



El Colegio de la Frontera Sur

Imaginarios colectivos sobre la operación cesárea (OC) en mujeres de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
Saberes, percepciones, prácticas y actitudes acerca de esta práctica quirúrgica.

Tesis
presentada como requisito parcial para optar al grado de
Maestría en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural
Con orientación en Salud, Equidad y Sustentabilidad

Por

Ana Laura Pacheco Soriano

2017



El Colegio de la Frontera Sur

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas a 21 de junio de 2017

Las personas abajo firmantes, miembros del jurado examinador de:

Ana Laura Pacheco Soriano

hacemos constar que hemos revisado y aprobado la tesis titulada:

Imaginarios colectivos sobre la operación cesárea (OC) en mujeres de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Saberes, percepciones, prácticas y actitudes acerca de esta práctica quirúrgica.

para obtener el grado de **Maestro (a) en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural**

Nombre Firma

Director/a Dra. Georgina Sánchez Ramírez _____

Asesor /a Dra. Angélica Aremy Evangelista García _____

Asesor /a Dr. Sergio Meneses Navarro _____

Sinodal adicional Dra. Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo _____

Sinodal adicional Dra. Mónica Adriana Luna Blanco _____

Sinodal suplente Dra. Blanca Olivia Velázquez Torres _____

AGRADECIMIENTOS

*A Martha Sofía,
mi más grande amor*

Agradezco a dos pilares institucionales que, de no ser por ellas, no habría historia que contar. La primera CONACYT, gracias por continuar apoyando a la formación de recursos humanos de calidad para la investigación mexicana y, segundo, a El Colegio de la Frontera Sur. Con especial cariño a todos y cada uno de mis profesores y profesoras que me han hecho que cambie mis pensamientos, que modifique mis conductas y que sea una persona más abierta y tolerante. Les agradezco su pasión y entrega por cada día compartido.

A las mujeres que participaron en esta aventura y que tan generosamente abrieron su corazón para revivir el momento en el que vieron por primera vez a sus bebés y contármelo desde sus sentires.

A Georgina, Juan Carlos, Liliana, Mónica y Olivia por su amistad generosa, paciente y crítica. Por enseñarme la manera en la que diariamente se construye un equipo de trabajo que puede ser más que eso: una familia respetuosa con todos sus miembros, en donde se propicia el crecimiento tanto profesional como personal.

Especialmente a mi familia que siempre, siempre me ha apoyado en todas mis aventuras y andares. Especialmente a Ana María, Fernando y María Fernanda porque me han enseñado qué es lo más importante en la vida: el amor incondicional que nos profesamos.

*“[...] si sería bueno, pues humanizar un poquito más
y también como que darle un poquito más de importancia
y conocimiento a la gente que no lo tiene,
de otras alternativas que hay para parir,
no precisamente en el hospital,
pero digo con atención médica
un poquito más humana,
un poquito más cálida,
porque es un momento bonito y
muchas veces se ve atrofiado por este tipo de cosas”.*

(Aurora)

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1 Antecedentes. Breve historia de la cesárea.....	9
1.2 Justificación	16
1.3 Problema de investigación.....	21
1.4 Objetivo General	33
1.5 Objetivos Particulares	33
1.6 Supuestos de los que se parte en esta investigación.....	34
2. METODOLOGÍA.....	35
2.1 Técnicas de investigación: producción del dato cualitativo.....	41
2.2 Datos cuantitativos.....	42
2.3 Aspectos éticos en la investigación.....	44
2.4 Limitaciones del estudio.....	45
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.1 Resultados cuantitativos. Panorama de las cesáreas en Chiapas	46
3.2 Resultados cualitativos. Entrevistas a profundidad con las mujeres participantes.....	55
3.2.1 <i>Consejos del entorno</i>	58
3.2.2 <i>Informarse sobre el embarazo</i>	66
3.2.3 <i>Imagen y experiencias en los servicios de salud pública</i>	70
3.2.4 <i>Violencia obstétrica</i>	85
3.2.5 <i>Imagen, confianza y experiencias en los servicios privados de salud</i>	95
3.2.6 <i>Consejería médica en el embarazo y cesárea</i>	103
3.2.7 <i>Toma de decisiones en el embarazo y cesárea</i>	107
3.2.8 <i>Emociones y maternidad: Los cuerpos sintientes</i>	109
3.2.9 <i>El momento de la cesárea</i>	112
3.2.10 <i>El día después</i>	116
3.2.11 <i>Lactancia y cesárea</i>	119

4. DISCUSIÓN	123
5.- CONCLUSIONES	128
6. LITERATURA CITADA	133
7. ANEXOS	140
7.1 Carta de Consentimiento Informado	140
7.2 Guión de entrevista.....	141

RESUMEN

El objetivo general es describir y comprender el imaginario colectivo sobre la cesárea, los saberes, percepciones, prácticas y actitudes que operan en la transmisión de la información y la toma de decisión con respecto a esta cirugía en mujeres de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Desde la Antropología del cuerpo se llevó a cabo la investigación cualitativa de carácter descriptivo y exploratorio. Se aplicaron 12 entrevistas a profundidad a mujeres en edad reproductiva (19-42 años de edad) de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas con características socioculturales y económicas heterogéneas.

Comprender la toma de decisión de las mujeres que optan por una cesárea, considerada no necesaria por riesgo directo a la salud; abonar a la construcción del conocimiento científico sobre el creciente fenómeno de las cesáreas y aportar elementos que enriquezcan a las mujeres en cuanto a una decisión consciente sobre su parto, son parte de los aportes del presente estudio.

Palabras clave

Cesárea electiva; salud sexual y reproductiva; cuerpo femenino; teoría social; Chiapas; parto; Género y salud

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes. Breve historia de la cesárea

Una cesárea es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en la pared abdominal (laparotomía) y el útero (histerotomía) de la madre para extraer uno o más fetos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas. Esta intervención en la actualidad es relativamente segura tanto para la madre como para el feto. Sin embargo, como toda intervención quirúrgica implica riesgos y cuidados específicos, incluso se incrementan los riesgos por infecciones y hemorragias en relación a los que pueden presentarse en un parto vaginal (NIH 2015).

Etimológicamente, el nacimiento de un ser humano por corte de las paredes abdominales viene del verbo latino *caedere* (cortar). A los recién nacidos por esa vía se les llamaba *cesones* o *caesares* en la Roma Imperial. Sin embargo, el verdadero origen de su nombre ha sido objeto de múltiples y discutibles versiones. La más popular de todas se desprende del nacimiento de Cayo Julio César (101-44 a.n.e), quien según Plinio el Viejo, vino al mundo y llevó su nombre por el útero escindido de su madre (Ricardo-Arencibia 2002).

El hecho de que Aurelia, la madre de Julio César, viviera muchos años después del alumbramiento comprueba que dicha creencia era mentira ya que fue hasta bien entrado el siglo XVIII que las operaciones cesáreas se realizaron exitosamente salvando la vida tanto de la madre como del feto. Este mito del alumbramiento de César está relacionado más con lo que respecta al “parto inmaculado de los dioses” como creencia mitico-

religiosa en las culturas de la antigüedad (Delgado 1998). Otro posible origen de su nombre derivaba de la llamada Lex Regia de Numa Pompilio, soberano de Roma entre los años 715 y 773 a.n.e.; ley que bajo los Césares habría tenido el apelativo de cesárea, y que imponía la extracción abdominal *post-mortem* para salvar al feto (Hellman and Pritchard 1971).

Hasta el siglo XVI la operación cesárea se practicó únicamente en la madre muerta. La iglesia católica, a través de los concilios de Colonia (1280), Viena (1311-12), Langres (1404), París (1557) y Sens (1574), se pronunció a favor de llevarse a cabo la operación cesárea y el bautismo, declarando obligatoria la apertura del vientre de la madre muerta, siempre y cuando hubiera motivos para pensar que el producto se mantenía con vida (Ricardo-Arencibia 2002).

A pesar de que a lo largo de la historia de la biomedicina se registran supuestas evidencias de haberse realizado cesáreas en donde la madre había podido sobrevivir a la operación, no fue hasta que se encontraron soluciones a dos problemas claves para salvaguardar la vida tanto de la madre como del feto. Lo primero era encontrar la manera de aliviar el dolor durante las intervenciones quirúrgicas y lo segundo, prevenir y dar tratamiento a las infecciones.

Estos dos problemas fueron solucionados por los descubrimientos y avances científicos del siglo XIX: James Young Simpson (1811-1870) introdujo el uso de cloroformo en la obstetricia; Ignaz Semmelweis (1818-1865) reconoció la causa de la fiebre puerperal e introdujo el lavado de manos (con una solución antiséptica) antes de atender a una mujer

embarazada; Louis Pasteur (1802-1895) probó la existencia de las bacterias y vislumbró su participación en las infecciones, lo cual probará más tarde Robert Koch (1843-1910); y Joseph Lister (1827-1912) quien introdujo el tratamiento aséptico del campo operatorio (Villanueva-Egan 2004).

En síntesis, a lo largo de la historia de la ginecología (1), para que la cesárea se convirtiera en una operación quirúrgica en la cual se minimizaran los riesgos a la salud de la mujer, tuvieron que pasar siglos y esperar a que los descubrimientos de la asepsia, la anestesia, los antibióticos y la pasteurización, tuvieran una repercusión palpable e incidieran en bajar las tasas de muerte materna y perinatal.

En la actualidad, la operación cesárea es recomendada por especialistas cuando existen complicaciones durante el parto como: un trabajo de parto prolongado o difícil (distocia); cuando la pelvis se considera anormal (a consecuencia del raquitismo u otras malformaciones de los huesos de la pelvis); cuando existen malformaciones uterinas; por posición fetal anormal o asinclitismo (cuando la cabeza del producto no está alineada hacia el canal vaginal y por lo tanto apunta hacia los huesos de la pelvis de la madre); por hidrocefalia; porque existe sufrimiento fetal o materno aparente; por preeclampsia (hipertensión durante el embarazo) o eclampsia (aparición de convulsiones o coma durante el embarazo lo que implica el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo); por placenta previa o muy baja (placenta que está anormalmente situada en el mismo cuello de la matriz, taponando la salida, lo que da lugar a una grave hemorragia al comenzar la dilatación; o bien cuando, por determinadas causas, el feto sufre antes de que el cuello esté dilatado (Schultz-Wild and Muñoz-López 1975); por

haberse encontrado evidencia de infección intrauterina; por problemas de curación del periné, derivados del parto o de la enfermedad de Crohn y, finalmente, por haber tenido partos resueltos anteriormente por cesárea, ya que la cicatrización del útero implica mayor tiempo y se pueden presentar desgarres intrauterinos y de la pared abdominal o desencadenar problemas de la vejiga o de los intestinos (Villanueva-Egan 2004; Cárdenas 2014).

Sin embargo, diferentes especialistas pueden diferir en cuanto a sus opiniones sobre la recomendación de una cesárea. Un(a) obstetra puede determinar que una mujer tiene una pelvis pequeña para parir a su bebé, pero otro puede estar en desacuerdo. De forma similar, algunos médicos(as) pueden determinar que el parto no progresa con el ritmo adecuado mientras que otros consideran que es un trabajo de parto normal. En parte, estos desacuerdos también muestran que las decisiones médicas muchas veces se toman a partir de criterios subjetivos, y no necesariamente en indicadores precisos y criterios de medicina basada en la mejor evidencia disponible.

En términos de salud para las mujeres, en la actualidad el incremento de esta práctica quirúrgica no guarda proporción con la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal, por lo que no resulta comprensible desde un punto de vista médico-técnico que esta operación sea utilizada tan o más frecuente que el parto por vía vaginal, y sin que signifique un beneficio en las condiciones de salud de los niños y niñas al nacer (Cárdenas 2014).

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) menciona en su Declaratoria 2015 que: “La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral” (OMS 2015: 2).

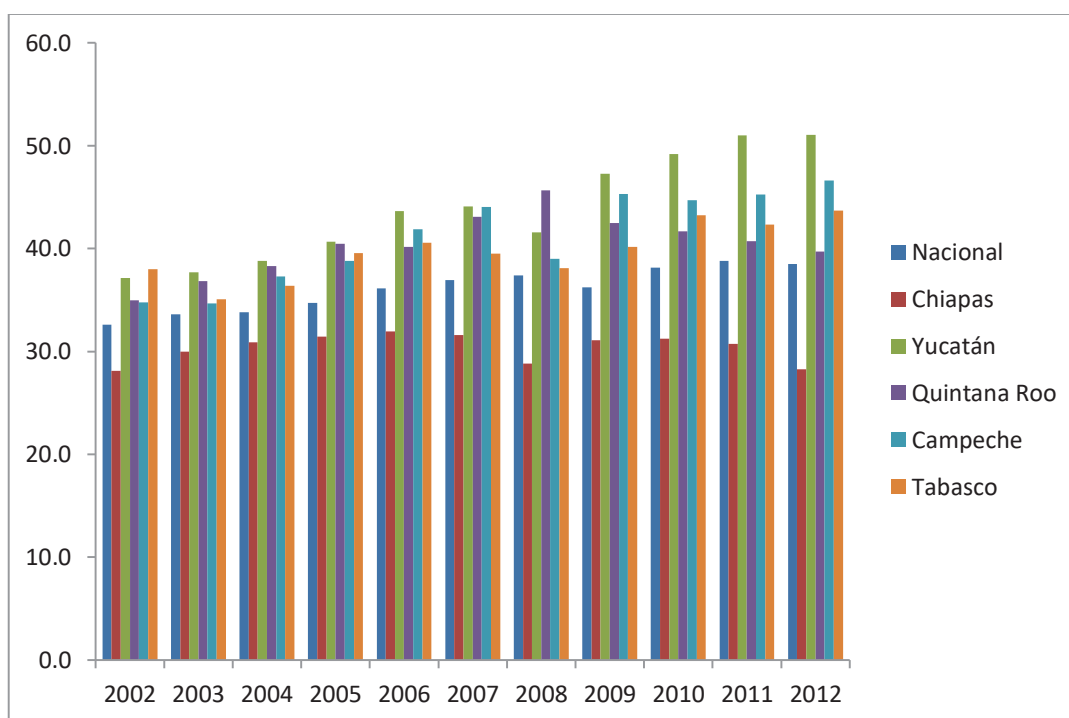
Investigaciones científicas han documentado los efectos negativos en la salud tanto de las mujeres como de los neonatos asociados a la práctica de la operación cesárea innecesaria. Entre éstos se encuentra que, “el 27% de las mujeres con cesárea presentan complicaciones, y que una de cada 10 de dichas complicaciones es de tipo severo, lo que incrementa la necesidad de procedimientos de emergencia” (Pallasmaa *et al.*, 2010, citado en Cárdenas 2014). Las cesáreas, “comparadas con los partos vaginales, presentan un riesgo mayor de paro cardíaco, hematoma de la herida, histerectomía, infección puerperal o tromboembolismo venoso de las extremidades inferiores (Liu *et al.*, 2007, citado en Cárdenas 2014), así como se eleva la necesidad de transfusiones sanguíneas, lesiones de la vejiga o uréteres y el intestino (Villanueva-Egan 2004); la aparición de pseudo-obstrucción aguda del colon (síndrome de Ogilvie), la peritonitis por vérnix caseosa y la endometriosis, son algunas de las patologías asociadas a la realización de una cesárea (Cárdenas 2002).

Por su frecuencia, el desarrollo de infecciones es uno de los principales motivos de rehospitalización, incrementando con ello, no solo los riesgos a la salud sino elevando los costos directos para las pacientes y sus familias y los sistemas de salud, poniendo mayor presión en los ya saturados centros médicos públicos (número limitado de camas, material quirúrgico y pocos recursos humanos disponibles). Por otro lado, conforme se incrementa el número de cesáreas en una mujer, aumenta la dificultad en la realización de la cirugía debido a adherencias y al riesgo de lesión a la vejiga y a los intestinos. El antecedente de cesárea también se ha asociado con una mayor probabilidad de placenta previa y placenta accreta (Villanueva-Egan 2004). Por su parte, algunos neonatos pueden desarrollar taquipnea transitoria del recién nacido (es decir, aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales), así como complicaciones de la prematuridad iatrogénica, esto es, daños a la salud del neonato provocadas directamente por el médico o una intervención médica (Cárdenas 2002).

La Encuesta de Salud y Nutrición para el año 2012, muestra que el porcentaje total de nacimientos por cesárea en México fue de 46.2% (20.5% programadas y 25.7% por urgencias) lo cual “supera el límite máximo recomendado por la Norma Oficial Mexicana 007, que es de 20%. El porcentaje de nacimientos por cesáreas reportado para el 2012 es alarmante, ya que está muy por encima del valor recomendado y sugiere un aumento progresivo desde el año 2000. En ese año en la ENSA 2000 se reportó que la resolución del parto por cesárea fue de 29.9% y en la ENSANUT 2006 fue de 34.5%” (Dommarco Rivera and Gutiérrez 2012).

Como se podrá apreciar en el Gráfico 1, a pesar de que Chiapas no es el estado con mayores índices de cesáreas en México -la lista la encabezó Yucatán con una tasa de cesáreas de 47.3% para el 2009 (Cárdenas 2014: 110), practicadas solo tomando en cuenta los datos del sector público de salud-, ni en la región de la Frontera Sur (2), las cifras estatales están por arriba de la recomendación de la OMS, ya que para el periodo del 2002 - 2012 se ha mantenido en un promedio de 28% de cesáreas practicadas solo tomando en cuenta las cifras de los servicios públicos de salud.

Gráfico 1. Porcentaje de cesáreas en las entidades de la Frontera Sur de México 2002-2012



Elaboración propia, 2014
Fuente: Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2002-2012. Dir. General de información en Salud. Secretaría de Salud.

Dichas cifras son las reportadas por el sistema de salud público de nuestro país (3), sin embargo, para el caso de los servicios privados, no hay estadísticas claras con respecto

al número de operaciones cesáreas realizadas. No obstante, el estudio de Sánchez-Bringas y Pérez-Baleón (en prensa), actualmente en la ciudad de Monterrey se registra que 9 de cada 10 embarazos terminaron en cesárea en alguna de las unidades médicas privadas estudiadas.

1.2 Justificación

La excesiva práctica de las cesáreas a nivel mundial representa un problema complejo. Desde la recomendación emitida por la OMS para bajar las altas cifras de partos quirúrgicos en 1985 y hasta la fecha, se han publicado diversos estudios que intentan conocer las principales causas del abuso de la operación cesárea (Puentes-Rosas, Gómez-Dantés, and Garrido-Latorre 2004; González-Pérez, Vega López, and Cabrera Pivaral 2011; Saidu et al. 2011; Holtz and Stanton 2012). Sin embargo, en México, los intereses institucionales se centran principalmente en mantener bajo control las cifras de mortalidad materna e infantil, sin poner un énfasis específico en el uso excesivo de la operación cesárea en la atención al parto.

Los efectos indeseables en el exceso de cesáreas recaen sobre todo en la población usuaria de los servicios sanitarios tanto públicos como privados, pues deben enfrentar las complicaciones postoperatorias, tiempos de recuperación y estancias hospitalarias prolongados y mayores costos en la atención al parto (Villanueva-Egan 2004). Así mismo, el hecho de que las mujeres resuelvan sus embarazos a través de cesáreas se ha asociado a una menor prevalencia de lactancia materna, con consecuencias negativas para la salud y nutrición del recién nacido (Temboury-Molina 1999; Perez-Rios, Ramos-

Valencia, and Ortiz 2008; Correa-Rancel et al. 2009; Benites Rosito et al. 2014) y elevada incidencia de obesidad infantil (Yuan et al. 2016).

Por lo tanto, el tema del incremento de la operación cesárea electiva —entendida como una intervención quirúrgica programada generalmente decidida desde la consulta externa, con hospitalización previa a la cirugía, sin que exista actividad uterina, sin ruptura de membranas, sin sufrimiento fetal o complicaciones maternas (4)—, debe de estudiarse de manera interdisciplinaria para una comprensión más completa este fenómeno. Sobre todo, analizar el fenómeno desde la perspectiva de las mujeres, quienes deciden (por sugerencia del personal médico, de la familia, de sus parejas o bien, de su círculo de amistades, redes de apoyo o por convicción propia) realizarse cesáreas y con esta decisión, soslayar los riesgos a la salud que implica dicha cirugía.

De acuerdo con Nazar (2012) entre las razones que se han documentado para explicar el incremento de las cesáreas en nuestro país, se encuentran el mejoramiento en las técnicas quirúrgicas y anestésicas; la percepción de seguridad de la operación cesárea por parte de las mujeres y el personal médico; el aumento en la oferta de servicios médicos privados; el incremento de médicos especialistas obstetras y la introducción generalizada del ultrasonido obstétrico en hospitales, centros de salud y consultorios y, finalmente, el aumento de la demanda de operación cesárea, sin indicación clínica, por parte de las mujeres embarazadas. Estos resultados también son compartidos por estudios recientes en Estados Unidos, en donde se relaciona el incremento de la práctica de la cesárea con la medicalización del parto apoyado con el aumento de los ultrasonidos

obstétricos en embarazos considerados de bajo riesgo (cfr. McDorman and Declercq 2016).

El incremento de la demanda de las mujeres a esta cirugía y el debate que se ha suscitado con respecto al derecho a decidir acerca de una cesárea electiva conlleva a incluir otros temas asociados a la discusión, como que las mujeres han tenido experiencias obstétricas negativas, han sido sometidas a algún tipo de abuso sexual en la infancia (Meijer et al. 2014), el ejercicio de la sexualidad posterior a un parto, la comunicación de expectativas entre pares (Cárdenas 2014), el excesivo miedo al parto que puede desencadenar problemas psicológicos graves como la tocofobia (5) y la poca información que las mujeres tienen con respecto a sus cuerpos, la manera en la que transcurre el embarazo y el parto natural, son cuestiones que tensan los músculos y por consiguiente se desencadenan dolores físicos y emocionales más allá de lo que las mujeres creen poder soportar (Schultz-Wild and Muñoz-López 1975).

Por su parte, el personal de salud declara que cuando opta por llevar a cabo una cesárea se debe a tres razones: como una medida para disminuir los riesgos de que se presente una complicación médica; para ejercer una medicina defensiva (6) y para acortar los tiempos destinados a la atención de partos (Cárdenas 2014).

Por lo tanto, se encuentran por un lado, las condiciones de vida de la mujer y su decisión de realizarse un parto quirúrgico gracias a que el entorno la orilla a tomar dicha decisión (McDorman and Declercq 2016) y, por otro, la creciente patologización del parto por parte de la biomedicina y la excesiva medicalización de un evento natural en la vida sexual de

las mujeres (Carmona Samper s/f). Dos caras de una misma moneda que van en detrimento de la salud de las mujeres y su calidad de vida.

De acuerdo con Isabel Fernández del Castillo (2012), el parto es un acontecimiento sexual en tanto:

Reducir el nacimiento a un suceso médico ha hecho perder de vista la realidad de que el parto es un acontecimiento de la esfera sexual. Orgasmo y reflejo de eyección materno-fetal son dos reacciones espontáneas similares. Ambas se producen gracias a un estado emocional y hormonal parecido, de auténtica «rendición», dirigido y premiado por las mismas sustancias: oxitocina y endorfinas. Y todo el mundo sabe que no se puede controlar, dirigir, forzar, ni siquiera observar indiscretamente un episodio de la vida sexual sin inhibirlo. Parir un hijo es un acto de amor, consecuencia de un acto de amor anterior (Fernández del Castillo 2012: 46).

Por otro lado, escasos estudios, en su mayoría de los Países Bajos (Karlström et al. 2010; Fuglenes, Aas, and Botten 2011; Meijer et al. 2014), investigan acerca del miedo al que se enfrenta una mujer a la hora de tomar la decisión de resolver su embarazo a través de parto vaginal o quirúrgico. Sin embargo, estos estudios que explican la parte psicoemocional del problema, dejan fuera una comprensión del fenómeno desde la sociología, es decir, no dan explicación de la preferencia de las cesáreas solicitadas por las mujeres o bien, las que son sugeridas desde la consulta externa por parte del personal médico.

La comprensión de los contextos y la construcción de los espacios sociales desde dónde las mujeres toman la decisión de realizarse o tener una cesárea y poder explicar el

fenómeno a través de la propia experiencia de mujeres que ya han tenido un parto quirúrgico, o las que pretenden someterse en un futuro a esta cirugía, es parte del problema que aborda esta investigación.

Para poder comprender el fenómeno de las cesáreas se hace necesario enmarcar este estudio dentro del enfoque de Género y Salud. Es desde este punto de partida en donde cobra importancia la observación de los grandes contrastes y desigualdades en la atención a la salud de las mujeres en edad reproductiva y que un análisis riguroso debe contemplar el escrutinio de las inequidades étnicas, genéricas y de clases sociales, así como, la obligación de documentar la violencia obstétrica que pudieran enfrentar las mujeres ante los servicios de salud, entendiendo por ello que:

La violencia obstétrica se considera emocional cuando incluye regaños, amenazas, humillaciones, burlas, discriminación por apariencia de la mujer, ningún respeto por las opiniones o conocimientos de la parturienta, omisión de información relacionada con procedimientos que se realizarán en su cuerpo, entre otras. La violencia obstétrica se considerará física cuando se realizan prácticas invasivas que incluyen el suministro de medicamentos injustificados para la salud de las mujeres o no se tiene respeto por los tiempos o requerimientos del parto biológico, episiotomías y rasurado púbico de rutina, uso de oxitocina para inducir el parto, enemas para evacuar, negarles alimento o bebida, monitoreo fetal, uso de fórceps, cesáreas innecesarias, anticoncepción temporal o definitiva –sin consentimiento de la mujer- y en casos extremos la muerte del bebé o de la madre. En todos los casos un uso abusivo del poder es negar el acceso a la atención oportuna o condicionarla (Sánchez-Ramírez, Meza, and Luna 2016).

Estas inequidades en salud, abuso del poder biomédico y violencia obstétrica, ya están en parte documentadas por el más reciente Informe del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), en donde se menciona que lo que conlleva a que las mujeres en México enfrenten graves obstáculos para ejercer sus derechos sexuales y

reproductivos es porque “se les imponen métodos anticonceptivos, son criminalizadas por interrumpir embarazos no deseados, son maltratadas en los servicios de salud obstétrica, continúan muriendo en el embarazo, parto y puerperio, son discriminadas al buscar acceder a técnicas de reproducción asistida y se enfrentan con barreras graves para hacer compatible su vida laboral y reproductiva” (GIRE, 2015: 10).

1.3 Problema de investigación

El fenómeno de las cesáreas se ha abordado desde diferentes ángulos, sin embargo, pocos estudios dan cuenta de lo que piensan, sienten y experimentan las mujeres para querer o dejar realizarse una cesárea por diversas razones, que van más allá de las médicas (Faisal-Cury, Alexandre; Rossi-Menezes 2006).

Las razones documentadas van desde el miedo hacia el dolor de parto (Fuglenes et. al. 2011; Meijer et. al. 2014; Fenwick et. al. 2010); la poca información que reciben las mujeres en el momento del parto en donde el (la) especialista —dada su condición jerárquica ante la mujer— sugiere a la paciente realizarse una cesárea, lo que conlleva a una toma de decisión parcial y poco informada (Groom and Brown 2000) y finalmente, la decisión de las mujeres de realizarse una cesárea con tal de dejar de ser blanco de la violencia obstétrica (Castro and Erviti 2015).

Como ya se mencionó, el incremento de las cesáreas innecesarias y el abuso de esta práctica quirúrgica, diseñada desde sus inicios como una forma de salvar la vida de la madre y del feto, acarrea mayores problemas que soluciones en términos de la salud de

las mujeres y sus bebés. Sin embargo y a pesar de que existe y puede ser consultada la información sobre cesáreas y sus riesgos, ¿la decisión de las mujeres ante esta práctica quirúrgica se hace de manera consciente y reflexiva?, o bien, ¿cómo se maneja la información acerca de las cesáreas para que una mujer decida o permita realizarse una y con ello, pensar o sentir que es una cirugía que no conlleva riesgos para su salud y la de su hijo o hija a corto, mediano y largo plazo?

La presente investigación tiene el propósito de comprender la toma de decisión de las mujeres que optan por una cesárea, considerada no necesaria por riesgo directo a la salud. Para ello, se analizaron, por un lado, el discurso femenino acerca de la práctica de la cesárea y, por otro, la manera en la que se transmite la información, se genera el conocimiento, se convierte en sentido común y se amalgama el imaginario colectivo acerca de esta práctica quirúrgica dentro de un proceso de cognición sociocultural (Moscovici and Marková 2003) en donde una cirugía de emergencia, a ojos de la sociedad, se convierte en una cirugía sin mayores riesgos y con mayores beneficios que el parto vaginal.

Para lograr dichos objetivos es necesario partir de la revisión teórica acerca de la construcción del cuerpo femenino y poder sentar las bases para la posterior discusión y análisis del fenómeno sociocultural que envuelve a la práctica de la cesárea.

La antropología del cuerpo, es nuestro punto de partida, por lo tanto y de acuerdo con Elsa Muñiz, el cuerpo humano es un constructo cultural y por tanto es histórico: “el cuerpo se concibe como aparato semiótico, como entramado simbólico, como carne flexible y

moldeable, como sustrato de la humanidad, como elemento fundante de la identidad, como instrumento místico y, finalmente como espacio virtual” (Muñiz, 2008: 16). Así mismo, la historicidad queda de manifiesto en la medida en la que los metarrelatos hegemónicos como el religioso, el biomédico, el de los medios de comunicación masiva, el educativo y el de género, participan en la endoculturación de los cuerpos y su propia materialización.

A lo largo de la historia humana, la concepción del cuerpo y el ejercicio de la sexualidad femenina han pasado por distintas representaciones sociales que están entrelazadas con la economía, la política, la ética, la estética y sobre todo con las estructuras del poder imperantes en cada etapa de la historia. Es así como Foucault (1976) nos explica la manera en la que los cuerpos son normados por la producción discursiva, lo que se nombra y ciertamente, lo que no se nombra; la producción del poder, cuya función es prohibir y normar las conductas humanas adecuadas para la época; la producción del saber, lo que es válido y verdadero a través de la justificación científica, lo que con frecuencia hace circular errores e ignorancias sistemáticas y, la voluntad del saber, conocimientos que la sociedad genera a través de contraponer el discurso científico imperante.

En *Vigilar y castigar*, Foucault (1975), explica como el cuerpo es a la vez objeto y blanco del poder. Es el campo de acción para la disciplina por lo tanto es manipulado, se le educa, debe obedecer y se vuelve hábil según los deseos de otros. Con práctica, adiestramiento y control sobre él, el cuerpo se vuelve así, dócil, amaestrado a través de las técnicas de control y sujeción ejercidas sobre él. Técnicas del poder que disciplinan

los cuerpos con el fin último de dominarlos, de controlarlos a través de “una mecánica del poder” en donde el cuerpo se vuelve útil –desde la economía- y, dócil –en el sentido de la obediencia política-. Por lo tanto, un cuerpo que encarna y reproduce en sí mismo, la microfísica del poder.

Desde el siglo XVIII, la separación cartesiana de cuerpo/mente, de sociedad/naturaleza a través del triunfo de la razón (pensamiento) sobre el cuerpo (materialidad), se anclaron en el pensamiento moderno en donde la salud, la sexualidad normada y el cuerpo femenino fueron signados por la economía capitalista en donde “la especialización y la eficacia asociadas al cuerpo-máquina y lo incivilizado asociado al cuerpo-naturaleza constituyeron dispositivos que apuntalaron el florecimiento del capitalismo y la consolidación del cristianismo” (Cruz 2014: 23).

El cuerpo es entonces, concebido como un campo de elaboración discursiva, trascendiendo el hecho de que es también materialidad y biología (Muñiz 2008). En este sentido, desde el enfoque del *embodiment*, el cuerpo es algo relacional “es una cuestión de carne compartida, mutuamente implicada y nunca completamente anónima” (Csordas 2013: 293), el cual está localizado en la experiencia del mundo, es un recurso de la existencia y en consecuencia, trasciende a una entidad orgánica.

A la par, la geografía de género como propuesta teórica ha sido primordial para posicionar la discusión del cuerpo como un lugar. En este esquema, el cuerpo es comprendido como la primera escala geográfica, el espacio en donde se localiza la persona y sus límites resultan permeables respecto a los otros cuerpos. En el cuerpo se viven y experimentan

las emociones, de manera que el cuerpo es el repositorio de la experiencia y vivencia emocional y por ende, el espacio forma parte de la corporeidad (Soto 2013).

La propuesta es tomar en cuenta el concepto de *embodiment* o “encarnación” entendido como una acción de dar cuerpo, de sumergir en la corporeidad algo o alguien, lo que tiene dos efectos centrales, por un lado, combinar varias dimensiones de la existencia tales como sentimientos y emociones y, por otro, frente al mundo dicotomizado que excluye socialmente a las mujeres, el concepto de encarnación es clave pues permite unificar los dualismos.

Tal como lo enuncia Esteban (2002), si bien el desarrollo de la Ciencia nunca ha sido homogéneo, los fundamentos científicos en los que descansa nuestro actual conocimiento del mundo y sus funciones provienen de los siglos XVII y XVIII en los que destacan las ideas newtonianas y cartesianas. René Descartes “aporta al ejercicio científico varias de las ideas que aún hoy siguen siendo claves, como son las dualidades mente-materia y observador-observado [y] el énfasis en el análisis racional por encima de todas las demás formas de conocimiento” (*ob. cit.*: 20).

La ciencia médica, en tanto discurso hegemónico, ha jugado el papel primordial en la construcción de ideas acerca del cuerpo, el control y el poder que se ejerce en éste. La medicina que conocemos actualmente en los países “desarrollados” y la atención por especialistas quienes tratan enfermedades, fragmentando cada vez más el cuerpo biológico, nació en Occidente de la cirugía y la traumatología (Valls-Llobet 2010).

La ciencia médica y en concreto, el nacimiento de la Ginecología y Obstetricia, han servido a un sistema sociocultural occidentalizado y patriarcal para perpetuar un sistema de poder en donde las mujeres hemos sido reiteradamente expropiadas no solo de la posibilidad de pensar sino más aún, de nuestros propios cuerpos (cfr. López-Sánchez 2008 y 2013; Gorbach 2005; Esteban 2002; Cházaro 2005).

Aquello ha sido posible gracias a una sociedad que desde el siglo XVIII ha legitimado y otorgado autoridad creciente a la figura de “el médico” (¡sí, en masculino!) que le ha dotado de una investidura casi monacal, en donde sus opiniones son traducidas en palabras incuestionables e inamovibles sobre todo en lo que respecta a los procesos de la vida de las mujeres y más allá, en lo que respecta a su vida reproductiva y sexual.

Bourdieu menciona que los cuerpos masculino y femenino, en especial los órganos sexuales, son los que simbolizan el ejercicio de sexualidad, “en donde son percibidos y construidos según los esquemas prácticos del *habitus* y de este modo en apoyos simbólicos privilegiados de aquellos significados y valores que están en concordancia con los principios de la visión falocéntrica del mundo” (Bourdieu 1998:16).

El grupo, por considerar que la sexualidad es algo demasiado importante socialmente para ser dejada al azar de las improvisaciones individuales, propone e impone una definición oficial de los usos legítimos del cuerpo, excluyendo, tanto representaciones como prácticas, todo lo que, en especial entre los hombres, puede evocar las propiedades estatutariamente asignadas a otra categoría [...]. El cuerpo biológico socialmente forjado es así un cuerpo politizado, una política incorporada. Los principios fundamentales de la visión del mundo androcéntrico son naturalizados bajo la forma de posiciones y disposiciones elementales del cuerpo que son percibidas como expresiones naturales de tendencias naturales (Bourdieu 1998: 25).

El llamado sistema sexo-género (Rubin 1986) es el conjunto de arreglos a partir de los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana; con estos “productos” culturales, cada sociedad arma un sistema sexo/género, es decir, un conjunto de normas a partir de las cuales la materia cruda del sexo humano y de la procreación es moldeada por la intervención social, lo cual se hace evidente en la relación asimétrica del poder biomédico en relación con la mujer parturienta, a la cual se le trata como enferma (Turner 1995; Sayavedra-Herrerías and Flores-Hernández 1997) en la construcción simbólica de los cuerpos de las mujeres, en el campo de la sexualidad femenina que es en donde operan las representaciones sociales y el imaginario colectivo con respecto a la procreación, el embarazo y su desenlace.

Para Teresa Ortiz (2002), en el siglo XVII las representaciones médicas sobre el cuerpo femenino y, en particular, la centralidad del útero marcaron la diferencia sexual entre hombres y mujeres:

[El útero] sirvió para ensalzar la reproducción y para centrar el interés científico-médico por el parto en un contexto social de auge de las ideas mercantilistas y de políticas demográficas. Pero a partir del siglo XVIII la sexualización fue más allá del útero y alcanzó al cuerpo [femenino] en todas sus partes, anatómicas primero, funcionales y mentales después (Ortiz 2002: 35).

En este mismo orden de ideas, López-Sánchez (2013) menciona que “[...] De allí en adelante, la imagen metonímica de *mujer-útero* representó el lugar común de referencia para explicarnos los llamados estados patológicos femeninos y sus características adyacentes” (*ob. cit.*: 52).

La centralidad del útero, la representación técnica-médica del cuerpo femenino junto con las representaciones sociales e imaginarios colectivos acerca de “lo femenino” y su normatividad en el siglo XIX, fueron conformando los usos diferenciados del cuerpo de hombres y mujeres y por consiguiente, la regulación de las prácticas sexuales.

De allí surgieron las ideas de la “higiene conyugal” y de la sexualidad femenina en función de la procreación, la mujer-útero, constitución biológica al cumplimiento de una función social específica: la reproducción de la especie (biología) y la responsabilidad de la reproducción y mantenimiento de los valores morales (reproducción social), apuntalado todo por una moralidad decimonónica que en buena parte se gestó desde el gremio médico y científico de la época (López-Sánchez 2008). Imperativos sociales e ideológicos junto con una moral burguesa al servicio de un sistema capitalista en el que el control y la medicalización del cuerpo –el de la mujer-, era indispensable para una economía que requería cuerpos dóciles y productivos (*idem*).

Finalmente, las representaciones discursivas, avaladas desde la Ciencia, se vuelven con el paso del tiempo herramientas de control social, campo en el que opera el ejercicio del poder biomédico con respecto al cuerpo de las mujeres lo que conlleva a promover o inhibir prácticas y conductas normativizadas ya no sólo en materia de reproducción sexual sino afectando a todos los demás campos de la vida de las mujeres, sobre todo en lo que respecta a su salud.

Como ya se vio, la medicina nunca ha sido una ciencia exacta ya que forma parte de los discursos que deben ser contextualizados en su historia tanto política como económica y social.

Interpelando a la construcción de una epistemología feminista (Valcárcel 2008; Amorós 2008), la investigación de-desde las corporalidades femeninas y de la salud de las mujeres debe contemplar las intersecciones étnicas, de clases sociales, de relaciones de género y condiciones de vida si es que en realidad se quiere hacer un análisis serio y profundo que permita comprender la situación de salud de las mujeres.

Si el cuerpo femenino es entendido como construcción social, por lo tanto, la salud de las mujeres también lo es. “Es el resultado de las condiciones de vida de las mujeres, de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente en que transcurren sus vidas” (Sayavedra-Herrerías and Flores-Hernández 1997: 15).

Si las mujeres somos comprendidas como seres sociales, las cuales tenemos capacidad de agencia sobre nuestros cuerpos y a la vez somos, atravesadas por los discursos hegemónicos de la ciencia, la biomedicina y la dominación masculina entonces el análisis debe contemplar estos “ejes de la condición genérica de la mujer: el ser cuerpo-para-otros, lo que también incluye su sexualidad; y el ser sujeta de dominio del poder patriarcal” (*ob. cit.*: 63), en el cual, y de manera sistemática, las mujeres nos encontramos subsumidas a las relaciones asimétricas del poder de la biomedicina quien ejerce el poder

para signar y normar nuestros propios cuerpos, que se vuelven ocupados, habitados, objeto-para-otros y expropiados (*ídem*).

Al ser cuerpo-naturaleza-para-otros, la corporeidad vivida adquiere un sentido del control y opresión. El ámbito de la sexualidad en el género femenino sintetiza todas las construcciones socio-culturales que transforman la diferencia en inequidad [...]. En donde el poder del dominio consiste en decidir sobre la vida del otro, en la intervención con hechos que obligan, prohíben o impiden la libertad, ejerciendo el control y el sometimiento, produciendo y reproduciendo situaciones de violencia, abuso del poder y coerción (Sayavedra-Herrerías and Flores Hernández: 64-65).

Las desigualdades en la atención de la salud de las mujeres, los grandes contrastes entre clases sociales, diferencias étnicas y, en general, heterogéneas condiciones de vida de las mujeres en nuestro país, aunado a la creciente violencia obstétrica que experimentan las mujeres tanto en hospitales públicos como en privados, complejiza el panorama de la atención al parto y la creciente epidemia de cesáreas programadas.

Con todo lo expuesto anteriormente, cabe hacernos algunas preguntas con respecto al análisis de las cesáreas como fenómeno social: ¿cómo deciden las mujeres realizarse o dejarse realizar una cesárea?, ¿de qué manera las mujeres seguimos depositando nuestra confianza en el discurso biomédico acerca de “la necesidad” o “la opción” de realizarnos una cesárea?, ¿cuáles son los mecanismos socioculturales e históricos que operan en relación a hacerse o no una cesárea?, ¿la toma de decisión de la mujer es reflexiva y consciente de los efectos e implicaciones a futuro en su salud integral?

Una respuesta plausible nos la aportaría el enfoque del *embodiment*, desde la antropología del cuerpo, en donde se ubican las corporalidades femeninas como escalas

geográficas de género, lo que permite analizar la experiencia vivida y encarnada de las intersecciones socioculturales al tiempo que coloca a los cuerpos como agentes de cambio y posición política.

La noción de corporalidad que nos presenta Csordas (2013) -precursor de esta teoría-, es comprender el cuerpo como algo relacional, el cual está localizado en la experiencia del mundo, es un recurso de la existencia y en consecuencia, trasciende a una entidad orgánica definida como lo es un objeto material (la simple materialidad bioquímica).

Para poder comprender este tipo de corporeidad, Csordas propone una metodología desde la perspectiva de la fenomenología cultural de las corporeidades. Colocándose desde un análisis fenomenológico del ser (del sí mismo, *self*) en el cual el marco metodológico es indeterminado, definido por la experiencia perceptual, por el modo de presencia y por el estar-en-el-mundo y participar en él, teniendo siempre presente la construcción del *habitus* y el sistema de poder imperante.

La corporalidad implica tanto tensión como intención. Es decir, nuestros cuerpos que están en el mundo no son pasivos ni inertes no están “simplemente allí”. Implica entonces, una postura política y económica localizados en un espacio sociocultural. Somos cuerpos unidos al mundo por medio de redes de cables intencionales, emitidos por nosotros. Esto implica un cierto tipo de elección, existencia y responsabilidad.

Este enfoque retoma la filosofía feminista en la medida en la que esa responsabilidad de la existencia y la encarnación de la cultura en el *self* da la pauta para poder comprender

el sistema sociocultural y de poder en el cual las diferencias sexuales operan, por lo que echa mano de las ideas de Luce Irigaray (Irigaray 1993) en donde la diferencia sexual es concebida como un diseño ético y político que nada tiene de inocente ni natural. Sino en donde los cuerpos femeninos son objetivados como subalternos a los cuerpos masculinos siempre embestidos del poder hegemónico.

Por otro lado, es interesante la manera en la que el enfoque del *embodiment* (Citro 2009) plantea que a pesar del control y delimitación del cuerpo femenino por la cultura, los propios cuerpos femeninos se resignifican, resisten y encuentran nuevas formas de expresarse y de vivirse-en-el-mundo. Lo que implica la agencia de los cuerpos, su actuar y las prácticas que se generan en consecuencia dentro de la sociedad.

Si bien en los albores del siglo XXI, nos vivimos como mujeres que podemos decidir sobre nuestros cuerpos, ¿qué tanto de esa sentencia es cierta y ejercida por nosotras mismas de manera conciente y reflexiva? o, ¿las decisiones tomadas sobre nuestros cuerpos femeninos son parte de un discurso que imaginamos entre todos y todas para mantener el juego sociocultural hasta entonces imperante?, ¿de qué manera se genera y se mantiene vivo el imaginario colectivo acerca del fenómeno de las cesárea en mujeres contemporáneas?, ¿cuáles son los saberes, percepciones, prácticas y actitudes que operan en la transmisión de la información y conocimientos sobre la cesárea?, ¿de qué manera las mujeres seguimos depositando nuestra confianza en el discurso biomédico acerca de “la necesidad” o “la opción” de realizarnos una cesárea?, ¿cuáles son las razones que las mujeres mencionan para haber tenido o pretender realizarse una cesárea?, finalmente, ¿cuál es la experiencia de las mujeres con respecto a haber tenido

una cesárea?, ¿cómo la califican desde la profundidad de su pensamiento y sentir? Estos cuestionamientos son las preguntas eje de esta investigación de carácter cualitativo.

1.4 Objetivo General

Describir y comprender el imaginario colectivo sobre la cesárea, los saberes, percepciones, prácticas y actitudes que operan en la transmisión de la información y la toma de decisión con respecto a esta cirugía en mujeres de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

1.5 Objetivos Particulares

- Describir de manera cuantitativa algunos elementos del panorama de la atención al parto en los cuatro municipios más poblados de Chiapas.
- Analizar el discurso femenino con respecto a los saberes, percepciones, prácticas y actitudes asociadas a la operación cesárea.
- Conocer la manera en la que se transmite la información con respecto a las cesáreas, se genera el conocimiento y se convierte en sentido común.
- Registrar la toma de decisión de las mujeres, explorando las razones, sentires y experiencias con respecto a optar por una cesárea.

1.6 Supuestos de los que se parte en esta investigación

1. Las principales fuentes de información que tiene una mujer acerca de la cesárea provienen de dos vías, por un lado, de sus propias redes de apoyo y solidaridad (llámese pareja, familia, amistades y grupos de interés) y, por otro, de lo que el personal de salud dicta acerca del parto y del propio cuerpo de la mujer.
2. Algunas mujeres jóvenes (entre 12 y 25 años de edad) prefieren realizarse una cesárea por creer que es una manera inocua de parir, la cual conlleva mayores comodidades para ellas, por cuestiones estéticas o del ejercicio de la sexualidad, además de que es una operación que puede ser programada y con ello hacer compatible la vida laboral con el nacimiento de los hijos e hijas.
3. Las mujeres que están más expuestas a tener una cesárea innecesaria son o muy jóvenes (12-25 años), o las que pasan los 35 años de edad, ya que son catalogadas como “añosas” para los proveedores de servicios de salud.
4. Algunas mujeres optan por realizarse una cesárea por creer que es una manera de salvarse de la violencia obstétrica.
5. El discurso biomédico que transmiten algunos proveedores de servicios de salud a la mujer embarazada, establece una relación asimétrica de poder, en donde posteriormente se manifestará la anulación de la toma de decisión de la mujer con respecto a su forma de parto.
6. De acuerdo al tipo de información (desconexión del cuerpo y los procesos naturales *versus* poder de decisión conciente sobre la cesárea) sobre el parto y los procesos fisiológicos, será manifestado el miedo al parto.

7. El poder de afirmación aumenta cuando la mujer posee redes de apoyo y solidaridad fuertes, lo que disminuye la posibilidad de tener una cesárea electiva.
8. Las mujeres que tienen una cesárea necesaria y humanizada en consecuencia de un aumento en el poder de afirmación con respecto al parto que desean tener.

2. METODOLOGÍA

Desde el enfoque del constructivismo social (Berger and Luckmann 1986), el cual plantea que la realidad se construye socialmente y que la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto se produce, se posiciona la presente investigación.

Dicha corriente sociológica sostiene que todo el conocimiento, incluyendo el sentido común, se deriva de las interacciones sociales, las que a su vez son reforzadas a través de las diversas percepciones de la realidad. Este posicionamiento teórico influyó a la teoría de la acción social de Pierre Bourdieu (1930-2002) y a la psicología social de Serge Moscovici (1925-2014) con la teoría de las Representaciones Sociales (RS).

Las preguntas de las que parte la teoría de las Representaciones Sociales, en palabras de Moscovici -precursor de esta corriente de la psicología social-, son: “¿cuál es el impacto de la ciencia en la cultura cotidiana?, ¿cómo llega a formar parte de nuestro sistema de creencias?, ¿cómo influye en el comportamiento de las personas?, y finalmente, ¿cómo se transforma el conocimiento científico en conocimiento corriente o espontáneo?” (Moscovici and Marková 2003: 115).

Estos cuestionamientos nos introducen a pensar que la aceptación por parte de la sociedad del incremento de las cesáreas, lo que antes era una cirugía de emergencia perteneciente al campo médico (científico), se fue conformando en un fenómeno social aceptado por todos y todas en su conjunto, llegando así a ser parte del sistema de creencias y por lo tanto, configurando prácticas cotidianas, que para este caso, sólo recaen en un cuerpo femenino.

Se retoma la noción de imaginario colectivo que propone Castoriadis en donde se refuerza que: “aunque las significaciones sociales imaginarias son una creación, sólo existen en tanto están encarnadas en instituciones. En este sentido, no son fenómenos meramente mentales, sino que son al mismo tiempo un ‘principio de existencia, principio de pensamiento, principio de valor, principio de acción’ (Castoriadis 1998: 178)

Moscovici define a la representación social como un tipo de organización simbólica del conocimiento y el lenguaje y con esta noción pudo comenzar con el proyecto de rehabilitación del sentido común y el conocimiento corriente, el cual estaba desdeñado a los ojos de la Ciencia para ese entonces (*ob.cit.*, 118).

Años más tarde, Pierre Bourdieu da la pauta para comprender a la sociedad dentro de un espacio social que da estructura a posiciones diferenciadas definidas por el lugar que ocupan en la distribución de una especie particular de capital. Por ejemplo, las clases sociales son entendidas como clases lógicas delimitadas por un conjunto de agentes que ocupan una posición idéntica dentro del espacio social desde la perspectiva de sus

prácticas culturales, de sus consumos, de sus opiniones políticas, de sus gustos (Bourdieu 2003).

Con respecto a la noción de actitud, Moscovici menciona:

Cuando uno estudia actitudes, estudia las relaciones entre el pensamiento y un objeto. [...] cuando uno tiene una actitud hacia un objeto, ese objeto ya es parte de uno mismo, en un sentido. En otras palabras, puedo tener una actitud hacia un objeto si tengo una representación asociada con ese objeto. Alternativamente, una actitud puede ser un sentimiento primario general respecto de algo de lo que establecemos una representación. En algún sentido, tener una actitud respecto de algo es como hacer una proposición actitudinal. [...] Por eso, en ese sentido, sostengo que una actitud es un aspecto de la representación y la representación es lo que agrupa los ítems actitudinales. [...] Más aún, dado que una actitud es una dimensión de la representación, no es un concepto básico de nuestro conocimiento popular o de nuestro razonamiento de sentido común. [...] Entonces me dije con valentía que hay una representación, y que tal vez esto sea lo que mantiene unidas a las actitudes. Esa fue la segunda razón que me llevó al concepto de representación social. [...] Nuestras representaciones también son instituciones que compartimos y que existen antes de que accedamos a ellas. Formamos nuevas representaciones a partir de las anteriores o contra ellas. Las actitudes no expresan el conocimiento como tal, sino más bien una relación de certidumbre o incertidumbre, de creencia o incredulidad respecto de ese conocimiento (Moscovici & Markova, ob.cit.: 121-124).

Por lo tanto, la toma de decisión con respecto a un parto vaginal o uno quirúrgico implica una actitud -y por añadidura, un pensamiento previo y compartido por la colectividad-, la cual decantará en una práctica concreta, para este caso: una cesárea.

La toma de decisión y la orientación de la misma con respecto al desenlace del embarazo, está directamente relacionado con el concepto de acción, el cual es entendido como un concepto relacional y posicionado dentro de un espacio social en donde opera el *habitus*, el cual es definido como:

estructura estructurante, que organiza las prácticas y la percepción de las prácticas, el habitus es también estructura estructurada: el principio de división en clases lógicas que organiza la percepción del mundo social es a su vez producto de la incorporación de la división de clases sociales (Bourdieu 1997: 170).

En ese sentido, Esparza-Serra cita a Jodelet afirmando que:

la representación social se diferencia del habitus en que éste, a mí me parece, un sistema más envolvente, más abarcante que representación, en cuanto la noción de habitus se refiere a todo lo que está interiorizado por un sujeto desde su nacimiento en términos de su socialización primaria, secundaria etcétera y, que entra de manera más o menos inconsciente en su manera de actuar en la sociedad. [...] la noción es que es más inconsciente que el de representación. Ahí podemos ver a la representación [social] como un aspecto del sistema de habitus completo (Jodelet por Esparza-Serra 2003: 126-27).

Por tanto, la teoría de la acción social engloba a la teoría de las representaciones sociales. Sin embargo, no permite por su carácter teórico, dar cuenta de observables empíricos como lo es la conducta humana y la toma de decisión de una mujer ante el tipo de parto que desea, por lo tanto, se propone aplicar en parte la metodología de la teoría de las Representaciones Sociales (RS) para poder hacer observables y medibles las categorías de análisis, las que son detalladas en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Categorías y dimensiones del concepto Acción

Categorías	Dimensiones
Interacción sociocultural (Posición que la persona ocupa en el sistema sociocultural, retomado de la teoría social de Bourdieu)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Condición étnica 2. Clase social 3. Edad de la mujer en su cesárea 4. Nivel escolar
Transmisión de conocimientos sobre la cesárea	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personal médico (lo que le dijeron) 2. Madre o familia (lo que le dijeron)
Experiencias y conocimientos sobre la cesárea	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creencias y prácticas sobre la cesárea 2. Maneras de nombrarla 3. Qué es la cesárea
Violencia obstétrica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sufrió un evento 2. No sufrió un evento
Relaciones asimétricas con el poder biomédico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia 2. No existencia
Conductas y toma de decisión sobre la cesárea	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factores económicos 2. Otros factores
Cuerpo sintiente o corporeidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temor a sentir dolor 2. No temor a sentir dolor

En tanto que la teoría de las RS funde sus orígenes en la psicología social, es pertinente señalar que se continuará haciendo referencia a la sociología de Bourdieu a lo largo de la investigación para no caer en un eclecticismo metodológico y a la noción de imaginario colectivo de Castoriadis (Castoriadis 1974). Más bien, se propone una triangulación teórica en términos de Guadarrama (1999).

Abric define a las representaciones sociales como:

[...] una visión funcional del mundo que permite al individuo [sic] o al grupo conferir sentido a sus conductas, y entender la realidad mediante su propio sistema de referencias y adaptar y definir de este modo un lugar para sí.[...]La representación funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determinará sus comportamientos o sus prácticas. Es una guía para la acción, orienta las

acciones y las relaciones sociales. En un sistema de pre-decodificación de la realidad puesto que determina un conjunto de anticipaciones y expectativas (Abric 2001: 13).

Es así como las representaciones sociales generan sentido y esto direcciona las conductas humanas. Es lo que para el *embodiment* es el estar-en-el-mundo. Lo que implica posicionar el análisis sociocultural dentro de un sistema en el cual hay que comprender las intersecciones, los contextos históricos, las desigualdades y las condiciones de género que determinan la toma de decisión y la conducta humana en relación al parto y nacimiento de los hijos e hijas en tanto es un evento de la vida sexual de las mujeres.

Para el objeto de estudio de esta investigación, en donde una cirugía (la cesárea) es entendida como una forma de parir inocua por una parte de la población y la cual se vuelve, a través de un proceso de *naturalización* en términos de Jodelet (*Ob. cit.:* 481), parte del sentido común, es importante en este momento definir los procesos de pensamiento por los que pasan las RS: objetivización y anclaje. *La objetivización puede definirse como una operación formadora de imagen y estructurante (ídem).* Es el proceso mediante el cual se vuelve concreto lo abstracto el cual tiene tres fases: a) construcción selectiva; b) esquematización estructurante y c) naturalización.

Por su parte, Ortega-Velez menciona que:

el anclaje hace posible que la representación enraíce en el sistema de pensamiento preexistente; la construcción mental del objeto se efectúa siempre en relación a las creencias y a los valores predominantes en el grupo en un determinado momento, es decir, que se acopla algo nuevo a algo que ya existía antes (Ortega-Velez 2013: 44).

Así el anclaje otorga sentido y significado a un hecho social mediante una jerarquía de valores y por otro lado, instrumentaliza el saber, es decir, en palabras de Jodelet *permite comprender cómo los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituirlos* (Jodelet 1986). En este sentido, el anclaje forma parte de lo que Bourdieu llama *habitus*.

2.1 Técnicas de investigación: producción del dato cualitativo

A partir del diseño de la etnografía en términos de Hammersley (1994) en donde la investigación cualitativa privilegia la voz de las y los actores sociales, se utilizó la entrevista a profundidad con lo cual se pudo registrar el discurso femenino en relación a la cesárea, la toma de decisión con respecto a esta cirugía, explorar los miedos acerca del parto y comprender la transmisión de conocimientos sobre la cesárea.

Previo a la realización de las entrevistas se solicitaron las firmas de las participantes en el marco de una Carta de Consentimiento Informado. Las conversaciones fueron grabadas, transcritas y codificadas para su posterior análisis cualitativo respetando en todo momento la confidencialidad de las participantes (Ver en Anexo).

Se llevaron a cabo 12 entrevistas a profundidad a mujeres de clase media (que van desde media-baja hasta media-alta), residentes de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, con experiencias de cesárea en un rango de edad de 19 a 42 años. Se eligió a este grupo de mujeres por dos razones, la primera es porque siendo congruentes con el

enfoque del *embodiment*, las experiencias de vida son comprendidas de mejor manera entre pares, es decir, el compartir experiencias de partos entre mujeres con cesárea puede dar pautas acerca del incremento de este fenómeno y, segundo, porque el reclutamiento de las participantes fue hecho a través de la técnica de bola de nieve ya que se necesitaba que las entrevistadas tuvieran un poco de confianza previa hacia la entrevistadora por el carácter íntimo de las preguntas que se les hicieron. Las entrevistas se realizaron durante los meses de abril a junio del 2016.

Los criterios de inclusión de las mujeres para participar en este estudio fueron que estuvieran en el tercer trimestre de embarazo, tuvieran o no una cesárea previa o bien, hayan tenido un parto quirúrgico máximo de un año atrás y que se encontraran en edad reproductiva (15 a 44 años de edad, según la OMS).

2.2 Datos cuantitativos

Para la elaboración de tendencias a través de gráficas y tablas, se utilizaron diversas bases de datos oficiales. Para la Tabla 1 se consultó el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI y las Proyecciones de la Población de los municipios de México 2010-2030 de CONAPO, así como de la Dirección General de Información de Salud (DGIS) de la SS. Para la realización de la tabla 2, se consultó el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 del INEGI y, de igual manera que la tabla 1, los datos del DGIS y de CONAPO. De las Estadísticas Vitales del INEGI se pudo recabar la información para realizar las tablas 3 y 4. Finalmente, para el Gráfico 2 se encontró la información a través

de los Cubos dinámicos de la DGIS y del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

Lo primero que se hizo fue identificar los municipios con mayor crecimiento poblacional en las últimas cinco décadas, a partir de la población total en cada municipio de referencia para diferentes años, que coincide con las sedes de las jurisdicciones sanitarias más grandes del estado: Comitán, San Cristóbal de Las Casas, Tuxtla Gutiérrez y Tapachula. Esto permitió ubicar qué tanto ha variado la derechohabencia de acuerdo con el incremento de la densidad poblacional en dichas poblaciones.

Se elaboraron dos tablas con los datos de nacimientos registrados en dichos municipios que fueron atendidos en hospitales oficiales y aquellos atendidos en domicilio, con la finalidad de seguir alguna pista en el tiempo sobre el comportamiento de la medicalización del parto en la región, teniendo en cuenta de que en Chiapas, las diferencias socioeconómicas, geográficas y de calidad de vida entre municipios y regiones son muy polarizadas, lo que fomenta un subregistro de nacimientos sobre todo los que ocurren en domicilio o con parteras en las comunidades alejadas de los centros urbanos. Con estos datos se elaboró una gráfica de líneas en donde se puede observar la tendencia en cuanto a lugar de atención del parto en los municipios objetivo del 2000 al 2014.

En otra gráfica de líneas se presenta el comportamiento de las cesáreas en los municipios de referencia para diferentes años. Con estos pocos datos asequibles desde las estadísticas oficiales, se pudieron llegar a algunas conclusiones que enmarcan los hallazgos del trabajo cualitativo que por limitaciones de tiempo y recursos se realizó

solamente en San Cristóbal de Las Casas. Por lo tanto, no pretendemos que las conclusiones se generalicen para todo el estado, pero sí sirven para reflexionar sobre los determinantes y significados del incremento en la incidencia de cesárea en esta región del país.

2.3 Aspectos éticos en la investigación

A las mujeres participantes en este estudio se les proporcionó una Carta de Consentimiento Informado (CCI) la cual brindó una explicación escrita de los objetivos y alcances del estudio, señalando que no se corría ningún riesgo para su persona, pero tampoco le reportará beneficios directos, sino que su única utilidad sería para comprender mejor las ideas y conocimientos que las mujeres tienen sobre la operación cesárea y los motivos por las que optan por ella. Así mismo se aclaró que podían abandonar el estudio si así lo desearan sin que ello causara ningún perjuicio a ninguna de las partes.

Para mantener en todo momento de la investigación la confidencialidad de las mujeres entrevistadas, escogieron un seudónimo en el momento de la entrevista.

Finalmente, la CCI señala que el protocolo de investigación fue revisado por el Comité de Ética para la investigación del Colegio de la Frontera Sur (Ecosur).

2.4 Limitaciones del estudio

Se cumplieron los tiempos para cursar una maestría y realizar un trabajo de investigación.

Sin embargo, la investigación cualitativa que implica procesos de vida, conciencia y posicionamiento político necesariamente conllevan mayores tiempos para profundizar en la comprensión de la riqueza de las experiencias compartidas entre mujeres.

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Resultados cuantitativos. Panorama de las cesáreas en Chiapas

El estado de Chiapas por antonomasia ha encabezado las listas de indicadores de rezago, pobreza y marginación del país. Sin embargo, llama la atención que al menos para las últimas cinco décadas y media su población prácticamente se ha quintuplicado manteniéndose un crecimiento constante, principalmente en cuatro de sus municipios, mismos que se pueden apreciar en la Tabla 1 en donde se observa que tanto Tuxtla Gutiérrez (capital del estado) como San Cristóbal de Las Casas han tenido un crecimiento poblacional más acelerado a comparación de los otros municipios.

Tabla 1 Municipios de Chiapas con mayor densidad poblacional

MUNICIPIOS	POBLACION TOTAL POR DÉCADAS					
	1970	1980	1990	2000	2010*	2015**
San Cristóbal de Las Casas	25,700	42,026	73,388	112,442	185,917	206,481
Tuxtla Gutiérrez	66,851	131,096	289,626	424,579	553,374	613,232
Tapachula	60,620	85,766	138,858	179,839	320,451	356,039
Comitán	21,249	27,374	48,299	70,311	141,013	158,570
POBLACIÓN TOTAL DE CHIAPAS	1,569,053	2,084,717	3,210,496	3,920,892	4,796,580	5,252,808

ELABORACION PROPIA CON BASE EN:

Chiapas: Archivo Histórico de Localidades, Página web del INEGI México: G. Garza, La urbanización de México en el siglo XX, pp. 166-199.

*Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

**Fuente: SS. DGIS. Estimaciones a partir de la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010 y de las Proyecciones de la Población de los municipios de México 2010-2030, CONAPO (abril 2013)

En la tabla 2 podemos observar cómo durante tres lustros la cobertura de servicios de salud medida por derechohabencia (7) no se ha incrementado significativamente en la población total del estado, a pesar de que en el 2003 entró en vigencia el Seguro Popular (SP). Si comparamos los datos del año 2000, podemos observar que por cada persona

con derechohabiencia había 4 que no la tenían y esto para el 2014, apenas se ha movido, siendo que hay 1 persona con derechohabiencia por 3 que no la tienen.

Si observamos al interior del mismo cuadro, hay dos municipios Tapachula y San Cristóbal que no han tenido cambios tan drásticos en la tendencia de derechohabiencia y no derechohabiencia, resaltando el contraste con Tuxtla ya que desde el año 2010 se observa que el número de derechohabientes ha superado a los no derechohabientes con lo que se mantiene una condición favorable de derechohabiencia, en oposición al caso de Comitán en donde ha persistido, a lo largo de estos tres lustros, el que por cada persona derechohabiente hay tres que no la tienen.

Sin afán de especulación, se puede considerar que en Chiapas hay municipios en donde hay una desigualdad que finalmente impacta de manera diferenciada a las poblaciones. Tuxtla es la capital del estado y por lo tanto una de las ciudades con mayor inversión económica, en donde se ubican las principales sedes de la burocracia estatal y con mayor generación de empleo, a diferencia de Comitán, municipio receptor de población fronteriza y serrana en muchas ocasiones de origen indígena y en condiciones de extrema pobreza, venidos de municipios que no cuentan con tantos servicios e infraestructura pública a diferencia de la ciudad capital del estado.

Tabla 2. Número de Derechohabientes y de no derechohabientes para cinco municipios de Chiapas 2000-2014

Entidad	Municipio	Año							
		2000*		2005*		2010**		2014**	
		DH	NoDH	DH	NoDH	DH	NoDH	DH	NoDH
Chiapas	Comitán de Domínguez	24,448	79,594	29,855	88,448	35,277	108,960	38,391	117,752
	San Cristóbal de L.C.	33,299	96,689	47,007	106,097	70,691	119,444	76,042	127,346
	Tapachula	96,900	168,194	113,100	161,591	124,281	203,323	133,874	217,290
	Tuxtla Gutiérrez	180,874	241,586	234,192	252,979	304,648	261,533	326,993	277,885
	Total Chiapas	689,971	3,051,070	861,443	3,278,815	1,059,035	3,844,720	1,130,907	4,055,665

ELABORACION PROPIA CON BASE EN:

*Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y II Conteo de Población y Vivienda 2005. http://www.inegi.org.mx/lib/Olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=10261

**Fuente: SS.DGIS. Estimaciones a partir de la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010 y de las Proyecciones de la Población de los municipios de México 2010-2030, CONAPO (abril 2013)

Otro punto a resaltar es que, como se mencionó en la Tabla 1, Tuxtla Gutiérrez y San Cristóbal de Las Casas presentan un patrón similar de crecimiento acelerado de su población, sin embargo, la paridad entre derechohabiencia y no derechohabiencia es más desventajosa en San Cristóbal de Las Casas.

Ahora bien, como parte del interés por comprender el incremento de las cesáreas en Chiapas es importante conocer la manera en la que se ha ido medicalizando el parto a través del tiempo.

Como resultado de las prácticas de la obstetricia moderna en el país desde el principio del siglo pasado, se fue desplazando la atención del parto por parteras hacia médicos y ginecólogos. Ana María Carrillo documenta detalladamente como se fueron cerrando de manera paulatina las escuelas de partería en México (Carrillo 1999) a la vez que el espacio para parir se ha ido trasladando del hogar propio de la parturienta o la casa de la partera al hospital, lo que al menos en el caso del país no se puede considerar una

práctica totalmente exitosa ya que justo sobre la especialidad de obstetricia se reportan anualmente el mayor número de quejas a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED, 2012: 8), según lo mencionan a través de sus Recomendaciones Generales para mejorar la calidad en la atención obstétrica “[Ginecología y Obstetricia es] la especialidad más relacionada a daño permanente o muerte, cuando se asocia con mala práctica”. Este es un dato alarmante ya que en la época contemporánea en México se está documentando un incremento de las prácticas médicas en el momento de la atención al parto, al grado de que casi la mitad de los bebés nacen por cesárea en este país, “En el periodo de enero de 2009 a septiembre de 2014, de cada 100 partos ocurridos 46 son por cesárea y 54 son partos normales” (CONAPO, INEGI, 2015:3)

Con relación a lo anterior, se presentan a continuación en números absolutos los nacimientos registrados por municipios atendidos tanto en hospital o clínica oficial y en domicilio para diferentes años. La intención de utilizar números absolutos se debe a que se presentan con mayor precisión los resultados de las estadísticas oficiales. En este caso, el comportamiento de las tendencias observadas en el tiempo tanto de partos atendidos en hospital como en domicilio no se ven afectadas por el incremento de la población.

Cabe aclarar que no se pudo hacer una distinción porcentual del total de nacimientos según lugar de atención para cada uno de los municipios debido a la calidad de la información, estaba separada por muy pocos rubros. Aunado a que en Chiapas hay un fuerte subregistros de nacimientos en el registro civil, situación que se agudiza en

condiciones de aislamiento geográfico y barreras culturales como es el caso de comunidades alejadas a las cabeceras municipales.

Tabla 3. Nacimientos registrados por municipio atendidos en Hospital Oficial

Municipio	Años de referencia			
	2000	2005	2010	2014
Comitán de Domínguez	1,262	1,688	6,134	7,775
San Cristóbal de L. C.	1,588	2,253	3,090	3,103
Tapachula	4,099	4,819	8,043	10,156
Tuxtla Gutiérrez	5,686	6,722	10,070	10,800
Total Chiapas	27,026	30,828	55,630	67,914

ELABORACION PROPIA CON BASE EN:

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas Vitales.

http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11837

Como se puede ver en la Tabla 3 para los años de referencia, el reporte de los nacidos vivos en hospital o clínica oficial por municipio considerados en este trabajo, presentan para el caso de San Cristóbal, Tapachula y Tuxtla Gutiérrez una tendencia similar en la que se puede apreciar como del 2000 al 2014 se han duplicado el número de partos atendidos en hospital o clínica oficial, mientras que en Comitán este número se ha quintuplicado.

Así mismo, el número de nacimientos registrados en San Cristóbal en hospital o clínica oficial es considerablemente menor a los reportados por los otros tres municipios, creemos que esto tiene relación con los datos que se muestran en la Tabla 4, en donde se puede observar que la tendencia de los nacimientos en domicilio en Tapachula, Tuxtla y Comitán van a la baja mientras que en San Cristóbal se han reportado un número de nacimientos en domicilio similar, por cuatro lustros.

La tendencia a que cada vez más se incrementen los partos dentro de los hospitales puede deberse a que en esos cuatro municipios se encuentran los principales hospitales públicos de referencia de amplias regiones. En el caso de Comitán, es un hospital de referencia para la región selva fronteriza y sierra; los hospitales de San Cristóbal son referencia para Los Altos; Tapachula para el Soconusco, Sierra y Costa, además de para la población migrante que se ha asentado en la región. Tuxtla es de referencia para todo el estado. Al mismo tiempo, en esas cuatro ciudades se han renovado o construido hospitales completamente nuevos.

Entonces, el hecho de que se haya incrementado el parto hospitalario probablemente nos habla de que mejoró la oferta de servicios, al mismo tiempo que han disminuido las barreras (geográficas, económicas, organizativas o culturales) para acceder a dichos servicios, para sectores más amplios de población que probablemente antes experimentaban mayores dificultades para acceder a los servicios.

Tabla 4. Nacimientos registrados por municipio atendidos en Domicilio

Municipio	Años de referencia			
	2000	2005	2010	2014
Comitán de Domínguez	1,076	1,202	734	314
San Cristóbal de L. C.	1,768	1,784	1,925	1,632
Tapachula	3,142	2,848	2,683	1,861
Tuxtla Gutiérrez	2,680	3,093	1,577	694
Total Chiapas	85,921	88,457	94,956	59,923

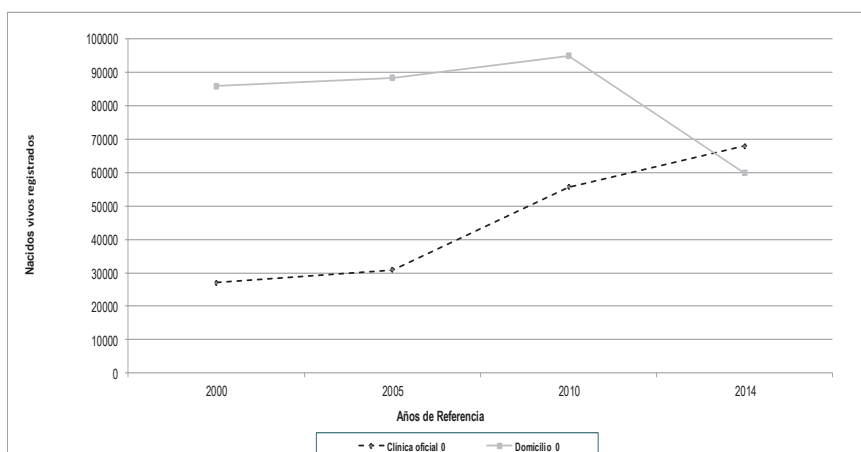
ELABORACION PROPIA CON BASE EN:

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas Vitales.

http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11837

Con relación a lo anterior, se presenta el Gráfico 1 en donde se observa la incidencia de nacidos vivos registrados según lugar de atención del parto, separando por hospital o clínica oficial y domicilio y podemos decir que en Chiapas hasta el 2010, el número de partos atendidos en domicilio era mucho mayor que los atendidos en hospitales oficiales, lo cual para 2014 sufre una vertiginosa caída pudiéndose evidenciar una medicalización del parto en el estado ya que las tendencias se revierten.

Gráfico 1. Número de nacidos vivos registrados según lugar de atención al parto en Chiapas para diferentes años



ELABORACION PROPIA CON BASE EN:

FUENTE: Tablas 3 y 4

Sin embargo, no hemos encontrado estadísticas relacionadas con otros elementos que evidencien dicha medicalización excepto el número de cesáreas practicadas en el sector público para los años de referencia de este estudio. No se encontraron tampoco datos del sector privado a este respecto, tal como lo ha mencionado Rosario Cárdenas en sus diferentes trabajos (Cárdenas 2002; Cárdenas 2014).

Así mismo, las cifras del total de cesáreas no las pudimos localizar por los municipios de referencia del estudio, solamente de manera global para todo Chiapas, separado por lugares de atención (exceptuando el privado) y consideramos que si hay una tendencia hacia la alza en esta práctica al menos del 2000 al 2014, ya que el total de nacimientos registrados en el estado no ha tenido un incremento considerable entre quinquenios: en el 2000 se registraron 112, 947 nacimientos; en el 2005, 119,285; en el 2010, 150, 586; y en el 2014, 127,837 nacimientos, no obstante al menos en la SS, el total de cesáreas en este período se ha triplicado como se puede observar en el Gráfico 2.

Ahora bien, la práctica de las cesáreas en el IMSS se ha mantenido con poca variación en los años de referencia, pero con un incremento evidente, esto puede ser explicado por la situación del mercado laboral formal en el estado (8).

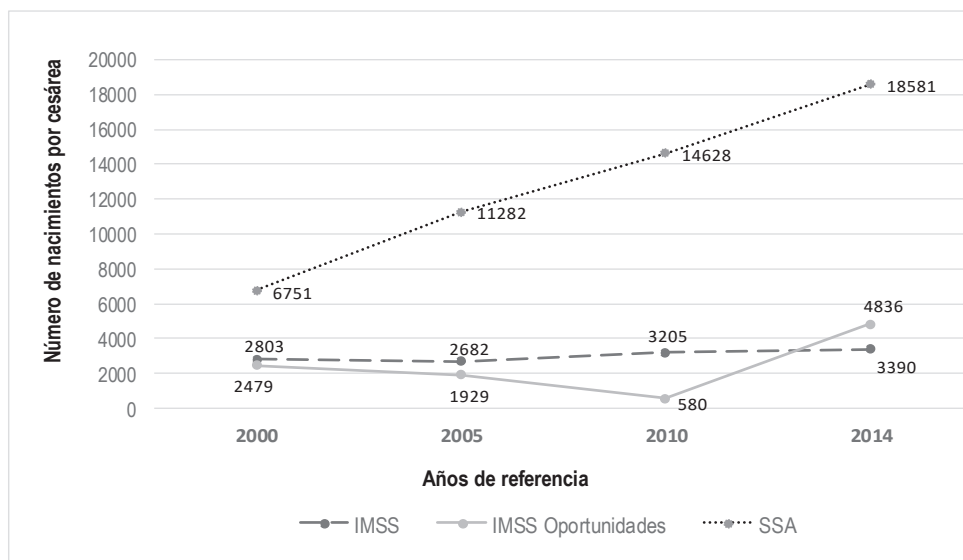
Para el caso de IMSS Oportunidades presenta un decremento del 2000 al 2010, no obstante, hacia el 2014 tiene un repunte considerable sobre todo si se compara con el 2010. Esto puede estar relacionado con el funcionamiento del programa en el estado.

Cuestión que puede ser un efecto de que la población derechohabiente al IMSS-Op se haya trasladado a los Centros de Salud de la Secretaría de Salud (SS), por causa de la

puesta en marcha del Seguro Popular (SP) en el 2005. Es decir, cuando el SP se puso en operaciones los servicios del IMSS-Op no eran cubiertos por aquel, pues sus servicios se prestaban en los establecimientos de la secretaría de salud del estado. De este modo, la población que antes se atendía en el IMSS-Op, al afiliarse al SP trasladaron su atención a la SS por lo tanto, el número de atendidos por la SS se incrementó considerablemente año con año.

No están considerados datos reportado por el SP ya que en las estadísticas consultadas el reporte de atención al parto por cesárea es cero para todos los años de referencia, no obstante al exponerse las mujeres embarazadas a más consultas prenatales medicalizadas se incrementa el riesgo de cesáreas injustificadas clínicamente (Freyermuth 2016).

Gráfico 2. Número de nacimientos por cesárea según institución de atención en Chiapas para diferentes años



ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN:

FUENTE: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Cubos dinámicos. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)

3.2 Resultados cualitativos. Entrevistas a profundidad con las mujeres participantes

Las 12 mujeres que participaron en este estudio residen en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas; sin embargo solo cinco de ellas son originarias de esta ciudad ya que el resto nacieron en otros municipios como: Palenque, Tapachula, Tuxtla Gutiérrez, Motozintla, Simojovel, Las Margaritas y Teopisca. Sus edades van desde los 19 a los 42 años. Seis de ellas cuentan con licenciatura, cuatro con maestría y dos con preparatoria. Siete son amas de casa, aunque tres de ellas mencionaron que también apoyan con su trabajo a los negocios familiares sin goce de sueldo, en contraste de las otras cinco, las cuales cuentan con trabajos remunerados fuera del hogar.

Cinco de las mujeres tienen ingresos familiares mensuales menores a los \$10 000 pesos; otras cinco van entre los \$11 000 y \$ 30 000 pesos mensuales y sólo dos mencionaron tener ingresos mucho mayores que el resto. Lo que ilustra que son de clases heterogéneas y distintas entre unas y otras.

Con respecto a su estado civil, cinco están casadas, cinco viven en unión libre, una es divorciada y una soltera.

Seis de ellas declararon hacer uso tanto de los servicios privados como públicos en la atención a sus embarazos; cuatro más mencionaron llevar sus consultas prenatales exclusivamente por medio de servicios privados y sólo dos acudieron para su atención prenatal por completo al sector de salud pública en donde también atendieron su cesárea.

Del total de las mujeres, nueve utilizaron un servicio privado para realizarse la cesárea y las tres restantes atendieron su cesárea en el Hospital de la Mujer, único hospital obstétrico de la zona de Los Altos de Chiapas. Llama la atención que, dentro de este grupo, se encuentran dos mujeres con filiación indígena (una chol y otra tzeltal) y una médica que labora dentro del mismo hospital quien decidió expresamente practicarse una cesárea programada en dicho hospital público por tenerle mayor confianza a sus compañeros de trabajo.

A la luz del sustento teórico en donde se planteó que la toma de decisión con respecto a un parto quirúrgico implica un pensamiento previo y compartido por la sociedad en donde

se va formando un imaginario colectivo acerca de la operación cesárea y que, precisamente, este pensamiento compartido es el que va dirigiendo la toma de decisión de la mujer embarazada, es lo que se podrá ver a través de la voz de las entrevistadas. Además de que se pudo observar que el biopoder y la autoridad que se ejerce en los cuerpos femeninos, es una constante en los casos que se presentan a continuación.

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de las entrevistas a profundidad, las categorías *in situ* (Strauss and Corbin 2002) que se presentan, fueron las que permitieron ordenar los datos y obtener un análisis con mayor profundidad acerca del fenómeno de las cesáreas en la sociedad.

Dichas categorías van en relación con lo que en el trabajo de gabinete *a priori* se planteó como la transmisión de conocimientos sobre la cesárea, las experiencias de cesárea, las conductas y toma de decisiones asociadas a la práctica de las cesáreas y el cuerpo sintiente o la corporeidad de las mujeres que ya han tenido un parto quirúrgico.

- *Consejos del entorno*
- *Informarse sobre el embarazo*
- *La imagen y experiencias en los servicios públicos de salud*
- *Violencia obstétrica*
- *La imagen y experiencias en los servicios de salud privados*
- *Consejería médica en el embarazo y parto*
- *Toma de decisiones en el embarazo y parto*
- *Emociones y maternidad*
- *El momento de la cesárea*
- *El día después*
- *Lactancia y cesárea*

3.2.1 Consejos del entorno

Esos son tus grandes tesoros y los tienes que cuidar
(Guadalupe)

La intensión de este primer bloque de ideas es no solo describir los consejos del entorno, sino además incluir el cúmulo de información tanto escrita (en libros) como la que está disponible en el internet y las opiniones y consejos del personal de salud. Todo ello dentro de lo que va conformando el sentido común y moldeando el imaginario colectivo de la sociedad acerca del fenómeno de las cesáreas.

Para este caso, retomo lo que ya se ha descrito en el apartado de sustentos teóricos acerca de la forma en la que la sociedad va creando ideas, creencias y actitudes (las cuales son las respuesta a hechos sociales compartidos y significativos dentro de una colectividad) con respecto a la toma de decisión y a la trasmisión de la información de las cesáreas comprendidas como un fenómeno sociocultural.

Los pensamientos predisponen a una cierta actitud frente a un hecho y se actúa en consecuencia, al tiempo que las acciones refuerzan actitudes y pensamientos. Es decir, es un ida y vuelta que implica una relación bidireccional y se convierten así en interdependientes una de otras (Moscovici and Marková 2003). Allí reside su importancia, sobre todo cuando hablamos de una mujer embarazada. Dicho momento de la vida sexual de las mujeres, cataliza una serie de ideas, creencias, recuerdos y percepciones de personas que están a su alrededor que en general, resultan familiares y conocidos, acerca de su estado físico y emocional sobre ella misma y la criatura que lleva en el vientre.

Se encontró que el discurso de la madre de la embarazada es fundamental en la transmisión del conocimiento sobre la cesárea ya que si ella tuvo cesárea, seguramente la embarazada tendrá cesárea. Le sigue en importancia en la transmisión de la información, las mujeres que son consideradas de la familia ya sean suegras, cuñadas, hermanas, primas o amigas ya que ellas son las que socializarán los cuidados que debe de tener la mujer con respecto a su propia cesárea. Por lo tanto, si una mujer tiene cesárea es más común que su círculo familiar de mujeres ya haya pasado por dicha experiencia corporal, con lo cual se facilitará la transmisión de saberes, prácticas y actitudes con respecto a esta práctica quirúrgica.

Hay diferencias en las opiniones sobre el parto y la cesárea dentro del círculo familiar y esto se hace evidente entre las mujeres de mayor edad y las contemporáneas a la mujer embarazada. Es decir, las abuelas, madres o tías que hayan tenido experiencias de partos vaginales, alentarán a las mujeres a tener ese tipo de parto, no así las mujeres contemporáneas, amigas, primas o cuñadas que han tenido un parto quirúrgico, alentando a la embarazada a tener una cesárea programada ya que, aunque mencionan que es dolorosa la recuperación de la cirugía, comparten la idea de seguridad y tranquilidad por encontrarse en un espacio hospitalario, sobre todo si se trata de una clínica privada pues en general, se cree que la atención en la salud pública es deficiente o son objeto de malas prácticas médicas, como se verá más a detalle en el apartado sobre atención al embarazo y parto en la salud pública.

Sí, sí, realmente para estar tranquila y programado y también por experiencia de un amigo, que nos platicó que realmente él, su bebé tuvo problemas a la hora de nacer, o sea no nació en fecha, o sea ya le tocaba y por... porque no estaba el doctor que lo iba a atender, entonces tardó más tiempo el bebé adentro y salió con problemas... ¿qué problemas?, no te sé decir exactamente pero tuvo problemas como neurológicos, o sea... se tardó más tiempo del que debió estar adentro. -¿Y por qué esa historia de tu amigo te impactó?-, Sí, porque él nos dijo también, o sea como reforzar lo que ya teníamos en mente, nos dijo: 'Ustedes para que estén tranquilos', ¡Ah fue parto normal su esposa!, y aparte de que se atrasó, o sea debió nacer antes, entonces nos dijo: 'Yo les sugiero, porque los estimo, que sea... que planeen y que sea cesárea, ¡y más que van a ser dos bebés! entonces, tú vas a estar tranquila, ya con fecha, con hora, llegas, te presentas y te van a hacer la cesárea y van a estar los bebés atendidos', cosa que con su esposa, fue natural y forzaron que fuera natural y se tardó (Guadalupe)

En las siguientes narrativas se puede observar que las mujeres que han tenido partos vaginales le transmiten a la embarazada una serie de temores y miedos sobre el dolor de parto, el desgarro del suelo pélvico, a la aplicación de la analgesia epidural o en general que exista la posibilidad de una mala práctica médica, lo que desencadene una situación de emergencia. Ideas, percepciones, creencias y vivencias de otras mujeres que van siendo compartidas por todas, hayan o no tenido partos vaginales. Se convierte de esa manera en creencias pensamientos colectivos compartidos y transmitidos.

[...] bueno Coty, la que tuvo cesárea junto conmigo pues, porque se llevan diez días, decía: 'No, cuñada, estás loca, el dolor de parto es lo más horrible, vete por la cesárea' y mi otra cuñada: 'Sí', la sobrina perdón, 'Duele un chorro el normal, pero vale la pena' y yo: "¡Ya!" o sea estaba como dividida, dividida... Porque sí, porque yo no quería cesárea, fue como que yo sabía que no tenía que tener una cesárea, o sea iba en contra de mí, pero me dejé influenciar, decidí por la gente, por ellos, no fue como que: '¡Aaah quiero una cesárea!' y estaba yo así que: "No, ¿por qué? ¿por qué no seguí mi instinto? (Luciana)

Mmmm, así como tal la palabra: 'Me ha dado miedo', no, o sea es como 'he tenido mucho dolor y que sientes que se...' , sí me han dicho: "Siento que me desgarro" o "Siento que ya no voy a poder" o que en algún momento... -¿De quién lo has escuchado?-, Sí, sí lo escuché de primas. (Alexa)

[...] lo que no les ha gustado (habla de las mujeres de su familia) es la... episiotomía, ¿algo así se llama?, [...], Entonces el corte, sí, para que pueda salir de manera más rápida el bebé o más fácil [...], porque luego les duele al hacer pipí [...]. (Azul)

Llama la atención que en la narrativa de Dorian, se mencione la experiencia de una de sus amigas que tuvo parto vaginal en el servicio público de salud, en el Hospital de la Mujer, en donde por una mala práctica médica al hacerle la episiotomía, le vino una hemorragia postparto, lo que para ella es un referente de la mala atención en dicho hospital, por lo tanto optó desde un principio realizarse una cesárea en una clínica privada.

Es una compañera de trabajo. Tuvo una niña, y ella siempre había sido de las que fue a yoga prenatal, todo así muy natural y el bebé lo quería tener en Luna Maya, es una casa de partos, bueno, ahí lo quería tener, pero no se dio, entonces fue a Luna Maya y le dijeron que como que venía complicado y la mandaron al Hospital de la Mujer, entonces fue para allá y fue normal, su parto fue natural, y hasta ahí no había tenido ninguna complicación, el detalle estuvo en que no salieron, no salió la placenta completa, entonces le quedaron restos y no se dieron cuenta. Nació la bebé, pasó. Entonces cuando nosotros la fuimos a ver, estaba todavía muy mal y tenía como dos semanas que había salido del hospital. Ella nos decía que, se quejaba mucho de dolor y le decíamos que era normal el dolor, pues había parido y todo no? Y pues hasta ahí no le hicieron caso. Llega su mamá y le dice: “Sabes qué mami, quiero ir al baño”, la levantan y a la hora de levantarla sale...[...] tenía hemorragia y se desmayó. Ahí fue donde los doctores ya se dieron cuenta de que estaba mal, que si no era de puro chiste y ya la metieron a quirófano y le tuvieron que hacer un legrado, para eso, a la hora que nació la bebé, dice que le cortaron, o sea la rasgaron, y le unieron casi, o sea su herida llegaba casi de lado a lado [del recto a la vagina], era una herida muy grande y quedó muy mal (Dorian).

Otra de las mujeres entrevistadas acudió a informarse sobre el proceso del parto a una casa de partos en donde ella percibió, por la información que le proporcionó la partera profesional, que el dolor de parto es más fuerte que “escalar una montaña” y, aunque

señaló que no tenía miedo a sentir esos dolores gracias a que su madre tuvo partos vaginales, añadió que el parto es una situación que te lleva al límite de tus fuerzas físicas.

[...] también sé que pueden haber dolores que te llevan al límite, que te exigen superarlo, entonces ya me lo platicaron en Casa Colibrí que es que antes, me decían: ¿qué ejercicio hacía?, pues el mayor ejercicio tal vez sería escalar o pues hacer senderismo o escalar la montaña, entonces me dice: ¡perfecto, escalar una montaña es como una tercera parte de lo que es el parto! y entonces ya me lo imagino, si escalar una montaña es hijole llevarte al límite... [...] el aliento, el dolor, la quemazón en las piernas, el todo... llegar a una donde te puede dar mal de montaña, todo eso [...], que te duela la cabeza, que ya sientas que no puedes más pero tienes que subir, tienes qué, si no, no te puedes quedar a la mitad, o bajas o... (Isabella).

Aunado a los miedos que infunden los relatos de las experiencias de otras mujeres, también se encontró que ellas aceptan con frecuencia tener una cesárea programada a consecuencia del manejo del tiempo de familiares o del propio personal de salud (como se verá más adelante en el apartado de toma de decisiones con respecto a la cesárea), ya que con un parto vaginal, se alargan los tiempos de espera entre familiares que no están disponibles (por sus actividades laborales) o dispuestos a esperar el tiempo que se requiera en el proceso del parto vaginal.

Traté de, bueno, todo mundo ya quería que naciera, todo mundo: "¡ay, ay, ay, ya quiero!", -¿Quién es todo mundo? Cuando dices todo mundo, ¿quiénes son todo mundo?-, el papá, los papás del papá, mis papás, los tíos, los primos, mis hermanos, todo el mundo. [...] Y bueno, mis amigas también, que ya querían conocerla, pero yo, bueno la propuesta era, el parto inducido, que pues tu programas, te inducen al parto y ya nace el día que tú quieres, yo no lo ví como tan viable, entonces dije pues voy a esperar a que ella decida cuándo quiere nacer y bueno estuve doce horas en labor de parto y al final pues fue una cesárea. (Aurora)

Así mismo, se encontró que los familiares y amistades de la embarazada refuerzan la idea de que las mujeres que pasan de los 35 años de edad deben de tener una cesárea

programada, al igual que las que tienen un embarazo gemelar. Esas ideas las asumen como hechos incuestionables.

Sí, por ejemplo, si me dio un poco de miedo, ciertos comentarios, por ejemplo de mi suegra, dice: 'Cuidate muchísimo, porque a veces las personas ya de tu edad, tienden a tener niños con Alzheimer', esteeee ¡con Alzheimer!, con esteeee el otro síndrome.... De Down!, dice: 'Síndrome de Down', ¡perdón!, ...'y cuidate mucho, estoy muy contenta de que te quieras embarazar y... (Azul)

[...] porque también ya estaba... ya estoy grande yo pues me decía la doctora: 'Con tu hijito que tengas, o si va a tener, le pica rápido (Guadalupe).

A pesar de que ninguna de las mujeres entrevistadas atendió su parto o sus consultas prenatales con parteras tradicionales o profesionales, si hubo algunas opiniones negativas con respecto a la atención del parto que las matronas ofrecen. Es de llamar la atención que esta opinión salió de la entrevistada quien tiene como profesión la medicina general.

[...] ¡no te imaginas las cosas que nos ha tocado ver que han hecho las parteras!, o sea, nadie les quita el mérito que hayan aprendido a atender un parto pero en realidad un parto, atenderlo no es tan complicado porque eso lo puede aprender cualquiera pero sobrellevarlo, atenderlo con las medidas salubres necesarias y en las condiciones necesarias, ¡eso es lo complicado, porque allá todo es sucio! (refiriéndose a las condiciones en comunidades indígenas). [...] O sea, son muchas cosas, son muchas complicaciones que se han generado por atender mal un parto y generalmente se da en la atención de las parteras". (Cali)

Hubo solo una narrativa que tocó el tema de la asociación entre el parto vaginal y el poco placer sexual que la mujer puede proporcionar a su pareja posterior a ese tipo de parto. Opiniones que -tal como lo dice la entrevistada-, no toda la sociedad comparte sin

embargo, son ideas y creencias que van formando parte de lo que se comenta alrededor de la vida sexual de las mujeres después de tener un parto vaginal.

De que si lo tenías natural, que luego quedas tan abierta, estructuralmente, vaginalmente, que ya no puedes tener el mismo placer sexual que antes, o darle el mismo placer sexual a tu pareja, entonces... yo realmente no lo creo, porque es un músculo que se reestructura ¿no?, con el tiempo, entonces esa es mi opinión, pero otras mujeres sí realmente sienten que ya no quedas igual (Azul).

Luciana refirió que en su último embarazo ella tenía la preferencia por tener un parto vaginal, sin embargo sus amigas y su propio esposo empezaron a infundirle miedo con algunos comentarios que hicieron al respecto de que algunos bebés podían ingerir su propio excremento estando dentro de la placenta: *“No, luego pueden tragar popó”*, al tiempo que su esposo le dijo que *“fueran a la segura”*, refiriéndose a que no hubiera ninguna complicación en el parto, a lo que ella catalogó como: *“me presionaron”*.

Con lo anterior se puede ejemplificar la manera en la que un conocimiento científico, en este caso, el sufrimiento fetal porque el bebé ingiera meconio en el proceso tardío de un parto vaginal, Luciana lo comentó como una cuestión de higiene más que una real situación de emergencia en el parto.

Mención aparte merece la opinión y poder que ejercen las ideas y creencias de un médico o médica que sea cercana o familiar directa de la mujer embarazada ya que, como comentó Isabella, a pesar de que ella quería tener un proceso de parto vaginal asistida por una partera tradicional, pesó más la opinión de su suegro quien fue, junto con la partera, el que la atendió en su segundo parto por cesárea.

La idea de “no correr riesgos” y las percepciones de tranquilidad y seguridad de atender un parto con médicos (as) la comparten tanto amigas, familiares como esposos de las entrevistadas y, más aún, son reforzadas constantemente por el discurso del personal médico que las atiende en sus embarazos potencializando éstas creencias si hay salubristas dentro de la propia familia.

Sólo en una entrevista salió un comentario en contra de la cesárea programada ya que una familiar de Azul, quien tuvo un parto humanizado con partera profesional, opinó que: “los doctores siempre te van a asustar para cobrarte más”, a lo que Azul respondió que ella prefiere un parto en un hospital, sea vaginal o cesárea:

*Que sea natural pero en hospital por si algo pasa y eso, ya está el hospital listo, cualquier cosa.
(Azul)*

Con todos estos relatos, se puede empezar a vislumbrar la importancia del entorno sociocultural para comprender la toma de decisiones con respecto al parto. En palabras de Bourdieu podríamos decir que es parte del *habitus* el cual es una estructura que organiza las prácticas culturales y atraviesa las jerarquías sociales, en este caso las de la familia.

El compartir y socializar ideas, creencias, vivencias, recuerdos y percepciones dentro del ámbito familiar de las embarazadas va direccionando las ideas y opciones que las mujeres van tomando o dejando de lado con respecto a su parto. La sociedad en general, no percibe riesgos médicos con respecto a las cesáreas, en cambio hay una postura

negativa hacia la atención por parteras aunque no se tenga ninguna experiencia previa con ellas, esto también es parte del *habitus*.

Como se podrá comprobar con las narrativas posteriores, los consejos del entorno sociocultural junto con el desconocimiento de los procesos fisiológicos en el embarazo y parto y la desconexión del cuerpo de la propia mujer (p.e no tener la experiencia de una contracción en el proceso del trabajo de parto) van abonando el campo de cultivo para que el desenlace del embarazo sea una cesárea programada o electiva. Desde la perspectiva del *embodiment*, esto implica cómo las mujeres encarnan y naturalizan el desenlace de su embarazo a través de una cirugía.

3.2.2 Informarse sobre el embarazo

Las diferentes fuentes de información a partir de las cuales las mujeres conforman sus opiniones acerca de las maneras de transitar el embarazo y el parto, es otro punto a considerar dentro de este estudio ya que su importancia radica en la medida en que en esas fuentes de divulgación y comunicación masiva, las mujeres adquieren conocimientos de pares (es decir, a través de foros o salas de chats de mamás), de expertos sobre el tema o bien, libros de alta divulgación acerca de temas asociados al embarazo y parto sobre todo los que tratan temas como la vida emocional de las mujeres en esa etapa de su vida sexual.

Se encontró que la mitad de las mujeres entrevistadas consultaron la red de internet para conocer otras opiniones de pares o las páginas que notifican mes con mes el desarrollo

del bebé. De estas seis mujeres, cuatro cuentan con una carrera profesional mientras que las otras dos tienen un posgrado. Las dos mujeres con mayor edad (mayores de 40 años de edad) fueron las que reportaron la utilización con mayor frecuencia de estas páginas, en donde podían revisar los pormenores del crecimiento de sus crías y los tipos de nacimientos. Puede decirse que estas dos mujeres son las que más miedo tenían a que sus bebés sufrieran algún tipo de enfermedad o ellas mismas, gracias a los comentarios tanto de sus familiares (como se vio en el apartado anterior) como del personal médico que les atendió (esto se verá a detalle en el apartado sobre la consejería médica).

Lo anterior es interesante en la medida en que nos permite enfocar más el lente y dar algún tipo de explicación del comportamiento relacionado con la utilización de estas tecnologías. Las mujeres reportaron que no con la frecuencia que ellas quisieran, tienen tiempo para convivir en persona con otras mujeres de su familia o amistades ya que sus labores cotidianas (que implican trabajo remunerado o no) no se los permiten, añadiendo que no encuentran espacios disponibles (tanto física como emocionalmente hablando) para compartir sus emociones, sentimientos y dudas acerca de lo que les pasa en el día a día durante el embarazo. Por lo tanto, han manifestado sentirse escuchadas en esas conversaciones ocasionales entre mamás y expertos que ofrecen blogs, chats o páginas en internet.

Sin embargo, estas seis mujeres que han consultado estos tipos de comunicación, coincidieron en que la información vertida en portales del ciberespacio no son suficientes para tomar la decisión de realizarse o no una cesárea ya que en las páginas consultadas

se enuncian tanto las ventajas como desventajas de diferentes tipos de parto: desde el parto humanizado y respetado hasta la cesárea electiva.

El parto humanizado y respetado hace referencia a una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de las madres/padres y los niños (as) en el momento del nacimiento. Es decir en consonancia con las necesidades y deseos de la familia que va a dar a luz, teniendo en cuenta que “el parto y el nacimiento son el principio y el punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituye una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras” (Declaración de Ceará sobre la Humanización del Parto. Fortaleza Brasil , 2002, citado en Sánchez-Ramírez 2016: 20).

Las doce mujeres que forman parte de este estudio, mencionaron consistentemente que en la toma de decisiones acerca del embarazo y parto, las opiniones del entorno familiar y del personal de salud que las atiende siguen teniendo mayor peso que la información vertida en el internet o la consultada en libros. No obstante, todas coinciden que no tienen tiempo de transitar por sus embarazos con la suficiente compañía emocional de sus familiares (por lo que buscan nuevas formas de interacción humana a través de la computadora), ya sea por la lejanía geográfica o por el escaso tiempo que les queda después de sus jornadas laborales.

Esto nos habla de que no hay lugares físicos ni espacios sociales en donde las mujeres puedan compartir sus experiencias de maternidad, el contacto humano desgraciadamente se diluye y el compromiso de las mujeres de trabajar con y para las mujeres cada vez es más urgente. Pues lo que se está poniendo en juego es que las mujeres que están pariendo a las criaturas, no están siendo suficientemente acompañadas por otros u otras consientes de la complejidad que implica formar un nuevo ser humano, en el sentido más extenso de la palabra.

Entonces saltan las preguntas obligadas: ¿qué está pasando con nuestro sistema de salud que no acompaña de manera generosa a las mujeres que están cargando en el vientre a los nuevos seres humanos?, ¿de qué manera se construirán espacios de calidad para acoger a las mujeres embarazadas en donde se pueda hablar de las inquietudes, dudas y sobre todo compartir sentimientos y emociones que se experimentan durante esta etapa de vida?, ¿las mujeres nos seguiremos conformando con información impersonal y mediada por una computadora o inventaremos nuevas formas de convivencia entre la sociedad para mejorar la calidad de nuestros embarazos y partos?

A manera de que se puedan trazar algunas respuestas a estos cuestionamientos y para continuar dibujando el complejo fenómeno de las cesáreas, en el siguiente apartado sobre la atención de la salud materna y neonatal en el servicio público, se mostrará lo que las mujeres expresaron con respecto a sus experiencias.

3.2.3 Imagen y experiencias en los servicios de salud pública

¡Por favor, todo menos parir en hospital público! (Aurora)

El epígrafe con el que inicia este apartado sintetiza de manera contundente lo que la mayoría de las mujeres entrevistadas opinaron sobre la atención que se les ha proporcionado en los servicios de salud pública en San Cristóbal de Las Casas y en algunos casos, en sus municipios de origen en donde han recibido una atención deficiente o incluso, llegando a sufrir maltratos físicos o emocionales hacia ellas o sus familiares, como se describirá a continuación.

A lo largo de las narrativas, las mujeres se refirieron a diversos establecimientos públicos de salud a los cuales acudieron para la atención de sus embarazos, de alguno de sus partos previos o en caso de emergencias obstétricas, entre los cuales mencionaron: el Hospital de la Mujer, único en la atención obstétrica para la zona de Los Altos de Chiapas que atiende a población derechohabiente del Seguro Popular (SP) y del programa Oportunidades (ahora llamado Prospera); la Clínica de Campo de San Felipe Ecatepec del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en donde atienden emergencias médicas en general tanto para derechohabientes del IMSS y del SP y, las clínicas del IMSS y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Como ya se mencionó, nueve de las doce mujeres que formaron parte de este estudio, atendieron sus cesáreas en servicios privados y sólo a tres les practicaron cesáreas en el Hospital de la Mujer. Sin embargo, once mujeres relataron sus vivencias en relación a

la atención que ellas y sus familiares recibieron en los servicios públicos de salud a lo largo de sus embarazos.

La razón por la cual algunas mujeres han atendido sus embarazos (consultas prenatales) en alguno de estos establecimientos de salud pública a pesar de contar con los recursos económicos suficientes para pagar un servicio privado, ha sido por no perder sus garantías laborales a las que están sujetas como trabajadoras del Estado. Es decir, acuden a sus citas médicas en el IMSS, ISSSTE o SS para garantizar sus días de reposo laboral en el posparto como tres de las entrevistadas lo señalaron.

Dos de las mujeres quienes trabajan al día de hoy en los servicios municipales y que tuvieron desde el principio la intención de asistir sus partos en el servicio privado de salud, gracias a que sus prestaciones laborales se los permite, relataron sus experiencias de emergencias médicas dentro de un hospital público como son los casos de Aurora y Luciana.

La primera relató que ante una amenaza de aborto a sus siete meses de embarazo acudió al Hospital de la Mujer. Ella calificó esta experiencia como “*no agradable y muy mala atención, no hay espacio*”. Mencionó que pasaron más de 40 minutos para que ella pudiera ingresar a la sala de emergencias y ya cuando la pasaron a la sala de obstetricia se percató que había tan poco espacio entre una cama y otra que toda la noche que pasó ella en observación, escuchó los lamentos, gritos y quejas de la mujer que estaba al lado, a quien le habían practicado una cesárea. Lo que más le impactó a Aurora fue la reacción del personal médico quienes primero ignoraron las señales de dolor que hacía la mujer y

que después de horas la respuesta que recibió fue: “¡hay señora ya cállese, no esté llorando!”. Otra de las percepciones que ella tuvo sobre el hospital es que las salas donde a ella le tocó estar se veían sucias, ya que tanto los familiares de las internas como el personal de salud entraban a los espacios hospitalarios comiendo.

Sí, pues fue un caos. Y te digo, justo en el hospital ese día, había una niña pues que ella ya iba a dar a luz, se tardaron mucho en atenderla, y casi el bebé salía... porque tienen un espacio que se llama “Sala de partos” o “Sala de expulsión” o algo así, tiene un nombre medio extraño, pero ya ni siquiera les dio tiempo de llegar, entonces yo no entendía como por qué no había la suficiente atención, igual por falta de personal, no lo pude percibir en el momento, igual y ni medicamentos, te digo porque a la señora de al lado la dejaron así toda la noche y pues yo obviamente súper estresada, con los llantos... (Aurora).

Así mismo recordó una mala atención médica que sufrió su tía en el hospital del IMSS en Motozintla, de donde ella y su familia son originarias.

Bueno sí, una hermanita de mi mamá, pero eso ya fue después de la mía. Ella fue por parto, pero la bebé fue demasiado, demasiadísimo grande, creo que pesó casi cinco kilos, o sea si fue una cosototota de chamaco, entonces le tuvieron que hacer una incisión para poder abrir más y que por ahí saliera, entonces al coserle, le cosieron de más, entonces fue una cosa horrible, porque como estuvo sangrando cuarenta días después de... [...] haz de cuenta que no podía como, la sangre no podía salir, básicamente, por lógica no se podía salir, entonces empezó a tener infecciones, fiebres, sí horrible y bueno aparte le dolía cuando hacía, obviamente no tenía relaciones sexuales porque tenía, estaba en la cuarentena, pero hasta para ir al baño le dolía, ya eran muchas fiebres, sentía muy mal olor y ya... (Aurora).

Por su parte, Luciana acudió a la clínica de campo del IMSS una noche que tuvo una amenaza de aborto durante su primer mes de embarazo de su segunda hija. La decisión de atenderse en ese establecimiento fue por dos cosas, allí le practicaron su primera cesárea y, segundo, está cerca de su domicilio actual. Aunque al principio de su narración

mencionó que ella recibió muy buena atención por parte del personal médico, relató dos eventos que se pueden catalogar como violencia ginecobstétrica hacia ella.

Cuando ella se enteró de que estaba por primera vez embarazada, transcurría ya su sexto mes en ese estado ya que presentaba sangrados con cierta regularidad mes con mes. Ella fue a la sala de emergencias de la clínica de campo del IMSS por un malestar estomacal fuerte, es allí donde por primera vez se enteró que estaba embarazada. No se reponía de la sorpresa cuando la médica que la estaba atendiendo le comunicó sin ningún miramiento que posiblemente su hijo nacería con alguna deformación, sobre todo con hidrocefalia. Ese diagnóstico lo realizó gracias al ultrasonido que en ese momento le estaban practicando y en donde se veía que la cabeza del feto era muy grande para tener cuatro meses de concepción, tal como más o menos las cuentas le salían a Luciana, quien no sabía bien a bien la fecha en la que posiblemente había quedado embarazada.

Sí, pues yo no sabía. Entonces ya cuando supe que estaba embarazada dije: “No” y luego me dijeron que tal vez tenía hidrocefalia, que veían muy grande su cabeza... Eso fue en la clínica, que eso me dijeron, porque la doctora me hace un ultrasonido de urgencia y solo midió su cabeza y según ella estaba calculando de cuánto tiempo estaba yo menstruando ya diferente, o sea los cuatro días, entonces le dije como cuatro meses, entonces ella dijo: “Bueno si tiene cuatro meses que está menstruando así, pues tiene cuatro meses de embarazo”, y no, ya tenía yo casi seis, entonces midió sólo el contorno de su cabeza más no de su cuerpo, no vio que era proporcional, entonces ella me dijo: “Es que es probable que tenga hidrocefalia”. Sí, me dijo: “Porque no tuviste los cuidados, por esto y por otro...” y yo así como que... -¿Y tú que sentiste cuando te dijeron eso?-, ¡Ah no, horrible!, ¡horrible, horrible! (Luciana).

Lo que llama la atención, por un lado, es la ligereza con la que con un solo estudio y poco tacto, le hizo el comentario la médica que la atendió sobre la condición física del feto cuando ella tampoco tenía un diagnóstico certero y corroborado con otros estudios

clínicos y, por otro, en la narrativa se observa que en el discurso de la médica se culpabiliza el no tener cuidados prenatales a la mujer, cuando ella no sabía que estaba embarazada; en donde se juntan la sorpresa de enterarse y al mismo tiempo cargar la culpa de no cuidarse y atenderse a tiempo.

Estos comentarios de parte del personal de salud se vuelven cotidianos debido al *habitus* autoritaritario médico tal como lo señalan y describen ampliamente Castro y Erviti (2015) en donde se van naturalizando las formas y prácticas abusivas del poder biomédico, que creen que su conocimiento sobre el cuerpo humano les autoriza el maltratar a las mujeres que acuden a atención.

Es desde las formas naturalizadas donde se da la construcción de las mujeres como no-personas y donde, por tanto, se instrumenta su desacreditación como sujetos de derechos (Castro & Erviti 2015: 131).

Además, se desestima el conocimiento que las mujeres tienen sobre sus cuerpos y sus funciones vitales, esto es parte de la representación social a partir de la fragmentación de los cuerpos femeninos, ya que en el momento de decidir una cesárea lo importante es ese segmento del cuerpo que será intervenido y el producto que de él se extraiga (la criatura).

En el transcurso de su segundo embarazo, Luciana acudió de nuevo a la clínica de campo del IMSS para atenderse una amenaza de aborto en su primer mes de embarazo. Ella comentó que, después de nueve años de haber tenido su primer hijo deseaba, junto con su pareja, tener otro bebé. Por lo tanto, en este segundo embarazo estaba más pendiente de sus cuidados y por eso acudió de inmediato ante esta amenaza de aborto.

Tuve amenaza de aborto. Fue en la semana cuatro o cinco, o sea en el primer mes. Sí, ese día iba a salir a cenar y ya entré al baño y noté muy poca sangre. No, no me dolió ni nada, o sea no me dolía, emocionalmente obviamente sí me sentía muy mal, que no quería perder al bebé y ya al otro día fue de que empecé a ir con un particular. [En la clínica de campo del IMSS, me atendieron] bien, bien. Bueno ese día, yo tenía tos, recuerdo que tenía tos, entonces me dijeron que era por la tanta tos, entonces me hicieron tomar nebulizaciones y me recomendaron reposo. En la clínica me dijeron que no me iban a dar pastillas ni a recetar, que porque tenía que nacer aunque no tomara pastillas y si no pues no, ¡un poquito crudos!, -¿Cómo sentiste ese comentario?-, ¡Ah no, horrible!, y ya al otro día fue que... esa misma noche, le hablé a mi amiga la química y ya ella me dijo: "No, vete con tal doctor, es muy bueno, él te va a ayudar" [el médico particular] y sí ya, fui con él y ya me recetó una pastilla, es una amarillita, es un amarilla, para que amarre, entonces lo tuve hasta el tercer mes, una caja. Tres meses la tomé prácticamente, para que no perdiera al bebé (Luciana).

Así mismo, se observa que en la clínica pública no le dieron ninguna opción para detener un posible aborto, cuestión que pudo resolver al acudir con un médico particular quien, por un lado, le resolvió la situación física y, sobre todo - en relación al establecimiento de la confianza entre el médico y la mujer-, ella quedó más tranquila por saber que un tratamiento le podía ayudar a detener subsecuentes amenazas de aborto durante los primeros meses de embarazo. El tema de la confianza entre el personal de salud y las mujeres se abordará con mayor amplitud en el apartado de los servicios privados de salud.

Tres de las mujeres entrevistadas llevaron sus controles prenatales y atendieron sus cesáreas en el Hospital de la Mujer. Cecilia de 25 años, es una de ellas, es originaria de Palenque y habla ch'ol, no tiene familia en San Cristóbal y vive en la misma colonia que sus parientes políticos, su esposo es maestro de educación primaria y cuenta con una amiga que es su soporte afectivo más cercano.

Ella comentó en la entrevista que al sentirse tan sola por no tener cerca a su familia, el único apoyo con el que cuenta es su familia política, específicamente su suegra y su cuñada, aunque su relación no es muy buena. Su suegra la acompañó a todas las revisiones prenatales y estuvo, junto con su esposo, el día en que le practicaron la cesárea. Cecilia señala que entró al hospital a los siete meses de embarazo por un fuerte dolor en el estómago al que el médico diagnosticó como inflamación de la vesícula a lo cual le dijeron que iba a entrar al quirófano pero nunca le mencionaron para qué, si para sacarle la vesícula o para practicarle la cesárea, dicho esto, crecieron sus miedos y temores los cuales se avivaron al transcurrir tres días sola internada ella y su bebé en el hospital. Solo le permitieron la entrada por una noche a su esposo, a lo cual él tampoco hizo mayor esfuerzo por cuidarla los días restantes dentro del hospital.

En realidad no sé qué fue, que se me hizo que se me adelantara porque una, no sabía qué dolores tenía yo, este, hace poco tenía yo dolores frecuentes arriba de acá [señala su estómago] y esos dolores se debían ¡bueno hasta que detectaron los doctores que era lo de la vesícula! Sí y eso no sé si es lo que hizo que se adelantara o fue el doctor, porque en ese en tanto que fui, me hallé un dolor fuerte, tanto aquí en el estómago y acá en la parte de la espalda y ya después me... creo que no me pusieron nada de sedante. En parte solo sentía el dolor, bastante, sentía yo mucho dolor y en parte yo no sabía que me iban a meter a cesárea. Nada más al entrar allí un doctor entró y me hizo el tacto y pues allí fue que al hacer el tacto tuve un sangrado. No me dijeron nada. -¿Ni a tu esposo?, ¿no sabes?-, mmm, ya no le pregunté pues nada más me dijeron que ya estaba yo lista para entrar a quirófano y ya, y ya, pero no me dieron información si era por el dolor que estaba teniendo acá (señala más arriba) o fue porque me hicieron que yo sangrara (Cecilia).

Una historia parecida a la de Cecilia es la de Mary, que a sus 18 años tuvo un parto también por cesárea en el Hospital de la Mujer. Ella habla tzeltal como lengua materna y tzotzil porque en la colonia al norte de la ciudad en la que vive junto con su madre, esposo e hijo, sus vecinos todos hablan tzotzil. Como su madre tiene conocimientos de partería tradicional, alentaba a Mary a tener un parto vaginal, sin embargo, durante la entrevista ella misma confesó que desde que supo que estaba embarazada ella quería tener un parto vía cesárea ya que ella pensaba que sería más fácil y no sufriría dolores de parto. Pero fue todo lo contrario a lo que ella había pensado, ya que el día que empezó a tener contracciones, su pareja y su madre la llevaron al Hospital en donde, al igual que Cecilia, la aislaron completamente de sus familiares, lo que acrecentó el temor de verse sola y sin nadie de confianza que le ayudara a pasar ese momento de dolor e incertidumbre.

Tampoco le avisaron que iban a practicarle una cesárea, sin embargo a su madre sí, ya que como su madre tiene cierta familiaridad con el personal de salud por la naturaleza de su trabajo, a ella sí le notificaron que le practicarían una cesárea por tratarse de una emergencia ya que había sufrimiento fetal.

La madre, sin atreverse a contradecir las palabras del médico, firmó la autorización para que le practicaran el parto quirúrgico sin averiguar más nada al respecto. Este es un claro ejemplo de que se continúa tratando a las mujeres jóvenes embarazadas como infantiles por lo que sus padres y madres deben tomar decisiones por ellas, negando sus derechos reproductivos y sexuales. El debate de este tema se ha situado para fines de este trabajo en el apartado de discusión acerca de los derechos sexuales y reproductivos, la

autonomía y las reales posibilidades que las mujeres tienen para decidir sobre sus propios cuerpos.

Por su parte, la narrativa de Cali contrasta con las dos historias anteriores ya que ella es médica y labora en el Hospital de la Mujer. Tiene 34 años y es originaria de Las Margaritas. Tiene mucha confianza a sus compañeros y compañeras de trabajo por lo que decidieron, ella y su esposo, atender su cesárea programada dentro de ese establecimiento por que en su opinión, ese hospital cuenta con toda la tecnología para atender emergencias obstétricas, además de que un año antes de este último embarazo tuvo un aborto en las primeras semanas de gestación, a lo cual ella comentó haberse sentido muy triste y desconsolada por dicha pérdida, incluso por que ella misma siente que ya está en una edad avanzada para tener hijos. Por todo esto, decidió tener una cesárea programada para “evitar riesgos”, tal como lo mencionó en la entrevista.

Bueno, mira, ya con este embarazo, pues ya... pues por la edad, por los antecedentes que tengo. Antes de este embarazo, tuve otro embarazo. El año pasado precisamente en estas fechas, este... pero desafortunadamente no se logró. Entonces, eso ya me cataloga como una paciente con un puntaje más para ser alto riesgo. Se desencadenó un aborto incompleto y por lo tanto ¡ya, ya es un antecedente! La cesárea (refiere a su primer hijo que tiene 5 años) la edad que tengo, entonces ya son puntos más en contra. Mira yo me voy a sentir segura en el momento que yo vea que si tengo un trabajo de parto va a desencadenarse bien y eso lo voy a saber desde el principio, pero si tengo ya la certeza de una cesárea, la verdad es que eso me da mayor tranquilidad, para serte sincera. No sé cómo voy a terminar por que todo depende de las condiciones en las que yo avance y pasen las 4 semanas (Cali).

El esposo de Cali también es médico y labora en el servicio público de salud por lo que él sí estuvo autorizado para acompañar a su esposa dentro del quirófano a diferencia de

las otras dos mujeres, Mary y Cecilia, a las que aislaron de sus familiares desde su entrada al hospital dejándolas en un estado de indefensión y zozobra.

A pesar de que Cali, como parte del personal de salud que da servicio dentro del Hospital de la Mujer, mencionó que hay protocolos para una mejor atención ginecobstétrica como el pinzamiento tardío del cordón umbilical y el apego inmediato del recién nacido a la madre, dichos procedimientos no fueron aplicados para las cesáreas practicadas en los casos de Mary ni de Cecilia.

De hecho es también el pinzamiento tardío del cordón umbilical, también eso, normalmente se les puede... o sea, en un hospital de manera pública se tiene que regir bajo ciertas normas y esas normas están hechas porque tiene muchas certezas, en el caso del pinzamiento tardío del cordón umbilical debe ser de uno a tres minutos y eso va a permitir una mayor circulación de oxígeno a través de la sangre. Normalmente nuestra población es personas desnutridas y eso se da más para ellos y para el bebé, a (diferencia de) una que no lo esté. Mmmm, el efecto es diferente pero es beneficioso para ambos y lo mismo con la lactancia materna, el apego inmediato del recién nacido a la mamá también va a permitir que inmediatamente se desencadena esa cuestión hormonal y se da la oportunidad de producción de prolactina para la leche materna, entonces si... bueno como decías, en mi caso, yo siento que sí influyó el que haya sido una cesárea, tampoco tuve ese crecimiento de las mamas, o sea ya hay ciertos factores que te dicen si vas a tener leche o no (Cali).

En tanto, Cali siendo una mujer médica que está dentro de una institución de salud pública, en su narrativa se puede dar cuenta claramente de la encarnación del “ser médico” o el vivirse como tal, con esa investidura que le profiere la biomedicina. La que ya hemos demostrado en páginas anteriores que es parte de un discurso de poder hegemónico que poco o nada tiene de científico y que al contrario, envuelve en sí mismo una serie de prejuicios que empañan la forma de mirar a la población a la que atienden.

Sin afán de señalar a la persona como individuo, este trabajo trata de dibujar los contextos y espacios sociales desde dónde se originan dichos prejuicios, creencias e ideas sostenidas por una colectividad, en este caso, los y las médicas quienes sostienen – insisto, como colectivo-, que las parteras tradicionales, la desnutrición de la población y “la estrechez de las caderas de las indígenas” son todos problemas que el personal de salud debe resolver en su día a día dentro de los hospitales públicos.

Deberíamos tener menos complicaciones porque hay más servicios, sin embargo es al revés, o sea, ya en la práctica es al revés, por qué, porque hay, este, cómo te diré, desde mi punto de vista yo pienso por ejemplo que si te hablo de ciertas poblaciones, aquí en nuestra área de trabajo, el papel de la partera es un papel fundamental en las decisiones de la población, o sea, no importa que seas de ciudad o de campo, de condición indígena, allá en Los Altos de Chiapas, estés muy lejos, hay mucha confianza en las parteras (tradicionales) pero, las parteras para nosotros como médicos nos han puesto en jaque, han cometido muchas este... por así decirlo, negligencias y cuando ya vienen acá ya vienen muy complicadas entonces, no hay una detección oportuna del problema o se quedan con el problema, de que ya cuando quieren venir a que se resuelva ¡ya están demasiado complicadas!, entonces hay allí como que un choque de cultura entre la cultura médica y la cultura tradicional porque no nos encontramos y eso puede desencadenar esos trabajos de parto prolongados y dolorosos. O sea, al final de cuentas el parto es un proceso doloroso, eso nadie lo puede quitar. Entonces, bueno, cómo te volvía a decir, siento que esa disparidad de, de entre lo tradicional y lo científico sí nos ha generado muchos problemas porque las pacientes ya las mandan muy... muy malas, ¡no te imaginas las cosas que nos ha tocado ver que han hecho las parteras!, o sea, nadie les quita el mérito que hayan aprendido a atender un parto pero en realidad un parto, atenderlo no es tan complicado porque eso lo puede aprender cualquiera pero sobre llevarlo, atenderlo con las medidas salubres necesarias y en las condiciones necesarias, ¡eso es lo complicado, porque allá todo es sucio!, ¿si me entiendes? Entonces, tenemos muy malas condiciones de salud de por sí, una paciente, una niña de 15 años, 14 años, embarazada desnutrida ¡y de paso con las caderas estrechas!, que generalmente las niñas todavía tienen la cadera estrecha, entonces, quieren hacer sacar a un bebé a la fuerza y qué es lo que va a pasar, que una, el bebé se les muere adentro o el bebé se queda en el canal de parto o bien, ¡si Dios quiere nace ese bebé y nace desnutrido! Ahora imagínate un bebé que pese más de cuatro kilos, de tres kilos en una paciente que no tenga las condiciones. O sea, son muchas cosas, son muchas complicaciones que se han generado por atender mal un parto y generalmente se da en la atención de las parteras. Ahora, se le echa la culpa al sistema de salud,

a los hospitales, a los médicos, pues tal vez no está tan inherente al actuar, pero el traslado del paciente, en las condiciones en las que la están trasladando, o sea, es una pérdida de tiempo, que cuando llegan pues ya no hay mucho por hacer, y si se hace, se hace todo lo posible al final de cuentas. Entonces eso sí ha generado muchos problemas (Cali).

La idea de la estrechez de las caderas de las mexicanas es parte del imaginario colectivo médico que ha pasado de generación en generación desde el siglo XIX, tal como lo señalan autoras como Sánchez (2016), Pozzio (2016) y Cházaro (2004), en donde a partir de mediciones de pocas pelvis de mujeres embarazadas por medio de pelvímetros (especie de compás) o con los dedos índice y pulgar, se decretó la estrechez del espacio del canal vaginal de las mexicanas, sobre todo aquellas con fenotipo indígena, con lo que eclosionaron el uso de fórceps y cesáreas desde hace más de cien años. Actualmente este discurso no sólo sigue vigente sino que se refuerza de manera racista, clasista e incluso, soez al mencionarse en congresos de ginecología frases como:

El parto vaginal está bien para una sueca que tiene un cabus de este tamaño, pero no le pidamos igual a una oaxaqueña desnutrida por generaciones (Pozzio, citado por Sánchez-Ramírez 2016: 232).

En tanto discurso, la necesidad o no de practicarle una cesárea a una mujer en el Hospital de la Mujer, queda a merced de la opinión del o la médica en turno, del tiempo del que dispongan o, incluso, para evitar ser demandados por la mujer si pasa algún otro evento desafortunado, tal como lo señala claramente Cali en su narrativa. Confirmando con ello lo que por generaciones se ha asumido dentro de la medicina sobre que sea más riesgoso atender un parto vaginal que una cesárea que, como ya se vio al inicio de este trabajo, conlleva mayores riesgos a la salud tanto física como emocional tanto para la madre como para el recién nacido.

Puede ser una, por las condiciones de la paciente así lo ameriten, o sea, son muchas las indicaciones para una cesárea y, el otro extremo es por evitar problemas. O sea, para evitar riesgos tanto para la paciente como para el médico por aquello de las iatrogenias, por aquello de la negligencia, por aquello de las demandas. “Ya sabes que no va a avanzar mucho, pues cesárea”, o sea, eso ya depende de cada médico porque también hay médicos muy arriesgados y muy buenos también en su área que dicen “bueno ya lleva dos días de trabajo de parto y todavía aguanta y va a tener su parto”, o sea, se va a evitar esa cesárea. O sea, todos podemos terminar en un parto en general pero, obviamente con ello, todos los riesgos. O sea, vas con tu propio riesgo, o sea, en que te empecines en decir “yo quiero parto, parto, parto” y te están explicando “tiene un riesgo de morir tu bebé o tiene riesgo de pasar esto o tiene riesgo de que algo le pase a usted” ¡y tu insistes!, bueno entonces, ¡allí qué quiere, no! (Cali).

Estas ideas y creencias que subyacen en el colectivo médico para atender a la población, que en este caso, en su mayoría es de origen indígena, van abonando el campo de cultivo del ya citado *habitus* autoritario médico (Castro & Erviti 2015), lo que desencadena situaciones de maltrato y violencia hacia las mujeres cuestión que no es privativa a los servicios públicos de salud sino, como se verá en el apartado de los servicios de atención obstétrica privada, también allí se sostienen prejuicios y comentarios que lastiman la autoestima de las usuarias.

Al mismo tiempo, también se pudo encontrar que, las mujeres prefieren atenderse en los servicios privados a partir de tener una mala opinión y experiencia en los servicios públicos, opinión que las orilla a decidir tener un parto quirúrgico en los servicios ginecobstétricos privados. Esto forma parte de la construcción selectiva de una representación social, en este caso la representación social que se tiene de la atención pública de la salud.

Denisse, Isabella y Ana tuvieron cesáreas dentro de hospitales privados, sin embargo todas ellas, llevaron sus controles prenatales en instituciones públicas como el ISSTECH de Tuxtla Gutiérrez, el Hospital de la Mujer en San Cristóbal de Las Casas y el IMSS de Tapachula. Aunque este grupo declaró que hubieran preferido llevar sus controles prenatales en algún servicio privado, su economía familiar no se los permitía en ese momento, por lo tanto tomaron la decisión de llevar las consultas en el servicio público y realizarse la cesárea en algún nosocomio privado. Las tres mujeres coincidieron en que recibieron durante las consultas algún tipo de regaño hacia su forma de llevar el embarazo o de cuidarse por parte del personal de salud que las atendió; tienen la percepción de una deficiente atención ya que no les resolvían sus dudas ni había mayor intención de conocerlas por parte del médico o médica que las atendió en su momento y que sólo les daban vitaminas sin mayor interacción humana.

Del niño bueno fui al centro de salud, fui ya cuándo tenía como 2 meses de embarazo, y este la verdad no muy me gustaba ir al centro de salud, la verdad a ver, eh, la atención no es buena, en el centro de salud, porque ahí tienes que ir, cuando...jeje, cuando te vas a particular, tienes que ir al centro de salud, cuando no hay las posibilidades económicas, y este ya de ahorita la verdad, opté por irme en particular, por lo mismo que la atención de, cuando iba del niño, no fue tan buena como... por ejemplo del niño si llegas, para empezar para llegar a la cita, si por ejemplo llegas a los 2 o 3 meses, lo primero que te hace una enfermera, o un doctor te regañan, porque llegas hasta esa fecha, para ellos deberías ir a los primeros meses, pues, pero a veces no sabes, después te empiezan a cuestionar que si el ácido fólico, y a veces pues es incómodo, te sientes incómoda, ni sabes pues, y en lugar de que te den una información buena te regañan y este vas a las citas y si vas tarde te regañaban. En las mañanas y a veces cuando llegabas puntual ellas no estaban, las enfermeras se pasean de aquí a allá, me tocaba en el Centro de Salud de Los Pinos, entonces este, la verdad en el centro de salud, no me gustó, y ahorita por eso, mejor privado. Como primeriza en lugar de que te orienten, o sea vas y te regañan y dices tu, ¿a que voy? (Denisse).

Del IMSS sí, que me dan de la escuela, ya solo lo consulté los primeros meses porque yo sentía que no me hacían nada, no hacían nada. Pues nada más era de ley dar regalar el ácido fólico y hierro y pues nunca me hicieron ultrasonidos, sólo eran chequeos, me decían vente hasta dentro de un mes, todo va bien, pero... y luego para sacar la cita, es todo un rollo, era mucho estrés entonces ya preferí mejor ir puntualmente con mi ginecóloga del Sanatorio Lourdes (Isabella).

La experiencia que Guadalupe tiene del ISSSTE, en San Cristóbal de Las Casas es que no resuelven la situación de emergencia, sino sólo ponen suero a lo que ella calificó como doloroso tanto física como emocionalmente.

Uno va al hospital, al ISSSTE ¿no? Y ya ahí ponen el suero, o sea tal vez yo soy muy dramática pero realmente es molesto, es doloroso y aparte del dolor emocional, el dolor físico (Guadalupe).

Finalmente, Azul quien no ha tenido ninguna experiencia en la atención a sus embarazos ni cesáreas en un servicio público de salud, compartió junto con el resto de las entrevistadas la mala imagen que tienen los centros de salud pública en el Estado.

¡Es horrible!, ¡porque además a veces no tienen ni camas! Me estaban contando, ¡Ay no, es horrible! Qué las hacen esperar y ahí con el dolor ahí paradas o sentadas, ¡ay no! ¡Qué terrible!, No, y a veces no bañan ni al bebé, o sea lo llegan a bañar a la casa (Azul).

Tal como se puede apreciar en las narrativas de las mujeres usuarias de los servicios públicos de salud, la imagen que nace de sus propias experiencias es en general negativa. Compartiendo percepciones de insalubridad, mala atención, regaños y maltratos, aislamiento de sus familiares o personas de confianza; culpabilizándolas por

su estado de salud y, encima de todo ello, los prejuicios del personal de salud quienes con esos lentes atienden a las usuarias.

Ideas, opiniones acerca de la atención pública a la salud entre pares, experiencias de las mujeres o de sus familiares con respecto a la atención brindada, percepciones que se van formando a través de las vivencias y que éstas, precisamente, atraviesan el cuerpo y las emociones de las mujeres, todas estas interacciones humanas, son lo que va construyendo el sentido común sobre la cesárea y la toma de decisión de las mujeres con respecto a los lugares en dónde podrán atender los desenlaces quirúrgicos de sus embarazos.

3.2.4 Violencia obstétrica

La definición de violencia obstétrica que retomaremos a lo largo de este trabajo es la que acuñaron Sánchez-Ramírez et. al. (2016) ya citado líneas arriba, a manera de utilizarlo como gran paraguas que nos permita describir las experiencias que en este sentido, han relatado las entrevistadas.

Ya en el apartado anterior se mostró que, lo que relatan las mujeres entrevistadas como atención a su salud en los nosocomios públicos, se hace evidente una serie de eventos que forman parte de las violencias que sufren las usuarias en el momento del parto como el aislamiento de sus familiares, comentarios culpabilizadores acerca de sus salud, etc. Sin embargo el propósito de este apartado es mostrar de manera explícita, por medio de

las narraciones de algunas de las entrevistadas, los maltratos que han sufrido en su interacción con el personal de salud tanto público como privado.

Denisse, quien relata la forma en la que le practicaron su primer cesárea en el Hospital de la Mujer, comenta que además del aislamiento, el poco o nada caso que le hicieron al demostrar su dolor e incomodidad por tenerla canalizada por horas, al fin y al cabo el comentario del ginecólogo en turno fue que no podría tener a su hijo por medio natural por tener ella misma la cabeza muy grande y ser “*muy chaparrita*”.

Lo que pasa es que si tuve dolores, dos días con dolor, y este... me estaba atendiendo en el Hospital de la Mujer pero me decían las enfermeras que si lo podía tener normal, decían que sí y supuestamente llegué hasta 7 centímetros de dilatación y ya la verdad el último día que la verdad ya no aguantaba, ¡ya era el tercer día!, este... ya este... sale el ginecólogo, bueno de los dos días que yo estuve yendo porque ya me sentía mal, fue ya al tercer día que ya me atendió el ginecólogo solo para decirme que no lo iba a poder tener normal que me prepararían para cesárea, solo me dijo el doctor... se me quedó viendo de pies a cabeza y me dijo, este... que estaba yo muy chaparrita y que mi cabeza estaba muy grande y no lo iba a poder tener natural y este ya me prepararon para cesárea, pero ya de la cesárea... la verdad no sabía ni sentía yo nada (risa nerviosa) la verdad estaba yo bien cansada, bien agotada, ya dijo pues, estás ahí y es lo que diga el doctor y me dice este... ya me prepararon para cesárea y aún así ¡me tuvieron dos horas!, y ya con suero, esperando... a que yo pasara para que me pudieran operar porque ya el doctor me dijo que ¿por qué había yo comido? Que me tenía yo que esperar... es que yo comí porque las enfermeras me decían que si lo podía tener normal al bebé, que iba bien y que comiera algo ligero para tener fuerzas para tener al bebé y yo la verdad lo que hice fue comer y hacerles caso y ya al tercer día sale el ginecólogo, me mira y me manda a cesárea y me empiezan a preparar... y este me tuvieron dos horas esperando... yo le dije que comí porque las enfermeras me habían dicho que yo comiera porque no iba a tener yo fuerza... y ya me contesta él que ¡ese no era su problema!, que me tenía yo que esperar que para que había yo comido... así me contestó... ¡estás preparada ya en la cama... pus que haces!... con ningún familiar... afuera estaba mi esposo y una de mis hermanas... entonces yo la verdad seguía teniendo dolor aún así preparada con sonda y el suero, empecé a sentir dolor y frío pues, ya vez que el suero es frío y ya yo le dije al doctor que si me iban a atender o no, este y ya me contesta pues que sí, pero que

yo me esperara porque había yo comido y llega una enfermera y aún así con dolor y con sonda me dice: la voy a checar (tacto)...ábrase, le digo: me va a hacer cesárea, ¡ya para qué!, yo le contesté pues... entonces ella me contestó que cooperara o le pongo en sus expedientes que si le pasa algo no es problema de nosotros, entonces agarré yo y le dije: ¡disculpa, será que si le puedes hablar a mi esposo!, le dije si no me van a atender, pues mejor que me saquen y me lleven a otro lugar y me dice la enfermera: ¡mire señora, no estamos para hacerle gusto a nadie!... ¡así me contestó!... y ya de ahí lo único que hice fue ¡esperar las dos horas!... sí...de ahí ya...y el reloj ¡enfrente de mí!... (risa nerviosa) ¡pa' l colmo!... y con el frío, ¡y el dolor!... ahí estaba yo sola...solita... ya esperé las dos horas, pasé a quirófano, ya me prepararon, ya de tanto dolor ya ni sentí nada, entré como a eso de las 9 de la noche, ya este al otro día como a eso de las 6, 7 de la mañana, me pasaron a un cuarto, porque me tuvieron en el pasillo, ahí en el pasillo esperando, porque no había cuarto, y este y mi esposo pedía información y no le dieron hasta el otro día, hasta que me pasaron al cuarto... ¡no sabía él nada de mí!, dice que preguntaba que si ya había nacido, que como estábamos y que no le daban información... entré a las 9 de la noche... estaba yo un poco consciente... eeehhh...él ya nació al otro día, en la madrugada como a eso de las 12:00 am... pero de ahí del transcurso de las 12 en adelante ya no dieron información como estábamos, etc ... ya nada más estaba una enfermera cuidando al bebé en el cunero... ¡ni siquiera me lo habían pasado a mí!... ya me lo pasaron hasta que me pasaron al cuarto... me acuerdo que en el quirófano, ya cuando me sacaron me lo enseñaron al bebé, pero ya na'más me hicieron una seña, que ahí estaba en el cunero, si y yo na'más moví la cabeza que sí, ¡ya estaba yo cansada!.. ya vine yo a despertar como a eso de las 6 de la mañana... y ví na'más pues, por la colcha distinguí que era él (el bebé). Ya me pasaron al cuarto y ya es que entró no recuerdo si mi esposo o mi hermana y ahí estuve, me dieron de alta al otro día en la tarde (Denisse).

La normalización de la violencia por parte de la sociedad es precisamente no darse cuenta de que lo que te dice o hace el personal médico es violencia. El encarnar por parte de las mujeres la infantilización propiciada por las relaciones asimétricas de poder y sobre todo estar dentro de un espacio hospitalario el cual ha sido pensado para ejercer dominio sobre las corporalidades de los demás, tal como lo menciona Foucault en *Vigilar y Castigar* (1975) es parte del propósito de docilización que requiere el ejercicio de poder a través de propiciar o inhibir conductas, es allí mismo donde se genera la microfísica de poder del cual habla Foucault.

Como se verá con las narraciones de otras entrevistadas, las violencias obstétricas trascienden grupos etarios y condiciones socioeconómicas o culturales ya que tres cuartas partes de las mujeres (9 entrevistadas del total de 12) que participaron en este estudio declararon sufrir algún tipo de maltrato en sus consultas prenatales, a la hora del parto, en el posparto e incluso, en el inicio de la lactancia, para forzarlas a utilizar fórmulas lácteas coartando su propia decisión de amamantar y culpabilizándolas por sus malas decisiones con respecto a sus bebés.

Ana quien fue madre por primera vez a los 20 años, originaria de Tuxtla Gutiérrez, con una licenciatura, cuenta su mala experiencia al hacerle un tacto vaginal que le desencadenó una hemorragia dentro de un servicio público de salud, junto con los comentarios poco profesionales del ginecólogo que la atendió en el hospital privado al comentarle que “*le quedaban de dos sopas*” para referirse a la decisión de ella con respecto a tener un parto vaginal o por cesárea.

Como yo ya me sentía muy mal pasé a una consulta y me hicieron ¡el tacto mentado! Y me dijo la doctora... fue ¡Ayyy, fue, esa experiencia fue asquerosamente horrible porque la... para empezar la pinchi vieja esa tenía unas uñas de acrílico enormes! (señala con sus manos aproximadamente una falange) y entonces yo cuando la vi... ¡Ella me hizo el tacto!, o sea, yo cuando la ví ¡o sea, de wuaaaa que me va a hacer y entonces se puso el guante y... ! ya hizo lo que tenía que hacer y cuando sacó la mano la sacó llena de sangre ¡y yo dije “me lastimó, qué le hizo a mi hijo!”, salí bien asustada de allí y entonces... -¿Tu ibas sola?-, No. Iba con el papá de (mi hijo), pero a la hora de la consulta él no entró (no se lo permitieron por ser un hospital público). Y entonces, ya saliendo de allí le dije “¡mira, esa mujer me hizo esto, esto y esto y yo no me voy a aliviar aquí!”, entonces él dijo “pues bueno”, me llevó a un particular y ya llegamos con el particular y este... y ya entré y me dijo el doctor “oye pero te vas a esperar, creo que te faltan unas cuantas horas”, me hicieron el tacto otra vez, allí me... él es un ginecólogo hombre y me

dijo que todavía me faltaba, o sea me dijo que “tienes tres centímetros apenas y estás desde la mañana, yo creo que hasta mañana vas a poder hacer algo” y yo ya estaba llorando, no, entonces pues yo le dije “pues sabes qué, yo no quiero”, “pues solo te quedan de dos sopas”, me dijo, este, “o te esperas hasta mañana que haya más dilatación o te vas por la cesárea”. [...] o sea, me dolía mucho, ya más era el dolor, o sea mmm... “¡no es que yo ya no aguanto!”, o sea, ya no. Y por eso dije “ay ya, voy a estar con el dolor, no voy a poder dormir, no voy a poder comer voy a estar sufriendo allí, cuando me pueden... cuando en un dos tres me pueden sacar a mi hijo y ya mañana me voy a mi casa, no”. Entonces este... pues ya le dije “sabes qué pues yo quiero la cesárea y ya (Ana).

En el caso de Luciana en donde la médica le dio un diagnóstico sobre la posible hidrocefálea de su bebé sin mayor compasión y sin corroborar con otros estudios más que un solo ultrasonido; el que te aíslen de tus familiares y no te den información sobre tu propia salud y la de tu bebé, como los casos ya descritos de Mary y Cecilia; el que te separen de tu bebé en el nacimiento; el que procedan con maniobras biomédicas de rutina como episiotomía, rasurado, enemas, entre otros que relataron las mujeres a pesar de que iban a tener una cesárea; el que a Aurora la dejaran toda una noche escuchando los gritos de dolor de su compañera de cuarto sin que nadie la atendiera y le ordenasen guardar silencio para ocultar su dolor sin mayor compasión; todo ello forma parte de la negación de los derechos reproductivos y sexuales que debemos ejercer las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Sin embargo, existe un gran desconocimiento por parte de las mujeres y allí opera precisamente la microfísica del poder. La manera en la que se instrumentaliza el poder sobre los cuerpos femeninos es, por un lado, no dar información veraz y honesta a las mujeres sobre los procesos fisiológicos por los que transcurre sus embarazos, y por el otro se les hacen comentarios que les infunden miedo más que informarles, y si las

mujeres no tienen elementos suficientes para cuestionar ese biopoder, ellas otorgarán autoridad sobre sus propios cuerpos al personal médico y la relación con dicho personal se vuelve una relación asimétrica donde las mujeres pierden el protagonismo de su parto, encarnando el *habitus* acerca de su incapacidad para dar a luz de manera natural. En dichas circunstancias el único resultado posible será una cirugía.

En tanto mayor es el desconocimiento de nuestros derechos y procesos fisiológicos, y escaso el acompañamiento solidario de la experiencia de otras mujeres con vivencias diferentes, mayor será el abuso de poder que se ejerza sobre nuestros cuerpos, tal como se pudo observar en las narrativas de las entrevistadas.

Por otro lado, la violencia al desincentivar la lactancia materna por parte de personal salubrista lo ejemplifica mucho mejor la narrativa de Isabella quien tuvo una cesárea en el servicio privado de salud.

Porque el pediatra no era pro-lactancia, yo le quería dar leche y bueno, el problema fue también desde el mismo hospital donde parí, me pedían a fuerzas que yo llevara un termo con agua caliente, biberones y fórmula y yo dije: "pero ¿para qué? Si voy a dar...[pecho]. Antes de parir, ya la predisponen a uno, a que no va a tener uno suficiente leche y hay que darles relleno. Yo no le dí, no le dí, pero sí me dijeron que iba a sufrir hipoglucemia, que le iban a tener que inyectar glucosa, le dije: "No, no pasa nada yo tengo leche" porque empecé a ver que tenía el calostro y por lo menos en ese aspecto sí me había informado un poquito [...] La ginecóloga, la que me operó ya no, solamente las enfermeras que son las que atienden ahí, que se ve que ya tienen la rutina establecida, que le decían ahí hay que echarle el agua y la fórmula para darles y me lo decían a cada rato pero yo no quería, entonces me empezaron a amenazar, de que si no la iban a tener que inyectar o le iban a tener que dar glucosa, porque le iba a dar hipoglucemia al bebé, se iba a quedar dormida y no iba a despertar, entonces que para eso es la fórmula (Isabella).

Los comentarios impertinentes de los estudiantes de medicina en el hospital privado en Tuxtla Gutiérrez en donde le practicaron su primer cesárea a Azul, muestra cómo el personal salubrista, trata de manera poco seria a las mujeres que atienden.

[...] para mí fue muy traumático por que sentir de que te acuestan, luego los comentarios de los doctores no?, -¿cuáles son los comentarios?-, Como si, bromeando, de que: ¡Ay! La otra persona que se murió y ¡no sé qué! Hablando de cosas así... No sé si era broma, pero ellos riéndose, sí, entonces la anestesia, entonces todo el equipo, es como muy impactante no? (Azul).

Azul iba a sus consultas prenatales con un ginecólogo en Tuxtla muy reconocido por la clase socioeconómica alta de San Cristóbal de Las Casas. Ella le tenía plena confianza desde que atendió la cesárea de su primogénita. Sin embargo, durante las vacaciones de semana santa empezó a tener trabajo de parto, entonces llamó a dicho especialista sin poder localizarlo ya que él estaba de vacaciones y no contestó el teléfono. En su oficina tampoco tuvo la precaución de dejar a algún médico encargado que siguiera a las pacientes, sobretodo teniendo en cuenta que ella iba a ponerse de parto en cualquier momento a lo que el especialista le respondió (después de varios intentos por el celular) que ella no debía ponerse de parto sino hasta que él llegara. Allí terminó la conversación y la confianza que ella le tenía a su médico.

Viéndose en una situación desesperada acudió a su tía a la que le tiene plena confianza para que le ayudara a resolver la situación ya que también su esposo estaba fuera de la ciudad. Decidieron ir al Sanatorio Bonilla (hospital privado de San Cristóbal). La atendió el ginecólogo y ella le notificó su decisión de tener un parto vaginal. Tampoco le permitieron la entrada a la tía quien fue la que la acompañó en ese momento. A solas, el

especialista le realizó un tacto vaginal sin que ella supiera la razón por la que se lo estaba practicando y al hacerlo, ella gritó y lloró del dolor ya que estaba muy dilatada (no se acuerda los centímetros que llevaba en ese momento) a lo que le contestó el doctor: *“¡si no aguanta ni este dolor como pretende aguantar un dolor de parto!”*, en ese momento ella firmó la autorización para que le realizaran una cesárea a pesar de que ya estaba en un trabajo de parto avanzado.

Con este relato se observa claramente la relación abusiva del poder de los médicos que atendieron a Azul, por un lado, el no contestar a sus llamadas de emergencia cuando el médico sabía de antemano que en cualquier momento ella iba a necesitarlo y ni siquiera dejar a quien se hiciera cargo de las pacientes en turno. Esta medida de anteponer sus vacaciones a la necesidad inminente de atención a la salud de la paciente, nos recuerda lo que Eugene Declercq (*Ob. cit.* 2016) documenta ampliamente en su análisis del incremento de las cesáreas en Estados Unidos en las últimas décadas donde se puede observar que las cesáreas se programan de lunes a viernes en horarios hospitalarios, no como urgencias ni tampoco en periodos vacacionales de las o los obstetras.

Más grave aún, el segundo ginecólogo, aislando a Azul de su familiar y hacerle un tacto que la lastimó, encima del comentario cargado de violencia hacia ella.

En todos los casos descritos, se observan que estas relaciones médico y paciente implican formas de interacción social asimétricas en donde el abuso de poder se refleja ante la vulnerabilidad de la mujer tanto física como emocionalmente, tal como lo sostienen Castro y Erviti (2015: 84).

Otras formas de naturalizar la violencia y encarnarla es cuando las mujeres trabajamos jornadas extenuantes durante el embarazo y llegamos a poner en peligro nuestra propia vida y la de nuestros bebés, tal como lo menciono Alexa, ya que bajo las lógicas de los sistemas /sexo género antepone las responsabilidades del hogar y las necesidades de los otros, llámense esposos, hijos, etc. y desdeñamos o minimizamos nuestras necesidades primarias y el dolor tanto físico como emocional que sentimos. El testimonio refleja sobretodo, la duda sobre sí misma: sobre el conocimiento / reconocimiento propio de la mujer, de su cuerpo, de su proceso, y la incapacidad para colocar como prioritario el proceso de su parto.

Pero en una ocasión, yo creo que una semana antes de la cita programada, como ya estaba programada, Juan (el esposo): "No pues vamos a hacer la despensa". Vamos a hacer la despensa y nos vamos al Chedraui y me lleva pasillo por pasillo, para la despensa y que quedara armado todo lo de la casa, porque después obviamente yo después ya no iba a poder salir. Yo iba caminando y cuando llegamos a la fila, yo le dije: "Juan, me siento un poco mal" como ya de cansancio, "No si quieres, pues te vas al coche"- me dice, "pues mientras pago", y yo no sabía si me sentía de que no podía mi ignorancia decía: "No sé, si ya hoy me van a dar dolores", porque yo sentía que estaba hacia abajo y yo creía que pues estaba encajada y eso, no podía respirar, del cansancio, o no sabía si quería vomitar, ya no sabía ni qué. Entonces yo dije: "Todavía me va a mandar al carro, yo solita" así qué tal me pasa algo yo solita no? y dije: "No, pues mejor te espero aquí que pagues" Luego yo dije: "¡Qué imprudencia!", de no decir: "No, lo dejemos y vámonos", no? pero ahí dije: "Bueno, a ver, relájate". Yo respiraba y respiraba. Sin mentirte, esa noche llegué y le dije: "Juan, me siento muy mal" y no sé, te digo.. y él: "No, ¡tranquila!" que no sé qué. Entonces llegamos y me dijo: "No, ya tienes la..." así, él todavía me llegó a preguntar si tenía la maletita esta que tienes que llevar al hospital, si ya estaba lista y yo así de: "¡No!" y "¡No pues hay que empezar a alistarla!"- él, así como diciéndome: "¡No que tal en la madrugada te me pones mal!", pero era una sensación como de no querer ni estar sentada, ni acostada, ni parada, ni caminando, ni nada, o sea yo ya no sabía ni qué, me sentía muy muy mal realmente. Ahorita no te puedo decir que... si era la presión o qué, pero yo no sentía que no podía ni respirar, tenía el dolor en la parte de la pelvis, pero obviamente pues era de que yo había hecho el gran esfuerzo

de caminar, porque después lo platicué con la doctora y me dice: “No, pues caminaste y obviamente pues ya estabas en un peso, ya” (Alexa).

En el mismo sentido va el relato de Cecilia quien al verse en los primeros días de la recuperación de la cesárea tuvo que levantarse de la cama a realizar las actividades domésticas y que a pesar de que se sentía muy mal de salud no obtuvo ninguna ayuda ni de parte de su esposo ni de su familia política.

¡fue fatal, adolorida! porque en parte mi hermana ya no estaba conmigo no tenía... bueno, el único apoyo que tenía era mi esposo pero mi esposo estudiaba y yo eso de hacer la limpieza me costaba mucho ¡y todavía estudiar, estudiando andaba!, ¿cómo le digo?, ni aguanté como le dicen la cuarentena. Tuve que salir, como en unos 15 días me levanté de la cama, o como una semana parece, ¡no me acuerdo muy bien!, pero me levanté y andando me fui a la escuela, sí, fajada, pero un poco adolorida. Dolorida, ¡sí bastante! pues en realidad, viví mi experiencia, ¿cómo le diré?, no muy bien pensé que iba a tener apoyo total con los familiares de mi esposo y en realidad no, hubo problemas, sí, pues allí fue con mi esposo en cuanto la comida, en cuanto la ropa, el lavado de los trastes, como no podía yo, eso de subir un poco el escalón duele (Cecilia).

A lo largo de estos relatos se puede observar que las mujeres están expuestas no solo a las violencias obstétricas sino que la violencia de género permea la vida cotidiana y las mujeres seguimos actuando dentro del un sistema sexo género en donde se siguen imponiendo las dinámicas de servicio femenino a la esposa/pareja, en donde la salud de las mujeres depende de la valoración que su círculo cercano tenga de ella, es naturalizar y normativizar dentro de la cultura que las mujeres somos cuerpos-para-otros, tal como lo señala Sayavedra-Herrerías & Flores-Hernández (1997) y que nosotras actuamos en consecuencia de ello sin reflexionar o tomar medidas concientes con respecto a las situaciones que nos toca vivir.

Esa naturalización de la violencia ejercida hacia las mujeres se encarna en nuestras vidas ya que ninguna entrevistada expresó de manera contundente que haya sufrido violencia obstétrica durante sus interacciones con el personal de salud.

Como ya se vió en estos dos últimos apartados, los diferentes maltratos a los que se exponen las mujeres en los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio, van dando la pauta para que tomen la decisión de atenderse a través de un servicio privado de salud buscando una mejor calidad en la atención. Sin embargo, también en los servicios de salud privados persiste la violencia hacia las mujeres debido a que éstos no quedan exentos de las estructuras jerárquicas de la medicina hegemónica ya que, incluso como se pudo observar en San Cristóbal, es común que el personal médico sea el mismo en ambos tipos de servicio, por tanto las corporalidades femeninas seguirán atravesadas por el biopoder, estén conscientes o no de ello. Esto es lo que desde el *embodiment* se llama estar-en-el-mundo, encarnando tanto la intención (desde el nivel de la persona) como la tensión (desde el nivel sociocultural).

3.2.5 Imagen, confianza y experiencias en los servicios privados de salud

De las 12 entrevistadas, nueve atendieron sus cesáreas dentro de un nosocomio privado. Algunas en hospitales en Tuxtla y otras en los servicios de salud dentro de San Cristóbal de Las Casas. Los hospitales que mencionaron dentro de esta ciudad fueron el Sanatorio Bonilla y el Hospital de Caridad (este último es administrado por religiosas católicas que, en general, no intervienen en los servicios de salud a excepción de la atención al parto y

planificación familiar) (9). Estos dos hospitales les rentan los quirófanos a los ginecólogos de la ciudad, por lo tanto tienen siempre mucha demanda.

Las nueve mujeres mencionaron como principales razones por las cuales preferir la atención en consultorios del sector privado, tanto para llevar sus controles prenatales como para la atención a sus cesáreas:

- 1) Dejar de sufrir maltratos en hospitales públicos (casos de Denisse, Luciana, Guadalupe, Ana, Aurora; Isabella).
- 2) Optimizar mejor el tiempo en las consultas prenatales ya que en el sector privado sí respetan las fechas y horarios en las que las cita el o la ginecóloga (casos de Denisse; Aurora; Alexa; Cali; Dorian; Ana; Guadalupe).
- 3) Recibir atención personalizada porque se les otorga mayor tiempo de escucha a las mujeres por parte del personal salubrista (es decir, no sólo del médico (a) que las atiende sino también del personal de enfermería y demás especialistas a su cuidado).
- 4) Recibir atención con profesionalismo por parte de los especialistas que las atienden, idea relacionada por la cantidad de estudios bioquímicos y ecografías que les prescriben a lo largo de las citas prenatales es decir, mientras más ecografías y estudios clínicos prescriba el o la ginecóloga, las mujeres lo califican como “buen médico(a)”.
- 5) Finalmente, un punto importante es la confianza que la mujer le tiene a *priori* al médico (a) ya que esa relación entre médico(a)-paciente, en buena

medida está ligada a las relaciones de parentesco, como es el caso de Alexa quien conoció a su ginecóloga por medio de su tío quien es radiólogo; Cali quien otorga plena confianza a sus colegas y Dorian cuyo ginecólogo atiende a sus amigas y colegas del trabajo.

Voy a decirte que yo la conozco a ella en recomendación de mi tío. Sí, porque el mioma, el primero que te cuento, me lo detectaron desde antes de que yo quedara embarazada de Luis, entonces yo fui a tratarme con ella [...] en recomendación de, entonces obviamente, es ella un trato diferente porque soy la sobrina de un compañero de ella, digamos, o un amigo doctor (Alexa).

Entonces la confianza pues prácticamente se la he depositado a los médicos que me atienden, no, porque al final de cuentas me tienen que resolver en ese momento o empezar a tratar. Ahora, ya muy particular, pues sería el médico particular porque con él puedo manejar tiempos diferentes, no estoy bajo la presión de tiene que ser laboral (Cali).

Sí, a parte él era médico en ese entonces, o es médico de una de mis amigas aquí, entonces a ella también la atendía y lo visitamos y me dio mucha confianza, a mi esposo igual, entonces decidimos quedarnos con él. [...] Me hacían el ultrasonido y checaba los latidos del bebé, líquido, la placenta, eso, que no estuviera enredadito, que sus medidas fueran acorde al tiempo que tenía, su peso, todo (Dorian).

Dicha relación de cercanía familiar ante el médico ginecólogo (a) propicia un ambiente de confianza el cual las mujeres buscan a la hora de elegir al especialista que las atenderá en su cesárea y que, en parte explica el porqué las mujeres nunca piensen siquiera en poner en duda o refutar el discurso del o la médica que las atiende en el tránsito de sus embarazos y desenlace del mismo. Es decir, lo que diga el personal

médico acerca del estado de salud y las condiciones sobre el cuerpo de la mujer, nunca es cuestionado por ella o su entorno familiar en la medida en que hay una relación de parentesco o, por lo menos, una cercanía social de por medio.

La confianza que las mujeres otorgan a los especialistas que las atienden en el tránsito de sus embarazos se ve reforzada por sentir que son escuchadas y atendidas las 24 horas del día ya sea porque el médico resuelve sus dudas o les da instrucciones con respecto a lo que vayan sintiendo en sus cuerpos. Lo que ejemplifica la manera en la que se instrumentaliza el biopoder sobre las corporalidades femeninas.

Le escribí al doctor cuando lo sentí [una contracción], le escribí al doctor: "Oiga doctor, fíjese que me dio esto, ¿qué es? Voy con usted, no sé qué" me dijo: "¿qué estás haciendo?" le digo pues estaba haciendo quehacer, estaba lavando los trastes, me dijo: "Descansa, descansa, trata de no caminar, párate nada más al baño y reposa un rato, si más tarde te vuelve a dar, entonces me hablas y vienes al consultorio" entonces descansé un rato, llegó mi esposo, le dije, me dijo: "Pues acuéstate" y ya descansé, se me quitó y ya no hubo necesidad, como a la semana era mi consulta de mes, entonces ya me checó y me quedé tranquila, me dijo: "Todo está bien" y ya. [...] Y sí, cuando tenía una duda así, sí le hablaba y siempre me contestaba (Dorian).

Aunado a esta relación de confianza se encuentra también el componente de la búsqueda de mejores servicios a mejores precios, ya que las mujeres entrevistadas refirieron tratar de encontrar un servicio médico a bajo costo y de buena calidad. Por lo tanto, mencionaron que preferían un servicio de ginecología que incluyera para todos los meses de consultas prenatales una ecografía de sus bebés y así no pagar montos extras buscando otros servicios clínicos.

Las mujeres coincidieron en que el ver a sus bebés por medio de una pantalla les proporcionaba las sensaciones de seguridad y tranquilidad. A pesar de que en el servicio público no les realizan ecografías hasta el 5to. mes de embarazo, las mujeres que atendieron por alguna razón su primer trimestre en ese tipo de atención, coincidieron en que los médicos (as) les recomendaban pagar un servicio privado de ecografía allende el hospital público.

Sin afán de criticar la decisión personal que cada mujer tenga sobre su deseo o no de ver a su criatura por medio de un ultrasonido, se considera pertinente analizar el lugar de “imprescindible” que en la época contemporánea ocupa el ultrasonido. Erviti (2016: 65-67) al respecto describe cómo, desde los estudios de género y salud, se analizan las conexiones entre género y tecnologías en donde las asimetrías no están basadas en la naturaleza sino en las prácticas sociales ya que las tecnologías utilizadas en el proceso reproductivo materializan resultados de negociaciones y procesos de selección incorporando valores y prácticas socioculturales. De esta manera, el ultrasonido funciona como una herramienta de delegación y distribución de la responsabilidad y control sobre los embarazos lo que ella menciona, en términos foucaultianos, como una tecnología disciplinaria. Con esto se anticipan y definen preferencias, motivos y desenlaces predecibles (empezar a amenazar a las mujeres con que no será posible un parto natural porque el bebé viene con el cordón alrededor del cuello, poco líquido o de un tamaño mayor a la posibilidad de sus caderas). Todo avalado por lo que se puede apreciar en uno o varios ultrasonidos.

En este sentido Freyermurth (*Ob. cit.*) en un estudio realizado con embarazadas usuarias del sector salud público encontró una correlación en donde se pudo apreciar que a mayor número de ultrasonidos en el embarazo (ya sea realizados en el sector público o privado) mayor la probabilidad de culminar en una cesárea en condiciones iguales de salud entre todas las mujeres del estudio.

Aunado a lo anterior, se menciona que tanto el personal médico que sugiere actualmente un uso excesivo de los ultrasonidos en el embarazo como las mujeres de este estudio con posibilidades de informarse por medio del internet, desestiman o desconocen los estudios como los de Newnham *et. al.* (1993) y Bucher and Schmidt (1993) en donde se demostró estadísticamente que tanto las mujeres que se habían realizado un máximo de tres ultrasonidos -lo que la OMS sugiere como recomendable en embarazos normales-, como quienes se habían realizado más ultrasonidos habían tenido hijos (as) en igualdad de condiciones al nacimiento. Por tanto, no se justifica el uso excesivo de este estudio como profilaxis en embarazos normales.

Más serios son los hallazgos del estudio de Stoch *et. al.* (2012) en donde estadísticamente muestran evidencias de una asociación entre un uso excesivo de ultrasonidos y autismo. Aunado a esto, actualmente se están realizando estudios para determinar si existe una asociación entre el reflujo en los recién nacidos y el uso abusivo del ultrasonido en el embarazo (Véase por ejemplo Elizabeth Madsen 2008).

En general, las mujeres que atendieron sus cesáreas en la atención privada señalaron sentirse más seguras dentro de un hospital privado en tanto existen recursos materiales

y humanos para atender cualquier emergencia obstétrica que se les presentara en el desenlace de sus embarazos. No así las mujeres que se atendieron en el servicio público ya que ellas no sintieron la confianza ni apertura de los especialistas para resolver sus dudas en las consultas prenatales.

A pesar de que se tiene una percepción acerca de la seguridad y la pronta resolución de emergencias, los servicios privados en San Cristóbal de Las Casas no cuentan con los suficientes equipos y recursos materiales y humanos para afrontar emergencias obstétricas, sólo el Hospital de la Mujer está equipado con tales materiales, no obstante la actual saturación de sus instalaciones, rebasa su capacidad de atención a las asuarias, situación que se agudiza al no contar con la afiliación al Seguro Popular, como es el caso de las nueve mujeres que atendieron su cesárea en el sector privado, quienes no contaban con dicho seguro médico.

Por ejemplo, la decisión de Dorian de escoger la atención de su cesárea en el Hospital de Caridad estuvo determinada por dos razones fundamentales, la primera es por lo que le dijo el médico durante sus primeras consultas prenatales en el Hospital de la Mujer con respecto a su supuesta malformación de la columna vertebral (afección que presuntamente padece ella, ya que no se ha realizado ninguna prueba diagnóstica para tal fin) y, la segunda razón es porque siendo ella empleada en los servicios municipales como prestación laboral le pagan el servicio médico privado, específicamente con el Hospital de Caridad, lugar en donde se le practicó su cesárea.

En el hospital regional, el doctor que me atendió cuando yo fui a sacar mi cita y mi expediente y no sé qué, te hace tu examen.[...] Me dijo [el médico]: “Bueno, el 90% de las mujeres que tienen problemas de la columna, tienen bebés por cesárea”; - ¿Así te dijo?-, Ajá. “Pero aquí por de ley te tenemos que hacer trabajo de parto y si no puedes, entonces ya cesárea, pero tienes que hacer trabajo de parto a fuerza (Dorian).

Algunas de las mujeres entrevistadas (Dorian, Isabella y Azul) coincidieron en que, a pesar de que les atrajo la idea de parir asistidas por parteras profesionales, las casas de partos no les ofrecieron lo que ellas mismas llamaron “el plan B”, es decir, se sintieron inseguras al pensar en que si se complicaba su situación de salud a la hora del parto, tendrían que recurrir a otro servicio médico y encima pagar más por éste, ya que los honorarios de las parteras no cubren los servicios de la atención en los servicios biomédicos. Sin embargo, las casas de parto recomiendan a todas las usuarias tener un hospital de su elección y confianza al cual se pueda recurrir en caso de que se complique el parto natural, tal como lo señala Sánchez (*Ob. cit.:* 61).

Por lo tanto, la actitud ante el parto entre estas mujeres y las entrevistadas por Sánchez (*idem*) quienes tuvieron un parto humanizado y respetado, muestran puntos de vista opuestos ya que el empoderamiento con respecto al propio cuerpo y el desenlace del embarazo es completamente diferente en ambos casos; por un lado, las mujeres que tienen las experiencias de cesáreas depositan la confianza y la toma de decisión en el discurso biomédico, mientras que las mujeres que optan por un parto humanizado depositan la confianza en sí mismas y en su propio cuerpo buscando ellas mismas opciones que les hagan sentirse más seguras a la hora de dar a luz.

En ambos casos, el análisis desde la corporalidad implica tanto intenciones como responsabilidades en la toma de decisiones (Csordas, *Ob. cit.*) diferenciadas que marcan conductas, desenlaces del embarazo y experiencias opuestas.

3.2.6 Consejería médica en el embarazo y cesárea

*Para tu edad, me sorprende tu embarazo, sí, estás muy tranquila
(Azul)*

Este apartado comienza por discutir el concepto de “cesárea electiva” la cual, según el diccionario de términos médicos, es una intervención quirúrgica programada generalmente decidida desde la consulta externa, con hospitalización previa a la cirugía, sin que exista actividad uterina, sin ruptura de membranas, sin sufrimiento fetal o complicaciones maternas. A la luz del discurso femenino de las entrevistadas, dicho concepto tendría poca razón de ser, ya que en opinión de todas, sus cesáreas han sido producto de alguna patología o anomalía en sus cuerpos, según les han dicho los y las obstetras que las han atendido.

Enfocando un poco el lente respecto el discurso biomédico, lo que las mujeres han descrito sobre las justificaciones médicas sobre las cesáreas hechas en sus cuerpos es parte del ejercicio del biopoder desde el cual se dicta la normalidad o anomalía de los cuerpos femeninos tal como lo menciona Carme Valls (2010), ya que a pesar de querer al inicio de sus embarazos, un parto vaginal, el discurso biomédico les ha dictado la norma de que sus embarazos y sus desenlaces sean por medio de una cirugía que bien

puede ser programada de lunes a viernes y en horarios de oficina y “para no correr riesgos” o como le dijeron a Ana, dándole la opción de decidir realizarse la cesárea el mismo día o al siguiente: “¿Te quedas de una vez o vienes mañana para la cesárea?” o a Dorian quien tuvo una cesárea de emergencia que bien pudo esperar tres días más para llevarse a cabo.

Esta cuestión de que las cesáreas programadas se realizan de lunes a viernes en horarios convencionales, se podría considerar irónicamente como una comodidad que convence a las mujeres, no obstante, el estudio de Declercq (2016) documenta que en Estados Unidos las cesáreas electivas o programadas se realizan de lunes a viernes en horarios convencionales para el personal médico.

Ana, quien no corrían con algún riesgo médico aparente, le dieron la posibilidad de decidir, al tiempo que le daba mayor margen al médico de reunir al grupo de especialistas que lo asistiría para realizar la cesárea en una clínica privada de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez. Mientras que el obstetra de Dorian le comentó un martes que el bebé tenía ya poco líquido amniótico y que esa era una condición peligrosa pero que podía esperar y ella decidir si realizarse la cesárea para el jueves o viernes de esa misma semana.

Ahora bien, lo que las mujeres describieron como razones médicas para realizarse una cesárea son ideas y creencias reforzadas por los médicos y médicas que han atendido sus embarazos y cesáreas. Ideas que sirven como reforzadores de la violencia de género que se ejerce desde las primeras consultas prenatales, que paulatinamente a lo largo de los meses de embarazo, las mujeres van formando pensamientos y creyendo en un

cuerpo visto como enfermo, como anormal y sin el poder de parir de manera vaginal.

Gracias a un discurso médico que cataloga al cuerpo femenino como:

- *“Estás chaparrita y tienes la cabeza grande” (Denisse)*
- *“Eres estrecha de caderas” (Alexa, Ana)*
- *“Tienes desviada la columna” (Alexa, Guadalupe, Dorian)*

Todos estos comentarios se los han hecho a las mujeres a lo largo de sus consultas prenatales o bien, al momento de iniciarse el trabajo de parto (momento en el que la mujer está más vulnerable emocionalmente hablando), sin realizarles ninguna prueba diagnóstica para tal fin, según mencionaron las mujeres entrevistadas.

Otros comentarios concernientes a la anormalidad de los procesos por los que transita el cuerpo femenino durante el parto o bien, relacionados con los anteriores, a lo que la biomedicina considera fuera de la norma, como:

- *“No dilatas lo suficientemente rápido” (Azul, Aurora)*
- *“Has tenido demasiados abortos previos a este embarazo y amenazas de aborto en este” (Guadalupe, Cali, Isabella, Luciana)*
- *“No vas a aguantar el dolor” (Azul)*
- *“Estás anémica” (Cecilia)*

Otras ideas que infunden miedo a la futura madre como “para no correr riesgos” y al mismo tiempo se asocian con la viabilidad y salud del bebé:

- *“Te vamos a hacer cesárea para no correr riesgos” (Cali, Dorian, Guadalupe, Alexa, Ana, Luciana)*
- *“El bebé no se acomodó” (Isabella, Luciana)*
- *“El bebé tiene doble circular de cordón” (Isabella, Cali, Azul, Luciana, Mary)*

Luciana, Aurora y Guadalupe tuvieron amenazas de abortos durante el primer trimestre de embarazo. Las tres relataron que el médico particular les preescribió un medicamento para aminorar los riesgos de amenazas de abortos. Ninguna de ellas recordó el nombre del medicamento o su fórmula química, sin embargo suponemos que pueden tratarse de un tratamiento hormonal de estrógenos y progestágenos para disminuir el riesgo de abortos espontáneos durante el primer trimestre de embarazo. Sin embargo, estudios recientes han concluido que este tipo de medidas hormonales no son recomendables primero, por tratarse de mujeres primigestas (como es el caso de dos de nuestras entrevistadas) y, segundo, porque los autores del estudio concluyen que no encontraron una correlación directa en el suministro de hormonas y la disminución del riesgo de aborto espontáneo y que se necesitan más investigaciones para determinar que el tratamiento hormonal disminuye los riesgos de aborto y sobretodo no generar iatrogenias en el feto posteriores al nacimiento (Haas and Ramsey 2013).

Por otro lado, se encontró que durante el transcurso de los nueve meses de embarazo de las 12 mujeres entrevistadas les realizaron entre 4 y 12 ecografías obstétricas, ya sea por recomendación de los especialistas que atendieron sus embarazos o bien, porque ellas mismas se los realizaban sin una prescripción médica, como fue el caso de Luciana quien movida por el miedo de perder a su bebé en este segundo embarazo, se realizó 12

ultrasonidos con la justificación de tener la seguridad de que su bebé estaba bien de salud dentro de su vientre.

Sí, ¡todo mi embarazo tuve miedo! [...] de que la fuera a perder, o de que dejara de latir su corazón, no sé, miedo, miedo, era una niña que yo deseaba con todo mi corazón, era un embarazo que yo anhelaba (Luciana).

Como ya se vió, por un lado, son las mujeres quienes por miedo y desconocimiento de los procesos bioquímicos naturales en el embarazo se realizan ecografías por su cuenta y, por el otro, los comentarios y consejería que les ofrecen los especialistas que las atienden durante el embarazo, lo que va propiciando un desenlace hacia el parto quirúrgico.

3.2.7 Toma de decisiones en el embarazo y cesárea

Llegado a este punto, se puede asumir que el desenlace del embarazo se relaciona directamente con las decisiones que se vayan tomando a lo largo de éste. Es decir, influyen varios aspectos ya descritos antes, como:

1. Los consejos familiares o del círculo más cercano de la mujer embarazada cuyas opiniones infunden temor hacia el trabajo de parto asociado fuertemente al sentir dolor corporal.
2. La percepción y experiencias que las mujeres han tenido en los servicios públicos obstétricos.

3. El discurso desde la biomedicina hegemónica la que considera al cuerpo femenino como anormal si no cumple con reglas muy específicas -como el tiempo de dilatación uterina-, lo que va orillando a las mujeres a concebirse como no aptas para dar a luz de manera natural.
4. El no cuestionamiento sobre la conveniencia de realizarse más de tres ultrasonidos, bajo la creencia de que están haciendo lo correcto para su salud y la de su criatura.
5. La fé que las mujeres depositan en el conocimiento de los especialistas con comentarios de *“estoy en sus manos doctor”* otorgándoles con ello, toda la responsabilidad y el poder de decisión con respecto a sus propios cuerpos.
6. La búsqueda de encontrar un servicio obstétrico privado que se acomode a las finanzas familiares y, en ocasiones, al pago del seguro de gastos médicos que les dan a las mujeres dentro de sus centros laborales.
7. La búsqueda de las mujeres por tener un servicio médico que les ofrezca instalaciones hospitalarias adecuadas en caso de sufrir una emergencia obstétrica o neonatal. Ya que, a pesar de que ninguna de nuestras entrevistadas tuvo algún evento de parto-posparto de real emergencia médica, manifestaron en todo momento tener gran temor y miedo a que ellas o sus bebés sufrieran eventos desafortunados y no contar con instalaciones hospitalarias que les resolvieran los problemas con prontitud.

Desde los preceptos de un parto humanizado del que ya se hizo referencia, nos surgen más cuestionamientos que respuestas: ¿cómo podríamos llegar a tener una toma de decisiones más reflexiva y amorosa (10) con nosotras mismas con respecto a la forma

de querer dar a luz, si no hemos construido espacios (emocionales ni físicos) para poder hacerlo?, ¿podríamos empezar a formar espacios compartidos a partir de la conciencia y plena confianza en que nuestros cuerpos son sabios y que sólo necesitamos acompañamiento amoroso para dar a luz a nuestra descendencia?, ¿dónde queda la responsabilidad del Estado para generar espacios hospitalarios que respeten, en el sentido más amplio de la palabra, la forma en que las mujeres quieran parir a sus hijos (as) y que se cuente con servicios de la mayor calidad para el beneficio de las usuarias?, finalmente, ¿en dónde queda la responsabilidad de la sociedad para acompañar amorosamente a las mujeres embarazadas y que los niños y niñas tengan un inicio de vida en las mejores condiciones en una sociedad en donde se pondera la maternidad como la mayor valoración en una mujer?

3.2.8 Emociones y maternidad: Los cuerpos sintientes

Se encontró que ninguna de las mujeres entrevistadas tenía en mente tener una cesárea y mucho menos programada cuando estuvieron embarazadas por primera vez. En su segundo embarazo, a seis de ellas, les realizaron una segunda cesárea por sugerencia del o la obstetra que las atendió “para no correr riesgos”.

A lo largo de las narrativas se pudo observar cómo la idea de dar a luz de manera vaginal es, por un lado, reforzada por las mujeres de mayor edad dentro del círculo familiar quienes han tenido partos por esa vía y, por otro, las mujeres jóvenes (amigas, primas, cuñadas) quienes han tenido en su mayoría cesáreas sugieren a la embarazada tener un parto quirúrgico, a pesar de que todas reconocen que el dolor físico después de la cirugía

será mayúsculo, sin que nadie tenga como referencia el dolor que generan las contracciones uterinas ya que la mayoría de las entrevistadas no tuvo dolores ni trabajo de parto.

Por otro lado, fue recurrente la percepción que tienen las entrevistadas de que una “buena mujer” debe o puede llevar a cabo un trabajo de parto hasta lograr el objetivo de dar a luz de manera vaginal.

Sin embargo, ninguna de ellas, a pesar de que asistieron a las consultas obstétricas y buscaron información por su cuenta acerca del parto (incluso una de ellas fue a clases de yoga prenatal), pensó en asistir a las clases de preparación al parto o de psicoprofilaxis perinatal que ofrecen las Casas de Parto en San Cristóbal de Las Casas para preparar de mejor manera su cuerpo y mente en este evento tan importante de su vida sexual.

Por lo tanto, algunas de las entrevistadas mencionaron abiertamente que el haber tenido a sus bebés por medio de una cesárea las hizo sentir menos mujer o que al transcurrir el posparto sintieron coraje, impotencia, enojo hacia ellas mismas y de alguna manera culpabilizándose de la decisión de tener un parto quirúrgico lo que les provocó una baja autoestima.

Yo quería un parto normal pero no pude, no salí buena mujer, no salí buena para esto. [...] Bueno no sé si sea con todas, pero en lo personal, sí me sentía como frustrada, te digo, por no haber podido la niña nacer de la forma en la que yo quería y luego físicamente es como mucho más traumática, pues porque ahí está la cicatriz y no sé es como medio extraño, entonces sí me afectó

mucho a nivel de autoestima, no por la cuestión física en específico, porque pues al final de cuentas eso fue como muy... pero sí en el autoestima de no haber podido concretarlo como yo lo había esperado, como yo lo había planeado (Aurora).

-¿Cómo fue el momento en el que te dicen: Va a ser cesárea? ¿qué sentiste tú?-, Pues impotencia, porque mi sueño era tener un parto natural, que se lograra y aunque sea que no haya encontrado parteras, porque las busqué, pues tenerlo en el hospital pero de una manera pues vaginal y natural y pues sí sentí impotencia, pero ya dije: "Pues ¿qué puedo hacer?, -¿Lloraste?, ¿te enojaste?-, Me enojé, sí, me enojé, estaba muy enojada, con todo y eché la culpa a la manera a como había llevado el embarazo, mil cosas, mil cosas. -¿Te echaste... o sea te sentiste mal contigo misma?-, Sí, conmigo misma por tal vez dije tal vez hubiera hecho ejercicios para que el bebé se acomodara, tal vez, no sé, todo eso, que sí quería luchar por un parto natural, pero pues ya al final me entregué a la decisión del médico y sentí que era lo más seguro (Isabella).

Todas las entrevistadas relataron un sinfín de miedos y temores acerca de que sus embarazos fueran catalogados de alto riesgo, de perder a sus bebés por abortos espontáneos, de que sus hijos (as) sufrieran malformaciones congénitas, enfermedades cardíacas o pulmonares, bajo peso o prematuros, etcétera. Esto es, de tener alguna posibilidad de que en el transcurso de sus embarazos y el parto se presentara algún evento de emergencia médica en el cual ellas o sus bebés corrieran peligro.

Ideas que no amainaron a pesar de que ninguna de ellas tuvo un embarazo de alto riesgo, ni se les presentó enfermedad alguna que pusiera en peligro sus vidas o las de sus bebés. Ideas que desde el discurso del miedo fueron haciendo meya en la seguridad de las mujeres hasta dejarlas a merced de lo que dijera el o la obstetra.

Una explicación puede ser que desde la biomedicina se fragmenta el conocimiento del cuerpo y se enfoca en el tratamiento de enfermedades más que en la salud integral de la persona, faltándole una visión holística en donde también se debe comprender los estados anímicos y emocionales tan importantes para que se logre un óptimo transcurrir del trabajo de parto.

Por tanto, a pesar de que las mujeres entrevistadas no corrian con alguna emergencia médica (es decir, todas estamos potencialmente en riesgo en cualquier momento de la vida y sobre todo cuando estamos embarazadas debemos de extremar precauciones) más allá de las dolencias por subir de peso y algunas incomodidades como consecuencia de las extenuantes jornadas laborales, náuseas, mareos y algunos trastornos leves en la alimentación como lo refirieron algunas de ellas, reiteraron que sufrieron de diversos temores sobre las incapacidades de sus cuerpos para poder parir de manera natural, lo que en gran medida fueron reforzados por las conversaciones que entablaron a lo largo de sus embarazos con los obstetras que las atendieron.

3.2.9 El momento de la cesárea

¿Te quedas de una vez o vienes mañana para la cesárea? (Ana)

El parto no es una enfermedad. Sin embargo, en la sociedad contradictoria en la que vivimos actualmente, el parto se ha ido medicalizando a tal punto en que al parecer no hay otra opción de parir que sólo en un hospital, lejos de casa, aislada, sin familia, sin

redes de apoyo, sin confianza en mi propio cuerpo, atada, monitoreada por la tecnología, asustada. Tal como ya lo hemos visto en las narraciones de las mujeres.

Si se comprendiera que:

La mujer es una mamífera y el parto es un proceso instintivo guiado genéticamente por el sistema límbico... [...] el que rige nuestras emociones, por lo que para que progrese adecuadamente, se deben evitar tanto interferencias externas como internas, sobre todo por la corteza cerebral, que tiene la “virtud” de alterar nuestro sistema límbico. [...] El sistema límbico modifica el funcionamiento reticular y de la corteza cerebral haciendo que sus funciones estén al servicio del parto y que, en la medida en que la corteza cerebral esté desactivada, la hembra mamífera pueda seguir los instintos propios de su especie, es decir, del sistema límbico, heredados filogenéticamente a lo largo de la historia del Homo sapiens (Jové 2013: 76).

Las mujeres tendríamos más confianza en nuestros cuerpos y los procesos fisiológicos que se desencadenan durante el trabajo de parto. Pero en tanto nuestros cuerpos sigan expropiados y nuestras mentes colonizadas por una sociedad que nos refuerza diariamente nuestras incapacidades de manera neurotizante entonces devenimos en mujeres sin poder parir naturalmente.

La mayoría de nuestras entrevistadas aunque tuvieron contracciones al finalizar sus embarazos, no registraron como tales los dolores que sintieron en sus cuerpos, otras más ni siquiera tuvieron contracciones ya que se les programó de antemano una cesárea; a otras más les rompieron las membranas para acelerar el parto y se les metió a un quirófano en donde el ginecólogo (a), el pediatra, el anestesiólogo dirigieron una orquesta médica en donde no hubo lugar para darle voz a la mujer o a su pareja, para poder opinar

y solicitar lo más importante de ese momento: poder estar contacto piel con piel con el bebé. No hubo tiempo para eso y en algunos casos, ni tiempo de que el esposo entrara a la cirugía. Pero sí hubo tiempo para esperar hasta dos o más horas al equipo de médicos que atenderían la cesárea.

El doctor no, no me explicó, solo me dijo “bueno pues mmm... no estábamos preparados y tenemos que esperar... llamar a la gente, no, tenemos que llamar al pediatra, al ginecólogo, al anestesista y a los ayudantes del quirófano y tenemos que preparar el quirófano. Entonces te vamos a canalizar y vamos a esperarnos”. Bueno y entonces... pues ya me internaron y pues yo seguía con mucho dolor durante eso y ya llegó mi mamá, mis familiares allí estuvieron acompañándome y este... pasaron unas dos horas cuando todo el equipo se juntó y ya, me metieron a quirófano y... en quirófano pues... yo ya estaba muy nerviosa, por el dolor, porque ya quería ver a mi hijo, porque estaba preocupada y entonces... me pusieron la anestesia, la raquea [señalando su espalda] y... me dejaron allí... entonces cuando me hicieron el primer corte... uno de los doctores me dijo que si yo lo había sentido y entonces ¡yo estaba gritando porque sí lo había sentido!, entonces no... no... no me anestesiaron, o sea, si me pusieron pero mi cuerpo no, no lo asimiló, entonces yo sentí cuando cortaron y todo (Ana).

Sí, sí estaba consciente, pues se la llevaron, me la acercaron tantito para que le diera un beso y la pusieron atrás de mí, entonces... para limpiarla y todo, y yo hacía el esfuerzo de voltear y me regañaron porque no debía... pero yo quería verla, pero lo bueno es que sí tuve un contacto visual con ella, cuando la llevaban y ella me miró con sus ojos negros hermosos, pero en eso le administraron unas gotitas de antibiótico, entonces cerró los ojos y ya no la pude ver y la siguieron limpiando, cortando el cordón y todo...ya después la pusieron entre mis piernas, no sé por qué me la pusieron aquí, yo no podía agarrarla (Isabella).

No sé, es algo, yo siempre lo he dicho, es la experiencia más increíble que un ser humano pueda pasar, y sólo las mujeres lo podemos hacer y sentir, entonces haz de cuenta que cuando yo la escucho llorar pues me puse a llorar también y ya, pues ya, sólo estuve lloré y lloré y lloré todo y pues como tenía conectado lo de la presión y así, pues ya vas escuchando los latidos. El anestesiólogo muy lindo conmigo, porque me dijo que no me podían pasar a la bebé pues porque tenían que limpiarla, pero que me la iban a poner cerca para que la viera, entonces fue el momento más feliz de mi vida, ese ¿no? y ya me limpiaron y todo, me... La ventaja, bueno, una de las pocas ventajas de la cesárea es que te acomodan como tus organitos y tus intestinos, porque bueno luego se mueven, se hacen como torta, entonces ya el doctor me explicaba, ¡ah! Y luego soy como muy preguntona, entonces como sentía medio extraño ahí, entonces me decía: "Es que te estoy acomodando las tripas" me dice (risas) y yo: "¡ah, bueno!" "Te estoy haciendo favor de acomodarte las tripas" Así como muy... tratando ellos de que no me sintiera como estresada, muy ameno todo, me pusieron musiquita hasta eso. [...] bueno, ví que se la llevaron como a otro ladito y ya le metieron una cosa aquí, yo también preguntaba todo eso y me decía el doctor que era para sacarle algunas cosas que traen los bebés ahí no sé y... no la limpiaron ¿sabes? Así de que la voy a bañar en el momento, no, fue como nada más enrollarla en la ropita y ya se la pasaron al papá, se la pasaron, se la dieron a su papá afuera, sí. Entonces salí yo después de la bebé, como cinco minutos después de ella y ya el papá la tenía y ya sabes todo mundo llora y así (Aurora).

La importancia de la presencia de la pareja en el momento de la cesárea, se desprende de cuestionamientos que ya han elaborado investigadores como Fernández del Castillo (*Ob.cit.*), Sánchez (*Ob.cit.*), Figueroa et. al., (2006) y Castro y Erviti (*Ob. cit.*) en cuanto a que, por un lado, su presencia consensada con la mujer que está de parto puede resultar un factor de apoyo emocional, un mejor involucramiento con respecto a su paternidad y una protección frente a posibles malos tratos a la mujer y su criatura durante la cesárea.

Las mujeres describieron el momento de su cesárea como una reunión en donde todos hablaban y hacían chistes a los familiares presentes, nunca fue un espacio para propiciar la intimidad de la mujer ni mucho menos respetado.

El equipo de médicos pone música, están platicando, estaban cotorreando pues sí a Luis, que no se les fuera a desmayar (Alexa).

El parto quirúrgico de las entrevistadas fue más un evento social y de “emergencia” médica que un acontecimiento íntimo entre ella, su bebé y, en algunos casos, su pareja. Esto contrasta fuertemente con lo que relatan las mujeres que tuvieron experiencias de partos humanizados en contextos en los que lo más importante en el momento de parto son la mujer y su bebé (Sánchez-Ramírez 2016).

Parte de la metodología de la corporeidad es enfocar el lente y poder observar que el espacio femenino es transgredido a través de formas poco o nada respetuosas ignorando por completo las necesidades de un cuerpo pariendo, soslayando que el parto no es más que un proceso instintivo, sexual, sangrante, vibrante, íntimo de las mujeres y sus crías.

3.2.10 El día después

La mayoría de las entrevistadas mencionaron que antes y durante la cirugía no sufrieron mayores dolores corporales gracias a que la anestesia epidural les bloqueó de momento el sentir dolor. Sin embargo, todas sintieron dolores muy fuertes después de que les pasara la anestesia, lo que fue incrementándose al transcurrir los días. Cárdenas y Luna (2016) mencionan que muchas mujeres optan por una cesárea programada bajo la

creencia, alimentada por su ginecologista de que casi no duele y es más fácil, ignorando lo que implica no solamente los cambios en el cuerpo de la mujer por tratarse de una cirugía, sino en la impronta con el bebé, afectando incluso la lactancia, como se verá más adelante.

Bueno, porque inmediatamente después todavía tenía el efecto de la anestesia, estuve con mi beba, fue todo bonito, me dejaron ahí al menos... -¿Cuánto tiempo estuviste ahí hospitalizada?- Dos días, sí ya digamos que al otro día fue el problema, todas las molestias (Isabella).

Un mes después de su segunda cesárea, Alexa mencionó que la tuvieron que intervenir de emergencia por apendicitis. A siete de las mujeres se les infectó o tuvieron absesos en la herida y otra más tuvo estreñimiento por 15 días debido a una cirugía mal practicada.

No fui al baño como en quince días, ¿sabes? Y ya después me acordé porque me preguntó mi suegra: "¿Ya fuiste al baño?" y yo: "¡No, no he ido! Ya me acordé (Aurora).

A pesar de que en el posparto las mujeres deben tener cuidados especiales y más aún las que tuvieron cesáreas ya que implica una cirugía mayor, las entrevistadas mencionaron no haber tenido los cuidados posteriores por diversas razones: algunas debían regresar a incorporarse a sus actividades domésticas lo más pronto posible ya que tienen hijos mayores que atender y ningún tipo de apoyo por parte de sus parejas o de sus familiares; o debían reincorporarse a sus actividades laborales, pero sobre todo la mayoría refirió que no tuvieron una red de apoyo familiar que las acompañara durante el tiempo que duró su recuperación. Algunas corrieron con la suerte de que sus familiares

o sus parejas las cuidaron durante la primer semana de convalecencia pero más allá de ese periodo no tuvieron ayuda de ninguna clase. Cito un testimonio antes utilizado porque permite mostrar lo antes expuesto.

¡fue fatal, adolorida! Porque en parte mi hermana ya no estaba conmigo no tenía... bueno, el único apoyo que tenía era mi esposo pero mi esposo estudiaba y yo eso de hacer la limpieza me costaba mucho ¡y todavía estudiar, estudiando andaba! Sí, ¿cómo le digo?, ni aguante como le dicen la cuarentena. Tuve que salir, como en unos 15 días me levanté de la cama, o como una semana parece, ¡no me acuerdo muy bien!, pero me levanté y andando me fui a la escuela, sí, fajada, pero un poco adolorida (Cecilia).

Después mucho tiempo después por algunas otras series de cuestiones que sufrí, que fue el desvelo, desgaste físico y eso, me decía un psicólogo con el que tuve que ir que es un tipo de depresión post-parto, las mujeres despertamos como un instinto muy animal, de querer proteger a la cría, no dejar que nadie se acerque, pero que son diferentes experiencias, hay algunas mamás que después sienten rechazo por el bebé, una y mil cosas. -Con esa explicación tú entendiste por qué era lo que te pasaba ¿no?-, Sí, probablemente así fue ¿sabes? Luego empecé a tener muchos problemas porque me peleé con todo el mundo, llegaban a vernos y no sé yo estaba grosera, de malas y grosera. Pues es que no dormíamos y encima ¿tener que recibir visitas?, ¡Ay era horrible! ¡No, horrible!, ¡No puedes ir al baño! (Aurora).

Lo anterior contrasta con el acompañamiento que tuvieron mujeres que optaron por un parto humanizado en lugar de una cesárea en donde si fuera el caso de haberse atendido con una partera profesional, su posparto hubiera sido un proceso acompañado en donde la mujer va construyendo todos los elementos necesarios para la transición en esta nueva situación vital. Esto no tendría que ser privativo de quienes dan a luz de manera natural ya que un posparto humanizado es una necesidad de toda mujer que ha parido

independientemente de que esto haya sido por cesárea. Aunado a que el hecho de tener un posparto de cesárea implica mayores cuidados físicos para impedir serias complicaciones de salud a la mujer.

3.2.11 Lactancia y cesárea

Lactancia y cesárea no tendrían por que ser una contradicción. Sin embargo, no es usual que las mujeres que programan su cesárea conozcan las posibles complicaciones que la cirugía acompañada de medicamentos y anestésicos puede provocar en la impronta de la lactancia con su criatura, al respecto Isabel Fernández menciona:

Las mujeres cuyo equilibrio hormonal se ha alterado durante el parto pueden tener más dificultades para establecerla. Las mujeres que han sufrido una cesárea sin inicio de parto, que además son separadas de sus bebés al nacer e inician la lactancia en pleno posoperatorio, pueden experimentar todavía más dificultades. Pero eso no quiere decir que no sea posible. Con paciencia, mucho contacto piel con piel, y lactancia a demanda, las madres que han sufrido una cesárea pueden recuperar el tiempo perdido y, al cabo de unos días o semanas, tener tanta producción de leche como una madre que ha dado a luz de forma fisiológica (Fernández, ob.cit.: 180).

Si bien la OMS recomienda la lactancia materna como el alimento idóneo para los pequeños (11), la importancia de la lactancia trasciende la nutrición biológica ya que implica el establecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo (a) en donde la criatura y la madre se nutren emocionalmente. Es decir, dar de mamar no es solamente dar de comer, es sobre todo dar afecto.

La creencia de “*no tener suficiente leche*” para nutrir adecuadamente al bebé; el establecer horarios para amamantar y el dormir a la criatura lejos de la madre, son prácticas que merman el vínculo entre la madre y el bebé y desincentivan la lactancia a demanda. Además las farmacéuticas han hecho una labor muy persistente en los hospitales privados donde se atienden partos para que se les obsequie gratuitamente a los bebés muestras de leche artificial. Lo que puede traer consecuencias adversas si se comienza a sustituir la leche materna por las fórmulas lácteas.

Por tanto, la lactancia materna debería considerarse lo mejor para la nutrición de los bebés durante su primer año de vida, no obstante en este estudio se encontró que ni la red familiar, ni los profesionales de la salud, ni los centros laborales facilitan ni apoyan a las mamás a instaurar la lactancia por lo menos durante los primeros seis meses de vida.

Las 12 mujeres que participaron en este estudio declararon que les costó muchísimo trabajo instaurar la lactancia, llegando a desesperarse porque no encontraron apoyo ni de su círculo familiar, ni de sus esposos ni mucho menos de los centros laborales en donde colaboran. Por lo tanto, nunca pudieron dar pecho a demanda tal como se recomienda para una óptima instauración de la lactancia.

Es triste concluir en este rubro que la mayoría de las mujeres tuvieron una lactancia mixta, es decir, combinando la leche materna con fórmulas lácteas y señalaron que si bien sabían que no era lo mejor para la alimentación de sus bebés no podían ir contra corriente

cuando todos a su alrededor las presionaban para comprar leches que “*les llenaran más a los bebés para que no se quedaran con hambre*”.

Sí, sí, y no pues yo no me cuidé tanto fue... estuve como no sé... tres días sin hacer nada pero ya luego, yo cargaba a mi hijo, le hacía leche y todo. No le di pecho porque pues no... él no quería... yo le ponía el pecho allí y el wua (ademán con la boca) y lo sacaba y no, no quería entonces, yo le di fórmula desde el principio y pues ya, solo eso (Ana).

Este... porque no quería mamar la soltaba y este, y lloraba mucho y pues pasó así dos días sin comer y las enfermeras intentaron darle con la mamila y no agarró la mamila, tampoco. Después de los 2 días, al día siguiente... La tenía la enfermera aparte y le daba lo que es la mamila [con leche de fórmula] y pues este, esos dos días trataron de darle a la niña y llegó una mi cuñada que estaba amamantando [...] Y ya después de eso ya le empecé a dar yo (Cecilia).

Sí me decían... ¡fue difícil porque duele, la verdad duele!... me dolía la cesárea también, es incómodo pues, luego las camas muy altas y... tu ahí...la verdad no... ¡no se puede!. No lo amamanté porque me sentía incómoda y me dolía, no le quise dar...si tenía leche, me dolía pero no podía darle (Denisse).

Sí me decía el doctor: “dale de amamantar”, entonces sí, lo intenté mucho, pero no pudimos más. [...] Con biberón, con un biberón si te digo que nunca se llenaba conmigo, entonces sí le daba biberones (Aurora).

Solamente una de ellas, Isabella, mencionó que a pesar de que el pediatra, sus suegros y su propia pareja la incitaban a dar un leche de fórmula, ella se mantuvo firme en su decisión de continuar con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses.

En ese tiempo, estaba en Huehuetán pasando los primeros meses de la bebé y estaba con... exsuegros en ese... sí, ahí estaba y pues obviamente confiaban mucho en el pediatra y que si no se puede, pues no se puede [se refiere a dar de mamar], entonces sí me aconsejaban seguir al pie de la letra las indicaciones y yo haciendo mis experimentos con la lactancia, el chiste es que logré superarlo porque ya no le... [daba fórmula], a escondidas le daba el pecho, ya no le daba... ya le... [daba fórmula] y empecé a producir leche otra vez y ya, ya decidí... (Isabella)

Por un lado, el desconocimiento de nuestro cuerpo femenino y sus funciones fisiológicas y por el otro, la presión social a la que las mujeres estamos expuestas en todo momento y sobre todo en lo concerniente al ejercicio libre de nuestra sexualidad, como lo es el amamantar sin prisas y libremente a nuestros bebés, son dos caras de la misma moneda lo cual entorpece la lactancia materna en estos casos de alumbramientos por cesárea. Es allí donde las corporalidades femeninas en tanto atravesadas por las exigencias de una sociedad que no da espacios para lactar con amor a las criaturas dejamos de alimentar -tanto biológica como emocionalmente- a los bebés.

Es allí donde las mujeres en colectivo debiéramos pronunciarnos por un cambio sociocultural el cual implicaría la transformación de las estructuras de poder desigual, en donde se asienta la violencia de género. Desde ese lugar, entonces cabría el respeto a la maternidad desde la concepción hasta la crianza sin olvidar la lactancia materna. A partir de esa postura política, de asumirnos como agentes de cambio creo que podríamos empezar a cambiar el mundo.

4. DISCUSIÓN

Con los datos cuantitativos que se presentaron se pudo observar que hay un incremento a lo largo del tiempo de los partos atendidos en hospital en contraposición de los partos atendidos en domicilio a la vez que el número de cesáreas para el mismo periodo de tiempo también se ha incrementado en el estado de Chiapas. Estas tendencias no se contraponen a los datos reportados a nivel nacional por el INEGI, ni al reciente estudio de Freyermuth et al. (2017) por tanto, surgen aquí algunos cuestionamientos, por ejemplo ¿de qué manera las mujeres seguimos depositando nuestra confianza en las disposiciones del personal médico que atiende nuestros partos, sin cuestionarnos respecto a qué tanto están familiarizados con el parto humanizado, con las evidencias científicas respecto a las contraindicaciones de una cesárea innecesaria, y con otra mirada sobre la salud de las mujeres?, ¿qué tanto decidimos las mujeres de manera autónoma sobre ese procedimiento que recae directamente en nuestros cuerpos?, ¿qué tanta relación existe entre lo que las mujeres de esta investigación nos dijeron sobre sus cesáreas y el incremento de las mismas en el estado?

Dado que la presente investigación se posicionó desde la antropología del cuerpo, se entiende que el fenómeno del incremento de las cesáreas forma parte de las ideas y creencias compartidas en esta época contemporánea en donde la sociedad acepta la práctica de las cesáreas a través de dispositivos socioculturales que avalan las prácticas médicas hegemónicas naturalizando el alumbramiento por esta vía, esto se confirma en el reciente estudio cuantitativo de Eugene Declercq (*Ob. cit*), sobre las causas del incremento del número de las cesáreas en Estados Unidos, se pudo evidenciar que no

se debía ni al incremento en los años a los que las mujeres eran madres por primera vez, ni al sobrepeso de las mismas, ni a problemas relacionados con hipertensión sino al cambio en las prácticas médicas respecto a la atención del parto y su influencia en la toma de decisión de las mujeres respecto a considerar que es mejor una parto por cesárea que por vía vaginal, (Declercq, *Ob. cit.*). De tal manera que el parto fisiológico se empiece a considerar como algo anticuado y propio de mujeres que no cuentan con otras opciones más modernas para dar a luz y se naturalice sin mayores cuestionamientos la cesárea.

Tal como lo enuncia Esteban (2002), si bien el desarrollo de la ciencia nunca ha sido homogéneo, los fundamentos científicos en los que descansa nuestro actual conocimiento del mundo y sus funciones provienen de los siglos XVII y XVIII en los que destacan las ideas newtonianas y cartesianas. René Descartes “aporta al ejercicio científico varias de las ideas que aún hoy siguen siendo claves, como son las dualidades mente-materia y observador-observado [y] el énfasis en el análisis racional por encima de todas las demás formas de conocimiento” (*Ob. cit.*: 20).

La ciencia médica, en tanto discurso hegemónico, ha jugado el papel primordial en la construcción de ideas acerca del cuerpo, el control y el poder que se ejerce en éste. La medicina que conocemos actualmente en los países “desarrollados” y la atención por especialistas quienes tratan enfermedades, fragmentando cada vez más el cuerpo biológico, nació en Occidente de la cirugía y la traumatología (Valls-Llobet, *Ob. cit.*).

La ciencia médica y en concreto, el nacimiento de la Ginecología y Obstetricia, han servido a un sistema sociocultural occidentalizado y patriarcal para perpetuar un sistema de poder en donde las mujeres hemos sido reiteradamente expropiadas no solo de la posibilidad de pensar sino más aún, de nuestros propios cuerpos (cfr. López-Sánchez 2008 y 2013; Gorbach 2005; Esteban 2002; Cházaro 2005).

Teniendo presente lo que las mujeres de este estudio argumentaron como razones para elegir tener una cesárea, ¿qué tanto es una decisión autónoma respecto a sus propios cuerpos?, ¿cuánto influye el discurso sobre su imposibilidad de parir de manera fisiológica y natural al etiquetarlas como discapacitadas desde el discurso biomédico? Parafraseando a Meza et. al. (en prensa), esto pone en entredicho lo que los autores entienden por autonomía como la capacidad de las personas para desarrollar e identificar sus propios intereses, aprendiendo a decidir sobre el mejor curso de acción y la forma de llevar a cabo sus objetivos. Esta forma más compleja de definir la autonomía no se limita a la libertad de elección y la autodeterminación, sino también integra elementos como la autocomprensión, el autodesarrollo y la autorrealización.

Esta perspectiva biomédica tiene la desventaja, como fue señalado, de otorgarle centralidad a las limitaciones físicas generadas por elementos anatómicos y fisiológicos. Por consiguiente, la consecuencia de esta concepción de autonomía es dirigirse al funcionamiento del cuerpo, individualizando con ello la posible respuesta social a un problema eminentemente colectivo (Meza, et.al., en prensa).

Más aún, señalar que una embarazada no puede dar a luz de manera fisiológica o natural por su fenotipo (ancho de caderas, estatura, peso, talla u otras características fenotípicas) constituyen actos de discriminación, lo cual desde los derechos sexuales y reproductivos significa violencia, lo que desafortunadamente no se circunscribe a las consultas prenatales, sino que se va trazando una trayectoria de tratos pocos respetuosos hacia la mujer que va a dar a luz. La que además estará influenciada por las experiencias de su genealogía femenina, ya que, si todas son proclives a la cesárea, mermarán autonomía a la propia decisión de la mujer quien tomará como única “opción real”: una cesárea.

Esto se contrapone con el empoderamiento de las mujeres en el parto documentado por Sánchez (*Ob., cit.*), en donde como resultado de un proceso consciente las mujeres se fueron preparando con información pertinente y acompañamiento profesional para un parto respetado en donde ellas y sólo ellas fueron las protagonistas del alumbramiento y únicas responsables de la toma de decisiones sobre su cuerpo en partos considerados de bajo riesgo.

Finalmente, ¿qué tanta relación existe entre lo que las mujeres de esta investigación nos dijeron sobre sus cesáreas y el incremento de las mismas en el estado?, el carácter de este estudio tiene alcances muy modestos, no podemos olvidar que se trata de un estudio cualitativo con 12 protagonistas ya que es el resultado de la tesis de maestría, de tal manera que no podemos tener respuestas definitivas. No obstante, es deseable que se genere más conocimiento al respecto de la cesárea, sus protagonistas y sus practicantes, ya que en tanto continúe el incremento de esta práctica quirúrgica se está convirtiendo en un problema en la atención al parto en México, toda vez que no está impactando en

la disminución de la mortalidad de las madres y sus bebés, en palabras de investigadores del Instituto de Salud Pública: “A partir de los años setenta, sin embargo, las cesáreas se incrementaron de manera muy significativa sin que se produjeran mejoras adicionales en la mortalidad de las madres y sus productos. El aumento de las cesáreas que no tienen justificación clínica preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud porque eleva los costos de la atención médica, y expone a la madre y al producto a riesgos innecesarios” (Puentes-Rosas *Ob. cit.* 2004: 17).

Si bien este estudio muestra la realidad de mujeres que son en general de clase media, con una escolaridad media y media superior quienes fueron influenciadas por el entorno de familiares y amistades y por las prácticas médicas en torno a la atención al parto en este momento en el país, a partir de mensajes que no propician que las mujeres conozcan y confíen más en sí misma y en las posibilidades innatas de sus cuerpos para parir; no son excluyentes las realidades de mujeres en el estado con otras características sociodemográficas como lo muestra el estudio de Freyermuth et. al. (*Ob. cit.* 2017) en donde se puede apreciar que efectivamente es una práctica más común en mujeres de alta escolaridad, pero que la condición de ser rural o indígena, atendida en el sector público y sometida a más de tres ultrasonidos de rutina, les condujo directamente a un parto por cesárea sin que en sus expedientes clínicos se pudiera detectar un diagnóstico claro de cesárea necesaria.

Esto nos conduce a cuestionar si será el triunfo del discurso médico que de manera intencional infunde un miedo que domestica, paraliza y menoscaba la autoconfianza de las madres, para optar “voluntariamente” por una cesárea.

5.- CONCLUSIONES

Como parte del ejercicio de dialogar entre lo que se propuso en un principio como supuestos a partir de los cuales empezar a vislumbrar la comprensión de la realidad, a la luz de las entrevistas y de acuerdo al objetivo general que fue *Describir y comprender el imaginario colectivo sobre la cesárea, los saberes, percepciones, prácticas y actitudes que operan en la transmisión de la información y la toma de decisión con respecto a esta cirugía en mujeres de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas*, se encontró que el discurso biomédico va permeando en el conocimiento del sentido común de la sociedad y -en tanto que éste se deriva directamente de las interacciones socioculturales- poco a poco va organizando las prácticas y preferencias de las personas, en este caso, la naturalización cada vez más frecuente de los partos por cesárea. Es así como la representación social que las mujeres y su entorno familiar tienen con respecto a la cesárea es que ésta práctica quirúrgica implica menos riesgos a su salud y una forma de parir menos dolorosa que un parto natural.

En relación con el primer objetivo particular *Describir de manera cuantitativa algunos elementos del panorama de la atención al parto en los cuatro municipios más poblados de Chiapas*. Se concluye que hay un incremento a lo largo del tiempo de los partos atendidos en hospital en contraposición de los partos atendidos en domicilio a la vez que el número de cesáreas para el mismo periodo de tiempo también se ha incrementado en el estado de Chiapas.

Respecto al segundo objetivo particular de *Analizar el discurso femenino con respecto a los saberes, percepciones, prácticas y actitudes asociadas a la operación cesárea* se encontró que no solo las mujeres jóvenes (entre 19-25 años de edad), sino todas las entrevistadas comparten la idea de que la cesárea es una forma más segura de parir ya que están dentro de las instalaciones hospitalarias.

Destaca que las cuatro entrevistadas que tienen más de 35 años, piensan que pasada esta edad se incrementan los riesgos en sus embarazos y el desenlace de los mismos, por lo tanto han decidido que se les programase una cesárea. Sin embargo, no sólo este grupo de edad comparte esa creencia sino otras mujeres de otras edades también comparten el miedo de que sus bebés o ellas mismas tengan complicaciones de salud por pasar de los 35 años ya que sus ginecólogos (as) les han dado dicha información. Esto contrasta con lo que la OMS propone como el rango normal del periodo reproductivo de las mujeres que es entre 15 y 44 años de edad. Por su parte, Mary la mujer más joven a la que se entrevistó, con 19 años, expresamente mencionó que ella siempre quiso realizarse una cesárea aunque su madre no estuviera del todo de acuerdo ya que ella cree que una cesárea es una forma más fácil de parir, menos doloroso y que acorta el tiempo de conocer a su bebé.

El tercer objetivo particular que fue *Conocer la manera en la que se transmite la información con respecto a las cesáreas, se genera el conocimiento y se convierte en sentido común*, se concluye que el discurso biomédico que transmite el personal médico a la mujer embarazada, establece una relación asimétrica de poder, trayendo como consecuencia una imposibilidad de que las mujeres desarrollen un poder de afirmación,

el cual es señalado por Sayavedra y Flores (*Ob., cit.*) como el conjunto de capacidades, asertividades y confianza en sí mismas para la toma de decisiones respecto a su cuerpo con elementos suficientes que les permita defender su decisión frente al poder médico hegemónico. En este sentido, se encontró que las mujeres encarnan la imposibilidad de parir de manera natural en la medida en que se va naturalizando el parto quirúrgico.

El cuarto y último objetivo particular que fue *Registrar la toma de decisión de las mujeres, explorando las razones, sentires y experiencias con respecto a optar por una cesárea*, se concluye que los temas del dolor y el miedo a parir son parte fundamental en la profundización de la corporeidad. La toma de decisión de las mujeres de realizarse una cesáreas estuvo determinado por el discurso médico que les infundió temor y miedo que les impidió parir de manera natural.

Finalmente, desde el discurso de las entrevistadas no se identificaron riesgos biomédicos que justificaran la cesárea practicada en sus cuerpos. Tampoco se encontró algún caso que se pudiera catalogar como cesárea humanizada (donde la madre siguiera siendo la protagonista y se le tomara en cuenta sus cuestionamientos y decisiones en torno al parto).

Por tanto concluyo que si la sociedad en su conjunto continúa naturalizando la violencia o el maltrato que se ejerce en las mujeres en el transcurso de sus embarazos y convenciéndolas en que los partos quirúrgicos son mejores que los partos naturales, no podremos hablar de que hemos avanzado en humanizar nuestros nacimientos.

Es urgente una visión más amplia de lo que como mujeres estamos permitiendo hacernos en nuestros territorios corporales incluyendo, claro está, nuestros sentires, nuestras emociones y nuestras relaciones con los demás y sobre todo, con nuestros hijos (as). Solo así empezaremos a vislumbrar la responsabilidad que nos toca como reproductoras de la especie humana: lo que implica nuestro actuar y estar en el mundo de manera conciente y reflexiva.

NOTAS

- (1) Para un mayor detalle y recuento histórico de la operación cesárea se sugiere el texto de Ricardo-Arencibia, J. 2002. Operación cesárea: recuento histórico. Revista de Salud Pública-Bogotá. vol: 4 (2)
- (2) Yucatán muestra para ese mismo periodo, el 47% de cesáreas practicadas en el sector público de salud, por encima de las cifras nacionales que para esos diez años se mantuvo en 45%. Fuente ENSANUT, 2012
- (3) Bases de datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Dirección General de información en Salud. Secretaría de Salud, 2015.
- (4) Según el diccionario de términos médicos, una cesárea electiva es una intervención quirúrgica programada. Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Editorial médica panamericana s/f.
- (5) En una investigación sueca analizaron a 353 mujeres cuyo miedo por el parto resultó en una referencia a una unidad de obstetricia y ginecología psicosocial. “Estas mujeres tenían un gran miedo al parto natural,” explicó la Dra. Gunilla Sydsjo, profesora del departamento de obstetricia y ginecología en el Hospital Linköping, en Suecia. “No estaban sólo asustadas o preocupadas. Tenían miedo de quedar embarazadas, constantemente estaban pensando sobre el parto, pensando que podían morir. Tenían pesadillas y miedo de ir al hospital.” Ver nota completa en: www.saludmagazine.com.mx fecha de consulta en la pagina: noviembre, 2014.
- (6) A pesar de que en México no es tan común la práctica de la medicina defensiva una considerable parte de las quejas ante la CONAMED en el área de conciliación provienen de la atención en la especialidad de ginecología y obstetricia. Ver: Aguirre-Gas, H.; Mahuina Campos-Castolo, E.; Carrillo-Jaimes, A.; Zavala-Suárez, E.; Fajardo-Dolci, G. 2008. Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. Revista CONAMED, Vol. 13, abril-junio 2008. pp: 5-16
- (7) A las personas protegidas por esquemas de aseguramiento público o privado se les denominó derechohabientes; en contraparte la población no derechohabiente es aquella que no se encuentra registrada o afiliada en alguna institución pública o privada de salud. <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/89.pdf>
- (8) www.imss.gob.mx/sites/all/statics/.../02_Poblacionderechohabiente.xls. Fecha de consulta: febrero, 2017
- (9) Por referencias de algunas de las entrevistadas, en este hospital atendido por religiosas no se realizan salpingoclasias en apego a su dogma de fé católica. Con lo que en este caso, la reificación de los cuerpos de las mujeres no solamente está a merced del biopoder médico sino también de la iglesia católica.
- (10) Cuando nos referimos al amor apelamos a lo que la feminista Marcela Lagarde refiere como ese sentimiento de autoestima y capacidad de afirmación para posicionarse a sí misma y a los otros, en donde juega un papel fundamental el acompañamiento no asimétrico de otros seres para apoyar y reivindicar nuestras decisiones como mujeres. En este caso, durante el embarazo, parto y posparto.
- (11) <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>. Fecha de consulta: mayo, 2017. Para saber más acerca de los beneficios de la lactancia leer: González, Carlos, *Manual práctico de lactancia materna*. ACPAM, Barcelona, 2004 y González, Carlos, *Un regalo para toda la vida*. Temas de hoy, Madrid, 2006.

6.- LITERATURA CITADA

- Abric J-C. 2001. Prácticas sociales y representaciones. Abric J-C, editor. México DF: Ediciones Coyoacán .
- Benites Rosito D, Gomes E, Cançado Figueiredo M, de Lima Flores I, Wisniewski F, Carletto-Körber F. 2014. The influence of the type of birth and maternal diet on the period of breastfeeding. *J. Oral Res.* 3:150–155.
- Berger P, Luckmann T. 1986. La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Bourdieu P. 1997. Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona, España: Editorial Anagrama.
- Bourdieu P. 2003. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Taurus, Al. México: Taurus Alfaguara.
- Bucher HC and Schmidt JG. 1993. Does routine ultrasound scanning improve outcome in pregnancy? Meta-analysis of various outcome measures. *BMJ*, v. 307 (6895). 1993 jul 3.
- Cárdenas R. 2002. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de su uso módicamente justificado. *Gac Med Mex* 138:357–66.
- Cárdenas R. 2014. El perfil de utilización de la cesárea en México y su implicación para la salud reproductiva. In: Sánchez-Bringas Á, editor. Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. D. F. México: UAM-X, Editorial ITACA. p. 105–129.
- Cárdenas R. y Luna M. 2016. El papel de la cesárea programada en la construcción de

salud pública en México. XIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México (pag 24) México: SOMEDE

Carmona Samper E. La medicalización del parto. Reflexiones sobre el cuidado obstétrico. In: III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DEL MEDITERRÁNEO. NACIMIENTO Y MUERTE. REFLEXIONES Y CUIDADOS. España: Universidad de Almería. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. p. 1–7.

Carrillo AM. 1999. Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *Dinamys. Acta hispánica ad Med. Sci. Hist. Ilus.* 19:167–190.

Castoriadis C. 1974. *La institución imaginaria de la sociedad.* Tusquets editores.

Castoriadis C. 1998. La institución de la sociedad y de la religión. In: *Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto.* Barcelona, España: Gedisa. p. 172–192.

Castro R, Erviti J. 2015. Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. D. F. México: CRIM/UNAM.

Correa-Rancel M, Correa-Rancel E, Méndez-Mora D, Gimeno-Gil A, Correa-Ceballos B, Alberto-Bethencourt J. 2009. Estudio de comportamiento en la lactancia materna. *Boletín de Pediatría* 49:122–125.

Dommarco Rivera J, Gutiérrez JP. 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). Instituto .

Erviti, Juaquina. 2016. “Medicina, género y reproducción. El carácter político de los discursos”, en: Moreno Tetlacuilo, Luz María y Carrillo Farga, Ana María (coords.). *La perspectiva de género en la salud.* México: UNAM. pp. 51-81

Escobar A. 2007. *La invención del Tercer Mundo. construcción y deconstrucción del*

desarrollo. Caracas, Venezuela: Fundación editorial el perro y la rana.

Faisal-Cury, Alexandre; Rossi-Menezes P. 2006. Factors associated with preference for cesarean delivery. *Rev Saúde Pública* 40(2):1–7.

Fernández, I. 2012. *La nueva revolución del nacimiento*. Barcelona: Ob Stare.

Figuroa J., Jiménez L. y Tena O. 2006 *Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos*. México: COLMEX

Freyermurth-Enciso, G. (2016). "De la Cesárea Terapéutica a la Electiva", artículo presentado en el Seminario Permanente de Antropología Médica en Chiapas CIESAS-Sureste, 4 de abril, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. En prensa.

Freyermurth-Enciso, G., Muñoz, J. A., Ochoa, María del Pilar. 2017. From therapeutic to elective cesarean deliveries: factors associated with the increase in cesarean deliveries in Chiapas. *Journal for Equity in Health*. 16:88

Foucault, Michael 1987 (1975), "Los cuerpos dóciles". En: *Vigilar y castigar*. 139-174. Bs, As: Siglo XXI

Foucault M. (1976), *Historia De La Sexualidad I La Voluntad de Saber*. Madrid: Siglo XXI

Fuglenes D, Aas E, Botten G. 2011. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obs. Gynecol* 205:1–9.

González-Pérez GJ, Vega López MG, Cabrera Pivaral CE. 2011. *Cesáreas en México. Aspectos sociales, económicos y epidemiológicos*. México: UDG.

Groom K, Brown SP. 2000. Caesarean section controversy. *BMJ Br. Med. J.* 320:1072.

Guadarrama R. 1999. Tendencias recientes en el campo de las metodologías sociales. Pluralismo teórico, amalgama conceptual y fusión instrumental. *Rev. Iztapalapa*

47:85–104.

Haas D, Ramsey P. 2013. Progestogen for preventing miscarriage. *Cochrane Database Syst. Rev.*:1–53.

Hellman LM, Pritchard JA. 1971. *Williams Obstetrics*. 14th editi. Appleton-Century-Crofts.

Holtz S a, Stanton CK. 2012. Assessing the Quality of Cesarean and Health Birth Surveys Data in the Demographic. 38:47–54.

Irigaray L. 1993. *An Ethics of Sexual Difference*. First Edit. Ithaca, United States: Cornell University Press.

Jodelet D. 1986. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: S.

Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I, Dommarco Rivera J, Gutiérrez JP, Gimm GW. 2010. A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Health Serv. Res.* 45:93–99.

López-Sánchez O. (2008), "La centralidad del útero y sus anexos en las representaciones técnicas del cuerpo femenino en la medicina del siglo XIX" en: Tuñón Julia (Comp.) *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*, El Colegio de México, México. pp. 147-184

López-Sánchez O. (2013), "La pertinencia de una historia de la construcción emocional del cuerpo femenino en México entre 1850-1910. Abordaje desde el construccionismo social". *Rev. Latinoam. Estud. sobre Cuerpos, Emoc. y Soc.* 12:51–64

McDorman M, Declercq E. 2016. Trends and Characteristics of United States Out-of-

Hospital Births 2004–2014: New Information on Risk Status and Access to Care. *Birth* 43:116–124.

Moscovici *Psicología social II*. Barcelona, España: PAIDÓS. p. 469–506.

Meijer JL, Bockting CLH, Stolk RP, Kotov R, Ormel J, Burger H. 2014. Associations of life events during pregnancy with longitudinal change in symptoms of antenatal anxiety and depression. *Midwifery* 30:526–531.

Moscovici S, Marková I. 2003. La presentación de las representaciones sociales: diálogo con Serge Moscovici. In: Castorina JA, editor. *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. España: Gedisa. p. 111–152.

Muñiz E (Coord.). 2008. *Registros corporales. La historia cultural del cuerpo humano*. D. F. México: UAM-A; CONACYT.

Newnham JP, Evans SF, Michael CA, Stanley FJ, Landau LI. 1993. Effects of frequent ultrasound during pregnancy: a randomised controlled trial. *Lancet*. Oct 9; 342 (8876): 887-91

Ortega-Velez M. 2013. *Representaciones sociales del embarazo en adolescente y jóvenes de la comunidad de San Pedro de Verona Mártir, Tlalpan, Distrito Federal*. Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.

Perez-Rios N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. 2008. Cesarean Delivery as a Barrier for Breastfeeding Initiation: The Puerto Rican Experience. *J. Hum. Lact.* 24:293–302.

Puentes-Rosas E, Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F. 2004. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Publica Mex.* 46:16–22.

Ricardo-Arencia J. 2002. Operación cesárea: recuento histórico. *Rev. Salud Pública-*

Bogotá 4.

Saidu R, Bolaji B, Olatinwo A, McIntosh C, Alio A, Salihu H. 2011. Repeat caesarean delivery as a risk factor for abnormal blood loss, blood transfusion and perinatal mortality. *J Obs. Gynaecol* 31:728–731.

Sánchez-Ramírez G. 2016. Espacios para parir diferente. Un acercamiento a casas de parto en México. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México: El Colegio de la Frontera Sur.

Sánchez-Ramírez G, Meza A, Luna M. 2016. Metodologías interdisciplinarias para la investigación de la violencia obstétrica desde el enfoque de género y derechos humanos. In: COMECSO, editor. 5o. Congreso Nacional de Ciencias Sociales. La agenda emergente de las Ciencias Sociales. Guadalajara, Jalisco. p. 1–25.

Sayavedra-Herrerías G, Flores-Hernández E. 1997. Ser mujer: un riesgo para la salud? del malestar y enfermar, al poderío y la salud. D. F. México: Red de mujeres AC.

Stoch, Y.K., Williams, C.J., Granich, J. et al. Are Prenatal Ultrasound Scans Associated with the Autism Phenotype? Follow-up of a Randomised Controlled Trial. *J Autism Dev Disord* (2012) 42: 2693. doi:10.1007/s10803-012-1526-8.

Schultz-Wild L, Muñoz-López F. 1975. El libro de la madre y el niño. Barcelona, España: Ediciones Danae.

Strauss A, Corbin J. 2002. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Facultad de Enfermería U de A, editor. Medellín, Colombia: Ediciones Contus, Universidad de Antioquia.

Temboury-Molina MC. 1999. Lactancia después de una cesárea. *Boletín de Pediatría*

168.

Turner B. 1995. Medical power and social knowledge. London: SAGE publications.

Valls-Llobet, Carme (2010) “Feminismos y sesgos de género en el método científico de la medicina” en: Mujeres, Poder y Salud. Madrid, Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer pp. 55-84

Villanueva-Egan LA. 2004. Monografía. Operación cesárea. Una perspectiva integral. . Rev. la Fac. Medicina, UNAM 47:246–50.

Yuan C, Gaskins AJ, Blaine AI, Zhang C, Gillman MW, Missmer SA, Field AE, Chavarro JE. 2016. Association Between Cesarean Birth and Risk of Obesity in Offspring in Childhood, Adolescence, and Early Adulthood. JAMA Pediatr. 170.

7. ANEXOS

7.1 Carta de Consentimiento Informado

Proyecto de investigación: Imaginarios colectivos sobre la operación cesárea (OC) en mujeres de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Saberes, percepciones, prácticas y actitudes acerca de esta práctica quirúrgica

Carta de Consentimiento Informado

Presentación de la investigadora

Buenos días, soy la Etnóloga Ana Laura Pacheco Soriano y agradezco su disposición para tener una charla sobre su experiencia de haber resuelto su embarazo a través de una cesárea. La información que me proporcione a través de esta entrevista será utilizada solamente para fines de la investigación cuyo nombre es "Imaginarios colectivos sobre la operación cesárea (OC) en mujeres de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Saberes, percepciones, prácticas y actitudes acerca de esta práctica quirúrgica".

Este proyecto tiene el fin de realizar un estudio que sirva para conocer los saberes, conocimientos y percepciones de las mujeres acerca de la cesárea lo cual será insumo para mi tesis de maestría en El Colegio de la Frontera Sur, campus San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Consentimiento Informado

Si me lo permite quisiera pedirle su autorización (grabada en audio y/o por escrito) para poder grabar sus respuestas en audio ya que esto facilitará nuestra conversación, ayudará a mi memoria y podré conservar las palabras textuales sin que mi interpretación interfiera con la investigación.

Le hago explícita la invitación a que si en algún momento de la entrevista se siente a disgusto con alguna pregunta o con alguna situación me la haga saber y que también se sienta en la libertad de suspender la conversación y/o la grabación en el momento en el que usted disponga.

Fecha y lugar de la entrevista: _____

Nombre y firma de la entrevistada _____

Nombre y firma de la investigadora _____

Nombre y firma de un (a) testigo (a) _____

7.2 Guión de entrevista

Proyecto de investigación: Imaginarios colectivos sobre la operación cesárea (OC) en mujeres de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Saberes, percepciones, prácticas y actitudes acerca de esta práctica quirúrgica.

Guión de Entrevista

Presentación de la investigadora

Buenos días, soy la Etnóloga Ana Laura Pacheco Soriano y agradezco su disposición para tener una charla sobre su experiencia de embarazo a través de una cesárea. La información que me proporcione será utilizada solamente para fines de la investigación: **Imaginarios colectivos sobre la operación cesárea (OC) en mujeres de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas**. El objeto es realizar un estudio que sirva para conocer los saberes, conocimientos y percepciones de las mujeres acerca de la cesárea, y comprender mejor la situación por la que pasan las mujeres que toman dicha decisión o se enfrentan a dicha situación. Ello será además un insumo para mi tesis de maestría en El Colegio de la Frontera Sur, campus San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Consentimiento Informado

Si me lo permite quisiera pedirle su autorización para poder grabar sus respuestas en audio ya que esto facilitará nuestra conversación, ayudará a mi memoria y podré conservar las palabras textuales. Le hago explícita la invitación a que si en algún momento de la entrevista se siente a disgusto con alguna pregunta o con alguna situación me la haga saber y que también se sienta en la libertad de suspender la conversación y/o la grabación en el momento en el que usted disponga.

PERFIL DE LA ENTREVISTADA

Nombre:

Seudónimo con el cual le gustaría participar en este estudio (protección de identidad)

Edad:

Lugar de nacimiento:

Escolaridad:

Estado civil:

¿A qué se dedica ahora?

Actualmente ¿en qué lugar vive?

Dígame un aproximado del monto de sus ingresos (diarios, semanales, quincenales o mensuales).

¿Habla alguna lengua indígena?, ¿Cuál?

HISTORIAL DE NACIMIENTOS/EMBARAZOS

¿Cuántos hijos tiene?

¿Tipo de parto/cesárea de cada uno?

Nota: Tomar en cuenta de aquí en adelante la experiencia que voy a privilegiar para siempre regresar a ella y poder hacer comparaciones entre tipos de parto en una misma persona.

EXPERIENCIA ACTUAL

Ahora que está embarazada, ¿Ha pensado en la manera en que le gustaría que naciera su bebé?

Cuénteme un poco sobre sus cuidados prenatales en este embarazo.

¿Cómo ha sido la atención por parte del personal médico (incluyendo enfermeras, médicos, etc), del lugar en donde se atiende?

¿En algún momento se ha sentido incómoda o insegura? ¿Por qué?

Cómo se ha sentido o sintió cuando el médico le ha dado noticias.

¿Sabe por qué le van a realizar una cesárea?

¿Le han explicado el motivo de la operación y en qué consiste?

¿Sabe cuánto le costará la cirugía?

Comparación con experiencias previas parto/cesárea

¿Cómo fue la atención que recibió por parte del personal (en general: médico, enfermeras, etc.)?

Cuénteme qué le hicieron a su bebé después de que nació.

¿Cómo fue que eligió el lugar dónde atendieron su cesárea o partos anteriores? (si ya lo respondió en cuando mencionó su experiencia no hacerla).

¿Cómo se sintió después de realizarse una cesárea?

¿Cuánto pagó por la cesárea (o partos anteriores)?

Cuénteme acerca de quién o quiénes decidieron que usted tuviera una cesárea y cuáles fueron las razones que le dieron?

¿Quiénes estuvieron presentes en el momento de la cesárea/parto, familiares o personal médico, etc.?

¿Le pasaron al bebé después de que nació?

¿Cómo le fue en la recuperación de la cirugía?

MIEDO AL DOLOR

Ahora que está embarazada, cuénteme ¿a qué ha sentido miedo?, ¿por qué?

¿Sintió miedo a la hora de la cesárea o de partos previos?

¿Qué pasaba en esos momentos para que usted sintiera miedo?

¿Cómo se resolvió su miedo?

¿Alguien en su familia ha sentido miedo a la hora del parto?

¿Qué piensa del dolor, qué es dolor para usted?

LACTANCIA

Ahora que está embarazada, ¿tiene ganas de hacer lactancia materna?, ¿Por cuánto tiempo cree darle?

Cuénteme sobre sus experiencias de lactancia previas, ¿sintió dolor?, ¿tuvo alguna asesoría al respecto?

¿Quién o quienes le transmitieron los conocimientos sobre lactancia?

En su experiencia, ¿ha notado alguna diferencia entre el parto y la cesárea con respecto a la lactancia?

Si tuvo alguna cesárea previa al actual embarazo, ¿pudo hacer lactancia materna en seguida de la cesárea, si o no y por qué?

CONOCIMIENTOS

¿Qué piensa cuando le menciono la palabra parto?

¿Qué entiende usted por cesárea?

¿Tenía conocimientos previos acerca de la resolución de su embarazo por medio de cesárea?, ¿quién le transmitió esos conocimientos?

Alguien más en su familia ha tenido cesárea y si es así, ¿le han contado sus experiencias?

¿Qué ha pensado sobre eso que le han contado otras mujeres de su familia?

Le agradezco su tiempo, paciencia y que me haya abierto su corazón para contarme acerca de sus experiencias personales. Con todo gusto le dejo mis números de teléfono en donde me puede contactar para cualquier duda, aclaración o información que usted requiera.

Panorama de la cesárea en los cuatro municipios más poblados de Chiapas y algunas percepciones de mujeres que han vivido la experiencia

Ana Laura Pacheco Soriano alpacheco@ecosur.edu.mx, Georgina Sánchez Ramírez gsanchez@ecosur.mx, Angélica Evangelista García aevangel@ecosur.mx -El Colegio de la Frontera Sur, Periférico Sur s/n, María Auxiliadora, 29290 San Cristóbal de las Casas, Chiapas, Tels: (967) 674 9000 - y Sergio Meneses Navarro smenesesnavarro@gmail.com, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Carretera San Cristóbal-San Juan Chamula, Km. 3., Barrio Quinta San Martín, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 29247, tels: (967) 674 91 00.

Resumen

Actualmente se registra un incremento del porcentaje de los nacimientos por cesáreas en México: según datos de la Encuesta de Salud y Nutrición para el año 2012, 46.2% de los nacimientos ocurren mediante esta operación, 20.5% de manera programada y 25.7% por urgencias (Dommarco Rivera and Gutiérrez 2012). Lo anterior supera el límite del 20% recomendado por la Norma Oficial Mexicana (NOM 007-SSA2-1993) y lo sugerido por la OMS (entre un 10 y un 15%). Estos datos ilustran la problemática de la creciente medicalización del parto que opera en contra de la autonomía de las mujeres, del parto respetado y se contraponen a prácticas como la partería responsable. El presente trabajo primero muestra con cifras y posteriormente con testimonios, la tendencia de las cesáreas en Chiapas que, según datos de la Secretaría de Salud del estado, se ha triplicado durante el periodo 2000–2014. Con los lentes de la antropología de cuerpo y de género y salud, se describen algunos testimonios de mujeres cuyos partos han sido a través de esta práctica quirúrgica, sin que existiera algún tipo de indicación médica basada en evidencia científica.

Palabras claves

Cesárea, Medicalización del parto, Mujeres de Chiapas, Salud Reproductiva, Corporeidad, Antropología del cuerpo, Género y Salud.

Abstract

Currently, an increase in Caesarean section deliveries in Mexico is being registered, with a total of 46.2%, which 20.5% were scheduled and 25.7% were urgent, it is over the maximum limit recommended by the Norma Oficial Mexicana (NOM 007-SSA2-1993) which is 20%, according to information from “Encuesta de Salud y Nutrición” from 2012 (Dommarco Rivera and Gutiérrez 2012), well above from the figures recommended by OMS (between 10 and 15%). The former is considered part of the problem of the increasing medicalized delivery, which acts against the women autonomy, the respectful delivery and it stands in direct opposition of practices like responsible midwifery. So, the present work shows first with numbers and after with testimonies, the tendency of Caesarean section surgeries in Chiapas, according to information from state health department, this surgery has tripled its numbers during the period 2000-2014. Using the embodiment and gender and health glasses, some testimonies from women whose deliveries were done through this surgical practice are described, without any medical risk based on scientific evidence.

Key words

Caesarean section, medicalized delivery, Women from Chiapas, Reproductive Health, Embodiment, Anthropology of the body, Gender and Health.

Introducción

En la actualidad, el incremento de la operación cesárea no guarda proporción con la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal, por lo que no resulta comprensible desde un punto de vista médico-técnico que esta operación sea utilizada tan o más frecuente que el parto por vía vaginal, y sin que signifique un beneficio en las condiciones de salud de los niños y niñas al nacer (Cárdenas 2014).

La Organización Mundial de la Salud menciona en su Declaratoria 2015 que: “La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y de su hijo o hija, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral” (OMS 2015: 2).

Los efectos indeseables del abuso de cesáreas recaen en usuarias de los servicios de salud tanto públicos como privados, pues deben enfrentar las molestias postoperatorias, mayor riesgo de complicaciones estancias hospitalarias prolongadas de recuperación más lenta e incremento en los costos de la atención (Villanueva-Egan 2004). Así mismo, la cesárea se asocia a una menor prevalencia de lactancia materna, con consecuencias negativas para la salud y nutrición de los recién nacidos (Temboury-Molina 1999; Perez-Rios, Ramos-Valencia, and Ortiz 2008; Correa-Rancel et al. 2009; Benites Rosito et al. 2014), entre ellas la elevada incidencia de obesidad infantil

(Yuan et al. 2016) en el país con mayor proporción de niños y adultos con sobrepeso u obesidad (ENSANUT, 2014).

Por lo tanto, el fenómeno del incremento de la operación cesárea electiva —entendida como una intervención quirúrgica programada, generalmente decidida desde la consulta externa, con hospitalización previa a la cirugía, sin que exista actividad uterina, ruptura de membranas, sufrimiento fetal o complicaciones maternas —, debe de estudiarse de manera interdisciplinaria para poder ser comprendido. Es importante sobre todo analizarlo desde la perspectiva de las mujeres que deciden (por sugerencia del médico, familiares, amigos, parejas, otros miembros de sus redes de apoyo o bien por convicción propia) realizarse cesáreas y con esta decisión, soslayar los riesgos a la salud que implica dicha cirugía.

La comprensión de los contextos y la construcción de los espacios sociales desde dónde las mujeres toman la decisión de realizarse o tener una cesárea, y poder explicar el suceso a través de la propia experiencia de mujeres que ya han tenido un parto quirúrgico, o las que pretenden someterse en un futuro a esta cirugía, es parte del problema que se quiere abordar en este trabajo, el cual consta de dos partes; la primera muestra los resultados de información cuantitativa acerca del incremento de las cesáreas en Chiapas a partir de cálculos propios basados en estadísticas oficiales del Sector Salud y, en la segunda, se presentan algunos resultados preliminares -que son parte de una investigación mayor- de 12 entrevistas a profundidad que se obtuvieron con mujeres de San Cristóbal de Las Casas acerca de sus saberes, percepciones, prácticas y actitudes en la transmisión de la información sobre la cesárea.

Sustentos teóricos

La presente investigación se posiciona desde la antropología del cuerpo, tomando como referencia conceptual el enfoque del *embodiment* (Csordas 2013) en la medida que sitúa tanto a las investigadoras como a las mujeres entrevistadas dentro de la sociedad, comprendiendo las intersecciones, posiciones y niveles de agencia que tienen cada una de ellas para tomar la decisión de practicarse una cesárea. De acuerdo con Elsa Muñiz, el cuerpo humano es un constructo cultural y por tanto es histórico: “el cuerpo se concibe como aparato semiótico, como entramado simbólico, como carne flexible y moldeable, como sustrato de la humanidad, como elemento fundante de la identidad, como instrumento místico y, finalmente como espacio virtual” (Muñiz, 2008: 16).

A lo largo de la historia humana, la concepción del cuerpo y el ejercicio de la sexualidad femenina han pasado por distintas representaciones sociales que están entrelazadas con la economía, la política, la ética, la estética y sobre todo con las estructuras del poder imperantes en cada etapa de la historia. Es así como Foucault (1976) nos explica la manera en la que los cuerpos son normados por la producción discursiva, lo que se nombra y ciertamente, lo que no se nombra; la producción del poder, cuya función es prohibir y normar las conductas humanas adecuadas para la época; la producción del saber, lo que es válido y verdadero a través de la justificación científica, lo que con frecuencia hace circular errores e ignorancias sistemáticas y, la voluntad del saber, conocimientos que la sociedad genera a través de contraponer el discurso científico imperante.

El cuerpo se concibe como un campo de elaboración discursiva, trascendiendo el hecho de que es también materialidad y biología (Muñiz 2008). En este sentido, desde el enfoque del *embodiment*, el cuerpo es algo relacional “es una cuestión de carne compartida, mutuamente implicada y nunca

completamente anónima” (Csordas 2013: 293), el cual está localizado en la experiencia del mundo, es un recurso de la existencia y en consecuencia, trasciende a una entidad orgánica.

A la par, la geografía de género como propuesta teórica ha sido primordial para posicionar la discusión del cuerpo como un lugar. En este esquema, el cuerpo es comprendido como la primera escala geográfica, el espacio en donde se localiza la persona y sus límites resultan permeables respecto a los otros cuerpos. En el cuerpo se viven y experimentan las emociones, de manera que el cuerpo es el repositorio de la experiencia y vivencia emocional y por ende, el espacio forma parte de la corporeidad (Soto 2013).

La propuesta es tomar en cuenta el concepto de *embodiment* o “encarnación” entendido como una acción de dar cuerpo, de sumergir en la corporeidad algo o alguien, lo que tiene dos efectos centrales, por un lado, combinar varias dimensiones de la existencia tales como sentimientos y emociones y, por otro, frente al mundo dicotomizado que excluye socialmente a las mujeres, el concepto de encarnación es clave pues permite unificar los dualismos.

Para poder comprender este tipo de corporeidad, Csordas (2013) propone una metodología desde la perspectiva de la fenomenología cultural de las corporeidades. Colocándose desde un análisis fenomenológico del ser (del sí mismo, *self*) en el cual el marco metodológico es indeterminado, definido por la experiencia perceptual, por el modo de presencia y por el estar-en-el-mundo y participar en él, teniendo siempre presente la construcción del *habitus* (Bourdieu 1997) y el sistema de poder imperante (Foucault *ob. cit.*).

La corporalidad implica tanto tensión como intensión. Es decir, nuestros cuerpos que están en el mundo no son pasivos ni inertes no están “simplemente allí”. Implica entonces, una postura política y económica. Somos cuerpos unidos al mundo por medio de redes de cables intencionales, emitidos por nosotros mismos. Esto implica un cierto tipo de elección, existencia y responsabilidad (Csordas. *Ob., cit.*).

Este enfoque retoma la filosofía feminista en la medida en la que esa responsabilidad de la existencia y la encarnación de la cultura en el *self* da la pauta para poder comprender el sistema sociocultural y de poder en el cual las diferencias sexuales operan, por lo que echa mano de las ideas de Luce Irigaray (1993) en donde la diferencia sexual es concebida como un diseño ético y político que nada tiene de inocente ni natural. Sino en donde los cuerpos femeninos son objetivados como subalternos a los cuerpos masculinos siempre embestidos del poder hegemónico.

Finalmente, es interesante la manera en la que el enfoque del *embodiment* (Citro 2009) plantea que, a pesar del control y delimitación del cuerpo femenino por la cultura, los propios cuerpos femeninos se resignifican, resisten y encuentran nuevas formas de expresarse y de vivirse-en-el-mundo. Lo que implica la agencia de los cuerpos, su actuar y las prácticas que se generan en consecuencia dentro de la sociedad.

La importancia en esta investigación de la comprensión del cuerpo femenino en todas sus dimensiones, está directamente relacionada con el hecho de que en el cuerpo de las mujeres se encarnan ideas y creencias que la sociedad comparte acerca del embarazo, parto y puerperio y que se catalizan a través de las prácticas y actitudes. Logrando así que las mujeres vivan, sientan y perciban que el parto quirúrgico es inocuo para su salud y la de sus bebés.

En la época contemporánea, la gestación tiene un desenlace planeado desde la lógica de la medicina hegemónica, en donde la noción de que la mujer es quien debe ser protagonista del alumbramiento se desdibuja ante el discurso de la necesidad de intervenir el proceso para prevenir “efectos colaterales” que surgen diagnosticados a priori desde el *habitus* autoritario médico (Castro y Erviti 2015) el cual dicta la normalidad o anormalidad del cuerpo femenino, como se verá en las narrativas de las 12 mujeres entrevistadas.

Cabe señalar que el recurso de los datos cuantitativos nos permitió evidenciar que no se trata de una práctica aislada que correspondiera a lo que la OMS (*Op. cit.*) recomienda (entre un 10 y un 15% del total del nacimiento al año, como una medida que permite establecer que dicha cirugía se usa solo en casos necesarios), sino de una práctica cada vez más recurrente de dar a luz, que puede incluso modificar la percepción de las mujeres y con ello crear un imaginario colectivo en el cual las cesáreas pasan de ser una herramienta médica para salvar vidas a una cirugía cada vez más aceptada por las mujeres quienes, incluso, demandan que el desenlace de sus embarazos sea por medio de esta práctica quirúrgica sin que haya un riesgo médico aparente.

Materiales y Métodos

Para la elaboración de tendencias estadísticas se utilizaron diversas bases de datos oficiales. Para la Tabla 1, que presenta los cambios en el tamaño de población en las principales ciudades de Chiapas en las últimas cuatro décadas, se consultó el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI y las Proyecciones de la Población de los municipios de México 2010-2030 de CONAPO, así como la Dirección General de Información de Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud (SS). Para la elaboración de la tabla 2, que presenta los cambios en la población derechohabiente de un

seguro público de salud del 2000 al 2014, se consultó el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 del INEGI y, de igual manera que la tabla 1, los datos del DGIS y de CONAPO. De las Estadísticas Vitales del INEGI se pudo recabar la información para realizar las tablas 3 y 4 que se refieren a los nacimientos ocurridos en hospitales públicos y en el hogar en los últimos años. Finalmente, para el Gráfico 2 se encontró la información a través de los Cubos dinámicos de la DGIS y del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

Lo primero que se hizo fue identificar los municipios con mayor crecimiento poblacional en las últimas cinco décadas, a partir de la población total en cada municipio de referencia para diferentes años, que coincide con las sedes de las jurisdicciones sanitarias más grandes del estado: Comitán, San Cristóbal de Las Casas, Tuxtla Gutiérrez y Tapachula. Esto permitió mostrar a lo largo de los años de referencia la derechohabiencia en las ciudades más pobladas y con mayor infraestructura en Chiapas.

Se elaboraron dos tablas con los datos de nacimientos registrados en dichos municipios que fueron atendidos en hospitales oficiales y aquellos atendidos en domicilio, con la finalidad de seguir alguna pista en el tiempo sobre el comportamiento de la medicalización del parto en la región, teniendo en cuenta de que en Chiapas, las diferencias socioeconómicas, geográficas y de calidad de vida entre municipios y regiones son muy polarizadas, lo que fomenta un subregistro de nacimientos sobre todo los que ocurren en domicilio o con parteras en las comunidades alejadas de los centros urbanos. Con estos datos se elaboró una gráfica de líneas en donde se puede observar la tendencia en cuanto a lugar de atención del parto en los municipios objetivo del 2000 al 2014 (Gráfico 1).

En otra gráfica de líneas se presenta el comportamiento de las cesáreas en los municipios de referencia para diferentes años (Gráfica 2). Con estos pocos datos asequibles desde las estadísticas oficiales, se pudieron llegar a algunas conclusiones que enmarcan los hallazgos del trabajo cualitativo que por limitaciones de tiempo y recursos se realizó solamente en San Cristóbal de Las Casas. Por lo tanto, no pretendemos que las conclusiones se generalicen para todo el estado, pero sí sirven para reflexionar sobre los determinantes y significados del incremento en la incidencia de cesárea en esta región del país.

Universo de estudio para datos cualitativos.

Se llevaron a cabo 12 entrevistas a profundidad a mujeres de clase media (que van desde media-baja hasta media-alta), residentes de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, con experiencias de cesárea. Se eligió a este grupo de mujeres por dos razones, la primera es porque siendo congruentes con el enfoque del *embodiment*, las experiencias de vida son comprendidas de mejor manera entre pares, es decir, el compartir experiencias de partos entre mujeres con cesárea puede dar pautas acerca del incremento de este fenómeno y, segundo, porque el reclutamiento de las participantes fue hecho a través de la técnica de bola de nieve ya que se necesitaba que las entrevistadas tuvieran un poco de confianza *a priori* hacia la entrevistadora por el carácter íntimo de las preguntas que se les hicieron. A través de la entrevista se pudo registrar el discurso femenino en relación a la cesárea, la toma de decisión con respecto a esta cirugía, explorar los miedos acerca del parto y comprender la transmisión de conocimientos sobre la cesárea. Previo a la realización de las entrevistas se solicitaron las firmas de las participantes en el marco de una Carta de Consentimiento Informado. Las conversaciones fueron grabadas, transcritas y codificadas para su posterior análisis cualitativo respetando en todo momento la confidencialidad de las participantes.

Los criterios de inclusión que las mujeres tuvieron que cumplir para participar en este estudio fue que estuvieran en el tercer trimestre de embarazo, aunque no tuvieran una cesárea previa o bien, hayan tenido un parto quirúrgico en el último año y que se encontraran en edad reproductiva (15-a 44 años de edad, según la OMS).

Resultados cuantitativos. Panorama de las cesáreas en Chiapas

El estado de Chiapas por antonomasia ha encabezado las listas de indicadores de rezago, pobreza y marginación del país. Es de llamar la atención que al menos para las últimas cinco décadas y media su población prácticamente se ha quintuplicado manteniéndose un crecimiento constante, principalmente en cuatro de sus municipios, mismos que se pueden apreciar en la Tabla 1 en donde se observa que tanto Tuxtla Gutiérrez (capital del estado) como San Cristóbal de Las Casas han tenido un crecimiento poblacional más acelerado a comparación de los otros municipios.

/Entra Tabla 1. Municipios de Chiapas con mayor densidad poblacional/

En la tabla 2 podemos observar cómo durante tres lustros la cobertura de servicios de salud medida por derechohabiencia no se ha incrementado significativamente en la población total del estado, a pesar de que en el 2003 entró en vigencia el Seguro Popular (SP). Si comparamos los datos del año 2000, podemos observar que por cada persona con derechohabiencia había 4 que no la tenían y esto para el 2014, apenas se ha movido, siendo que hay 1 persona con derechohabiencia por 3 que no la tienen.

Si observamos al interior del mismo cuadro, hay dos municipios -Tapachula y San Cristóbal- que no han tenido cambios tan drásticos en la tendencia de derechohabiencia y no derechohabiencia, resaltando el contraste con Tuxtla ya que desde el año 2010 se observa que el número de derechohabientes ha superado a los no derechohabientes con lo que se mantiene una condición favorable de derechohabiencia, en oposición al caso de Comitán en donde ha persistido, a lo largo de estos tres lustros, el que por cada persona derechohabiente hay tres que no la tienen.

Sin afán de especulación, las desigualdades estructurales en Chiapas determinan una cobertura y acceso en salud diferenciado entre las poblaciones. Tuxtla es la capital del estado y por lo tanto una de las ciudades con mayor inversión económica, en donde se ubican las principales sedes de la burocracia estatal y con mayor generación de empleo, a diferencia de Comitán, municipio receptor de población fronteriza y serrana en muchas ocasiones de origen indígena y en condiciones de extrema pobreza, venidos de municipios que no cuentan con tantos servicios e infraestructura pública a diferencia de la ciudad capital del estado.

/Entra Tabla 2. Número de Derechohabientes y No derechohabientes para cinco municipios de Chiapas 2000-2014/

Otro punto a resaltar es que, como se mencionó en la Tabla 1, Tuxtla Gutiérrez y San Cristóbal de Las Casas presentan un patrón similar de crecimiento acelerado de su población, sin embargo, la paridad entre derechohabiencia y no derechohabiencia es más desventajosa en San Cristóbal de Las Casas.

Ahora bien, como parte del interés por comprender el incremento de las cesáreas en Chiapas es importante conocer la manera en la que se ha ido medicalizando el parto a través del tiempo.

Como resultado de las prácticas de la obstetricia moderna en el país desde el principio del siglo XX, se fue desplazando la atención del parto por parteras hacia médicos y ginecólogos. Ana María Carrillo documenta detalladamente como se fueron cerrando de manera paulatina las escuelas de partería en México (Carrillo 1999) a la vez que el espacio para parir se ha ido trasladando del hogar propio de la parturienta o la casa de la partera al hospital, lo que al menos en el caso del país no se puede considerar una práctica totalmente exitosa ya que justo sobre la especialidad de obstetricia se reportan anualmente el mayor número de quejas a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, según lo mencionan a través de sus Recomendaciones Generales para mejorar la calidad en la atención obstétrica “[Ginecología y Obstetricia es] la especialidad más relacionada a daño permanente o muerte, cuando se asocia con mala práctica” (CONAMED, 2012: 8). Este es un dato alarmante ya que en la época contemporánea en México se está documentando un incremento de las prácticas médicas en el momento de la atención al parto, al grado de que casi la mitad de los nacimientos son por cesárea en este país. “En el periodo de enero de 2009 a septiembre de 2014, de cada 100 partos ocurridos 46 son por cesárea y 54 son partos normales” (CONAPO, INEGI, 2015:3).

Con relación a lo anterior, se presentan a continuación en números absolutos los nacimientos registrados por municipios atendidos tanto en hospital o clínica oficial y en domicilio para diferentes años. La intención de utilizar números absolutos se debe a que se presentan con mayor precisión los resultados de las estadísticas oficiales. En este caso, el comportamiento de las tendencias observadas en el tiempo tanto de partos atendidos en hospital como en domicilio no se ven afectadas por el incremento de la población.

Cabe aclarar que no se pudo hacer una distinción porcentual del total de nacimientos según lugar de atención para cada uno de los municipios debido a la calidad de la información, estaba separada por muy pocos rubros. Aunado a que en Chiapas hay un fuerte subregistro de nacimientos en el registro civil, situación que se agudiza en condiciones de aislamiento geográfico y barreras culturales como es el caso de comunidades alejadas a las cabeceras municipales.

/Entra Tabla 3. Nacimientos registrados por municipio atendidos en Hospital Oficial/

Como se puede ver en la Tabla 3 para los años de referencia, el reporte de los nacidos vivos en hospital o clínica oficial por municipio considerados en este trabajo, presentan para el caso de San Cristóbal, Tapachula y Tuxtla Gutiérrez una tendencia similar en la que se puede apreciar como del 2000 al 2014 se han duplicado el número de partos atendidos en hospital o clínica oficial, mientras que en Comitán este número se ha quintuplicado.

Así mismo, el número de nacimientos registrados en San Cristóbal en hospital o clínica oficial es considerablemente menor a los reportados por los otros tres municipios, creemos que esto tiene relación con los datos que se muestran en la Tabla 4, en donde se puede observar que la tendencia de los nacimientos en domicilio en Tapachula, Tuxtla y Comitán van a la baja mientras que en San Cristóbal se han reportado un número de nacimientos en domicilio similar, por cuatro lustros.

La tendencia a que cada vez más se incrementen los partos dentro de los hospitales puede deberse a que en esos cuatro municipios se encuentran los principales hospitales de referencia de amplias regiones. En el caso de Comitán, es un hospital de referencia para la región selva fronteriza y sierra; los hospitales de San Cristóbal son referencia para Los Altos; Tapachula para el Soconusco, Sierra

y Costa, además de para la población migrante que se ha asentado en la región. Tuxtla es de referencia para todo el estado. Al mismo tiempo, en esas cuatro ciudades se han renovado o construido hospitales completamente nuevos.

Entonces, el hecho de que se haya incrementado el parto hospitalario probablemente nos habla de que mejoró la oferta de servicios, al mismo tiempo que han disminuido las barreras (geográficas, económicas, organizativas o culturales) para acceder a los mismos para sectores más amplios de población que probablemente antes experimentaban mayores dificultades de acceso a los servicios de salud.

/Entra Tabla 4. Nacimientos registrados por municipio atendidos en Domicilio/

El Gráfico 1 presenta la incidencia de nacidos vivos registrados según lugar de atención del parto, separando por hospital o clínica oficial y domicilio y podemos decir que en Chiapas hasta el 2010, el número de partos atendidos en domicilio era mucho mayor que los atendidos en hospitales oficiales, lo cual para 2014 sufre una vertiginosa caída pudiéndose evidenciar una medicalización del parto en el estado ya que las tendencias se revierten.

/Entra Gráfico 1. Número de nacidos vivos registrados según lugar de atención al parto en Chiapas para diferentes años/

Sin embargo, no hemos encontrado estadísticas relacionadas con otros elementos que evidencien dicha medicalización excepto el número de cesáreas practicadas en el sector público para los años de referencia de este estudio. No se encontraron tampoco datos del sector privado a este respecto,

tal como lo ha mencionado Rosario Cárdenas en sus diferentes trabajos (Cárdenas 2002; Cárdenas 2014).

Así mismo, las cifras del total de cesáreas no lo pudimos localizar por los municipios de referencia del estudio, solamente de manera global para todo Chiapas, separado por lugares de atención (exceptuando el privado) y consideramos que sí hay una tendencia hacia el alza en esta práctica al menos del 2000 al 2014, ya que el total de nacimientos registrados en el estado no ha tenido un incremento considerable entre quinquenios: en el 2000 se registraron 112, 947 nacimientos; en el 2005, 119,285; en el 2010, 150, 586; y en el 2014, 127,837 nacimientos, no obstante al menos en la Secretaría de Salud (SS), el total de cesáreas en este período se ha triplicado como se puede observar en el Gráfico 2.

Ahora bien, la práctica de las cesáreas en el IMSS se ha mantenido con poca variación en los años de referencia, pero con un incremento evidente, esto puede ser explicado por la situación del mercado laboral formal en el estado.

Para el caso de IMSS Oportunidades presenta un decremento del 2000 al 2010, no obstante, hacia el 2014 tiene un repunte considerable sobre todo si se compara con el 2010. Esto puede estar relacionado con el funcionamiento del programa en el estado. Cuestión que puede ser un efecto de que la población derechohabiente al IMSS-Op se haya trasladado a los Centros de Salud de la Secretaría de Salud (SS), por causa de la puesta en marcha del Seguro Popular (SP) en el 2005. Es decir, cuando el SP se puso en operaciones los servicios del IMSS-Op no eran cubiertos por aquel, pues sus servicios se prestaban en los establecimientos de la secretaría de salud del estado. De este

modo, la población que antes se atendía en el IMSS-Op, al afiliarse al SP trasladaron su atención a la SS por lo tanto, el número de atendidos por la SS se incrementó considerablemente año con año.

No están considerados datos reportados por el SP ya que en las estadísticas consultadas el reporte de atención al parto por cesárea es cero para todos los años de referencia, no obstante al exponerse las mujeres embarazadas a más consultas prenatales medicalizadas se incrementa el riesgo de cesáreas injustificadas clínicamente (Freyermuth 2016).

/Entra Gráfico 2. Número de nacimientos por cesárea según institución de atención en Chiapas para diferentes años/

A continuación, presentamos fragmentos de lo que nos compartieron mujeres que tuvieron el nacimiento de sus bebés por cesárea en la región.

Resultados cualitativos. Entrevistas a profundidad

Las 12 mujeres que participaron en este estudio residen en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas; sin embargo, solo cinco de ellas son originarias de esta ciudad ya que el resto nacieron en otros municipios como: Palenque, Tapachula, Tuxtla Gutiérrez, Motozintla, Simojovel, Las Margaritas y Teopisca, todos en la misma entidad federativa. Sus edades van desde los 19 a los 42. Seis de ellas cuentan con licenciatura, cuatro con maestría y dos con preparatoria. Siete son amas de casa, aunque tres de ellas mencionaron que también apoyan con su trabajo a los negocios familiares sin goce de sueldo, en contraste de las otras cinco, las cuales cuentan con trabajos remunerados fuera del hogar.

Con respecto a su estado civil, cinco están casadas, cinco viven en unión libre, una es divorciada y una soltera.

Cinco de las mujeres tienen ingresos familiares mensuales menores a los \$10 000 pesos; otras cinco van entre los \$11 000 y \$ 30 000 pesos mensuales y sólo dos mencionaron tener ingresos mucho mayores que el resto. Lo que ilustra que son de clases heterogéneas y distintas entre unas y otras.

Seis de ellas declararon hacer uso tanto de los servicios privados como públicos en la atención a sus embarazos; cuatro más mencionaron llevar sus consultas prenatales exclusivamente por medio de servicios privados y sólo dos acudieron para su atención prenatal por completo al sector de salud pública en donde también atendieron su cesárea.

Del total de las mujeres, nueve utilizaron un servicio privado para realizarse la cesárea y las tres restantes, atendieron su cesárea en el Hospital de la Mujer, único hospital obstétrico de la zona de Los Altos de Chiapas. Llama la atención que, dentro de este grupo, se encuentran dos mujeres con filiación indígena (una chol y otra tzeltal) y una médica que labora dentro del mismo hospital quien decidió expresamente practicarse una cesárea programada en dicho hospital público por tenerle mayor confianza a sus compañeros de trabajo.

Como ya se vio líneas arriba, el panorama de las cesáreas en Chiapas y las carencias del sistema de salud nos muestran que persisten los grandes contrastes en la atención a la salud gineco-obstétrica.

No obstante, para esta investigación, se optó por conocer las historias de mujeres que hubiesen tomado la decisión previa de parir por medio de cesárea, lo que se conoce como cesárea electiva la cual, según el diccionario de términos médicos, es una intervención quirúrgica programada y generalmente decidida desde la consulta externa, con hospitalización previa a la cirugía, sin que exista actividad uterina, sin ruptura de membranas, sin sufrimiento fetal o complicaciones maternas. A la luz del discurso femenino de las entrevistadas, dicho concepto tendría poca razón de ser, ya que, en opinión de todas, sus cesáreas han sido producto de alguna patología o anomalía en sus cuerpos, según les han dicho los médicos y médicas que las han atendido.

Enfocando un poco el lente sobre el discurso biomédico, lo que las mujeres describieron sobre las justificaciones médicas de las cesáreas hechas en sus cuerpos es parte del ejercicio del biopoder desde el cual se dicta la normalidad o anomalía de los cuerpos femeninos tal como lo menciona Carme Valls (2010). A pesar de haber querido decidir un parto vaginal, el discurso médico les dictó la norma de que sus embarazos y sus desenlaces fueran por medio de una cirugía que bien pudo ser programada de lunes a viernes y en horarios de oficina para mayor comodidad *de ellas* por supuesto, y “*para no correr riesgos*” o como le dijeron a Ana, dándole la opción de decidir realizarse la cesárea el mismo día o al siguiente:

“¿Te quedas de una vez o vienes mañana para la cesárea?” (Ana)

Dado que no corría con ningún riesgo médico aparente, le dieron la posibilidad de decidir, al tiempo que le daba mayor margen al médico de reunir al grupo de especialistas que lo asistiría para realizar la cesárea en una clínica privada de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.

Ahora bien, lo que las mujeres describieron como razones médicas para realizarse una cesárea son ideas y creencias reforzadas por los médicos y médicas que han atendido sus embarazos y partos. Ideas que sirven como reforzadores de la violencia de género que se ejerce desde las primeras consultas prenatales, que paulatinamente a lo largo de los meses de embarazo, las mujeres van formando pensamientos y creyendo en un cuerpo visto como enfermo, como anormal y sin el poder de parir de manera vaginal. Gracias a un discurso médico que cataloga al cuerpo femenino como:

- *“Estás chaparrita y tienes la cabeza grande” (Denisse)*
- *“Eres estrecha de caderas” (Alexa, Ana)*
- *“Tienes desviada la columna” (Alexa, Guadalupe)*

Otros comentarios concernientes a la anormalidad de los procesos por los que transita el cuerpo femenino durante el parto o bien, relacionados con los anteriores, a lo que la biomedicina considera fuera de la norma, como:

- *“No dilatas lo suficientemente rápido” (Azul)*
- *“Has tenido demasiados abortos previos a este embarazo y amenazas de aborto en este” (Guadalupe, Cali, Isabella, Luciana)*
- *“No vas a aguantar el dolor” (Azul)*
- *“Estás anémica” (Cecilia)*

Otras ideas que infunden miedo a la futura madre como “para no correr riesgos” y al mismo tiempo se asocian con la viabilidad y salud del bebé:

- *“Te vamos a hacer cesárea para no correr riesgos” (Cali, Dorian, Guadalupe, Alexa, Ana, Luciana)*

- *“El bebé no se acomodó”* (Isabella, Luciana)
- *“El bebé tiene doble circular de cordón”* (Isabella, Cali, Azul, Luciana)
- *“Yo quería un parto normal pero no pude, no salí buena mujer, no salí buena para esto”.*
(Aurora)

Por otro lado, los relatos de las mujeres entrevistadas coincidieron en que el discurso de la madre es fundamental en la transmisión del conocimiento sobre la cesárea ya que, si la madre de la mujer tuvo cesárea, seguramente esa mujer tendrá cesárea. Le sigue en importancia en la transmisión de la información, las mujeres que son consideradas parte de la familia ya sean suegras, cuñadas, hermanas, primas o amigas ya que ellas son las que socializarán los cuidados que debe de tener la mujer con respecto a su propia cesárea. Por lo tanto, si una mujer tiene cesárea es más común que su círculo familiar de mujeres ya haya pasado por dicha experiencia corporal, con lo cual se transmitirán los saberes, prácticas y actitudes con respecto a esta práctica quirúrgica.

En general, las mujeres entrevistadas percibieron a la cesárea como una cirugía o procedimiento médico que minimiza los riesgos de muerte materna o neonatal; tiene mayores ventajas que el parto vaginal en cuanto acorta los tiempos de conocer a sus bebés, además de que pueden programar el nacimiento de sus hijos e hijas a manera de que se empaten con sus esquemas laborales; en tanto es un procedimiento médico, las mujeres tienen la percepción de mayor seguridad por encontrarse en un hospital en donde hay recursos tanto materiales como humanos para afrontar emergencias obstétricas, percepción que sólo tuvieron las mujeres que se atendieron en hospitales privados, no así mujeres que se atendieron en el hospital público (excepto la médica que labora dentro del Hospital de la Mujer).

Finalmente, en la experiencia de las mujeres que participaron en este estudio, la cesárea es un procedimiento doloroso, no al principio, sino en la recuperación y que, además, les ha costado instaurar y continuar la lactancia materna exclusiva ya que la mayoría mencionó que alimenta de manera mixta a sus bebés, es decir, tanto con fórmula láctea como con leche materna. Esto se debe a que, al momento de nacimiento de sus hijos e hijas, por protocolo los médicos o médicas, les prescribieron leche de fórmula a sus bebés. Esto tanto en servicio público como en privado.

Discusión

Con los datos cuantitativos que ya se presentaron se pudo observar que hay un incremento a lo largo del tiempo de los partos atendidos en hospital en contraposición de los partos atendidos en domicilio a la vez que el número de cesáreas para el mismo periodo de tiempo también se ha incrementado en el estado de Chiapas. Estas tendencias no se contraponen a los datos reportados a nivel nacional por el INEGI, por tanto, surgen aquí algunos cuestionamientos, por ejemplo ¿de qué manera las mujeres seguimos depositando nuestra confianza en las disposiciones del personal médico que atiende nuestros partos?, ¿qué tanto decidimos las mujeres de manera autónoma sobre ese procedimiento que recae directamente en nuestros cuerpos?, ¿qué tanta relación existe entre lo que las mujeres de esta investigación nos dijeron sobre sus cesáreas y el incremento de las mismas en el estado?

Dado que la presente investigación se posiciona desde la antropología del cuerpo, se entiende que el fenómeno del incremento de las cesáreas forma parte de las ideas y creencias compartidas en esta época contemporánea en donde la sociedad acepta la práctica de las cesáreas a través de dispositivos socioculturales que naturalizan el alumbramiento por esta vía. De tal manera que el

parto fisiológico se empiece a considerar como algo anticuado y propio de mujeres que no cuentan con otras opciones más modernas para dar a luz.

Tal como lo enuncia Esteban (2002), si bien el desarrollo de la ciencia nunca ha sido homogéneo, los fundamentos científicos en los que descansa nuestro actual conocimiento del mundo y sus funciones provienen de los siglos XVII y XVIII en los que destacan las ideas newtonianas y cartesianas. René Descartes “aporta al ejercicio científico varias de las ideas que aún hoy siguen siendo claves, como son las dualidades mente-materia y observador-observado [y] el énfasis en el análisis racional por encima de todas las demás formas de conocimiento” (ob. cit.: 20).

La ciencia médica, en tanto discurso hegemónico, ha jugado el papel primordial en la construcción de ideas acerca del cuerpo, el control y el poder que se ejerce en éste. La medicina que conocemos actualmente en los países “desarrollados” y la atención por especialistas quienes tratan enfermedades, fragmentando cada vez más el cuerpo biológico, nació en Occidente de la cirugía y la traumatología (Valls-Llobet, *Ob. cit.*).

La ciencia médica y en concreto, el nacimiento de la Ginecología y Obstetricia, han servido a un sistema sociocultural occidentalizado y patriarcal para perpetuar un sistema de poder en donde las mujeres hemos sido reiteradamente expropiadas no solo de la posibilidad de pensar sino más aún, de nuestros propios cuerpos (cfr. López-Sánchez 2008 y 2013; Gorbach 2005; Esteban 2002; Cházaro 2005).

Teniendo presente lo que las mujeres de este estudio argumentaron como razones para elegir tener una cesárea, ¿qué tanto es una decisión autónoma respecto a sus propios cuerpos?, ¿cuánto influye

el discurso sobre su imposibilidad de parir de manera fisiológica y natural al etiquetarlas como discapacitadas desde el discurso biomédico? Parafraseando a Meza et. al. (en prensa), esto pone en entredicho lo que los autores entienden por autonomía como la capacidad de las personas para desarrollar e identificar sus propios intereses, aprendiendo a decidir sobre el mejor curso de acción y la forma de llevar a cabo sus objetivos. Esta forma más compleja de definir la autonomía no se limita a la libertad de elección y la autodeterminación, sino también integra elementos como la autocomprensión, el autodesarrollo y la autorrealización.

“Esta perspectiva biomédica tiene la desventaja, como fue señalado, de otorgarle centralidad a las limitaciones físicas generadas por elementos anatómicos y fisiológicos. Por consiguiente, la consecuencia de esta concepción de autonomía es dirigirse al funcionamiento del cuerpo, individualizando con ello la posible respuesta social a un problema eminentemente colectivo” (Meza, et.al., en prensa).

Más aún, señalar que una embarazada no puede dar a luz de manera fisiológica o natural por su fenotipo (ancho de caderas, estatura, peso, talla u otras características fenotípicas) constituyen actos de discriminación, lo cual desde los derechos sexuales y reproductivos significa violencia, lo que desafortunadamente no se circunscribe a las consultas prenatales, sino que se va trazando una trayectoria de tratos pocos respetuosos hacia la mujer que va a dar a luz. La que además estará influenciada por las experiencias de su genealogía femenina, ya que, si todas son proclives a la cesárea, mermarán autonomía a la propia decisión de la mujer quien tomará como única “opción real”: una cesárea.

Esto se contrapone con el empoderamiento de las mujeres en el parto documentado por Sánchez-Ramírez (2016), en donde como resultado de un proceso consciente las mujeres se fueron preparando con información pertinente y acompañamiento profesional para un parto respetado en donde ellas y sólo ellas fueron las protagonistas del alumbramiento y únicas responsables de la toma de decisiones sobre su cuerpo en partos considerados de bajo riesgo.

Finalmente, ¿qué tanta relación existe entre lo que las mujeres de esta investigación nos dijeron sobre sus cesáreas y el incremento de las mismas en el estado?, el carácter de este estudio tiene alcances muy modestos ya que es el resultado de una tesis de maestría, de tal manera que no podemos tener respuestas definitivas.

Lo que se pudo observar es que las mujeres de este estudio que son en general de clase media, con una escolaridad media y media superior fueron influenciadas por el entorno y el discurso médico para optar por una cesárea.

A manera de conclusión

Si consideramos al cuerpo femenino como la primera escala geográfica en donde se encarna la cultura, podemos concluir que estas mujeres incorporan en sí mismas los dictados de la sociedad contemporánea respecto a la forma en la que sus cuerpos se reproducen, lo cual puede estar sucediéndole a otras mujeres inclusive en otros contextos sociales de Chiapas siempre y cuando estén expuestas a la influencia de su genealogía femenina pro-cesárea y al discurso biomédico que determina la no autonomía de las mujeres. Esto puede en parte, explicar el incremento de las cesáreas en Chiapas en el periodo de referencia para este trabajo.

Bibliografía citada

Benites Rosito D, Gomes E, Cañado Figueiredo M, de Lima Flores I, Wisniewski F, Carletto-Körber F. (2014), "The influence of the type of birth and maternal diet on the period of breastfeeding". *J. Oral Res.* 3:150–155.

Bourdieu P. (1997), *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.

Cárdenas R. (2002), "Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de su uso módicamente justificado". *Gac Med Mex* 138:357–66.

Cárdenas R. (2014), "El perfil de utilización de la cesárea en México y su implicación para la salud reproductiva". In: Sánchez-Bringas Á, editor. *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. D. F. México: UAM-X, Editorial ITACA. p. 105–129.

Carrillo AM. (1999), "Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México". *Dinamys. Acta hispánica ad Med. Sci. Hist. Ilus.* 19:167–190.

Castro, R. y Erviti, J. (2015), *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: CRIM/UNAM

Citro, S. (2009). "Mujeres la poderosa amenaza de la carne". En: *Cuerpos significantes. Travesías de una etnografía dialéctica*. Capítulo 8. Buenos Aires: Biblos. Pp. 297-326

Correa-Rancel M, Correa-Rancel E, Méndez-Mora D, Gimeno-Gil A, Correo-Ceballos B, Alberto-Bethencourt J. (2009), "Estudio de comportamiento en la lactancia materna". *Boletín de Pediatría* 49:122–125.

Cházaro Laura (2005), "El fatal secreto: los fórceps médicos y las pelvis mexicanas en el siglo XIX" en: Cházaro L. y Estrada R. (Editoras) *En el umbral de los cuerpos: estudios de*

antropología e historia. El Colegio de Michoacán, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, México. pp. 145-168

Csordas, Thomas (2013), "Fenomenología cultural corporeidade: agencia, diferencia sexual e doença", *Educacao*, vol 36, num 3., septiembre-diciembre. Pp 292-305. Pontificia Universidade Católica do Río Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Dommarco Rivera J, Gutiérrez JP. (2012), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Esteban, Mari Luz (2002), Reproducción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud. Donostia. Instituto Vasco de la Mujer. Galoa. Liburuak.

Foucault, Michael 1987 (1975), "Los cuerpos dóciles". En: *Vigilar y castigar*. 139-174. Bs, As: Siglo XXI

Foucault M. (1976), *Historia De La Sexualidad I La Voluntad de Saber*. Madrid: Siglo XXI

Freyermurth-Enciso, G. (2016). "De la Cesárea Terapéutica a la Electiva", artículo presentado en el Seminario Permanente de Antropología Médica en Chiapas CIESAS-Sureste, 4 de abril, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. En prensa.

Gorbach Frida (2005), "La histeria y ya locura. Tres itinerarios en el México de fin del siglo XIX", en: Cházaro L. y Estrada R. (Editoras) *En el umbral de los cuerpos: estudios de antropología e historia*. El Colegio de Michoacán, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, México. pp. 97-116

Irigaray L. (1993), *An Ethics of Sexual Difference*. First Edit. Ithaca, United States: Cornell University Press.

López-Sánchez O. (2008), "La centralidad del útero y sus anexos en las representaciones técnicas

del cuerpo femenino en la medicina del siglo XIX” en: Tuñón Julia (Comp.) Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México, El Colegio de México, México. pp. 147-184

López-Sánchez O. (2013), "La pertinencia de una historia de la construcción emocional del cuerpo femenino en México entre 1850-1910. Abordaje desde el construccionismo social". Rev. Latinoam. Estud. sobre Cuerpos, Emoc. y Soc. 12:51–64.

Meza-Palmeros, JA; Martínez-Jasso, E; Campillo-Toledano, C. (2016), "Autonomía y discapacidad en México. Una propuesta metodológica para su operacionalización en el diseño de políticas sociales". En prensa.

Muñiz E (cord.), (2008), Registros corporales. La historia cultural del cuerpo humano. D. F. México: UAM-A; CONACYT.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, (1995), Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio (Diario Oficial de la Federación 6 de enero de 1995).

Organización Mundial de la Salud (2015), "Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea". Ginebra, Suiza: UNPD, UNFPA, UNICEF, WHO, WORD BANK Consulta de información: 16 de septiembre del 2016 en: www.who.int/reproductivehealth/

Ortiz, Teresa, (2002), “El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer”, en Ramos E. (coord.) La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. (I Congreso Nacional sobre Mujeres y Salud) España, Instituto de la Mujer, p. 29-41

Perez-Rios N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. (2008), "Cesarean Delivery as a Barrier for Breastfeeding Initiation: The Puerto Rican Experience". J. Hum. Lact. 24:293–302.

Sánchez-Ramírez, G. (2016), Espacios para parir diferente. Un acercamiento a Casas de Parto en México. México: El Colegio de la Frontera Sur.

Soto V. Paula. (2013), “Entre los espacios del miedo y los espacios de la violencia: discursos y prácticas sobre la corporalidad y las emociones”, en: Aguilar M.A. y Soto V, Paula, Cuerpos, espacios y emociones. Aproximaciones desde las ciencias sociales. UAM-I. Porrúa, México, pp. 197-220

Temboury-Molina MC. (1999), "Lactancia después de una cesárea". Boletín de Pediatría 168.

Valls-Llobet, Carme (2010) “Feminismos y sesgos de género en el método científico de la medicina” en: Mujeres, Poder y Salud. Madrid, Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer pp. 55-84

Villanueva-Egan LA. (2004), "Monografía. Operación cesárea. Una perspectiva integral". Rev. la Fac. Medicina, UNAM 47:246–50.

Yuan C, Gaskins AJ, Blaine AI, Zhang C, Gillman MW, Missmer SA, Field AE, Chavarro JE. (2016), "Association Between Cesarean Birth and Risk of Obesity in Offspring in Childhood, Adolescence, and Early Adulthood". JAMA Pediatr. 170.