habido obstetras y médicos —hombres y mujeres—, sensibles a los sentimientos y deseos de las mujeres usuarias de sus servicios; muestran respeto, buen trato y adaptan su atención, aunque el modelo en el que fueron formadas/os no incluya estos elementos. Esto es relatado por el obstetra Carlos Burgo en su libro *Parir con Pasión. Escenarios, escenas y protagonistas del parto y del nacimiento*.²

El cuestionamiento que se hace no es a las personas, sino al modelo de formación y de ejercicio que se enseña y practica en los servicios de salud, el cual se ha *naturalizado* en la sociedad, y que toma en cuenta solo elementos técnico-biológicos sin considerar a las mujeres como sujetos de derechos en el momento del parto, realizando además por hábito, una serie de acciones que han sido identificadas y cuestionadas por el modelo científico basado en evidencias como perjudiciales para la salud emocional y física de las mujeres y sus hijas/os.

Además, el modelo convencional de atención posibilita el desarrollo de un importante número de acciones consideradas como violencia obstétrica, descritas en otras publicaciones institucionales.³

En la figura 1, a partir de los registros de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), se comparan las quejas por mala práctica entre diversas especialidades médicas, se observa que la atención gineco-obstétrica es la que presenta el mayor número de casos —que son solo la punta del iceberg— y poco más de la mitad de ellos se clasificó como daño permanente y muerte.⁴

Figura 1. Diez especialidades con mayor evidencia de mala práctica médica, según gravedad del daño. México, 2003–2007



Fuente: Saqmed, Dirección General de Calidad e Informática. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

“Cielo” o “infierno”: la atención del parto como experiencia vital

Para muchas mujeres, el parto ha sido considerado una experiencia que puede representar el “cielo” o el “infierno”, percepciones en gran medida derivadas del cuidado y trato que hayan recibido, así como de la suficiencia o insuficiencia de recursos humanos, materiales, técnicos y especializados existentes en los espacios donde fueron atendidas.

El parto puede representar el “cielo” cuando se vive en una situación de tranquilidad, con la presencia de personal de salud que explica el curso del parto y atiende todas las situaciones que se presentan, disminuyendo el temor y la ansiedad; cuando se aprovechan las técnicas psicoprofilácticas con las que ya se cuenta para mejorar la posición, la respiración y la relajación con la subsecuente disminución del dolor y las molestias; cuando se respeta el pudor y la dignidad de la paciente y no se le agrede con procedimientos rutinarios sin sentido; cuando se le ofrece masajes y afecto; cuando se favorece que participe un/a acompañante para brindar apoyo físico-emocional y cariño, con la consecuente estimulación de oxitocina natural que favorece el trabajo de parto y la producción de endorfinas y relaxina; cuando se incluye un ambiente de poca luz, música relajante y temperatura ambiental adecuada, lo cual ayuda a la concentración, relajación y disfrute de ese momento tan especial disminuyendo la adrenalina, y cuando se reconocen los derechos de la mujer para “tomar las riendas” de su propio proceso de parto para vivirlo como una experiencia única, vital y gozosa.

En cambio, el mismo proceso puede ser vivido como “el infierno” si se atiende a la mujer de una manera rutinaria y fría, generando culpas con regañones, maltratos y humillaciones; cuando se le deja sola creándole temor, utilizando batas desechables casi transparentes o rotas y sin amarre que las cubra lo suficiente para respetar su

intimidad, si no es que quedan desnudas; cuando se utiliza, sin su consentimiento previo, su cuerpo —y su ser— como objeto de enseñanza a personal en internado y residencia; cuando se les impone una serie de procedimientos agresivos, molestos e intimidantes —la mayoría de veces sin necesidad—, como el rasurado de la región púbica, los enemas, los tactos continuos y rutinarios, la inducción-conducción con oxitócicos, las episiotomías, la imposición de posturas horizontales antifisiológicas y del pujo dirigido,^{viii} así como la prohibición de moverse libremente, caminar, o beber líquidos, lo que atenta contra su integridad física y emocional.

Además, se les prohíbe la compañía de familiares o personas de su confianza y de parteras, tomar decisiones sobre las posturas de sus cuerpos para un parto natural, afectando su autoestima y confianza, con el consecuente dolor y la posibilidad de generar —por el exceso de acciones técnico medicalizadas innecesarias— complicaciones como distocias de contracción, atonías uterinas y sufrimiento fetal a consecuencia del efecto *Poseiro*^{ix} y síndrome de vena-cava.^x Estos elementos, junto con los regañones —efecto del personal de salud que trabaja con monotonía y estrés— y la cercanía de otras mujeres angustiadas, favorecen la producción de adrenalina y la inhibición de oxitocina, lo cual altera el proceso de parto.

En otros casos se les induce, también de manera habitual, a aceptar procedimientos presentados como una “alternativa” a la atención del parto natural, que alteran el trabajo de parto o la cesárea, por ejemplo, la analgesia epidural,^{xi} pero sin informar adecuadamente de todas las consecuencias, riesgos y molestias concomitantes.

En algunos hospitales del país aun se practica de manera rutinaria la revisión de la cavidad uterina sin anestesia,^{xii} desestimando el dolor causado por este procedimiento. Cuando por fin se culmina con el nacimiento del/la bebé, las experiencias negativas pueden continuar, puesto que

viii El pujo dirigido se aplica durante el proceso de parto, al indicar a las mujeres hacerlo sin importar su impulso natural de cuándo pujar. Se convirtió en la norma hace medio siglo, cuando las mujeres eran medicadas fuertemente durante el parto, y sigue siendo una práctica común, a pesar de que las pruebas demuestran que esta técnica puede ser riesgosa para la salud de la/el bebé, por lo que debería evitarse.

ix Compresión de la aorta abdominal y arterias ilíacas producida por el útero grávido contra la columna vertebral en la posición de decúbito supino.

x Compresión de la vena cava inferior por el útero grávido en los mismos términos. Como efecto de éste y del mecanismo anterior, se disminuye el gasto cardíaco y el retorno venoso, y se produce consecuentemente hipotensión arterial, predisponiendo al colapso circulatorio; así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta y, por ende, reducir el oxígeno que recibe la/el bebé, repercutiendo a su vez, en sufrimiento fetal.

xi El abuso de la analgesia obstétrica incrementa normalmente el uso de oxitócicos, así como el parto asistido por fórceps, por extractor de vacío, o la necesidad de una cesárea.

xii La retención de membranas o restos de la placenta es la tercera causa en frecuencia de las hemorragias obstétricas, lo cual puede ser sustituido simplemente llevando a cabo un adecuado manejo del alumbramiento, así como la inspección inmediata y completa de la placenta y membranas.

no se les permite el contacto inmediato con su hijo/a. Resultado: vivir la experiencia de parto como un momento que puede cursar con sufrimiento, pena, dolor y frustración, sin la oportunidad de conectarse adecuadamente con el nuevo ser.

El “acceso al cielo” no requiere un gasto extraordinario para los servicios de salud o una inversión de tiempo adicional. De hecho, estimaciones señalan que el modelo de parto bajo las recomendaciones de la OMS produce una disminución significativa de los costos de atención. Los procedimientos técnicos propuestos, sus fundamentos científicos y la conciencia de querer vivir y disfrutar también, en tanto prestador/a de servicios de salud, el parto como una experiencia donde es posible participar y enriquecerse personalmente, respetando los derechos humanos y actuando con el principio de equidad hacia la mujer, se expondrán en los siguientes apartados de este documento.



Foto: Hernán García Ramírez

Breve historia de la atención del parto humanizado

El parto, que ahora conocemos como humanizado, era considerado un proceso natural, atendido generalmente por mujeres que entendían y conocían el cuerpo femenino. Sin embargo, siempre existía la sombra de una complicación, generando toda una serie de mitologías y tradiciones para enfrentarlas y darle sentido a las muertes concomitantes. Esas mujeres se fueron especializando en la atención de partos, y ahora continúan existiendo en la mayoría de los países del mundo, incluso en los industrializados, como parteras tradicionales.

Hacia el fin de la edad media y principios del renacimiento (siglo XVII), los colegios de médicos, generalmente integrados por varones —salvo excepciones—, se apropiaron de la atención del parto y, desde su enfoque médico, lo abordaron y atendieron como una enfermedad. Acostaron a la mujer para comodidad de ellos mismos durante la atención e inventaron diferentes herramientas, como el *fórceps*, para facilitar su práctica médica. De la misma forma, se desarrolló un procedimiento para resolver complicaciones, el cual se ha venido perfeccionando, pero descuidando, sobretecnificando y sobremedicalizando la atención de los partos normales.

Ya en el siglo XX, en 1930, El obstetra inglés Grantly Dick-Read acuñó el concepto de parto natural, para referirse a una atención sin anestesia e intervenciones menores. En la misma década, en la ex Unión Soviética, un grupo de médicos comenzó a aplicar a las mujeres en trabajo de parto las técnicas del fisiólogo Iván Pavlov, considerando que las mujeres estaban condicionadas por su cultura a tener dolor durante el parto y vivirlo como una experiencia traumática; por eso había que “limpiar la mente” con ese reacondicionamiento conocido después como psicoprofilaxis.

Al inicio de los cuarenta, se describieron las bases fisiológicas de cómo el temor interfiere con el trabajo de parto, al aumentar el dolor y ansiedad. Con estos elementos de base, el médico francés Fernand Lamaze perfeccionó el método

psicoprofiláctico, como una alternativa a la intervención médica durante el parto, considerando la respiración y las técnicas de la relajación para mejorar la oxigenación y disminuir el dolor. El método de Lamaze ganó renombre en los Estados Unidos después de que Marjorie Karmel escribiera sobre su experiencia en 1959 en su libro *Thank You, Dr. Lamaze*.⁵ En ese mismo año se creó la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO) y en 1960, la Asociación Internacional de Educadoras para el Parto (ICEA).

En 1976 se publicó el libro *Por un nacimiento sin violencia*, de Frederick Leboyer,⁶ que revolucionó la obstetricia y enriqueció el modelo de atención psicoprofiláctica, al describir por primera vez el proceso del parto desde el punto de vista de la persona próxima a nacer, como principal protagonista. La mujer da a luz, el bebé nace. Leboyer reflexiona sobre la violencia intrínseca del nacimiento en el modelo convencional y, para mitigarla, ofrece una serie de claves para un nacimiento sin violencia.

En los años ochenta se profundizó en la importancia del apego en la salud física y emocional del binomio madre-hijo con publicaciones como las de los pediatras Marshall Klaus y John Kenell,⁷ del gineco-obstetra e investigador francés Michel Odent^{8,9} y del médico David Chamberlain,¹⁰ con descubrimientos científicos sobre la personalidad de la/el recién nacido y su relación con el tipo de atención en el parto. Con estos aportes, se estudió desde el enfoque pediátrico, la experiencia de separación de la madre, el proceso de respiración de manera natural, el impacto de los cambios de temperatura, la tranquilidad de la madre, el contacto físico piel a piel, la importancia de la escucha de los latidos cardiacos de la madre por el/la bebé, y los aportes de la lactancia temprana y del retraso en el corte del cordón umbilical.

Previamente, el tema de la lactancia materna había empezado también a tomar relevancia con la fundación de la Liga Internacional de la Leche, en 1956, por un grupo de mujeres de Illinois, Estados Unidos, que habían amamantado a sus hijas/os, para ayudar a quienes por diferentes razones —a menudo debido a la falta de información o a la presión social—, tenían dificultades o dudas sobre cómo amamantar a sus bebés. En 1964 se abrieron grupos en México y, en la actualidad, la Liga se extiende a más de 65 países, atendiendo mensualmente a más de 300,000 mujeres.

En 1974 se publicó en Londres *Nestlé the baby killer*, de Muke Muller,¹¹ explicando cómo la estrategia de la

empresa Nestlé, de regalar latas de leche a las madres en el tercer mundo al momento del nacimiento de sus hijas/os, facilitaba que perdieran la lactancia y la leche se contaminara, además de favorecer la desnutrición del/la bebé y aumentar la mortalidad infantil. La respuesta de Nestlé originó el lanzamiento de un *boicot* en su contra el 7 de julio de 1977, iniciando en Estados Unidos y expandiéndose a Europa en la década de los ochenta.

En 1985 se emitió la Declaración de Fortaleza, Brasil “El Embarazo y Parto no es una Enfermedad”,¹² con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS.¹³ En tanto que en 1990, en Florencia, Italia, se efectuó el Consenso de Ministros de Salud para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, emitiendo la “Declaración de *Innocenti*”, con apoyo de la OMS y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), ratificada en 2005. En 1997, la OMS publicó la Guía práctica en la atención del parto normal, y en 2001 se publicaron las Recomendaciones de la OMS acerca del cuidado perinatal.^{1,xiii}

Experiencias del modelo de parto humanizado con enfoque de derechos

En la década de los noventa, se unificó el término “parto humanizado” para referirse al modelo de atención que hace énfasis en el protagonismo de las mujeres, la/el bebé y la pareja durante el parto, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna. Otros términos utilizados en América latina y Europa son “nacimiento humanizado”, “parto respetado” y “parto digno”.

En América Latina surgieron, entre otras, tres organizaciones de la sociedad civil que han promovido arduamente y que proveen de información sobre el parto humanizado: La Red por la Humanización del Parto y Nacimiento (ReHuNa), La Coalición para Mejorar los Servicios de Maternidad (CIMS) y la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (Relacahupan).

La ReHuNa se creó en Brasil en 1993 con el objetivo de difundir la asistencia y atención perinatal basadas en la evidencia científica. La CIMS se creó en Estados Unidos en 1996 como una coalición de personas y organizaciones con la preocupación por el cuidado y bienestar de las

xiii Incluyen diez principios y recomendaciones para la atención de cada uno de los estados del trabajo de parto. Consultar referencia bibliográfica 3.



Foto: Félix Angel Quintero Michel

madres, las/os bebés y las familias. En 2000 se fundó la Relacahupan, conjunto de redes nacionales, agrupaciones y personas que propone mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer.

De 2000 a la fecha se han publicado investigaciones científicas que evidencian el impacto de la lactancia materna inmediata o tardía en el desarrollo del proceso de parto y en la salud del bebé,^{14,15,16,17,18,19,20,21,22} la importancia del retardo del corte del cordón umbilical para prevenir anemia en la/el recién nacido,^{23,24,25} el mecanismo del antagonismo adrenalina-oxitocina y sus implicaciones en las distocias de contracción,^{26,27,xiv} así como las evidencias científicas en

torno a la importancia del acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto,^{28,29,30} la reducción del dolor con técnicas de relajación³¹ y acupuntura,³² los procedimientos para reducir los desgarros perineales sin la utilización de la episiotomía,³³ y los beneficios de la posición vertical,³⁴ y del apego inmediato,³⁵ entre otros elementos, tanto para la mujer como para la/el bebé recién nacido.^{xv}

En noviembre de 2004, se promulgó en Argentina la Ley Nacional 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento y se emitió, por parte del Senado de la Nación, la Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer sobre Difusión del Parto Humanizado. De carácter obligatorio en toda la Argentina, tanto en instituciones públicas como privadas, se establece que todas las mujeres tienen derecho a:

- Ser protagonistas de su parto
- Ser consideradas personas sanas
- Decidir lo que necesitan en cada momento
- Ser informadas de todo lo que ocurre
- Elegir con libertad una compañía de sus afectos
- Elegir la posición para parir
- Expresar sus emociones
- Efectuar los rituales que acostumbra su cultura
- Ser respetadas en su intimidad

Con la aportación de Argentina, el enfoque de derechos aplicado en la atención del embarazo, parto y puerperio se propagó en América Latina. Otro referente regional fue cuando en marzo de 2007, se incorporó el concepto de violencia obstétrica en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la República Bolivariana de Venezuela.^{36,xvi}

xiv Presentados en el Instituto Nacional de Perinatología el 12 de octubre de 2009, por el médico e investigador gineco-obstetra francés Michel Odent.

xv Algunas investigaciones fueron proporcionadas por la doctora Guadalupe Mainero del Paso, colaboradora de la DMTyDI, y otras fueron obtenidas de la presentación Un encuentro con la historia.

xvi Ver referencia bibliográfica número 3.

Desarrollo del modelo de parto humanizado en México

En México, después de décadas de trabajo y argumentaciones con base en investigaciones científicas, se logró, en los años noventa, institucionalizar la lactancia materna en las instituciones de salud pública. En 1990 se creó el Comité y Programa Nacional de Lactancia Materna que funcionó regularmente hasta 2004, y en 1991 se publicó el Manual de Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna, de la Secretaría de Salud (SS).

Es importante destacar el papel del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento-México (CIMIGen), desde 1987 bajo la dirección de Carlos Vargas García, el cual ha implantado un sistema de atención de maternidad singular y alternativo, con enfoque de riesgo, que no solo ha elevado la calidad de la atención de maternidad disponible, sino que ha logrado disminuir sus costos, favoreciendo la atención del parto por enfermeras obstetras, bajo las recomendaciones de la OMS.¹

La Secretaría de la Defensa Nacional, tomando en cuenta también esas observaciones, opera desde 1999 la Clínica de Especialidades de la Mujer, con 14 cuartos combinados con camas obstétricas, donde se atienden los partos de manera vertical, y con cunas de calor radiante, pelotas kinésicas y kits de masaje. De acuerdo con sus registros, a mediados del 2011 llevaban más de 40,000 partos con el modelo humanizado.

Por parte de la sociedad civil, existen diferentes grupos de mujeres que en respuesta al incremento de la medicalización y mercantilización del parto, así como de la operación cesárea, difunden el derecho a un embarazo, parto y nacimiento humanizado, respetado y seguro, considerando a las mujeres como madres, ciudadanas y sujetos de derechos, además de promover la atención desmedicalizada del parto por personal profesional no médico. Destacan en este sentido Ticime, A.C. y Parto Libre, A.C.

En 2009, el Congreso del estado de Veracruz aprobó la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, incorporando el concepto de violencia obstétrica.^{3,37} Los elementos sustantivos de esta Ley se encuentran en discusión en los estados de Chiapas y Oaxaca.

En el 2008 y 2009 se publicaron las guías de Práctica clínica desde el enfoque basado en evidencias, con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), en las que se incluyeron indicaciones para la vigilancia y manejo del parto,³⁸ la inducción del trabajo de parto,³⁹ el uso racional de la episiotomía⁴⁰ y la realización de la operación cesárea.⁴¹

Desde el 2009, en el Estado de Oaxaca, el médico gineco-obstetra Félix Ángel Quintero Michel,^{xvii} tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS,¹ propuso que a las mujeres en trabajo de parto se les coloque un catéter heparinizado, para evitar aplicarles soluciones intravenosas —práctica rutinaria— y pueda favorecer la deambulación y comodidad de las embarazadas, manteniendo una vena permeable para poder actuar rápidamente y colocar una solución acuosa, en caso de alguna complicación repentina.

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) y el CENETEC, junto con Rochester-México, diseñó en 2007 diferentes implementos para la atención humanizada de las mujeres en el parto con el enfoque intercultural, respondiendo tanto a las expectativas de las mujeres del país —indígenas y no indígenas—, como a las del personal de salud y las de parteras tradicionales.

El primer producto fue una mesa obstétrica en posición vertical para facilitar la atención por personal médico de hospitales y centros de salud. Similar en altura y dimensiones a una mesa convencional, facilita el penduleo en el trabajo de parto, permite la participación de un/a acompañante que brinde soporte físico y emocional, y posibilita a la mujer tomar con autonomía diferentes posiciones verticales: sentada, en cuclillas o hincada.

xvii Adscrito al Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso" de la Ciudad de Oaxaca y Coordinador del Centro Estatal de Capacitación en Parto Humanizado del Estado de Oaxaca, con sede en Tlaxiactac de Cabrera.

De igual forma, se diseñaron dos bancos obstétricos. Uno, en forma de “U”, permite la posición sentada de la mujer en trabajo de parto, con la posibilidad de que su acompañante esté sentado/a cómodamente en una silla; otro, ergonómico, posibilita que quien atiende el parto esté sentada/o a una altura baja, para que la mujer pueda hincarse, sentarse, o ubicarse en cuatro puntos (posición de Gaskin) y pueda, inclusive, recibir masaje. Hincada, el peso de la mujer se reparte entre la cadera, las pantorrillas y las rodillas, facilitando la liberación del nervio ciático y la circulación sanguínea. Los bancos tienen una base acojinada en donde se puede colocar la/el niña/o acabando de nacer, brindando la seguridad sugerida por las parteras tradicionales.

Escuchando las demandas de mujeres atendidas en los servicios de salud, sobre lo incómodo de las batas y ropa de parto, y de cómo atentan contra su intimidad, sin permitir el contacto físico con su hija/o al momento del nacimiento, se diseñó una bata que facilita la lactancia y el apego inmediato, con compensación de la gravidez y traslape suficiente para cubrir el cuerpo de las mujeres con dignidad, como no sucede con las batas convencionales. También se elaboraron unos calentadores para mantener el calor de las piernas y unos zapatos de tela para evitar que caminen descalzas.



Foto: Dra. Yolanda Victoria Illescas

Los aportes de la partería tradicional indígena mesoamericana

Cuando se habla de “partería tradicional”, se incluyen de manera generalizada prácticas muy diferentes de distintos grupos de mujeres en el mundo, que van desde “cachar al niño”, sin mayores conocimientos o técnicas —como lo siguen haciendo grupos humanos donde el parto lo atiende un/a familiar, generalmente una abuela o tía—, hasta modelos completos de atención más elaborados como la partería que practican las mujeres indígenas de los pueblos de Mesoamérica, fundamentados en una cosmovisión sobre salud, y cuya transmisión cultural y social, con intercambios de saberes y prácticas entre parteras y generaciones bajo la forma de enseñanza de maestra–aprendiz, la han convertido en una especialización del conocimiento y la práctica.

En México, durante siglos, el modelo de atención del embarazo, parto y puerperio que forma parte de la medicina tradicional indígena, fue ignorado, minusvalorado, rechazado y no estudiado en profundidad, pese a la relación de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través del programa Oportunidades, con las parteras tradicionales. Ese esquema también fue estereotipado desde los estudios de otros modelos, como los africanos, como si la partería tradicional fuera igual en todo el mundo.

A partir de 2004, la DMTyDI-SS diseñó la metodología Encuentros de Enriquecimiento Mutuo,⁴² que se lleva a cabo entre el personal de salud de un hospital o región y las parteras tradicionales de esa zona. Los encuentros se han realizado en los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, así como en el Distrito Federal (DF). Esta metodología posibilitó recuperar y sistematizar un “modelo” de partería tradicional mesoamericano, con contribuciones importantes tanto para los cuidados del embarazo, la atención del parto y puerperio, y de la/el recién nacido/a.

La propuesta permitió, además, reafirmar el valor y la vigencia del conocimiento local, el cual puede ser accesible en la medida en que se estudie en colaboración estrecha con sus dignas portadoras; asimismo, consiguió que el personal de los servicios de salud institucional —desde este lado de la frontera cultural— interrumpiera la carga heredada del menosprecio que nuestras escuelas siguen reproduciendo, y asumiera la responsabilidad compartida de imaginar nuevas maneras de aproximarnos al saber tradicional sin idealizarlo, pero dispuestas/os a identificar y reconocer los aportes⁴³ de un modelo de atención tradicional del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, común a los grupos indígenas de la región mesoamericana.^{xviii}

La explicación antropológica de este modelo que sorprende por su profundidad e integralidad, es que esa región geográfica —comprendida entre el centro y sureste de México y el norte de Centroamérica— tuvo una civilización que desarrolló toda una racionalidad para entender y vincular su entorno, principalmente, con las prácticas agrícolas, a través de la observación de los movimientos de los astros y otros fenómenos naturales. Incluso, avanzó en las matemáticas y en elaboradas técnicas de construcción, que se aprecian en las pirámides y edificaciones de toda Mesoamérica, y para la agricultura, que siguen teniendo vigencia.

Este conocimiento a partir de observar la causa-efecto y la relación entre los elementos que conforman el universo, se hizo extensivo a la medicina en general y también a la partería tradicional, desarrollando toda una cosmovisión en salud⁴⁴ que derivó en un sistema holístico de prácticas que ahora se ha logrado sistematizar y entender de manera general.⁴⁵ Entre los elementos identificados gracias a la metodología de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo destacan:

1. El reconocimiento de la partera a nivel comunitario y la identificación de su papel que va más allá de la atención de los embarazos y partos.
2. Los procedimientos para “acomodar” al/la bebé, como las “manteadas”, con la mujer acostada boca arriba y a gatas.
3. La climatización del espacio donde se llevará a cabo el parto, cuidando que se mantenga el calor, eliminando las fuentes de aire, el frío y el exceso de luz.

4. El respeto a la intimidad de la mujer, utilizando ropa limpia.
5. La recomendación para que la mujer camine durante el trabajo de parto, bajo la vigilancia de la partera, cuidando que no se canse y pierda fuerza en el momento de pujar.
6. Los masajes en la espalda y cadera antes del parto, para relajar a la mujer y disminuir así el dolor.
7. Los métodos para conocer la proximidad del nacimiento —sin la realización de tactos— a través del descenso del fondo uterino con las manos, así como la observación del color de la cara, la sudoración y la temperatura de la cabeza.
8. Las diferentes posiciones verticales (sentadas, paradas, hincadas o en cuclillas) que se ofrecen a la mujer, respetando su decisión, para favorecer el trabajo de parto efectivo, seguro y rápido.
9. La escasa distancia del piso en la atención del parto —que generalmente se cubre con petates, periódicos, cartones y cobijas—, lo cual disminuye los riesgos de accidentes con el/la bebé.
10. La participación de la pareja de la mujer u otra/o familiar o acompañante, si ella lo solicita, como “sostén” físico y emocional.
11. Los procedimientos para lubricar la vagina con aceites de plantas medicinales, y la utilización de compresas calientes para evitar desgarres del periné.^{46,xix}
12. Las técnicas para posibilitar el pujo efectivo hacia “abajo y adelante”, con lo que además se evita la defecación durante el parto.
13. La estrategia para aumentar lo que las/os médicos llaman “la prensa abdominal”, colocando un rebozo en la espalda de la mujer durante el periodo expulsivo y jalando hacia la partera, lo cual aumenta la eficiencia de la presión abdominal sin riesgos.
14. El amamantamiento inmediato del/la bebé para facilitar la expulsión fisiológica de la placenta.
15. La revisión y cuidados tradicionales de la/el recién nacido, donde se privilegia el contacto inmediato madre-hija/o, demorando prácticas como el baño, que alejan al/la bebé de su madre.

xviii En las actividades de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA) con parteras tradicionales, realizadas en Guatemala, de 1984 a 2000, se remarcaron los mismos elementos identificados en México.

xix Lo cual ha sido ya confirmado con investigaciones científicas y el enfoque basado en evidencias.

16. Los masajes postparto conocidos como “apretadas” para favorecer la recuperación de los ligamentos que, a juicio de las parteras, previenen la caída de matriz y vejiga.
17. El uso del temascal y los baños de vapor para favorecer la recuperación temprana de la mujer.
18. El empleo de plantas medicinales para generar la producción temprana de la leche materna y evitar otros problemas de la cuarentena.
19. La vigilancia estrecha y los cuidados a la madre durante los primeros días, con visitas subsecuentes.
20. El trato cercano, amable y humano y el acompañamiento psicoafectivo de las parteras en todo el proceso, en el cual se brinda una relación sin violencia hacia las mujeres. Se pone mucha atención a sus emociones y se trata de sentir lo que las mujeres sienten.
21. Los aportes de las parteras para el modelo de nacimiento humanizado con respecto al recibimiento de la/el recién nacido, a quien desde el vientre materno se le trata como persona y no como un producto, brindándole cariño y consejos.



Foto: Hernán García Ramírez

La atención intercultural de las mujeres en la atención del parto

Nos gusta el parto en el hospital, porque es limpio y si se atora el niño, pues ahí lo sacan. Pero también nos gusta el parto con la partera porque nos habla bonito, nos da nuestro masaje en la cintura para que se nos caliente la cadera y no nos duela, nos deja que tengamos el parto sentadas o en cuclillas y así podemos respirar mejor y el parto es más rápido, nos da nuestras “apretadas” después del parto para cerrar la cadera y que no se nos caiga la matriz y vejiga, y nuestros baños de vapor para limpiarnos y no quedar crudas. ¿Qué no podríamos tener las dos cosas juntas?

Mujeres Indígenas de la Sierra de Zongolica, Ver. 2002.

Desde su creación (agosto de 2002) y con los Encuentros de Enriquecimiento Mutuo, la DMTyDI ha identificado aportes y visiones de la partería tradicional sobre la atención del embarazo, parto y puerperio, afines a las Recomendaciones de la OMS,¹ y mejoradas con otros elementos, enmarcando así una definición, profunda y humana en torno de esos procesos y de la/el recién nacido. Esos aportes no solo son válidos para la atención a población indígena, sino para todas las mujeres y bebés, con lo que se nutre la propuesta de nacimiento humanizado ya existente.

Más que ver al parto humanizado como una moda, es posible establecer una convergencia entre el conocimiento y la práctica milenaria, con la evidencia científica derivada de la investigación más rigurosa, enmarcada en los derechos humanos y la perspectiva de género. Esto va mas allá de parir para preservar a la especie humana, ya que con los conocimientos recuperados se fundamenta una visión cultural de una forma de vida amable, amorosa y armónica con la humanidad y el universo. Esta visión nos humaniza y retoma al ser humano en su globalidad y no solo como pedazos de una máquina con fallas mecánicas o funcionales.

De esta manera, por atención intercultural a las mujeres en el parto, nos referimos al modelo que tiene como esencia a la sinergia entre los métodos de la medicina occidental y los de las parteras tradicionales, además de retomar las demandas de los grupos de la sociedad civil en cuanto a un trato más humano y sin violencia, donde las mujeres sean protagonistas de su parto (figura 2).

Figura 2. Atención intercultural a las mujeres en el parto



Fuente: elaboración propia de los autores

Este modelo se diseñó escuchando las demandas y necesidades, primero, de mujeres y parteras indígenas y, posteriormente, de mujeres en general, sobre todo de zonas urbanas. También se tomó en cuenta la opinión del personal de salud, especialmente de profesionales gineco-obstetras, pediatras y enfermeras. Al principio se consideró como alternativa dotar de “amigabilidad cultural” a los servicios —y de esta manera colaborar en la lucha contra la muerte materna—, al evitar que las mujeres, sobre todo de origen indígena y rural, se alejaran de la atención médica. Más tarde se valoró el modelo por sí mismo, el bienestar producido y los beneficios concomitantes a la salud e integración entre la madre, la pareja y la/el niño. Como elementos esenciales de esta interacción intercultural, además de los elementos de la OMS,¹ sobresalen:

- Respeto a la cultura y decisiones de la mujer usuaria
- Intercambio y enriquecimiento entre diversos modelos de atención
- Acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto

- Acompañamiento de un/a familiar si la usuaria lo demanda
- Uso de masajes durante el trabajo de parto
- Climatización de la sala de expulsión
- Apoyo de la tecnología y medicamentos solo cuando sea necesario
- Atención por parteras tradicionales y personal no médico, si la usuaria lo solicita, en condiciones de seguridad y eficacia.^{xx}

A partir del 2007, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, a través de la DMTyDI, desarrolló el modelo de atención intercultural a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.⁴⁷ En 2009 y 2010 se dio a conocer, mediante la capacitación del personal de hospitales y centros de salud, en los estados de Oaxaca, Hidalgo, Tlaxcala y Morelos.

En 2011, con el apoyo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y de médicas y obstetras expertos en la atención humanizada, se capacitó al personal de atención obstétrica de los hospitales del Ajusco Medio (DF) y del Niño y de la Mujer (San Luis Potosí), de los hospitales generales de Sayula (Jalisco), Ciudad Valles y Río Verde (San Luis Potosí), Escárcega (Campeche), Jilotepec (Estado de México), Valladolid (Yucatán), San Bartolo Tutotepec (Hidalgo), Parral y Guadalupe y Calvo (Chihuahua), y Amealco (Querétaro). También participaron los centros de salud ampliados de Tetela del Volcán (Morelos), Tlalixtac de Cabrera (Oaxaca)^{xxi} y Aquismón (San Luis Potosí). En el ensayo del modelo se utilizaron los implementos diseñados (mesa, bancos y “batas humanizadas”).

A pesar de la resistencia inicial de obstetras, pediatras y personal de salud, para transformar paradigmas de conocimiento y práctica en la atención del parto, durante los cursos, la mayoría de las/os participantes tuvo un cambio gradual importante hacia la comprensión y ejercicio de su quehacer. A partir de las experiencias anteriores, se han realizado un número importante de partos, bajo los elementos recomendados por la OMS y con la incorporación de la sugerencia para utilizar catéteres heparinizados en varios hospitales, con la consecuente comodidad de las mujeres.

Para apoyar la concreción del modelo, la Secretaría de Salud desarrolló en 2011 la propuesta de “Posadas de

xx De preferencia en espacios contiguos a unidades médicas en donde se cuente con equipamiento, insumos y personal calificado para detectar y atender una emergencia obstétrica.

xxi La unidad de Tlalixtac de Cabrera está destinada para la atención de partos humanizados dentro del sector público y se estableció como centro estatal de capacitación.

Nacimiento”,^{xxii} derivada del impacto positivo de los módulos de medicina y partería tradicionales contiguos a los hospitales.^{xxiii} La Posada es un anexo del hospital con camas no censables en el que se ofrece hospedaje y atención a mujeres embarazadas y en la etapa del puerperio, servicio del parto normal de manera desmedicalizada y albergue a hijas/os y a acompañantes. Se pretende que en este espacio la atención de partos sea realizado por parteras tradicionales, parteras técnicas o enfermeras obstétricas. Esta propuesta recupera la experiencia de las Posadas AME (Atención a Mujeres Embarazadas) —en el marco del programa Arranque Parejo en la Vida—, que facilitan el hospedaje de las mujeres en situación de riesgo previo al evento obstétrico, lo cual permite la atención de una emergencia obstétrica, de manera expedita y oportuna.

Aportes de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud

La atención intercultural reconoce y aprovecha diferentes modelos médicos. De esta manera, se propone incorporar en la atención del embarazo, parto y puerperio, los aportes de:

- Acupuntura.^{48,49} Existen técnicas y esquemas de puntos que se utilizan para ayudar a la concepción⁵⁰ y tratar alteraciones del ciclo menstrual, molestias del embarazo,^{51,52} pirosis, dolor de espalda y pélvico,^{53,54} insomnio,⁵⁵ dolor abdominal, fortalecimiento del sistema inmunológico, anomalías de la posición fetal.^{56,57} Durante el parto, como apoyo en su inducción,⁵⁸ manejo de la ansiedad, dolor de espalda, regulación del trabajo de parto y reducción del dolor,^{32, 59,xxiv} retención de la placenta. Después del parto, para favorecer la tonicidad de la recién parida, tratar el dolor posparto, los problemas con la lactancia y la depresión postnatal.
- Homeopatía.⁶⁰ Durante el embarazo se utiliza para preparar el estado físico y emocional de la mujer; en el trabajo de parto: para controlar la intensidad de las

contracciones, mejorar los estados de ánimo de la paciente, coadyuvar en la expulsión de la placenta y el tratamiento de las hemorragias y para facilitar la cicatrización de las laceraciones perineales; en el puerperio: para la depresión postnatal y problemas de la lactancia; en las/os recién nacidos deprimidos, para facilitar su recuperación. Debido al uso de dosis infinitesimales, no existen riesgos.^{xxv}

- Qi Gong. Disciplina oriental china de ejercicios suaves y lentos que normaliza la respiración y genera concentración y visualización; ayuda en la preparación física y emocional durante el embarazo, mejorando el estado emocional y aumentando la energía y capacidad pulmonar.^{61,62}
- Yoga. Método originario de la India consistente en ejercicios de meditación, respiración, posiciones y movimientos suaves. En el embarazo: aumenta la capacidad respiratoria y fortalece la musculatura abdominal y de la espalda; durante el parto: favorece la elasticidad de los ligamentos perineales, disminuye la presión arterial^{30,63,64,65} e impacta en la relajación y consecuentemente en el estado emocional de la mujer.
- Aromaterapia. Aplicación de aceites esenciales vegetales que pueden influir en el estado emocional de la mujer en el embarazo⁶⁶ y durante el trabajo de parto, así como en el de las personas acompañantes.^{67,68,69,70,71,72} Es útil en la depresión posparto y en el puerperio.^{73,74,75,xxvi}

Propuestas para continuar

1. Consolidar una red de personas especializadas en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la/el recién nacido, con interés en impulsar el modelo de nacimiento humanizado.
2. Profundizar en el estudio del modelo tradicional

xxii Propuesta elaborada por la DGPLADES, el CNEGSR, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y el CENETEC.

xxiii La Situación que se hizo evidente con la obtención del Premio Nacional por la Calidad en Salud, en 2007, por el Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla. En su tesis “Parteras tradicionales como agentes de salud para abatir la muerte materna en la región de Cuetzalan, Puebla”, el doctor Luis Arquímedes Hernández analiza esa experiencia en el periodo 2006-2010, lapso en el que esa población ha permanecido sin mortalidad materna.

xxiv Observaciones preliminares sugieren que la analgesia acupuntural para el dolor del parto no funciona adecuadamente cuando se realiza en posición de litotomía, dado que el dolor principal es una tetania muscular por la falta de oxígeno y la posición horizontal la favorece (efecto *Poseiro*). Se recomienda usar siempre variantes de la posición vertical.

xxv Información proporcionada por la homeópata Yolanda Victoria Illescas, con experiencia de 18 años en atención de partos humanizados con el apoyo de esta terapéutica.

xxvi Con aportes de Concepción Libertad Bastar Peregrino y la bióloga Eva Obregón Domínguez, del Instituto Mexicano de Aromaterapia, S.C.

mesoamericano para la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, buscando su fortalecimiento, posicionamiento y promoviendo su práctica.

3. Establecer una estrategia para recuperar la opinión de las mujeres que se atienden durante el embarazo y el parto en instituciones públicas y privadas, para escuchar aciertos, conocer las formas de trato y sus propuestas para mejorar los servicios de salud.
4. Desarrollar estrategias que favorezcan la implantación de manera gradual del modelo de nacimiento humanizado con enfoque intercultural, en todos los servicios de atención materna y perinatal del Sistema Nacional de Salud.
5. Impulsar la investigación sobre los efectos de la atención intercultural del parto en las mujeres, las/os recién nacidos y sus familias.

Conclusiones

El modelo de nacimiento humanizado con enfoque intercultural implica un cambio de paradigma en cuanto a la atención del embarazo, parto, puerperio y de la/el recién nacido, con aspectos fundamentales, generalmente desestimados en la formación médica, pero que tienen un efecto determinante en la salud y bienestar físico y emocional de la mujer y del/la bebé.

Se trata de reconocer que el nacimiento es un proceso natural con significados culturales y sociales, que en general no se toman en cuenta en la atención pública y privada, pero que son fundamentales para la calidad y la seguridad de la atención de las mujeres y el desarrollo de la sociedad. Por otro lado, es necesario integrar otros elementos fundamentales como la promoción de la lactancia materna en el primer año de la vida del/la bebé, práctica que ha disminuido en los últimos años en nuestro país.

Es importante hacer conciencia y unir esfuerzos para combatir la sobremedicalización del parto, desarrollar estrategias que fomenten la aplicación del enfoque basado en evidencias científicas, y faciliten la difusión y aplicación del modelo de nacimiento humanizado con enfoque intercultural en todo el país.



Foto: Félix Angel Quintero Michel

Referencias Bibliográficas

1. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: the Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS 2002 feb;(14):15. Disponible en www.clap.ops-oms.org.
2. Burgo C. Parir con Pasión. Escenarios, escenas y protagonistas del parto y del nacimiento. Buenos Aires: Longseller; 2004.
3. Almaguer J, García H, Vargas V. La Violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. Género y Salud en Cifras 2010 sep-dic;8(3):3-12
4. Fajardo G, Hernández F, Santacruz J, Hernández M, Kuri P, Gómez E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. Salud Pública de México, 2009;(51):119-125.
5. Karmel M. Thank You, Dr Lamaze. London: Pinter & Martin Ltd. 2005; (first published 1959).
6. Leboyer F. Por un Nacimiento sin Violencia. Madrid: Mandala Ediciones; 1997.
7. Klaus M, Kennell J. Apego: El inicio de la relación padres-hijos. Buenos Aires: Panamericana; 1983.
8. Odent M. Nacimiento Renacido. Buenos Aires: Ed.Creavida; 1984.
9. Odent M. El bebé es un mamífero. Madrid: Mandala Ediciones; 1990.
10. Chamberlain DB. The mind of your newborn baby. Berkeley, CA: North Atlantic Books; 1988.
11. Muller M. Nestlé the baby killer. London: War on want. 1974.
12. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza, Brasil. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Lancet 1985;(2):436-437.
13. World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. Lancet 1985;(2):436-437.
14. Kroegger M, Smith LJ. Impact of Birthing practices on Breastfeeding. Protecting the mother and baby conyinuum. Second ed. Dayton Ohio: Jones and Barlett, 2010.
15. Odent M. Birth and Breastfeeding: Rediscovering the Needs of Women During Pregnancy and Childbirth. USA: Clairview Books; 2008.
16. Richard L, Alade M. Effect of Delivery romm routines on success of first breast-feed. Lancet 1990;(336):1105-1107.
17. Berman N. Restoring the Original Paradigm for Infant Care and Breastfeeding. Leaven Care and Breastfeeding. Leaven 2001;(37):106-107.
18. Kroeger M. Impact of Birthing Practices on Breastfeeding. MA: Jones and Bartlett Publishers; 2004.
19. Di Girolamo A, Grummer-Strawn L, Fein S. Maternity Care Practices: Implication for Breastfeeding. Birth 2001;28(2):94-100.
20. Wright A, Rice S, Well S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. Pediatrics 1996;(97):669-675.
21. Albani A, Addamo P, et al. The effect on breastfeeding rate of regional anesthesia technique for cesarean and vaginal childbirth. Minerva Anestesiol 1999;(65):625-30.
22. Organización Mundial de la Salud. Hipoglucemia del Recién Nacido. Ginebra. WHSCHED97.
23. Chaparro CM, Neufeld LM, Tena G, Eguía L, Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. Lancet 2006;(367):1997-2004.
24. Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Domellöf M. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. BMJ 2011 nov 15;(343):d7157. doi: 10.1136/bmj.d7157.
25. McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD004074.
26. Bealer SL, Crowley WR. Stimulation of central and systemic oxytocin release by histamine in the paraventricular hypothalamic nucleus: evidence for an interaction with norepinephrine. Endocrinology 1999 Mar;140(3):1158-64.
27. Knigge U, Willems E, Kjaer A, Jørgensen H, Warberg J. Histaminergic and catecholaminergic interactions in the central regulation of vasopressin and oxytocin secretion. Endocrinology 1999 Aug;140(8):3713-9.
28. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Revisión Cochrane en: La Biblioteca Cochrane, February 16, 2011.
29. Smid M, Campero L, Cragin L, Hernandez D, Walker D. Bringing two worlds together: Exploring the integration of traditional midwives as doulas in Mexican public hospitals. Health Care for Women International 2010;31(6):475-498.
30. Hernández C, Val VA, Murphy M, Busquets PC, Sans JC. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. Source. Department of Psychology, Research Center for Behavioural Assessment, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain.
31. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD009514.
32. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD003521.
33. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
34. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
35. Anderson GC, Moor E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants [review]. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD003519.
36. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.668; 2007 abril 23.
37. Ley número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz. Gaceta Oficial órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Xalapa-Enríquez; 2008 feb 28.
38. Secretaría de Salud. Vigilancia y manejo del parto. Evidencias y recomendaciones. En: Guía de práctica clínica. México; 2009.
39. Secretaría de Salud. Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. Resumen de evidencias y recomendaciones. En: Guía de práctica clínica. México; 2009.

40. Secretaría de Salud. Uso Racional de la Episiotomía. Resumen de evidencias y recomendaciones. En: Guía de práctica clínica. México; 2009.
41. Secretaría de Salud. Realización de la Operación Cesárea. Evidencias y Recomendaciones. En: Guía de práctica clínica. México; 2008.
42. Secretaría de Salud. Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales. México; 2008.
43. Méndez RM, Cervera MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud Pública de México* 2002 mar-abr;44(2):129-136.
44. López A. *Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas; 1984.
45. Secretaría de Salud. Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México: UNAM; 2010.
46. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
47. Secretaría de Salud. La Atención intercultural a las mujeres: El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. México; 2009.
48. West Zita. *Acupuntura en el embarazo y parto*. Segunda Ed. Barcelona: Elsevier Churchill Livingstone; 2009.
49. Maciosa G. *Obstetrics and gynecology in Chinese medicine*. New York: Churchill Livingstone; 1998.
50. Paulus WE, Zhang M, Strehler E, El-Danasouri I, Sterzik K. Influence of acupuncture on the pregnancy rate in patients who undergo assisted reproduction therapy. *Fertility and Sterility* 2002;77(4):721-74.
51. Sahakian V, Rouse S, Spier D. Vit B6 is effective therapy of nausea and vomiting: a randomized double blind placebo control trial. *Obstetrics and Gynaecology* 1991;(78):33-36.
52. Smith C, Crowther C, Beilby J. Acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy: a randomized trial. *Birth* 2002;29(1):1-9.
53. Kvorning Ternov N, Grennert L, Aberg A, Algotssn L, Akeson J. Acupuncture for lower back and pelvic pain in late pregnancy: a retrospective report on 167 consecutive cases. *Pan Medicine* 2001;2(3):204-207.
54. Elden H, Ladfors I, Fagevik Olsen M, Ostard H, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilizing exercise as an adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: a randomized single blind controlled trial. *British Medical Journal* 2005;330 (7494):761.
55. Gurreiro da Silva JB, Nakamura M, Cordeiro JA, Kulay L. Acupuncture for insomnia in pregnancy. A prospective, quasi-randomised, controlled study. *Acupuncture in Medicine* 2005;23(2):47-51.
56. Neiri I, Airola G, Contu G, Allais G, Faccinetti F, Benedetto C. Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomized controlled study. *Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine* 2004;15(4):247-252.
57. Cardini F, Weixin H. Moxibustion for the correction of breech babies: a clinical study with retrospective controls. *Journal of the American Medical Association* 1998;280(18):1580-1584.
58. Dunn PA, Roger D, Halford K. Transcutaneous electrical stimulation at acupuncture points in the induction of uterine contractions. *Obstetrics and Gynecology* 1989;73: 286-290.
59. Martoudi S, Christofides K. Electroacupuncture for pain relief in labour. *Acupuncture in Medicine* 1990;8(2):51-52.
60. Sánchez P. *Introducción a la Medicina Homeopática, teoría y técnica*. México: Novarte; 1997.
61. Ji ES, Han HR. The effects of Qi exercise on maternal/fetal interaction and maternal well-being during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010 May-Jun;39(3):310-8.
62. Yu WJ, Song JE. Effects of abdominal breathing on state anxiety, stress, and tocolytic dosage for pregnant women in preterm labor. *J Korean Acad Nurs* 2010 Jun;40(3):442-52.
63. Rakhshani A, Maharana S, Raghuram N, Nagendra HR, Venkatram P. Effects of integrated yoga on quality of life and interpersonal relationship of pregnant women. *Qual Life Res* 2010 Dec;19(10):1447-55. Epub 2010 Jul 15.
64. Field T. Yoga clinical research review. *Complement Ther Clin Pract*. 2011 Feb;17(1):1-8. Epub 2010 Oct 14.
65. Battle CL, Uebelacker LA, Howard M, Castaneda M. Prenatal yoga and depression during pregnancy. *Birth*. 2010 Dec;37(4):353-4. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00435_1.x.
66. Igarashi T y Fujita, M. Effects of Aromatherapy for self-care during pregnancy. *Journal of Nara Medical Association* 2010;61(3-4):101-112.
67. Lee YL, Wu Y, Tsang HW, Leung AY, Cheung WM. A systematic review on the anxiolytic effects of aromatherapy in people with anxiety symptoms. *J Altern Complement Med* 2011 Feb;17(2):101-8. Epub 2011 Feb 10.
68. Wigham D. Aromatherapy for pregnancy and childbirth. *Beginnings* 2009 Fall;29(4):14-5.
69. Burns E, Zobbi V, Panzeri D, Oskrochi R, Regalia A. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG* 2007 Jul;114(7):838-44. Epub 2007 May 16.
70. Conrad P. Aromatic childbirth: developing a clinical aromatherapy maternity program. *Beginnings* 2010 Fall;30(4):12-4.
71. Tillett J, Ames D. The uses of aromatherapy in women's health. *J Perinat Neonatal Nurs* 2010 Jul-Sep;24(3):238-45.
72. Mousley S. Audit of an aromatherapy service in a maternity unit. *Complement Ther Clin Pract* 2005 Aug;11(3):205-10.
73. Imura M, Misao H, Ushijima H. The psychological effects of aromatherapy-massage in healthy postpartum mothers. *J Midwifery Womens Health*. 2006 Mar-Apr;51(2):e21-7.
74. Yim VW, Ng AK, Tsang HW, Leung AY. A Review on the Effects of Aromatherapy for Patients with Depressive Symptoms. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2009 Feb;15(2):187-195.
75. Morris N. The effects of lavender (*Lavendula angustifolium*) baths on psychological well-being: two exploratory randomised control trials. *Complement Ther Med* 2002 Dec;10(4):223-8.