CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

EL RIESGO OBSTÉTRICO Y EL USO DE LA CESÁREA:

Prácticas y representaciones sociales
de un grupo de mujeres del municipio de Zaragoza,
Veracruz, que recibieron atención obstétrica en
las instituciones públicas de salud.

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A

BELEM CORTÉS SÁNCHEZ

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Sergio Lerín Piñón

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE DE 2016

Al ser más amado, mi hija.

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas las personas e instituciones que colaboraron en el desarrollo de esta investigación:

Al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, y a cada profesor y profesora que aportaron un granito de arena en mi formación como antropóloga.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo financiero que me brindó durante dos años, y así poder cursar mis estudios de maestría.

A mi director, el Dr. Sergio Lerín por su paciencia, por apoyarme académica y personalmente; así como, por darme libertad durante el desarrollo de la tesis. De la misma manera, al grupo de investigadores que conforman la línea de antropología médica. Ha sido una grata experiencia y un placer el poder trabajar con ustedes: el Dr. Eduardo Menéndez, Dra. María Eugenia Módena, Dra. Rosa María Osorio, Dra. Diana Reartes y Dra. Lina Berrio.

También agradezco a la Dr. Laura Valladares por aceptar ser parte de mi comité de tesis y por su siempre cálida acogida en el mundo de la antropología.

A mi madre, pieza fundamental en mi vida académica y personal. Gracias por tu apoyo, paciencia y colaboración. A mi padre y a mi hermano, quienes cada mañana se levantan desde muy temprano para ir a trabajar. Padre, siempre has sido mi principal inspiración, eres un gran hombre bendecido entre las mujeres.

A mis hermanas y mejores amigas -Angélica y Susana-, con quienes he compartido grandes momentos. A todas mis sobrinas –Laura, Regina, Ari y Yare- por siempre robarme una sonrisa reconfortante.

A mis suegros, María Cruz y Jorge Acosta, quienes se mantuvieron al tanto de mi desarrollo profesional y quienes en todo momento me han ayudado, sus muestras de trabajo y esfuerzo sean convertido en una gran enseñanza de vida.

A los mejores cuñados del mundo, Ricardo Villanueva, Julio y Héctor Acosta. A mí cuñada Ángeles por soportarme y a Rosaura por su compañía durante mi corta estancia en Coatzacoalcos. En general a toda mi familia por brindarle a mi hija tiempo, cariño y paciencia cuando me ausentaba.

A mis compañeros de maestría, a Rogelio por su ayuda con los trámites académicos, y en especial a mis compañeros de línea de investigación: Ana Morán, Leticia Huerta y Carlos González, quienes al igual que yo, se encuentran sumamente preocupados por la desigualdad social que reflejan los procesos de enfermar, envejecer y morir.

Desde luego un agradecimiento a todas las mujeres de Zaragoza que compartieron conmigo su experiencia y sus emociones. Gracias por su tiempo y confianza.

Finalmente, como reconocimiento perdurable, quiero señalar que este trabajo habría sido inconcebible sin la seguridad material y la solidaridad espiritual que encontré en mi pareja, con quien he compartido los momentos más angustiantes del desarrollo de esta investigación.

Índice

Introducción…… 1

Capítulo 1. Marco teórico y metodológico…….. 5
1.1 Planteamiento del problema, interrogantes y objetivos……... 5
1.2 El riesgo obstétrico y el incremento de las cesáreas en el sur de Veracruz……..... 10
1.3 Orientaciones en salud materna……. 16
1.4 Argumentos teóricos……. 22
1.4.1 Modelo Medico Hegemónico……. 22
1.4.2 Trayectoria de atención…….. 27
1.5 Puntos de partida metodológicos…… 28
1.5.1 El trabajo de campo…… 33
1.5.2 Características de los actores…….. 35
1.5.3 Instrumentos de investigación…….. 43
1.6 Lugar de Estudio……... 46
1.6.1 El Centro de Salud y recursos de atención……... 51

Capítulo 2. La atención prenatal en el Centro de Salud y el riesgo obstétrico. 56
2.1 Sobre el riesgo obstétrico…… 58
2.2 Las consultas de atención prenatal en el Centro de Salud de Zaragoza…… 60
2.3 Factores de riesgo durante el embarazo…….. 63
2.4 Algunas complicaciones y su atención……. 72
2.5 Acciones que se siguen en el Centro de Salud para disminuir riesgos durante el embarazo……. 80
Reflexiones……... 84

Capítulo 3. La atención del parto y el uso de la cesárea…… 86
3.1 La cesárea y la atención del parto en el Hospital General de Cosoleacaque y Minatitlán……. 88
3.2 Representaciones sobre la cesárea y la atención hospitalaria del parto…… 93
3.2.1“No te vayas a asustar y no vas a dar la fuerza, mejor te vas al hospital”…… 97
3.2.2 Cesárea o parto normal: “así de querer pues no, uno quiere que sea normal”…….. 105
3.2.3 “Se me complicó un poquito el parto”…… 108
Reflexiones……. 109

Capítulo 4. Trayectorias de las mujeres en la atención del parto: cesárea o parto normal……. 111
4.1 Mujeres en cuya búsqueda de atención existió la posibilidad de que les practicaran una cesárea……... 112
4.1.1 Caso 1. Hisela: “que no iba a poder dar a luz normal, porque como fue cesárea la primera”…….. 113
4.1.2 Caso 2. Patricia Selene: “ahí si el doctor falló, me debió hacer cesárea y no parto normal”…….. 117

4.1.3 Caso 3. Victoria: “como pues nació grande la niña a la mera hora yo me iba a ir para cesárea, pero pues gracias a dios no. Hice todo lo posible para que fuera normal”…… 118
Reflexiones: La trayectoria de Hisela, Patricia y Victoria…….. 132

4.2 Mujeres a quienes se les practicó una cesárea……. 134
4.2.1 Caso 4. Fátima: “para la doctora de la clínica yo ya iba para cesárea, era para que llegara al hospital, me hicieran cesárea y se acabó…… 134
4.2.2 Caso 5. Estela: “el lunes temprano me programaron, y ya, me sacaron a mi niña……. 141
4.2.3 Caso 6. Investigadora: “horas antes me iban a dar de alta, después cambio el turno del médico y me hicieron cesárea”…. 149

Reflexiones Finales del capítulo…….. 160
Propuestas para reducir los problemas de salud materna……..... 162
Retos del sistema de salud…… 163

Conclusiones……... 166

Bibliografía……... 173

Índice de tablas y mapas……..…… 181

Abreviaturas……. 182

Introducción

Desde que inicié mi formación como antropóloga, me interesó profundamente la lucha de los pueblos indígenas en la defensa de sus derechos y la búsqueda de reconocimiento de sus sistemas tradicionales de justicia. Me parecía importante documentar los procesos de justicia indígena, pues se presentaban como alternativas necesarias para acceder a la justicia, ante la incapacidad del Estado por proveer a los pueblos indígenas de ésta. Mi primer trabajo de investigación fue respecto a esta temática.

Posteriormente, al terminar la licenciatura tuve la oportunidad de trabajar en el sur de Veracruz en la elaboración de dos Planes de Desarrollo Municipal. Uno en el municipio de Zaragoza y otro en Moloacán, junto a un equipo de trabajo realicé algunas encuestas sobre salud y enfermedades de la población. Al vivir en la región, me di cuenta de la problemática de muerte materna que existe, además las notas periodísticas alertaban de éstos casos en los diferentes municipios de la zona. Yo nunca había estado interesada en los problemas de salud, me parecía que la antropología -o al menos la antropología que me habían enseñado-, no se preocupaba por estas problemáticas. Todas las investigaciones que los maestros y compañeros realizaban en la licenciatura se relacionaban con la ciudadanía, el poder, los pueblos indígenas y el género, pero creo que ninguna se vinculaba con los aspectos de salud, enfermedad, atención.

La experiencia de trabajo en esta zona hizo que me interesara profundamente por las situaciones de salud durante la maternidad. Además, al recordar algunas de las historias de amigas, y la de mi hermana en particular -sobre la inadecuada atención médica que recibieron durante la labor de parto-, me di cuenta de que el tipo de atención que las mujeres reciben en las instituciones de salud constituía un elemento importante a analizar.

Algunas de estas historias eran que, los médicos no te hacían caso, te dejaban esperar largas horas, o les molestaba que gritaras cuando te daban dolores de parto. En el caso de mi hermana, ella cuenta que se le estaba “pasando el parto”.

Susana (mi hermana) llegó al hospital acompañada de mis padres y su esposo tras habérsele roto la fuente, ella ingresó al hospital un domingo por la noche, pero se alivió el lunes por la tarde. Al parecer quien la estaba revisando era una enfermera, quien no se percató de que tenía 7 grados de dilatación.

Susana dice que no gritaba mucho, pues escuchaba que unas mujeres decían “no grites, porque si gritas mucho no te hacen caso”, aunque sus dolores eran muy fuertes y le pedía a la enfermera que la revisara o llamara al ginecólogo, la enfermera sólo le decía: “todavía le falta señora”. Como mi hermana era muy joven la frase “señora” por parte de la enfermera le parecía muy despectiva.

Finalmente el ginecólogo se da cuenta de que es el momento de que nazca el niño y regaña a la enfermera porque Susana estaba a punto de parir. Susana recuerda que no la prepararon para entrar al quirófano, que todo fue muy rápido, sólo la llevaron a una cama y le dijeron: “ya, puje, puje”. Ella describe este hecho como que se le “estaba pasando el parto” por negligencia de la enfermera.

Inicialmente, por la experiencia de mi hermana y por mi trabajo previo en el sur de Veracruz es que decido indagar sobre el tipo de atención obstétrica que las mujeres reciben en las instituciones públicas de salud. Años más tarde, sin prever que tendría una experiencia similar a la de mis amigas y familiares, continuo motivada en abordar este tema.

Otro aspecto que me motivo a estudiar los procesos reproductivos que viven las mujeres, es porque cada vez más los saberes biomédicos y las instituciones públicas de salud se involucran en su atención; lo cual, sin duda ha contribuido a disminuir algunas causas de mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, también presenta serias deficiencias, pues en diversas investigaciones se ha documentado que las instituciones de salud carecen de personal médico que atienda las emergencias obstétricas, la frecuente saturación de las mismas, la falla en el sistema de referencia-contrareferencia y la violencia obstétrica.

Tan sólo, la “Evaluación estratégica sobre mortalidad materna en México 2010” (CONEVAL, 2012: 13) señala que, en el año 2010 en el país fallecieron 992

mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. En este año, el 91.1% de las fallecidas llegaron a un establecimiento hospitalario y recibieron asistencia médica antes de morir.

Si bien, las causas de estas muertes no se reducen a la atención obstétrica institucional, nos vemos obligados a reflexionar sobre este tipo de atención, en relación con aspectos de carácter cultural, económicos, biológicos, de etnia y hasta emocionales; pues ésta, puede representar uno de los principales aspecto a analizar como posible determinante negativa o positiva en la salud de las mujeres.

Por tanto, como parte de la atención biomédica-institucional al embarazo y el parto, considero importante analizar las representaciones que mujeres y sus terapeutas tienen acerca de la noción del riesgo obstétrico; ya que éste es un elemento central que acompaña a la atención obstétrica, y que en gran medida, influyen en la manera en que se vive y se atiende el proceso reproductivo.

Además, dado el aumento de la tasa de cesáreas en la atención hospitalaria del parto, que con mucho supera el límite máximo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Me parece pertinente acercarnos desde el enfoque cualitativo a las prácticas y representaciones sociales que hay en torno a su uso; las causas sociales, económicas, culturales y/o institucionales en que se da y la preferencia o rechazo que tienen las mujeres para que les practiquen esta cirugía.

Para analizar las prácticas y representaciones sociales acerca de la noción del riesgo obstétrico y el uso de la cesárea, nuestra investigación parte de las aportaciones teóricas de la antropología médica, una rama de la antropología que ha dirigido sus herramientas conceptuales a analizar las inequidades y desigualdades sociales que se dan en los procesos de salud, enfermedad y atención.

Para cumplir con este análisis, la estructura de la tesis está conformada por cuatro capítulos. En el primero, presentaré el planteamiento del problema de investigación, las principales interrogantes y los objetivos que guían el desarrollo del estudio. Asimismo, describiré con ayuda de algunos datos cuantitativos el

aumento de la práctica de la cesárea y el énfasis en el modelo de atención prenatal basado en la detección del riesgo obstétrico en el estado de Veracruz.

Para el segundo capítulo, me interesa analizar las prácticas y representaciones que hay en torno al riesgo durante el embarazo; a partir del estudio de los factores que médicos y parteras consideran como de riesgo. Mientras que en el capítulo tres daré cuenta de la noción del riesgo durante el parto y las representaciones sociales entorno al uso de la cesárea. Además definiré que es la “fuerza” para las mujeres de Zaragoza y su importancia en el análisis.

Finalmente, en el cuarto capítulo me propongo describir y analizar la trayectoria de atención al parto -en dos grupos de mujeres-, con el objetivo de conocer cuál es la etiología del uso de la cesárea de acuerdo con la experiencia, creencias y conocimiento de las mujeres.

Capítulo 1.
Marco teórico y metodológico

En este capítulo me propongo presentar el planteamiento del problema de investigación, las principales interrogantes y los objetivos que guían el desarrollo de este estudio. Asimismo, como parte de la justificación y del por qué analizar esta problemática, describiré con ayuda de algunos datos cuantitativos, el aumento de la práctica de la cesárea y el énfasis en el modelo de atención prenatal basado en la detección del riesgo obstétrico en el estado de Veracruz; en específico, la región sur donde se ubica el municipio de Zaragoza, nuestro lugar de estudio.

También se presentarán, los argumentos teóricos que me permitieron abordar la problemática, centrándome en la construcción teórica-metodológica sobre los modelos médicos que propone Eduardo Menéndez (1983). Específicamente, retomaré el análisis sobre el Modelo Médico Hegemónico (MMH) para discutir cómo el desarrollo de la biomedicina ha promovido prácticas de atención como la cesárea y ha subordinado los saberes tradicionales para la atención del parto.

Asimismo, expondré los puntos de partida metodológicos, las condiciones en que se llevó a cabo el trabajo de campo y algunos datos generales del lugar de estudio. Con la intención de contextualizar el problema a investigar se describen los recursos de atención con los que cuenta la población y el Centro de Salud en el que se realizó parte del trabajo de campo.

1.1. Planteamiento del problema, interrogantes y objetivos

Las actuales prácticas de atención al proceso de embarazo, parto y puerperio entre las mujeres de Zaragoza se caracterizan por un pluralismo médico[1] en el

[1] Es a partir de la trayectoria de atención que pueden identificarse todas o la mayoría de las formas de atención que operan en el proceso de salud/enfermedad. Por tanto, en la atención del proceso

que se utilizan las formas de atención biomédicas y tradicionales. Las mujeres generalmente optan por acudir con la partera y con los médicos durante la atención del embarazo, viviendo con ello un proceso de complementariedad entre ambas formas de atención durante la gestación. Pero las representaciones y prácticas cambian durante la atención del parto, cuando las mujeres eligen acudir a una institución de salud pública y no atender su parto en casa.

El incremento en la preferencia del parto hospitalario entre las mujeres de este estudio demuestra la hegemonía del modelo biomédico en la atención al parto, y por tanto, la exclusión o subordinación de las prácticas tradicionales de atención. Diversas etnografías han discutido este cambio en las prácticas de atención, en las que el parto se ha desplazado del ámbito familiar y hogareño al espacio hospitalario e institucional. Así, por ejemplo Zuanilda Mendoza (2010-2011) al analizar las representaciones y prácticas entre dos generaciones de familias indígenas migrantes en la Ciudad de México, respecto a cómo construyen socioculturalmente saberes respecto de su proceso reproductivo, y en especial el parto, señala las constantes y los cambios que sufren los saberes a consecuencia del proceso migratorio. Entre los cambios a destacar es que para las mujeres de la primera generación, la principal alternativa de atención es siempre la partera, así que las mujeres de la comunidad atienden sus partos en el domicilio (Mendoza, 2010-2011: 68).

Mientras que para las mujeres de la segunda generación "la atención doméstica del parto se presenta como una opción no deseable, se considera sucia y con alto riesgo por no poder resolver complicaciones, por eso las mujeres prefieren la vigilancia prenatal del centro de salud, y así obtener una referencia hacia un hospital" (Mendoza, 2010-2011:71).

---

salud/enfermedad convergen y se articulan en un mismo espacio social, cultural e histórico diferentes modelos de atención; es decir el denominado "pluralismo médico", siendo los sujetos los que lo llevan a cabo (Osorio, 2001; Menéndez, 2003; Leslie, 1976 en Kazianka, 2012). En este sentido, el pluralismo médico para Eduardo Menéndez, refiere a que "la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención, no solo para diferentes problemas sino para el mismo problema de salud" (Menéndez, 2003:186).

Como nos deja ver la autora, para la generación más joven existe la necesidad del control médico por temor a las complicaciones, lo que no se manifiesta en la primera generación de mujeres que ven mayores ventajas en la atención domiciliaria del parto porque ahí “les permiten tomar té de hierbas medicinales y les dan a elegir la posición durante el parto, con el médico, en el hospital la mujer tiene que obedecer las indicaciones del equipo de salud acerca de la posición y los procedimientos preestablecidos” (Mendoza, 2010-2011: 68).

Otra de las autoras que analizan los cambios generacionales en las formas de percibir y atender los procesos reproductivos, es Judith Ortega Canto (2006) quien describe como la biomedicina constituye la práctica de atención preferente por la generación más joven. Así, “las mujeres y varones rechazan ciertas prácticas populares cuando la migración a la ciudad les genera distancia con su comunidad, su familia y los curadores populares. La negativa de la mujer a las prácticas populares es vivida como expresión de un mayor *status* social que se ejerce –en parte–, acudiendo a los servicios biomédicos de salud, instituciones modernas” (Ortega Canto, 2006: 86).

Si bien, mi interés no es documentar los cambios generacionales en la atención al parto, es contundente que este tipo de cambios se han gestado en la zona de estudio, pues al entrevistar de manera informal a las madres de mis informantes, logré darme cuenta de que estas mujeres atendieron la mayoría de sus partos en casa y con ayuda de la partera. Pero actualmente, ésta primera generación de mujeres ya no confía del todo en las partera, porque existe la percepción de que los embarazos son más riesgosos y las parteras menos capaces para hacer frente a las complicaciones, mientras que el médico, se piensa, si está capacitado. Las madres de mis informantes incluso las apoyan y les sugieren la atención biomédica y hospitalaria.

En este sentido, considero que no sólo por efecto de la migración y las diferencias generacionales, las mujeres prefieren cada vez más la atención biomédica e

institucional en la atención del parto. Sino que es el enfoque que se le da al embarazo, como un evento riesgoso, el que influye de manera importante en la decisión que tomaran las mujeres acerca de dónde atender su parto.

Como lo han documentado, éstas y otras investigaciones antropológicas, la atención al embarazo y el parto se ha dado cada vez más en el ámbito institucional y biomédico; en el cual, se observa la vigencia del enfoque de riesgo en la atención del proceso reproductivo y el incremento en la práctica de la cesárea. Por ello, me interesa analizar la noción de riesgo obstétrico y la utilización de la cesárea,[2] a partir de las experiencias de un grupo de mujeres pertenecientes al municipio de Zaragoza, Veracruz, que recibieron atención obstétrica en las instituciones públicas de salud en el primer y segundo nivel de atención.

De este modo, las interrogantes que busco responder para abordar la problemática son las siguientes:

1. ¿Cuáles son las representaciones sociales de un grupo de mujeres de Zaragoza y sus terapeutas, en torno a la noción del riesgo obstétrico?
2. ¿Cuáles son las representaciones sociales de un grupo de mujeres de Zaragoza acerca del uso de la cesárea?
3. ¿Cuál es la trayectoria de atención al parto de un grupo de mujeres de Zaragoza, y las causas asociadas al uso de la cesárea?

Para cumplir con estas interrogantes me propongo los siguientes objetivos generales y específicos:

1. Describir y analizar el enfoque de detección del riesgo obstétrico en las consultas de atención prenatal.

[2] "La cesárea consiste en una incisión que abarca el abdomen y la pared del útero realizada a mujeres embarazadas, con más de 27 semanas de gestación con la finalidad de extraer el producto de la concepción" (Vázquez, 2012:819).

1.1. Describir y analizar con base en las representaciones sociales de médicos y parteras, los factores que se involucran en el diagnóstico o clasificación del embarazo de alto riesgo.

1.2. Describir y analizar las emergencias y complicaciones que algunas de mis informantes presentaron durante la gestación y cómo fueron atendidas.

1.3. Describir y analizar las acciones de prevención que se llevan a cabo en el Centro de Salud de Zaragoza para disminuir complicaciones durante el embarazo.

2. Describir y analizar las representaciones sociales de un grupo de mujeres de Zaragoza, acerca de la relación entre la noción del riesgo obstétrico y el uso de la cesárea.

2.1. Describir y analizar el aumento del uso de la cesárea en la región de estudio.

2.2. Describir y analizar las formas de atención empleadas durante el trabajo de parto y los aspectos que influyen en la elección de una u otra forma de atención.

2.3. Describir y analizar la preferencia o rechazo que las mujeres tienen acerca del uso de la cesárea en la atención del parto.

3. Describir y analizar a partir de la trayectoria de atención al parto, las causas asociadas al uso de la cesárea.

3.1. Describir y analizar la experiencia de atención de un grupo de mujeres de Zaragoza que tuvieron un parto normal, pero que en su búsqueda de atención existió la posibilidad de que les practicaran una cesárea.

3.2. Describir y analizar la experiencia de atención de un grupo de mujeres de Zaragoza a quienes se les practicó una cesárea.

1.2 El riesgo obstétrico y el incremento de las cesáreas en el sur de Veracruz.

Tal y como señala María de Jesús Montes (2007), la concepción del riesgo se ha ampliado al embarazo y rodea todo el proceso reproductivo. Muestra de ello es que a lo largo del siglo XX, el uso del concepto de *riesgo* se hizo cada vez más popular en las iniciativas públicas de salud. A finales de la década de los setenta se generó todo un sistema de atención materno-infantil basado en el concepto de embarazo de alto y bajo riesgo que ponía énfasis en el control prenatal. Bajo esta perspectiva, surge en 1987 la iniciativa *Maternidad sin Riesgos* que reflejaba la preocupación de los organismos internacionales y del sistema de Naciones Unidas sobre la muerte materna (Freyermuth, 2014:27).

En México, las políticas gubernamentales en salud reproductiva surgieron en directa relación con los organismos internacionales y la sociedad civil. De este modo, en 1993 a raíz de la Conferencia Nacional sobre Maternidad sin riesgos se formó el Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos, cuya finalidad fue disminuir la muerte materna a nivel nacional.

El programa *Arranque Parejo en la Vida* fue uno de los programas públicos construidos para dar respuesta a las necesidades en salud materna y que centró su modelo de atención y funcionamiento, durante los años 2000 a 2006, en la concepción de alto y bajo riesgo obstétrico. Para el sexenio de Felipe Calderón, el programa incorporó el enfoque de Atención de Emergencia Obstétrica,[3] sin abandonar el enfoque preventivo de complicaciones centrado en la detección del riesgo (Berrio, 2013).

Actualmente, dicha conceptualización se ha utilizado en las políticas de salud materna del estado de Veracruz, por medio del programa “Madrinas obstétricas”,[4]

[3] Condición de complicación o intercurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal (Norma Oficial Mexicana Nom-007-SSA2, 1993)

[4] El programa de Madrinas Obstétricas incluye una serie de acciones como: un plan de seguridad para las mujeres durante el embarazo, parto y cuarentena, los clubes de embarazo, los transportes AME (Atención a Mujeres Embarazadas), una línea de apoyo telefónico y las posadas AME.

el cual se implementó en el primer nivel de atención para prevenir el riesgo durante el periodo prenatal. En los últimos años, según los informes presentados sobre el programa Madrinas Obstétricas, la noción de riesgo durante el embarazo ha sido elemental para la reducción de la mortalidad materna, ya que las estrategias de atención se han orientado a identificar oportunamente "el riesgo obstétrico".

Es decir, que mediante un plan de seguridad, clubes de embarazos y consultas prenatales, las mujeres conozcan los *signos de alarma* que indiquen una posible complicación en el embarazo, para que acudan oportunamente a los servicios de salud a recibir atención preventiva, canalización y seguimiento en las instancias públicas de salud.

Si bien, la noción utilizada por el discurso biomédico sobre el "embarazo de alto riesgo"[5] ha contribuido a que los servicios de salud se enfoquen en el cuidado de las mujeres cuyo embarazo es de riesgo; también, ha influido en la idea de que la resolución de estos embarazos requieren de intervenciones quirúrgicas como la cesárea. Además, es importante señalar que en los casos analizados no son claros los criterios y categorías usadas para determinar y/o diagnosticar si una mujer tiene riesgo obstétrico o no, pues las categorías suelen ser ambiguas o se contraponen con los saberes tradicionales.

Por ello, concuerdo con lo que propone María de Jesús Montes (2007) al señalar que las nociones de riesgo son construcciones culturales que conllevan una importante connotación de subjetividad. De manera que las nociones de riesgo "no

[5] A partir de la Norma Oficial Mexicana Nom-007-SSA2 1993) el embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario. Lo que nos interesa discutir sobre esta categoría es la ambigüedad con la que son diagnosticadas o clasificadas las mujeres que se presume tienen embarazos de alto riesgo; ya que como propongo en esta investigación, existe una variabilidad de criterios, inconsistencias y contradicciones en el discurso médico acerca de los factores de riesgo; así como, la exclusión de factores socioculturales, económicos e institucionales que -además de los de carácter biológico-, también colocan a la mujer en situaciones de riesgo durante la maternidad.

están basadas en razones prácticas o en juicios empíricos. Son nociones construidas culturalmente que enfatizan algunos aspectos de peligro e ignoran otros" (Bestard, 1996 en Montes, 2007:47). Así, diversos factores de carácter sociocultural, emocional, económicos e institucionales que dan lugar al surgimiento de complicaciones durante el embarazo son excluidos de las categorías que desde el saber biomédico hacen parte de los factores de riesgo obstétrico.

Además, el riesgo en el embarazo se presenta como un concepto centrado en la descripción de factores individuales, principalmente biológicos; por tanto, éstos no se relacionan con los factores socioculturales que influyen en los mismos. Cuando se busca la inclusión de variables sociales como la edad, finalmente tienden a ser manejados como fenómenos biológicos abstraídos de los procesos sociales dentro de los cuales funcionan (Menéndez, 2005).

Asimismo, el riesgo pone énfasis en lo individual, delimitándose a la persona, en este caso a la embarazada. Por tanto, son ellas quienes se colocan en riesgo al embarazarse a temprana edad, al no alimentarse adecuadamente, al no asistir a control prenatal oportunamente o por acudir a tallarse con la partera; de forma que, como mencionan Menéndez, la "tendencia de la biomedicina es colocar el riesgo casi exclusivamente en la responsabilidad del sujeto" (Menéndez,1998:56).

Si bien, el concepto de riesgo "refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud" (Domínguez, 2000:162). En el ámbito de la salud reproductiva y en el proceso embarazo, según el discurso biomédico, en todo momento se es susceptible de riesgo. Siempre existe la posibilidad de que algún factor imprevisible pueda complicar el curso del embarazo o el parto; como consecuencia, las usuarias desearán tener cuidados prenatales que reduzcan el riesgo (Montes: 2007:47).

Desde esta perspectiva y desde el enfoque de María Jesús Montes (2007), me interesa analizar la noción de riesgo como una categoría social que se construye, se reinterpreta y se resignifica por los actores sociales (mujeres, médicos y

parteras). Me interesa conocer el alcance de los discursos biomédicos acerca de que los embarazos son riesgosos y sus consecuencias en las decisiones que toman las mujeres de Zaragoza en torno a la atención obstétrica.

Asimismo, resulta importante reflexionar sobre la utilización de la cesárea en la atención hospitalaria al parto; ya que, en México, a partir de 1990, los nacimientos por cesárea aumentaron anualmente a un ritmo de 1% en el sector público de salud, hasta alcanzar 36.9% del total de los partos atendidos durante el año 2010 (Vázquez, 2012:815). Este aumento no ha producido ningún beneficio global para el bebé o la madre, pero está vinculado con una mayor morbimortalidad para ambos, así como un mayor número de partos pretérmino y muerte neonatal (ENSANUT, 2012). Así lo reportó la Organización Mundial de la Salud, pues señala que a nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal (OMS, 2015).

A nivel mundial, México se sitúa en el cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA), con el mayor número de cesáreas innecesarias y en el número uno de América Latina (Ensanut, 2012). Estos datos son preocupantes ya que la cesárea se ha convertido en un procedimiento rutinario; el cual, como todo procedimiento médico conlleva mayores riesgos comparados con los partos vaginales (Cárdenas, 2014:117).

Las complicaciones materno-infantiles asociadas con las cesáreas van desde las infecciones en la herida quirúrgica hasta la muerte materna (Anaya-Prado, 2008). Una de las acciones implementadas para reducir la posible infección de la herida es la utilización profiláctica de antibióticos, pero no sin contribuir a afectar la flora local, e incrementar el riesgo de desarrollar otras patologías y aumentar la resistencia potencial a los antibióticos (Cárdenas, 2014:117).

Además, varias complicaciones se manifiestan a largo plazo cuando la mujer tiene otro embarazo. La principal es que la placenta se implante parcial o totalmente en

un lugar distinto al endometrio, por ejemplo en la porción inferior del útero (placenta previa) o en la pared de éste (placenta acreta). Las adherencias postoperatorias y la obstrucción intestinal son dos complicaciones relativamente frecuentes, pero el riesgo de desarrollar las primeras aumenta con el antecedente de cesáreas de repetición (Vázquez, 2012; Cárdenas, 2002, 2014). Al respecto, es importante mencionar que los estudios realizados por Vélez y Tovar (2012:62) -en un Hospital de Ginecopediatría del IMSS, ubicado en Hermosillo Sonora-, se muestra que el antecedente de una cesárea previa propicia la práctica de otra hasta en un 35.78% de los casos.

Respecto al recién nacido, las complicaciones más importantes son el nacimiento prematuro, trastornos respiratorios e infecciones en el oído. La anestesia y otros medicamentos administrados a la madre durante la cesárea causan acidemia respiratoria y modifican las funciones del sistema inmune. Además de las complicaciones provocadas por la incisión quirúrgica (Vázquez, 2012:824). Otro de los efectos negativos de la cesárea sobre el estado de salud del recién nacido es la afectación en los patrones de inicio de la lactancia o el uso exclusivo de ésta (Cárdenas, 2014:118), ya que el apego del recién nacido con la madre no es inmediato y se inicia la alimentación con fórmulas lácteas.

Además, es importante considerar el impacto que tienen las cesáreas en la reproducción, ya que el parto por cesárea se utiliza como pretexto para la esterilización de la mujer. Es decir, parece adquirir mayor influencia en la decisión de las mujeres para someterse a un procedimiento definitivo de esterilización que el propio deseo o elección de reducir el tamaño de la familia, dado el temor y las inconveniencias de seguir teniendo hijos quirúrgicamente (Cfr., Vázquez Calzada, 1990).

Frente a este contexto, es contundente que la cesárea es un problema de salud público; sin embargo, en la mayoría de las entidades federativas las cifras de su uso continúan aumentando. En el estado de Veracruz y en la región sur, donde se

ubica el lugar de estudio, dicha práctica va en aumento. Es así que en Veracruz se registraron 133 038 nacimientos durante el año 2014, de los cuales 59 975 nacimientos fueron por cesárea; es decir, el 45%. Durante los últimos años esta cifra fue en aumento, pues en 2011, 41.5 % de los nacimientos que se llevaron a cabo fueron por cesárea; para el año 2012 el 42.5% y en 2013 el 44.6%.[6]

En el sur de Veracruz se observa una elevada utilización de esta cirugía, tan solo en el municipio de Minatitlán, al que acuden las mujeres de Zaragoza, de los 14 partos atendidos diariamente seis son por intervención quirúrgica, es decir, el 42% de los partos son mediante una cesárea (DGIS,2014). Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) la elevada recurrencia de las cesáreas innecesarias está asociada con: el mal manejo de diferentes intervenciones médicas (por ejemplo el uso de oxitocina en la primera etapa del trabajo de parto); las percepciones que prevalecen entre los médicos sobre el hecho de que una cesárea forzosamente predice una subsecuente; información sesgada otorgada a las mujeres sobre su uso y los riesgos que conlleva; así como la comodidad del personal médico.

Lo anterior nos deja ver, que la cesárea no necesariamente se efectúa en base a una justificación médica. Éste es uno de los principales aspectos que me interesa indagar desde la perspectiva socio-antropológica, con la intensión de aportar datos cualitativos suficientes que nos ayuden a entender el elevado uso de la cirugía. Por tanto, a partir de la trayectoria de atención al parto que siguen las mujeres de Zaragoza, exploraré las causas por las cuales se práctica la cesárea y poder comprender si el uso de esta cirugía se orienta a resolver, disminuir, prevenir o controlar daños a la salud de la madre y/o del recién nacido; o si por el contrario, en la utilización de esta intervención quirúrgica se involucran causas distintas a las médicas o si han sido condicionantes económicas o institucionales las que han dado lugar al desarrollo de este tipo de prácticas.

[6] Datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de certificado de nacimientos ocurridos en 2011, 2012, 2013, 2014, SINAIS.

Además, como expone Eduardo Menéndez (1994), el proceso de salud, enfermedad y atención –en este caso la atención del parto-, adquieren una dimensión particular de acuerdo al contexto en el que ocurre, pues intervienen factores culturales, sociales, económicos, políticos, psicológicos, emocionales y biológicos que son diferenciales. En este sentido, cabe la importancia de analizar las representaciones sociales sobre la práctica de la cesárea en un grupo de mujeres de Zaragoza que presentan sus propias particularidades. Pues como me propongo mostrar, para estas mujeres, si bien la cesárea no es el recurso preferente en la atención del parto, dada la noción de riesgo que permea el embarazo y el parto, la cesárea se ve como la solución frente al riesgo, por tanto es aceptada.

1.3. Orientaciones en salud materna

En "Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones" Eduardo Menéndez (1990) señala que la antropología médica en México, y en el resto de Latinoamérica, se desarrolló durante la década de los años treinta a partir de la influencia de la antropología norteamericana con los trabajos de Redfield (1926) y Foster (1952). Durante estos años y hasta finales de los sesenta, la antropología médica dominante fue la relacionada con la etnomedicina. De manera que, desde sus "inicios se abocó al estudio de los temas relativos a la salud, los padecimientos y los procesos terapéuticos en contextos indígenas" (G. Freyermuth y P. Sesia, 2006:10).

Durante este periodo, el proceso de embarazo, parto y puerperio no fue abordado como un tema central de análisis, sólo aparece en las etnografías antropológicas como parte de los rituales indígenas. Para la década de 1950, Aguirre Beltrán, pionero en antropología médica en México, elaboró los primeros estudios encaminados a aplicar con un enfoque cultural los programas gubernamentales en atención primaria a la salud, pues uno de sus principales intereses era entender por qué y cómo se daba la aceptación parcial o el rechazo de la población

indígena hacia los servicios oficiales de salud (Freyermuth y P. Sesia, 2006:11,12).

Para la década de los ochenta, México contaba con mayor información respecto a los problemas de salud relacionados con el proceso de embarazo, parto y puerperio. Los trabajos antropológicos comenzaron a hacer referencia al parto como un evento en el que pueden ocurrir complicaciones (Freyermuth, 2000: 24). Por tanto, la muerte materna se vuelve un problema relevante de salud que empieza a estudiarse desde el enfoque de la antropología médica como tema central de análisis.

De estos, destacan los estudios de Graciela Freyermuth (2000) y Paola Sesia (2006), ambas han trabajado temas de salud reproductiva, atención obstétrica, la partera tradicional y, específicamente muerte materna. Sus análisis han dado cuenta de que la muerte materna en México refleja las profundas y múltiples inequidades, ya que estas muertes se concentran en áreas marginadas, entre mujeres de nivel educativo bajo y en lugares donde hay mayores problemas de acceso económico, geográfico y cultural, a servicios de salud oportunos y de calidad.

Uno de los aspectos a destacar en el trabajo de Graciela Freyermuth (2003), es que da cuenta de los factores socio-culturales que se relacionan con la atención del proceso reproductivo y con la muerte materna. La autora señala que las desigualdades económicas, de infraestructura y de política sanitaria son factores a considerar en la problemática, pero cuestiona sí estos son los únicos factores que inciden en el fenómeno; por lo cual, decide incluir la desigualdad étnica, el género y la cuestión generacional entre los factores constitutivos del riesgo durante la maternidad.

De esta manera, la autora subraya el carácter sociocultural del proceso reproductivo y su atención, ya que los factores que se involucran en el riesgo materno no son meramente biológicos, institucionales o ajenos a las relaciones

sociales; sino que, para cada grupo tanto el contexto social, cultural, económico, político e institucional en el que se viven los procesos de atención reproductiva definen el riesgo o aseguran la salud materna. Por ello, retomo a la autora respecto a los factores de riesgo socio-culturales que atraviesan la maternidad y que sin duda se relacionan de manera permanente con los factores de riesgo de carácter biológico pensados desde la biomedicina y las instituciones de salud.

Otra de las antropólogas sobresalientes es Paola Sesia. Entre los muchos trabajos que ha elaborado esta autora me voy a referir al artículo titulado "Mujeres indígenas que mueren en la maternidad: pobreza, etnicidad e inequidad en Oaxaca" (2006). En este trabajo, la autora busca identificar las múltiples causas y factores (socioeconómicos, culturales, de comunicación, transportes, de inequidad genéricas y de atención médica) involucrados en la mortalidad materna. Uno de los aspectos del trabajo que me interesa resaltar, es que la autora cuestiona las visiones románticas originadas en la antropología de corte culturalista con respecto al estudio de la vivencia de la maternidad en contextos indígenas; en particular, matiza el supuesto sobre que la preferencia cultural de las mujeres es atenderse en casa y que hay un rechazo cultural de las mujeres hacia la atención medica formal (Paola Sesia, 2006).

La autora no niega la existencia de una preferencia cultural por parte de las mujeres, sus esposos y familias en vivir una maternidad de acuerdo a normas, prácticas, creencias y valores propios; sino que distingue entre un desarrollo normal del evento obstétrico y el surgir de complicaciones o problemas durante el mismo, pues la preferencia de las mujeres en el caso de complicaciones durante el parto es la atención médica. En este sentido, pone en entre dicho "la visión de que si las mujeres indígenas se mueren en la maternidad sin atención médica y en sus hogares es a consecuencia de la preferencia cultura por atenderse en sus casa y por el rechazo que ellas tienen frente a la atención médica formal" (P. Sesia, 2006).

Como vemos hay diferencias entre los planteamientos de G. Freyermuth y P. Sesia, pues aunque, ambas señalan que ante las complicaciones obstétricas hay

una variedad de recursos utilizados para la atención, Freyermuth (2003) indica que la preferencia es hacia el especialista indígena, mientras que Sesia (2006) dice que ante complicaciones la preferencia es hacia la atención médica. Si bien, considero que estas autoras no vislumbraron la permanente relación de hegemonía y subordinación que mantienen los saberes biomédicos con los saberes tradicionales; así como, los procesos de medicalización del parto y el uso de la cesárea.

Me parece que estas diferencias respecto a la preferencia en la atención al parto, también se relacionan con el contexto en que se desarrolla cada investigación. El trabajo de Graciela Freyermuth, por ejemplo, se centra en la región de los Altos en Chiapas, cuyas particularidades migratorias, políticas y religiosas determinan el rechazo de la población a los servicios de salud gubernamentales; ya que, como parte de la resistencia política las mujeres prefieren ser atendidas con practicantes indígenas. Por ello, es importante analizar el contexto en el que las mujeres acuden a las instancias públicas de salud para atenderse durante el proceso reproductivo, cuestión que incluiré en mi análisis.

Por otra parte, considero que es fundamental retomar el análisis que plantea Paola Sesia; ya que, las mujeres con las que he trabajado han decidido atenderse en los servicios de salud públicos; aunque planteo que el surgimiento de complicaciones durante el parto, no es la única razón que motiva a las mujeres a recibir atención obstétrica en los servicios de salud de tipo biomédico y dejar la atención tradicional. Por ello, propongo que la noción de riesgo adoptada desde la perspectiva biomédica ha traído diversas implicaciones en la vivencia de la maternidad, ya que la actual percepción que se tiene del proceso reproductivo es que hay un permanente riesgo; y por tanto, el embarazo es visto más como una patología que como un evento natural, el cual debe ser atendido y controlado en el ámbito hospitalario y biomédico. Cuestión que conduce a las mujeres a atenderse cada vez más en éste ámbito.

Otro de los trabajos a destacar y que me ayudan a reflexionar sobre las formas de atención empleadas durante el trabajo de parto y los aspectos que influyen en la

elección de una u otra forma de atención, es el de Judith Ortega Canto (2006). La autora señala que los saberes tradicionales de atención y cuidado del embarazo, parto y puerperio en la cultura maya, se ven amenazados por varios factores y especialmente por la difusión de la cultura biomédica, lo cual es observable en la paulatina desaparición de las parteras empíricas. Para Ortega, “la relación de las parejas con los servicios biomédicos de salud es fundamentalmente de tipo transaccional; pues, se acude a dichos servicios ante la ausencia de parteras, el temor al parto complicado o en el caso de complicarse el parto atendido por la partera. Estas mujeres realizan una suerte de síntesis entre aspectos de la cultura popular y la cultura biomédica que utilizan según las circunstancias específicas por las cuales atraviesan” (Ortega Canto, 2006: 86).

Como vemos, Ortega Canto pone énfasis en cómo los recursos populares son subordinados frente a los biomédicos. Tal y como me propongo demostrar para el caso estudiado. Además, la autora destaca un aspecto fundamental que se relaciona con el ámbito de las emociones, *el temor al parto complicado*. Este aspecto es sumamente importante para mi análisis, ya que como intentaré demostrar, el miedo, el temor y la angustia, motivan muchas de las decisiones de atención que siguen las mujeres.

La autora también analiza las representaciones sociales que mujeres y varones, pertenecientes a tres generaciones tienen respecto al embarazo, parto y puerperio. Entre las representaciones sociales que describe la autora se encuentran las del *buen embarazo*, “el cual es asociado al bienestar físico, a un embarazo deseado, contar con el trato esmerado del esposo, acudir a ser sobadas, y contar con la atención prenatal de los servicios de salud” (Ortega, 2006:80).

El *mal embarazo* se asocia con que la madre duerma mucho y coma cosas agrias que dañan al bebé; así como con la posición transversa del bebé, al estado de enfermedad de la futura madre y con la prematurez. También lo atribuyen a "no tener qué comer", a no desear el embarazo, y a tener un bebé de gran tamaño. El "embarazo ideal", es referido a una situación donde no existen carencias

materiales, y donde dominan las relaciones afectivas (Ortega, 2006: 80). De manera similar, para el caso de las mujeres de Zaragoza, encuentro un concepto fundamental que define los significados socioculturales del trabajo de parto y que expresa las condiciones sociales, familiares, económicas, institucionales y emocionales en el que éste se da. Me refiero al *dar la fuerza* o por el contrario *no tener la fuerza* durante el parto. Como explicaré más adelante, este término me permite dar cuenta de las relaciones de pareja, las relaciones familiares y la experiencia reproductiva.

Entre los trabajos que se desarrollan a nivel internacional y que se relacionan directamente con el tema a tratar acerca del riesgo obstétrico, se encuentran los de María Jesús Montes (2007) y Maribel Blázquez Rodríguez (2009). Para ambas autoras el embarazo está considerado socialmente como una situación de riesgo. Según las autoras, se ha creado un entramado de peligros potenciales alrededor de las mujeres en el embarazo y parto, por lo que se ven sometidas a la obligatoriedad del control normativo.

Considero que para esta investigación, las aportaciones de Montes y Blázquez son fundamentales, pero propongo que la construcción social que hay en torno al riesgo no sólo ha sometido a las mujeres al control de los expertos; sino que, además, la noción del riesgo se vincula con la aceptación del uso de la cesárea, pues, las representaciones que surgen sobre esta cirugía es que es una técnica resolutiva de los riesgos durante el parto.

Respecto a las investigaciones vinculadas directamente con la práctica de la cesárea, encuentro una variedad de trabajos (Anaya-Prado, et al, 2008; García Vázquez; 2012; Rosario Cárdenas, 2014) que dan cuenta del uso indiscriminado de la cirugía en los últimos años. El trabajo de Octavio Gómez (2004), por ejemplo, reflexiona sobre como a partir de la segunda mitad del siglo XX la cesárea paso de ser un recurso excepcional a incorporarse de manera definitiva al arsenal de la obstetricia con el mejoramiento de la anestesia y las técnicas quirúrgicas. Por ello, el autor considera que la cesárea es una epidemia. Si bien, existe información de carácter epidemiológico sobre el uso de la cesárea, me

interesa profundizar el tema desde el enfoque antropológico, con el fin de aportar nuevas perspectivas y posibles soluciones.

1.4. Argumentos teóricos

1.4.1. Modelo Médico Hegemónico

Una de las perspectivas que me parecen pertinentes para el estudio, es la propuesta de Eduardo Menéndez (1983) sobre los diferentes modelos médicos. Para el autor, los modelos médicos son una construcción teórica y metodológica que permiten explicar la realidad acerca de los procesos de salud/enfermedad/atención que llevan a cabo los sujetos y conjuntos sociales; es decir que, para dar cuenta de los diversos saberes y formas de atención el autor se apoya en la construcción de los modelos médicos que refieren a un nivel de mayor abstracción.

Menéndez recupera la propuesta de Antonio Gramsci para el análisis de los modelos médicos porque considera que éstos sólo pueden ser entendidos a través de la relación hegemonía/subalternidad y del análisis relacional entre las condiciones sociohistóricas, económicas, ideológicas y políticas que influyen en la dinámica y organización de dichos modelos. Menéndez agrupa los modelos en: modelo médico hegemónico, el modelo médico alternativo subordinado y el modelo de autoatención.

Cuando Eduardo Menéndez (1983) hace referencia al modelo médico hegemónico, apunta a que en éste se llevan a cabo aquellas actividades que emanan desde la biomedicina, es decir, al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica. Mientras que, el modelo Médico Alternativo Subordinado integraría las prácticas médicas reconocidas como tradicionales. El modelo de autoatención puede ser identificado

estructuralmente en cualquier tipo de sociedad y constituye el primer nivel real de atención generado por los conjuntos sociales frente a los procesos de salud/enfermedad, y cumpliría funciones curativos-preventivas y de índole socioeconómica.

Siguiendo esta propuesta, la investigación que aquí desarrollo se centra en el modelo médico hegemónico, pues mi principal objetivo es analizar las representaciones de las mujeres de Zaragoza sobre las formas de atención de tipo biomédico, es específico las prácticas de atención obstétricas como la cesárea. Aunque no excluyo las otras formas de atención de tipo tradicional y de autoatención, pues como señala el autor, lo que predomina en "la carrera del enfermo" o en la "trayectoria de atención" es el pluralismo médico, es decir, que la mayoría de la población utiliza varias formas de atención y articula distintos saberes para atender sus padecimientos (Menéndez, 2009:186).

El autor también señala que el modelo médico hegemónico logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales hasta consolidarse como la única forma de atender la enfermedad, debido a la legitimada dada por los criterios científicos y por el Estado. En este sentido, a nivel ideológico y estructural, las formas de atención de tipo biomédico fueron reconocidas por los conjuntos sociales como el medio más eficaz de curar y de controlar determinadas enfermedades (Menéndez, 1983; 1986; Menéndez y Di Pardo, 1996).

Este análisis me ayuda a entender las transformaciones que han surgido en la atención del embarazo, parto y puerperio en el lugar de estudio. Pues dicho proceso pasó de ser atendido por parteras a través de métodos vinculados con una concepción particular de la cultura (G. Much, 1994:124), a ser atendido en hospitales por el sistema imperante correspondiente a las prácticas obstétricas de la medicina occidental. Siguiendo a Menéndez, la biomedicina se configuró como el saber hegemónico en la atención al proceso de embarazo, parto y puerperio, el

cual es explicado y atendido en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas que han convertido en un problema quirúrgico la situación del parto. Por ello, las mujeres -con las que trabajé- son socializadas en una cultura que privilegia los saberes de la biomedicina como el único saber eficaz para atender sus procesos reproductivos.

Esto no significa que las formas de atención tradicionales no se modifiquen o que sean ahistóricas y que dentro de las prácticas de atención tradicional no existan conflictos o relaciones de hegemonía/subalternidad o, por el otro lado, que la atención biomédica no haya tenido aportes importantes en la solución de emergencias obstétricas. Se debe reconocer que las condiciones actuales de la atención del embarazo/parto/puerperio se traducen en una notable disminución de las complicaciones y mortalidad materna en algunas zonas, y que el uso de la cesárea al momento del parto ayuda a resolver emergencias obstétricas.

Lo que intento señalar es que, como menciona Gramsci (2006:81) al hablar de los aparatos coercitivos del Estado, es que, un grupo social –que construye el aparato de la hegemonía- predomina sobre el resto de la población (o sociedad civil). En este mismo sentido, E. Menéndez señala que existen relaciones de dominación entre los conjuntos sociales, los curadores, las instituciones que participan en los procesos de salud/enfermedad/atención y los saberes. Unos mantienen una condición subordinada, como las prácticas y saberes tradicionales de atención al parto y los saberes como el biomédico que dominan sobre los saberes oprimidos.

Para Menéndez el modelo médico hegemónico mantiene una serie de características estructurales, que evidencian lo señalado. Estas características son: “biologismo, ahistoricidad, asocialidad, eficacia pragmática, individualismo, identificación ideológica con la racionalidad científica, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que medicaliza y participacionismo subordinado” entre otros (Menéndez, 1986:51).

Para el autor, la *dimensión biológica* es el factor que refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento; además, es el eje central de la formación profesional del médico, pues “el aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos” (Menéndez, 2009: 42). De manera que, los diagnósticos médicos respaldados en aspectos biológicos se presentan como si fueran independientes de los sujetos, de sus historias y de los contextos sociales en los que se presenta determinado padecimiento. Así, se piensa al cuerpo como meramente biológico, lo cual “supone concebirlo como algo preexistente sobre el cual se puede actuar, intervenir e incluso transformar” (Cevallos y Serra, 2006:1).

En relación al proceso de embarazo, parto y puerperio, la división mente y cuerpo o la separación entre lo que ocurre en el cuerpo de las mujeres con sus biografías, sus experiencias, sus condiciones de vida y las emociones que las acompañan, caracterizan las prácticas de atención institucionales y el saber biomédico. En el caso de la práctica de la cesárea, me interesa discutir esta dimensión, pues además de las explicaciones biológicas que sustentan su uso, existen factores institucionales y culturales que atraviesan el trabajo del médico y que en gran parte determinaran el tipo de parto (normal o por cirugía).

Como sostiene Nancy Scheper-Hughes y Margaret M. Lock (1987), “el cuerpo es simultáneamente un artefacto físico y simbólico, que se produce de forma natural y cultural”, por lo que, las explicaciones diagnosticas que conducen a que el cuerpo de la mujer sea intervenido quirúrgicamente, no pueden ser sólo orgánicas, tal y como apuesta el saber biomédico. De modo que, se deben trazar nuevas forma de abordar y atender los procesos reproductivos; así como los aspectos subjetivos que en él se involucran. Por tanto, éstas autoras proponen una perspectiva integrada que dé cuenta de las múltiples formas en que la mente habla a través del cuerpo, es decir, la inclusión de las emociones, “debido a que estas afectan la forma en que se experimenta el cuerpo, la enfermedad y el dolor; y se proyectan en imágenes del bien o mal funcionamiento del cuerpo” (Scheper-Hughes y Lock,

1987:28). Tal y como intentaré mostrar, en el caso de algunas de mis informantes, las emociones primaron en la forma de padecer y responder al trabajo de parto. En este sentido, intento traer a la discusión la dimensión de las emociones para poder explicar las experiencias de atención de mis informantes.

Respecto a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que *medicalizar,* autoras como Blázquez -que retoman la propuesta de Eduardo Menéndez- señalan que el desarrollo de la biomedicina ha promovido la medicalización en los procesos reproductivos de las mujeres. La medicalización puede entenderse como la utilización de diferentes prácticas, como el uso de medicación y tecnologías en todos los procesos de salud y enfermedad (Blázquez, 2009:82).

La medicalización de la vida y salud de las mujeres presenta sus propias particularidades, ya que como señala Blázquez (2009) a través de ésta se regulan ciertos procesos de su ciclo vital definiendo que es enfermedad y qué no, que es lo normal, anómalo, patológico o de riesgo. Para la autora el aumento de la medicalización en el proceso de parto ha implicado la disminución o nula autoridad de la mujer y sus redes de apoyo; además las coloca en una situación de incapacidad ante sus propios cuidados, haciéndolas dependientes de los saberes, y por tanto, del control de los expertos.

De la misma manera, Nancy Scheper-Hughes y Margaret M. Lock (1987) señalan que la mirada médica es una mirada de control; además, rescatando a Foucault, enfatizan que estas formas de control son silenciosas. Es decir, “los médicos y sus métodos cumplen con la función de control de los cuerpos individuales debido a que persiguen los objetivos planteados por el cuerpo político que se centra en el control de la sexualidad de las mujeres” (Scheper-Hughes y Lock; 1987:24). Este proceso de control tiene como resultado la medicalización de la vida, es decir una vida cotidiana en la que nos encontramos en peligro o en riesgo de no seguir lo establecido como una vida saludable. Tal y como está ocurriendo con el proceso reproductivo.

Finalmente quiero enfatizar que la investigación parte de que existe una creciente hegemonía de la biomedicina y de las instituciones de salud como los espacios encargados de la salud femenina; por ello, retomaré a lo largo de la tesis la propuesta de Eduardo Menéndez sobre los modelos médicos y en específico, el modelo médico hegemónico.

1.4.2. Trayectoria de atención

Como he señalado antes, uno de mis objetivos centrales es dar cuenta de las causas o factores que se involucran en el uso de la cesárea; por ello, me propongo dar seguimiento a las trayectorias de las mujeres en la atención al parto; ya que, como señala R. Osorio (2001) en éstas se operativizan los saberes, se observan "las decisiones y estrategias que instrumentan los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer" (Osorio, 2001:39). Dichas estrategias, como señala la autora, incluyen una serie de representaciones y prácticas sociales orientadas a curar la enfermedad, en este caso a la atención del parto y sus posibles complicaciones. Además, incluye las estructuras de significado, la vivencia o la experiencia (Osorio, 2001:40).

En este sentido, mi interés en reconstruir la trayectoria de las mujeres en la atención al parto es porque a través de ésta podré dar cuenta, por un lado, de cuál es la utilización real de los diferentes servicios de salud, el uso combinado y diferencial de los recursos de atención en cada etapa del proceso reproductivo, lo cual se relaciona con la inclusión y exclusión de los curadores dado el reconocimiento social que tienen para la atención del proceso. Por otro lado, y como objetivo central, señalaré quienes son actores que toman la decisión de llevar a cabo, o no, una cesárea; que condicionantes intervienen en dicha decisión, y sobre todo, cuáles son las causas que las mujeres atribuyen a dicha intervención quirúrgica.

Partimos de que el embarazo, parto y puerperio conforman el proceso continuo en el que se da el nacimiento (Blázquez, 2009:18). Por tanto, la larga trayectoria de atención que siguen las mujeres inicia en el embarazo, pero sólo analizaré una parte de la Trayectoria de atención, la del parto. También, es importante señalar que lo que predomina en la trayectoria de atención es el pluralismo médico (Cfr. Osorio, 2001), sin embargo, no voy a desarrollar un análisis integral de los diferentes saberes y formas de atención, pues no es el objetivo, sino que me concentraré en los saberes y formas de atención de tipo biomédico a los que recurrieron las mujeres de Zaragoza en su búsqueda de atención al parto. Además, como lo ahondaré en el capítulo tres -durante la atención del parto- las mujeres prefieren atenderse con un médico en las instituciones de salud.

1.5. Puntos de partida metodológicos

Esta investigación ha sido realizada a partir del enfoque cualitativo, pues considero que es la metodología que me permite dar cuenta de las experiencias de atención obstétrica de las mujeres de Zaragoza; ya que para éste la realidad se construye socialmente, por lo tanto, no es independiente de los individuos, sino producto de su interacción.

Además, el uso de este enfoque es el más pertinente para señalar que, en esta investigación, parte de mi experiencia está influyendo, pues no existe ninguna investigación libre de valores o de prejuicios. La elección del problema a investigar nunca fue ajena a mi historia de vida o motivaciones personales, por ello, en este estudio tomé la decisión de incluir mi experiencia de atención obstétrica. La idea de incorporar mi experiencia de atención al principio me resulto muy difícil, pues no era sencillo exponerme más allá de mi rol como antropóloga y mostrarme como una mujer que había pasado por una cesárea, la cual, ahora reflexiono fue innecesaria.

Me parece importante incluir mi experiencia porque a través de ésta logré comprender el significado de ciertos eventos de la atención al proceso reproductivo; los cuales no había considerado sino hasta que los viví, sobretodo en el ámbito de las emociones. Esto no quiere decir que haya atravesado por los mismos procesos que vivieron las mujeres de Zaragoza, que mi posición haya sido privilegiada o que mi voz es la autorizada para hablar del “otro”.

En este sentido, la tarea del antropólogo debe ser la construcción de alternativas en diálogo con los grupos sociales; primero, porque coincido con la propuesta de la plurivocalidad de Renato Rosaldo (2004) y con la idea de que el conocimiento se produce desde un “diálogo significativo”. No se busca la voz de un experto, sino un modo de pensamiento que se construya desde la conversación. Ya que como indica Spivak (1998), para romper los amarres epistemológicos, hay que dejar el monopolio de la palabra cuando se llega al plano de la escritura.

Si bien, mi voz está presente en la investigación, me interesa centrarme en los testimonios de las mujeres de Zaragoza, en la de sus curadores tradicionales y en la de los médicos que intervinieron en su atención obstétrica. Mi intención fue buscar los puntos de encuentro y desencuentro, pues como señala Eduardo Menéndez (1997:322), no hay puntos de vista homogéneos, sino que hay procesos de fragmentación, diferencia y desigualdad, y que los sujetos mantienen posturas diversas sobre los fenómenos sociales. En este sentido, es importante señalar que la información que obtuve de las mujeres fue mayor que la que conseguí de los prestadores de servicios de salud debido a la disponibilidad de tiempo que tuvieron; por ello, el punto de vista de las mujeres es el que predomina en este estudio.

El principio de flexibilidad también fue importante en el desarrollo de esta investigación, pues en todo trabajo antropológico surgen cambios que obligan al investigador a modificar el proyecto o replantearlo conforme se conozca más sobre la problemática. El primer tema que desarrollé para la elaboración de mi tesis de maestría versaba sobre la muerte materna. Posteriormente con las

discusiones en los seminarios de antropología médica y con los aportes de mis profesores y compañeros de línea, el proyecto de investigación se fue modificando. Deambule por diversas problemáticas que involucraban el análisis de las trayectorias de atención al embarazo, parto y puerperio, la violencia obstétrica y la calidad de la atención en los servicios de salud, todos temas relevantes de investigación por los que tuve que transitar para encontrar mi camino.

Me fui a trabajo de campo en agosto del 2014 con el objetivo de analizar las representaciones sociales de las mujeres del municipio de Zaragoza, Veracruz, respecto a la calidad de la atención obstétrica que recibieron de los servicios de salud públicos; sin embargo, el concepto de calidad de la atención como categoría analítica no me permitía dar cuenta de los procesos que viven la mujeres de Zaragoza en la atención obstétrica. Tal y como sugiere Roberto Castro (2014) el problema debe ser abordado desde la perspectiva de género y derechos reproductivos, y no sólo como un asunto de calidad en la atención. En este sentido, tuve que reajustar el estudio, modificar algunos de mis objetivos y preguntas de investigación, pues el diseño flexible de la investigación cualitativa permite incorporar esos cambios, inclusive al final del estudio.

Otro punto de arranque radicó en la premisa “lo que no se busca no se encuentra o, por lo menos, es difícil de ser encontrado”; esto quiere decir que si en nuestro marco metodológico no se consideran realmente determinados problemas y, por lo tanto, la búsqueda de cierta información, ésta no será encontrada o sólo será recuperada superficialmente, de forma tal que no sirva para la problemática planteada (Cortés, Menéndez y Rubalcava, 2002:35). Por tanto, me parece conveniente tratar de integrar todos los elementos que involucran la atención del proceso reproductivo es decir los aspectos económicos, sociales, culturales, biológicos y emocionales con que se viven estos procesos.

Así como, las prácticas y representaciones sociales, pues considero que partir de ambos enfoques nos permite analizar de forma integral la realidad en que las

mujeres de Zaragoza viven sus procesos reproductivos. De esta manera, la tesis trata de abordar tanto las prácticas de atención como las representaciones. Las prácticas incluyen las actividades de diagnóstico, prevención de complicaciones y cuidado (Cfr. Osorio, 2001) del proceso reproductivo.

La importancia de estudiar las prácticas de atención consiste en saber por qué la mayoría de mis informantes eligieron la atención biomédica, durante el parto, y no la atención en casa con la partera, mientras que en la atención del embarazo se recurre de manera complementaria a la atención biomédica y tradicional. Además de saber qué piensan las mujeres de dichas formas de atención, qué aspectos influyen en la elección de una u otra forma de atención y cuáles son las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre dichas formas de atención.

Asimismo, el concepto de representaciones sociales se define como una forma de conocimiento que "es incluido en la categoría del sentido común y se construye socialmente" (Jodelet, 2011:134); es decir, son observables a través de la expresión de los individuos y constituyen un puente entre lo social y la subjetividad (Moscovici en Castro, 2000:66). Este concepto nos permite entender como las mujeres construyen, reinterpretan y resignifican el riesgo en el proceso reproductivo.

Esta articulación nos permite mostrar los niveles de incongruencia e inconsistencias entre discursos y prácticas. Si bien, las representaciones sociales fueron trabajadas ampliamente con las mujeres, la observación de las prácticas fue limitada porque durante el periodo de trabajo de campo, la mayoría de mis informantes se encontraban en el puerperio, por lo que, no pude acompañarlas ni observar la forma en que fueron atendidas durante el embarazo y parto. Mi mayor acercamiento a las prácticas de atención fue a través de mi propia participación y observación como usuaria del Centro de Salud de Zaragoza, y posteriormente como usuaria de las instituciones de salud en el segundo nivel de atención -durante el parto-.

En consecuencia, durante el desarrollo de esta investigación trabajaré con las representaciones sociales más que con las prácticas de atención. No obstante, creo que trabajar con representaciones, también me permite dar cuenta de las prácticas, ya que las representaciones suelen remitir a prácticas concretas de atención.

Algunas de las propuestas teóricas que se han enfocado al análisis de las representaciones sociales son los enfoques interpretativos. Estos han explorado de forma directa los testimonios de los sujetos de investigación, buscando los significados que elaboran frente a determinado fenómeno. Los estudios interpretativos han abordado temas relacionados con la salud de las mujeres, muchos de estos enfocados en asuntos como la reproducción humana y los derechos de las mujeres (Castro, 2000).

Los enfoques normativos también han abordado temas relacionados con la salud reproductiva de las mujeres, la medicalización del parto y la crítica a la visión del patriarcado en la biomedicina. Aportes importantes para el análisis, pero que mantienen una postura en la que los sujetos están atados a la estructura social y a un conjunto de normas, sin dar cuenta de la experiencia de las mujeres. Mientras que los enfoques interpretativos parten de la capacidad de agencia de los sujetos. Su fundamental contribución es el papel que se le asigna a los relatos de los actores, en vez de deducir que les sucede a partir de un marco teórico preconcebido (Castro, 2000).

Ya que uno de mis objetivos es dar cuenta de las experiencias que las mujeres han tenido en la atención obstétrica y cómo han vivido la atención al parto, creo que el enfoque interpretativo concuerda con estos objetivos, pues busca el testimonio directo de los sujetos.

1.5.1. El trabajo de campo

El trabajo de campo inició en los meses de septiembre a diciembre del 2014, en la cabecera municipal del municipio de Zaragoza, Veracruz; además, mis primeras observaciones sobre el problema de investigación se complementaron en enero y febrero de 2015, cuando experimente la atención al parto en una institución de salud Pública de Coatzacoalcos. La decisión de incluir mi experiencia de atención obedeció a que durante la realización del trabajo de campo, estaba en el segundo trimestre de embarazo y pude observar de manera directa -como una usuaria más- las prácticas de atención en el Centro de Salud de Zaragoza, el Hospital General de Cosoleacaque, Minatitlán y el Hospital General del IMSS en Coatzacoalcos.

Mi primer acercamiento al municipio de Zaragoza fue en 2010, cuando realicé algunas encuestas con la población sobre salud y sus principales demandas en este ámbito. El objetivo era obtener información local para la elaboración del Plan de Desarrollo Municipal 2011-2013. En ese año, radicaba en la ciudad de Coatzacoalcos, el contraste entre ambos lugares era evidente, pues aunque me encontraba en una zona petrolera, las promesas del desarrollo no habían llegado a Zaragoza. En materia de salud, el municipio carecía de servicios adecuados, pues sólo había un centro de salud con instalaciones precarias; por lo que, la población acudía a recibir atención médica a Minatitlán o Coatzacoalcos, y/o con los curadores tradicionales.

En septiembre de 2014 acudí a las oficinas de la Jurisdicción Sanitaria XI, ubicadas en la ciudad de Coatzacoalcos, mi intención era acceder a la información registrada en el Censo de Embarazadas de Zaragoza, y complementar mis observaciones con datos estadísticos. Sin embargo, la información me fue negada. Meses anteriores al trabajo de campo me presenté con el director y subdirectora de la jurisdicción, les expuse mi proyecto de investigación y solicité acceso al Censo, me indicaron que debía llevar una solicitud de la institución a la que pertenecía. En aquella ocasión, la breve conversación que tuvimos sobre el

tema, el subdirector dejó claro que cuando ocurrían casos de muerte materna era porque las mujeres no acudían a control prenatal.

Entonces, durante septiembre me presente en la Jurisdicción Sanitaria con la carta de presentación solicitando la información del Censo. Durante esa semana el director de la jurisdicción no me pudo atender. Al parecer la institución estaba siendo inspeccionada o al menos eso fue lo que me indicó la secretaria. Dejé mi carta de presentación y mi número telefónico, la secretaria dijo que después me llamarían, lo que nunca ocurrió. En otras ocasiones acudí, pero ante la ausencia del director, siempre me pedían acudir después o llamar; así que no logré acceder a la información del Censo. Me enfrente con un grupo de funcionarios cuya principal ocupación era leer revistas y dejar que los teléfonos sonaran.

Simultáneamente, me presenté con la directora del Centro de Salud de Zaragoza, le expliqué que estaría realizando una investigación durante tres meses en el municipio sobre la atención del embarazo, parto y puerperio, y que me interesaba entrevistar al personal que atiende a las mujeres durante este proceso, recabar información del Censo de Embarazadas y tener acceso al Centro de Salud para entrevistar a las mujeres. La directora me concedió el permiso para entrevistar, en sus tiempos libres, al personal que labora en el Centro de Salud; además de poder entrevistar, dentro de la institución a las mujeres que acudían; pero no me permitió revisar la información del Censo, pues dijo que solamente en la Jurisdicción Sanitaria me podían dar esa información, pues ésta era confidencial.

La directora me presentó con todo el personal que labora en el Centro de Salud, les explicó mis intereses de investigación y les pidió su colaboración para que pudiera entrevistarlos, todos accedieron amablemente. Una de las doctoras -al señalarle mi condición de embarazada- se ofreció a llevar el control de mi embarazo, me pareció que era una buena estrategia para observar de cerca el proceso de atención que se llevaba en la institución. Entonces, me dediqué a entrevistar al personal, a entrevistar de manera informal a las mujeres embarazadas que acudían a consulta, y a llevar citas médicas como paciente.

Si bien, a partir de la observación que realicé como usuaria del Centro de Salud daré cuenta de las prácticas de atención, considero que la atención que recibí en esta institución fue diferencial en relación con las otras usuarias embarazadas, pues al presentarme como antropóloga los médicos y enfermeras me identificaban. Si bien, mis informantes señalaron que fueron bien atendidas, en ocasiones no recibían consulta porque no había doctor, pues este estaba de vacaciones. En mi caso, cuando la doctora que me atendía no asistía, las enfermeras me cambiaban de consultorio a fin de que tuviera la consulta médica, mientras que las otras usuarias tenían que esperar a que su médico volviera a laborar. El tipo de trato que recibí en el Centro de Salud me obliga a ser más crítica con mis observaciones.

En términos generales, durante las primeras semanas en campo entrevisté a mujeres que se atendían en el Centro de Salud, pero que se encontraban en los primeros meses de embarazo o no habían pasado por la etapa de parto; así que la información que obtenía no me permitía cumplir con los objetivos planteados respecto a la etapa del parto. Fue difícil acceder a las mujeres que acuden a consulta durante el puerperio, pues éstas hablaban poco o no aceptaban ser entrevistadas porque al tener un bebé desconfían más de los extraños y de la "gente de fuera". Por ello, la estrategia de bola de nieve me fue útil, es decir que, una de mis entrevistadas me presentó a una mujer que tenía 15 días de haber dado a luz y ésta a su vez me contactó con su cuñada, así es como me acerque a mis informantes clave.

1.5.2. Características de los actores

Durante mi estancia de trabajo de campo logré entrevistar a diversas mujeres que recibían atención posnatal en el Centro de Salud de Zaragoza, además de manera informal conversé con las mujeres embarazadas que acudían a recibir atención prenatal. Pero, los actores primarios con los que trabajé son diez mujeres que viven en la cabecera municipal. Estas mujeres pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y no cuentan con ingresos económicos propios -a excepción de Estela-, aunque es importante destacar que al vivir en la cabecera municipal se

encuentran en mejores condiciones que aquellas que habitan en las localidades pequeñas y aisladas del municipio. Para las mujeres que residen en la cabecera municipal –como las de nuestro estudio-, el Centro de Salud les queda a escasos 15 o 20 minutos caminando desde su hogar. Todas son afiliadas al Seguro Popular.

Algunos de sus padres y abuelos hablan la lengua indígena, pero ellas no lo aprendieron; por lo que en los espacios públicos e institucionales practican sólo el español. En general, se dedican a las actividades domésticas, aunque algunas trabajaron durante su soltería. Viven en casas de adobe con techos de palma, pues generalmente los matrimonios jóvenes se ubican en una posición de mayor desventaja económica en relación con los matrimonios de la gente grande (mayores de 35, pero no ancianos) quienes viven en casas hechas con block y concreto.

La mayoría de mis informantes (ocho de ellas) son mujeres casadas, Miriam es la única que vive en unión libre con su pareja. Debido a la diversidad de religiones a las que se inscriben estas mujeres, generalmente sólo se casan de manera legal y no religiosa. Patricia, fue la única de mis informantes que se encontraba separada de su esposo al momento de quedar embarazada. Situación que analizada a profundidad, la colocó en mayor desventaja social y emocional frente a las demás mujeres que estaban casadas y contaban con el apoyo sentimental y económico de su pareja.

Respecto a su escolaridad, debo señalar que ninguna de estas mujeres logró inscribirse a una carrera universitaria, a pesar de que en algunos casos (Fátima por ejemplo) deseaban tener una preparación profesional. Pero por embates de la vida diaria y la economía, no pudieron continuar su educación escolar. Esta situación y no las diferencias genéricas, en las que los padres prefieres educar profesionalmente a los hijos varones y no a las mujeres -ya que se presupone que estas se dedicaran al hogar-, son las principales causas por las que, señalan mis informantes, no continuaron con sus estudios. Lidia fue la única que abandonó el

bachillerato debido al embarazo, pero fundamentalmente por las condiciones de subordinación frente a las que se concertó su matrimonio.

Cuatro de ellas (Nicolasa, Miriam, Hisela y Estela) concluyeron la primaria, Facunda cursó hasta quinto año de primaria. Victoria concluyó la secundaria y Sandra cursó hasta el segundo año de la misma. Fátima fue la única que terminó con sus estudios de preparatoria, Lidia y Patricia cursaron hasta segundo y tercer semestre de bachillerato respectivamente.

Otra de las características de mis informantes es que tienen una baja fecundidad (uno o dos hijos) que concuerda con el descenso de la fecundidad en zonas indígenas y rurales, iniciada en la segunda mitad de los años 1980 e impulsada por la difusión de las políticas de planificación familiar (Vázquez Sandrin, 2010). Actualmente, en Zaragoza continúan las campañas de planificación familia que se impulsan desde el Centro de Salud, en el que se cuenta con personal encargado específicamente para la promoción del uso de métodos anticonceptivos y las campañas de salpingoclasia (método definitivo de anticoncepción).

Además del permanente bombardeo de las campañas de planificación familiar y las insistencias por parte del personal médico para que las mujeres adopten un método anticonceptivo después de dar a luz. Considero que el aumento del uso de la cesárea en la atención al parto, también ha influido de manera importante en la baja fecundidad de las mujeres, quienes al tener un parto quirúrgico se ven obligadas a adoptar métodos definitivos de anticoncepción, tal y como le ocurrió a Estela. En este sentido, el uso de las cesáreas también sirve como mecanismo de control del cuerpo femenino.

Otro aspecto relevante es que tres de estas mujeres (Sandra, Lidia y Miriam) son menores de 20 años, por tanto sus embarazos eran considerados por el saber biomédico como *embarazos de alto riesgo* al entrar en la categoría de embarazos por adolescente. Mis otras seis informantes (Nicolasa, Facunda, Hisela, Patricia, Victoria, Fátima y Estela) se encontraban en el rango de edad considerado como el más oportuno para iniciar la etapa reproductiva; es decir, los embarazos que

van desde los 20 años y hasta los 35; ya que se presume que en este rango de edad los riesgos son menores, pues se tiene la madures biológica para la maternidad.

Sin embargo, nos interesa discutir como algunas mujeres que a pesar de no haber procreado a temprana edad, fueron catalogadas o etiquetadas por el discurso biomédico como mujeres con un embarazo o parto de alto riesgo. De tal manera, que por un factor u otro, la mayoría de mis informantes fueron consideradas por el saber biomédico como mujeres en permanente riesgo.

Así, Sandra, Lidia y Miriam fueron valoradas como mujeres con embarazos de alto riesgo debido a su corta edad (19,17 y 19 años). Nicolasa porque presentó “dolores de vesícula” durante la gestación (piedras en la vesícula). El trabajo de parto de Facunda se consideró como de riesgo tras haberse atendido con la partera. Hisela por ser “bajita de estatura”; Patricia al presentar presión alta durante la labor de parto; Victoria por tener anemia durante la gestación; Fátima porque los latidos del corazón de su bebé fueron irregulares al momento del parto y Estela porque en repetidas ocasiones presentó hemorragias durante la gestación. Ver **Tabla 1.**

Si bien, todas fueron consideradas con un embarazo o parto de alto riesgo, este hecho no significo que -en todos los casos y en todo momento- se les brindara atención preferencial, un diagnóstico correcto y/o el seguimiento adecuado de sus padecimientos.

Tabla 1. Informantes entrevistadas y sus características

Informantes							
Nombre	**Edad**	**Estado civil**	**Número de hijos**	**Escolaridad**	**Seguro popular**	**Ocupación**	**Motivos por los que fueron consideradas como mujeres con un embarazo o parto de alto riesgo**
Sandra	19 años	casada	2	Cursó hasta segundo año de secundaria	si	Trabaja en el hogar	debido a su corta edad
Nicolasa	26 años	casada	2	Primaria concluida	si	Trabaja en el hogar	Por tener "dolores de vesícula" durante la gestación (piedras en la vesícula)
Lidia	17 años	casada	1	Cursó hasta segundo semestre de bachillerato	si	Trabaja en el hogar	debido a su corta edad
Miriam	19 años	Unión libre	1	Primaria concluida	si	Trabaja en el hogar	debido a su corta edad
Facunda	30 años	casada	2	Cursó hasta quinto año de primaria	si	Trabaja en el hogar	Por atenderse con la partera durante el parto
Hisela	29 años	casada	2	Primaria concluida	si	Trabaja en el hogar	por ser "bajita de estatura"
Patricia	27 años	Separada	2	Cursó hasta el tercer semestre de preparatoria	si	Trabaja en el hogar	presentar presión alta durante la labor de parto
Victoria	24 años	casada	2	Secundaria concluida	si	Trabaja en el hogar	Al tener anemia
Fátima	22 años	casada	1	Preparatoria concluida	si	Trabaja en el hogar	porque los latidos del corazón de su bebé fueron irregulares al momento del trabajo de parto
Estela	32 años	casada	2	Primaria concluida	si	Trabajadora doméstica y trabajo en el propio hogar	Tenía hemorragias durante la gestación.

Fuente: Elaboración propia basada en trabajo de campo agosto-diciembre 2014.

Cuando entrevisté a estas diez mujeres se encontraban en el puerperio, a excepción de Miriam que cursaba el tercer trimestre de embarazo. En esta etapa, generalmente guardan reposo en su hogar, por lo que contaban con tiempo y disponibilidad para platicar conmigo. Retomaré parte de las entrevistas que realicé con todas estas mujeres para dar cuenta de las representaciones sociales acerca de la atención al embarazo, el riesgo obstétrico y la práctica de la cesárea; pero las historias primarias con las que trabajaré las trayectorias de atención al parto, serán las de Hisela, Patricia, Victoria, Fátima y Estela, una sexta historia estará conformada por mi experiencia de atención. La selección de estas informantes se dio porque a partir de sus experiencias se observa la delgada línea en la que un parto puede ser normal o concluir en una cesárea.

Es decir que, tres de mis informantes (Hisela, Patricia y Victoria) tuvieron un parto normal, pero en su trayectoria de atención se dio la posibilidad de que les practicaran una cesárea. Estas tres trayectorias nos muestran la ambigüedad y la confrontación de perspectivas que existen dentro del sistema institucional-biomédico cuando se trata de definir en qué casos se debe o no llevar a cabo una cesárea.

A Fátima y a Estela si se les practicó una cesárea, así que recuperé sus trayectorias de atención con el objetivo de analizar las causas por las que se justificó su uso. También es importante señalar que mi experiencia de atención forma parte de este grupo de mujeres. En este sentido, la selección de informantes está organizada en dos grupos: mujeres que tuvieron un parto normal y mujeres que tuvieron un parto quirúrgico.

Además de los datos antes mencionados, las mujeres del primer grupo se caracterizan por ser multigestas y por tener la edad ideal para la procreación, según el saber biomédico. Una de ellas (Hisela) se atendió durante el parto en el Hospital de Minatitlán, no sin antes transitar por el Hospital de Cosoleacaque, lugar en el que se atendieron las otras dos mujeres (Patricia y Victoria). Sólo Hisela tenía una cesárea previa. Ver **Tabla 2.**

Tabla 2. Mujeres que tuvieron un parto eutócico y sus características

Grupo 1 Mujeres que tuvieron un parto eutócico					
Informante	**Edad**	**Multigesta o Primigesta**	**Cesáreas previas**	**Lugar de atención al parto**	**Causas por las que desde la perspectiva biomédica se dio la posibilidad del uso de una cesárea**
Hisela	29 años	Multigesta (2 hijos)	Si	Hospital General de Minatitlán (SSA, Segundo nivel de atención)	Su baja estatura dificultaba el parto eutócico
Patricia	27 años	Multigesta (2 hijos)	No	Hospital General de Cosoleacaque (SSA, Segundo nivel de atención)	Patricia fue quien solicito el uso de cesárea debido a que no podía "dar la fuerza"
Victoria	24 años	Multigesta (2 hijos)	No	Hospital General de Cosoleacaque (SSA, Segundo nivel de atención)	El tamaño del bebé dificultaba el parto eutócico (4.100 kg)

Fuente: Elaboración propia basada en trabajo de campo agosto-diciembre 2014.

Respecto al segundo grupo, es claro que aquí predominan las primigestas. Su atención se dio en uno de los hospitales que tiene mayor demanda en la región, el Hospital General de Minatitlán. Al igual que las cinco mujeres que he seleccionado para el estudio de las trayectorias de atención al parto, yo recibí atención prenatal en el Centro de Salud, excepto que la resolución de mi parto fue en el IMSS-Coatzacoalcos. Ver **Tabla 3.**

Tabla 3. Mujeres que tuvieron un parto por cesárea y sus características

Grupo 2 Mujeres que tuvieron un parto por cesárea					
Informante	**Edad**	**Multigesta o Primigesta**	**Cesáreas previas**	**Lugar de atención al parto**	**Causas por las que argumentaron los médicos se llevó a cabo la cesárea.**
Fátima	22 años	Primigesta	---------	Hospital General de Minatitlán (SSA, Segundo nivel de atención)	Porque el ritmo cardiaco del bebé era irregular
Estela	32 años	Multigesta (2 hijos)	No	Hospital General de Minatitlán (SSA, Segundo nivel de atención)	Porque presentaba placenta previa
Investigadora	27años	Primigesta	---------	IMSS Coatzacoalcos	Tener cuarenta semanas de gestación

Fuente: Elaboración propia basada en trabajo de campo agosto-diciembre 2014 y febrero 2015.

También entrevisté a algunos de los médicos del Centro de Salud y parteras que participaron en su atención. Sus características generales se presentan en el siguiente cuadro:

Tabla 4. Terapeutas entrevistados (médicos del Centro de Salud y parteras).

Prestadores de servicios de salud en el Centro de Salud de Zaragoza	Tiempo laborando en el Centro de Salud	Parteras del municipio	Edad	Tiempo como parteras
Dr. Lizeth (Responsable de la unidad médica)	Seis años	Partera Ricarda	72 años	50 años como partera
Dra. Concepción	Nueve años	Partera Catalina	51 años	30 años como partera
Dr. Antonio	Cinco años	Partera Andrea	62 años	25 años como partera
Dr. Adela	Seis años			

Pasante de derecho. Magdalena (Encargada de los clubs de embarazo)	Contrato por cuatro meses: De Octubre del 2014 a enero del 2015	

Fuente: Elaboración propia basada en trabajo de campo agosto-diciembre 2014.

1.5.3. Instrumentos de investigación

Los instrumentos usados para la obtención de información fueron las entrevistas a profundidad, la observación participante, y lo que Mari Luz Esteban (2004) llama autoetnografía. El trabajo se realizó con un reducido número de informantes seleccionados a través de criterios específicos, de forma que, lográramos obtener mayor riqueza descriptiva y explicativa, así como la validez metodológica del dato cualitativo. Como ya señale, trabajé con distintos actores sociales, pero principalmente con diez mujeres del municipio de Zaragoza, Veracruz, que recibieron atención obstétrica en los servicios públicos de salud. De esas diez mujeres, recuperé las experiencias de atención de cinco (Hisela, Patricia, Victoria, Fátima y Estela) para reconstruir las trayectorias de atención al parto; pues sus experiencias me parecieron fundamentales para explicar el uso de cesárea.

En primera instancia, la aplicación de entrevistas a profundidad fue empleada para registrar las representaciones de las mujeres respecto a su experiencia de atención obstétrica, tanto en el sistema de salud como con la partera. En total se realizaron 28 entrevistas a las cinco informantes, la mayor parte de ellas grabadas con autorización (cuatro a Hisela; seis a Patricia, Victoria, Fátima y Estela). En ocasiones decidí no utilizar la grabadora porque la plática con mis informantes era fluida y no me parecía adecuado sacar la grabadora, pues ellas se cohibían.

La mayoría de las entrevistas se dieron en el hogar de las informantes, con la intensión de disponer de tiempo para conversar mientras ellas descansaban durante el puerperio. Además de observar las condiciones en las que viven, como son sus casas, los cuidados que llevan a cabo y como se relacionan con sus

familiares. Con Hisela fue complicado organizar las visitas a su hogar porque después de dar a luz se fue a vivir con su mamá a Coacotla mientras transcurría el puerperio; por tanto, la cantidad de entrevistas que le realicé fueron menores.

Los datos procedentes de las entrevistas fundamentalmente refieren a sucesos previos recordados por las informantes, pues al preguntarles sobre cómo fueron tratadas por médicos y enfermeras, o cómo se desarrolló su labor de parto, y que fue lo que hicieron, nos remitimos a eventos que han sido reformulados y reapropiados por estas mujeres, quienes reflexionan sobre hechos pasados. Las entrevistas se estructuraron teniendo en cuenta diferentes ítems que nos ayudaron a establecer los aspectos más importantes de la atención obstétrica como son: riesgo en el embarazo, riesgo en el parto, complicaciones durante el embarazo, complicaciones durante el parto, factores de riesgo, causas del uso de cesárea, atención con parteras, atención biomédica, atención del embarazo y parto. Los ítems abordados en las entrevistas se organizaron de acuerdo al replanteamiento y reajuste de los objetivos generales y específicos.

De manera secundaria me enfoqué en entrevistar a los prestadores de servicios de salud y a las parteras. Las entrevistas con los médicos y doctoras tuvieron lugar en los consultorios del Centro de Salud y después de los turnos laborales, con el fin de no intervenir en las consultas médicas. En total logré entrevistar a un médico, a tres doctoras y a la encargada del programa Redes Sociales –Magdalena-, quien llegó a finales del mes de Octubre con la tarea de organizar los clubes y el Censo de Embarazadas. El diario de campo se escribió durante todo el trabajo de campo, además realicé notas durante las entrevistas para captar los aspectos que no logré registrar en audio, incluyendo la narración de las consultas a las que asistí como usuaria.

Simultáneamente a la realización de las entrevistas, hice observación participante en el Centro de Salud de Zaragoza. Esto me permitió conocer la dinámica de atención que se tiene en la institución como: los horarios de atención y el tiempo de espera para sacar ficha; los pacientes que recurren para recibir atención

(mujeres embarazadas, ancianos, niños, afiliadas al programa de Progresa); conocer al personal que ahí labora y las actividades que se realizan fuera de los consultorios médico (platicas del programa Prospera y afiliación, campañas de vacunación, clubs de embarazo). Datos que me ayudaron a contextualizar el lugar donde se atienden las mujeres de este estudio.

La observación también se realizó en el Hospital de Cosoleacaque y Minatitlán, aunque en menor medida. En estos básicamente pude observar los pasillos y algunas de las instalaciones, ya que el acceso es restringido. Lo que si me quedó claro fue la decadencia en la que se encuentra el Hospital de Minatitlán en relación con el Hospital de Cosoleacaque.

Por otro lado, para incluir mi experiencia de atención recurrí a la autoetnografía, que como refiere Mari Luz Esteban (2004) es un ejercicio en el que el investigador relata su propia experiencia de padecer y hace un análisis del mismo. En este sentido, me propuse relatar mi vivencia en el proceso de atención al parto en una institución pública de salud, ya que como he mencionado, el trabajo de campo que realicé en Zaragoza durante el 2014 se cruzó con mi experiencia de maternidad.

De manera que, en carne propia pase por procesos similares a los que vivieron mis informantes en la atención del proceso reproductivo, cuestión que no podía dejar de lado u omitir al lector. Sobre todo, porque en el plano de la escritura, los sentimientos impregnan la narración y son el hilo para la explicación y comprensión de múltiples aspectos, pero más allá de su capacidad de conmover, pueden transmitir, reconstruir situaciones y vivencias de una forma totalmente comprometida, aunque no neutral (Luz Esteban,2004:189).

Como señala Esteban, “en la autoetnografía, informante e investigador en una misma persona reivindican su derecho a hablar hasta las últimas consecuencias”. En este sentido, es que no podía omitir mi propia experiencia de atención, más aun cuando me enfrenté a los embates de carácter emocional y físico que conlleva

el hecho de que te practiquen una cesárea, que en retrospectiva y gracias al análisis planteado en esta investigación, considero fue innecesaria. Tal y como menciona Esteban, lo que hace especiales a estas etnografías es sobre todo la capacidad reflexiva, de observación y auto-observación de sus autoras, que no suelen ir en contra de un análisis crítico y autocrítico.

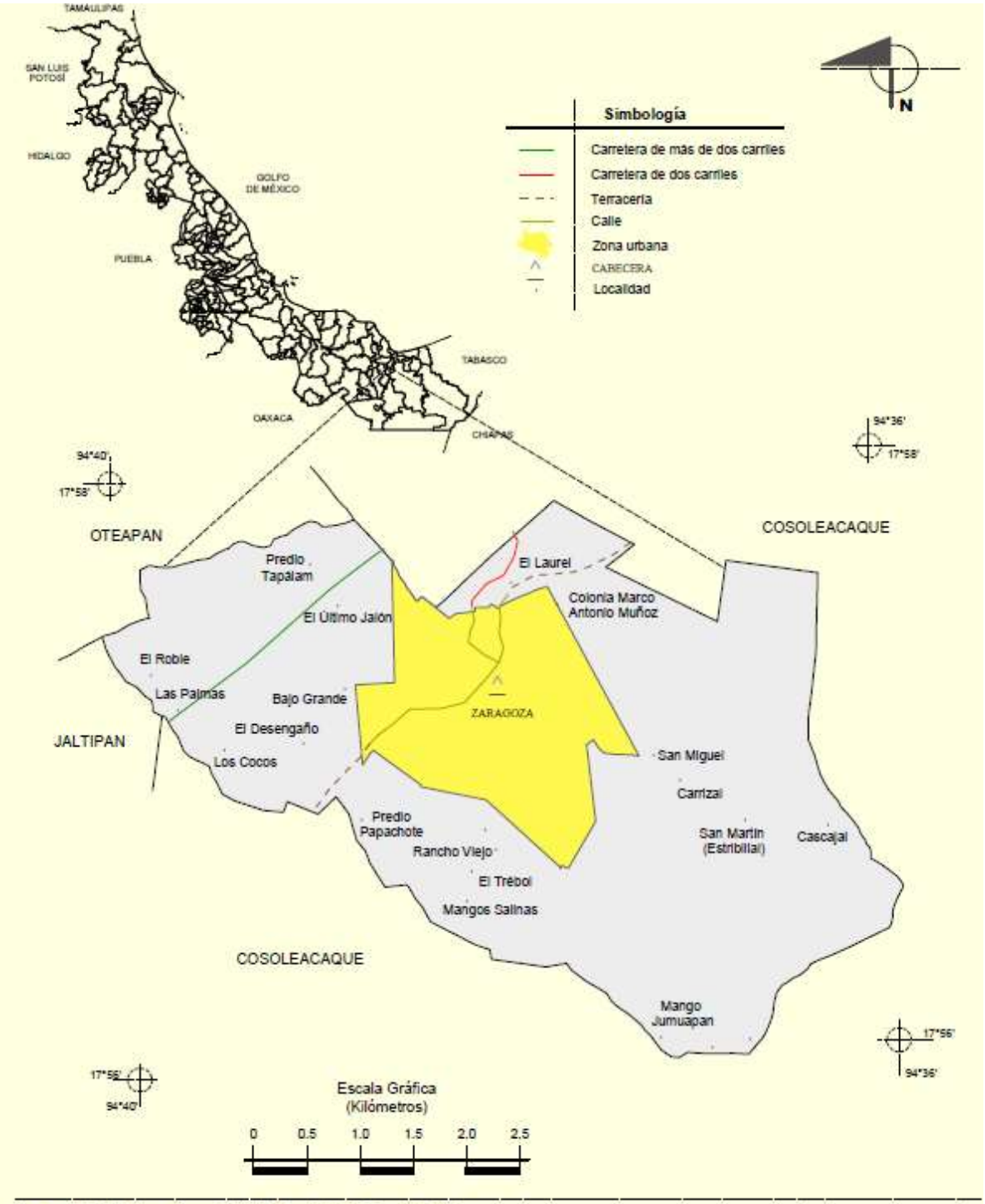
Para llevar a cabo esta autoetnografía me dediqué a describir en un diario, el proceso de atención que había vivido, desde el momento de mi internamiento en el hospital hasta el proceso de cuidado y recuperación de la cesárea en mi hogar. Dado que el proceso de recuperación me tomó más tiempo del esperado (entre otros aspectos), decidí darme de baja temporalmente del programa de maestría. Durante esta temporada además de tomar mi rol de madre, me dediqué a la trascripción de las entrevistas faltantes, a la reformulación del proyecto y a la descripción de los momentos y situaciones vividas y observadas en el hospital en donde fui atendida.

Es importante señalar que los relatos autoetnográficos tienen las mismas dosis de parcialidad que el resto, pero son absolutamente privilegiados y necesarios (Luz Esteban, 2004:189). Justamente, por este hecho es que decidí incluir mi experiencia, ya que muestra una parte de la realidad sobre el problema a analizar.

1.6. Lugar de estudio: El municipio de Zaragoza

Zaragoza se encuentra al suroeste del Estado de Veracruz. Este municipio se ubica aproximadamente a 30 km de Coatzacoalcos, a ocho de Minatitlán y a cuatro de Cosoleacaque. Colinda al norte, sur y este con el municipio de Cosoleacaque, mientras que al oeste con los municipios de Oteapan y Jáltipan. La población total del municipio es de 10,720 habitantes, 48% de los cuales son hombres y 52% mujeres (INEGI, 2010). **Ver Mapa 1.**

Mapa 1. Municipio de Zaragoza y sus colindancias



Fuente: INEGI. *Marco Geoestadístico Municipal 2005, versión 3.1.*
INEGI. Información Topográfica Digital Escala 1:250 000 serie III.

Aunque el uso del nahua se encuentra vigente, los hablantes de lengua indígena han disminuido con el paso de los años. En Zaragoza durante el Conteo de Población y Vivienda 2005 se registró que el 38.7% de la población mayor de cinco años era hablante de lengua indígena, mientras que en 2011 se reportó que 32% de la población era bilingüe y sólo 16 personas eran monolingües del nahua (personas de la tercera edad que habitan en las localidades rurales) (INEGI, 2010). Actualmente la población infantil y juvenil prefiere el uso de la lengua castellana en lugar de la lengua indígena porque les más fácil insertarse en los circuitos económicos.

Dado que el español ha ganado terreno entre la población indígena, se observa que en los ámbitos públicos -como en las asambleas- la lengua predominante es el español, mientras que la lengua indígena se constriñe al ámbito doméstico. Por ello, en los espacios institucionales como el Centro de Salud y los hospitales la comunicación entre los habitantes y el personal de salud se desarrolla en la lengua dominante.

El municipio está conformado por 12 localidades, el 89% de la población vive en la cabecera; lugar en donde habitan nuestras informantes, el resto de la población vive en las localidades de Mangotal, Marco Antonio Muñoz, Cascajal, San Miguel, Mango Salinas, Carrizal, Rancho Viejo, San Martín Estribillal, El Laurel, Bajo Grande, Mango Jumuapan (INEGI 2010).

La principal vía de acceso es una carretera de aproximadamente ocho kilómetros, que comunica la cabecera de Zaragoza con la carretera transistmica y la autopista federal 145 D. Además hay cuatro caminos rurales que comunican a la cabecera municipal con diferentes localidades. En éstos, se puede ver a estudiantes y trabajadores que van a pie o en bicicleta al centro, de ahí abordan un camión para llegar a sus destinos fuera del municipio.

El traslado de las personas desde las colonias hasta el centro puede llevar una hora a pie, media hora en triciclo o disminuye más si se utiliza el servicio de taxi, que puede cobrar hasta 35 pesos. En temporada de lluvia, es difícil transitar a pie

por los caminos de terracería debido a los baches y charcos de agua que se forman. El clima cálido húmedo con abundantes lluvias en verano ha generado que algunas localidades se vean afectadas por las inundaciones.

El modelo de asentamiento y herencia de la tierra es preponderantemente patrilineal, los hijos heredan del padre, y las hijas heredan por mediación de sus esposos. Al heredar el hijo y formar su propia vivienda se va creando una unidad familiar de tipo céntrico alrededor de la vivienda del jefe de familia. Es decir, en un mismo predio conviven los padres y sus hijos que ya son jefes de familia.

Al casarse, las mujeres se trasladan al núcleo familiar del marido. Debido a la costumbre de heredar a los hijos varones son muy pocas las mujeres de Zaragoza que poseen propiedades. Situación que desde la perspectiva de género se cataloga como desigual, puesto que muchas mujeres quedan excluidas de la distribución de la propiedad de la tierra debido a la preferencias masculinas en la herencia. Aunque esto ha ido cambiando en Zaragoza.

Una de las principales características de las viviendas es que las cocinas son construcciones individuales, de techo de palma con paredes de madera o adobe. Actualmente es común el uso de leña para cocinar, prácticamente en todas las localidades se cocina con leña. De esta situación se deriva la importancia de la recolección de leña, actividad cotidiana de los pobladores, tanto para el uso familiar como para la comercialización.

Para el abastecimiento de agua el municipio cuenta con tres pozos ubicados en la Colonia Marco Antonio Muñoz, así como con un tanque elevado, desde donde inicia la red de distribución. Sin embargo, el agua que se abastece no es suficiente, además de que en las localidades más alejadas el líquido llega con menos regularidad, incluso se escasea durante días.

Ya que no todas las viviendas disponen de agua entubada, las familias se abastecen de pozos. Si bien hay muchas familias nucleares con pozos propios, es común que en temporada de secas baje el nivel y se utilice uno sólo por cada

familia extensa. Esta situación, aunada a la falta de excusados y drenaje en algunas localidades, es un problema muy serio, ya que el agua de consumo humano puede contaminarse con heces fecales por lo que las familias se ven expuestas a padecer enfermedades gastrointestinales e infecciones en la piel (PDM, 2011).

El amplio porcentaje de trabajadores ligados a la prestación de servicios se fundamenta en la inserción de Zaragoza en la dinámica de la Zona Metropolitana de Minatitlán, por lo cual, los habitantes se desplazan a otros municipios a desempeñar sus labores, ya sea en la Central de Abastos de Minatitlán, a restaurantes en Cosoleacaque o en negocios ubicados en Jáltipan; las mujeres principalmente trabajan en el servicio doméstico. También son importantes las actividades de autoempleo como la sastrería y la panadería.

Pocos son los habitantes que practican la agricultura de maíz para el autoconsumo, pues la producción obtenida pocas veces alcanza para la comercialización, sin embargo su importancia radica en que es una estrategia local para contar con un complemento del salario. Hoy en día los jefes de familia más jóvenes ya no realizan este tipo de agricultura, debido a las inclemencias del tiempo, las exigencias físicas y la inversión de tiempo que el trabajo requiere.

La migración no ha gestado grandes cambios en el municipio, pues en relación con otros municipios indígenas colindante como Oteapan en donde muchas de las dinámicas de las mujeres han tenido que cambiar, recayendo en ellas algunas responsabilidades, como el sostenimiento de la casa durante largas temporadas, el cuidado y alimentación de los hijos, las tareas domésticas y comunitarias (Cfr. Hjorth, 2007). En Zaragoza no se observan estos cambios, pues el varón aun asume el peso total de la economía familiar, mientras que las mujeres se dedican a las labores en el hogar y el cuidado de los hijos, se considera que cuando la madre “sale a trabajar” descuida a hijos. Aquellas mujeres que trabajan fuera del hogar son mujeres jóvenes sin compromisos maritales o aquellas que no contaron con el apoyo de una pareja para mantener a los hijos.

Actualmente la deserción escolar en los grados de la educación posbásica (bachillerato y estudios superiores) es persistente (PDM, 2011). Según los pobladores las principales causas de este fenómeno es que los jóvenes abandonan los estudios por falta de recursos económicos y la necesidad de obtener un empleo. En contraste, la mayoría de los niños acuden a la primaria y secundaria, quienes reciben una pequeña beca por parte del Programa Prospera –antes Oportunidades-.

1.6.1. El Centro de Salud y recursos de atención

En la última década, el acceso de la población a los servicios de salud públicos han aumentado, pues pasó de 779 personas en el año 2000 a 6428 personas en el año 2010 (INEGI, 2000 y 2010). Este repunte se debe al empadronamiento de 5079 personas al Seguro Popular. Los datos de INEGI (2010) señalan que la población derechohabiente a servicios de salud es de 6428. La población derechohabiente a servicios de salud IMSS es de 845, al ISSSTE de 254 y 5079 al Seguro Popular (2252 familias).

El Centro de Salud ubicado en la calle 5 de Mayo e Hidalgo, en la cabecera municipal es la única institución de salud pública en Zaragoza. En 2010 el servicio que ofrecía el Centro de Salud a la población era mínimo, no había doctores y a veces sólo se encontraba un pasante de medicina, se carecía constantemente de medicamentos y las instalaciones eran precarias, pues sólo había un consultorio y una pequeña sala de espera (PDM, 2011).

Actualmente se observan cambios importantes en las instalaciones y servicios que brinda el Centro de Salud, pues en el año 2012 el gobierno del estado de Veracruz remodeló 21 Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria XI a la que pertenece el municipio de Zaragoza.[7] Por ello, desde el año 2013 se cuentan con mejores instalaciones en relación con las que se tenían en el año 2010.

[7] El Universal Veracruz, "Entrega Duarte 21 centros de salud para sur de Veracruz". consultado el 14 de junio del 2014 en: http://www.eluniversalveracruz.com.mx/desarrollo-sociedad/2012/entrega-duarte-21-centros-de-salud-para-sur-de-veracruz-17512.html

El Centro de Salud cuenta con ocho consultorios médicos y un consultorio dental; además, hay mayor personal, seis médicos y seis enfermeras, una trabajadora social, tres odontólogos y una persona encargada de detección de cáncer de mama; también hay una doctora encargada del área de planificación familiar. La mejoría también se observa en el insumo de medicamentos y en el aumento de vacunas; aunque la instalación eléctrica continua siendo deficiente.

Esta institución atiende a la población que pertenece a las localidades de El Laurel, Marco Antonio Muñoz, Rancho Viejo y la Cabecera Municipal. Entre los servicios que ofrece el Centro de Salud se encuentran: las consultas externas (atención médica a la población de todas las edades y pacientes de control como embarazadas, diabéticos, hipertensos y niños con desnutrición); el área de curaciones; medicina preventiva (aplicación de vacunas, muestras de Papanicolaou, exploración de mama) y equipo de vectores.[8] Además, el Centro de Salud cuenta con un área de trabajo social que junto con el Programa Prospera se encargan de llevar a cabo platicas de promoción a la salud.

El Centro de Salud cuenta con dos turnos para atender a sus usuarios. El primer turno inicia a las siete de la mañana y termina a la una de la tarde; el segundo, va de la una de la tarde a las 7 de la noche. Los usuarios que no cuentan con cita médica acuden desde muy temprano a formarse afuera de la institución para "sacar ficha" y recibir consulta médica. Los pacientes del turno de la mañana generalmente llegan desde las 5 de la mañana o antes para formarse y asegurar que recibirán una consulta médica, los del turno de la tarde acuden a formarse a las 11 de la mañana.

Quienes acuden con mayor frecuencia a recibir consulta médica son las mujeres, sus hijos, los adultos mayores y las embarazadas. En ocasiones, los usuarios no reciben consulta médica, pues a pesar de que acuden desde muy temprano al Centro de Salud no alcanzan ficha, ya que se reparten de 10 a 15 por consultorio médico mientras que la demanda asciende a 20 o 25 personas. Cuando éstos no

[8] Actividades de promoción a la salud y colocación de abate que ayuda a combatir los criaderos del mosco transmisor del dengue.

alcanzan consulta médica tienen que regresar al siguiente día y esperar nuevamente para "sacar ficha".

La demanda de atención aumenta en los últimos meses del año, cuando las beneficiarias del programa Prospera acuden al Centro de Salud para recibir su consulta médica anual. Si las mujeres no cumplen con este requisito tendrán una falta y les descontarán parte del apoyo económico que reciben, algunas tiene que acudir en más de dos ocasiones al Centro de Salud en busca de una consulta médica.

Como en el caso de la señora Ruth Martínez quién para poder asistir a su consulta solicitó por segunda vez permiso para faltar en su trabajo, ella es empleada doméstica en Mina. El primer día que fue al Centro de Salud no dieron consultas en su consultorio porque no había doctor. El segundo día que acudió al Centro de Salud repartieron 15 fichas, pero eran más de 20 mujeres las que esperaban obtener ficha y pasar a consulta con el doctor, quien les firma una tarjeta, señalando que acudieron a su chequeo anual. Todos los miembros de su familia inscritos en el programa tienen que pasar a consulta.

Según la señora Ruth el médico te pregunta si vas a firmar tarjeta, después te pregunta si tienes alguna molestia y nada más, las enfermeras son quienes te pesan y miden antes de entrar a consulta, cuando estas enfermo el doctor si te revisa. Ella quiere un doctor que no falte y sea constante, porque cuando no está el doctor de su consultorio no te mandan con otro doctor, simplemente no te dan consulta. Ruth y las mujeres que son beneficiarias del programa Prospera además de asistir a una consulta médica en el Centro de Salud, deben barrer las calles y llevar a sus perros y gatos a vacunar. Ella generalmente acude a atenderse con el médico particular para el que trabaja.

Otra de las razones por las que en ocasiones los usuarios no reciben atención es cuando los médicos se van de vacaciones y no hay quien los sustituya. Por ello, a pesar de que un amplio sector de la población tiene derecho a recibir servicios médicos no siempre los recibe. La falta de atención debido a la poca capacidad

del Centro de Salud afecta más a los adultos mayores, a quienes por su condición física les es más pesada la espera. Uno de los médicos del Centro de Salud opina que como son muchas las personas que solicitan la atención “no se dan abasto”, aunque siempre tratan de brindar consulta a todos los usuarios. Por tanto, como señala Bronfman (2003) el primer nivel de atención se caracteriza por sus deficiencias en la calidad de sus servicios, la frecuente saturación, la insatisfacción de las usuarias cuando los tiempos de consulta son prolongados y cuando el trato es inadecuado.

Esta situación generalmente no afecta a las mujeres embarazadas, pues ellas tienen programadas sus consultas médicas, sólo tendrá que acudir durante su primera consulta a "sacar ficha", después las enfermeras les programarán una consulta mensual, pues son pacientes llamadas de "control".

Otro de los servicios de salud públicos son las “Caravanas de Salud”. Estas ofrecen consultas médicas en las localidades más alejadas del municipio. Este programa consiste en la organización y operación de equipos de salud itinerantes y de unidades móviles que complementan a la red de unidades médicas fijas. Si bien, este programa se ha implementado como una estrategia para ampliar la cobertura de servicios de salud para atender a las personas que viven en comunidades dispersas, pequeñas y de pocos habitantes; en Zaragoza este servicio es poco efectivo dada la discontinuidad con la que estas acuden a las localidades, la falta de instalaciones, equipo y personal.

Entre las enfermedades más comunes que padece la población se encuentran las infecciones de vías respiratorias y gastrointestinales. Aunque, las enfermedades crónicas degenerativas (diabetes, hipertensión) también van en aumento. Según los habitantes y los médicos del Centro de Salud, los que más se enferman son los niños menores de 5 años, sobre todo de tos y gripe por los cambios de temperatura, así como de diarrea en temporada de lluvias, además hay presencia de dengue y tifoidea en las colonias.

Una de las doctoras del Centro de Salud considera que las enfermedades en el municipio se deben al *"clima, a la falta de higiene, a la educación, y al nivel socioeconómico al que pertenece la población. Así como, que consumen agua de los pozos, que no tienen drenaje y que defecan al aire libre".*[9] Respecto a las enfermedades respiratorias la doctora ve como causal de las enfermedades el hecho de que las familias vivan en hacinamiento y que conviven con animales (gallinas, perros y gatos). La desnutrición en los niños también es un problema grave de salud que ven los médicos. En los adultos sobresalen las enfermedades pulmonares porque la gente acostumbra a cocinar con leña, entonces la gente respira directamente el humo.

Entre los curadores no biomédicos se encuentran los hueseros y las parteras, aunque es importante destacar que estas últimas han ido incorporando a sus prácticas de atención elementos que se consideran parte de las técnicas de atención biomédicas, como tomar la presión a las mujeres. Esto se relaciona con la influencia que el sistema público de salud ha tenido en los curadores tradicionales mediante talleres de capacitación.[10] Actualmente, en Zaragoza encontramos a dos parteras certificadas por las instituciones públicas de salud.

En general, podemos señalar que la mayoría de la población del municipio es atendida por la Secretaria de Salud de Veracruz, mientras que instituciones como el IMSS y el ISSSTE tienen escasa intervención en la atención, ya que son muy pocas las personas que cuentan con derechohabiencia, y que las mujeres embarazadas acuden a recibir atención prenatal en el Centro de Salud de Zaragoza y acuden a tallarse con la Partera.

---

[9] Entrevista realizada el 13 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a la doctora Concepción del Centro de Salud.

[10] Actualmente, existe en Zaragoza un grupo de parteras empíricas capacitadas por el Centro de Evaluación Nacional de la Secretaría de Salud (CENEVIC). CRF. NOTISUR, "Certifican a 70 parteras" consultado el 18 de junio de 2014 En:http://www.diarionotisur.com.mx/index.php/noticias/coatzacoalcos/5532-certifican-a-70-parteras.

Capítulo 2.

La atención prenatal en el centro de salud y el riesgo obstétrico.

Después de la unión matrimonial es común que las mujeres de Zaragoza y sus parejas busquen tener un hijo, por lo que omiten el uso de métodos anticonceptivos. La mayoría de mis entrevistadas tenían conocimiento sobre los diversos métodos para prevenir el embarazo, pero durante su primera, y posteriores relaciones sexuales no los utilizaron. Esta situación se relaciona con la idea de consolidar la familia al tener hijos. Así las mujeres se embarazan poco después de casarse o de vivir en unión libre con sus parejas.

Las mujeres que residen en la cabecera municipal buscan atención del embarazo en el Centro de salud y/o con la partera. En el Centro de Salud las mujeres asisten a consultas mensualmente. Como ya lo he mencionado, dichas consultas se centran en la detección del riesgo obstétrico y en la atención de emergencias obstétricas. Este enfoque forma parte de las estrategias seguidas por la Secretaria de Salud de Veracruz y el programa estatal Madrinas Obstétricas.

Pero, la noción de riesgo no sólo la encontramos entre los objetivos de la atención prenatal; también permea en las representaciones de las mujeres que acuden a recibir atención del embarazo, pues, durante las entrevistas surgió continuamente la noción de riesgo, como si este fuera un elemento central que acompañara al proceso de embarazo, parto y en menor medida el puerperio. En este sentido, me interesa analizar las prácticas y representaciones que hay en torno al riesgo durante el embarazo.

Si bien, existen protocolos que definen los factores de riesgo[11]durante el embarazo, parto y puerperio; en el día a día, los sujetos construyen, reinterpretan y resignifican estas categorías a partir de las experiencias que se les presentan.

[11] Aquellos que tienen que ver con la salud actual de la mujer, con su historia de salud reproductiva y con la gestación actual.

En este sentido, me enfoco en los factores que en las representaciones de mis actores se ven como parte del riesgo. Aquellos que sobresalen en las narraciones de los médicos, parteras y las propias mujeres, categorías que aluden al "conocimiento cotidiano que los sujetos sociales construyen a partir de la experiencia vivida en el contacto con los otros y con el entorno material" (Jodelet, en Esparza, 2003:124-125).

El riesgo obstétrico es una categoría que adopta la perspectiva biomédica durante la atención del embarazo, parto y puerperio, pero que está sujeta a interpretaciones diversas de acuerdo a los referentes que cada grupo social tiene, por tanto, los *embarazos de alto riesgo* dejan de ser meramente un fenómeno orgánico o biológico para situarse en el plano de las construcciones sociales.

Además, el estudio de las representaciones sociales sobre los riesgos durante el embarazo, en el contexto de las mujeres de Zaragoza, permite acercarnos a la forma en que las mujeres viven y atienden el proceso reproductivo; así como los choques o complementariedades que hay entre los saberes médicos y los saberes tradicionales en torno a la atención del embarazo, pues, indiscutiblemente, dichas representaciones tienen un efecto en las acciones y búsqueda de atención que siguen estas mujeres.

Es importante señalar que para el análisis del riesgo retomo parte del enfoque de Jesús Montes (2007) y Maribel Blázquez (2009) para quienes, "los discursos del riesgo que se manejan en torno al embarazo y parto son utilizados como amenaza y culpabilización hacia las mujeres usuarias" (Montes,2007:44). Además, concuerdo con el análisis de Graciela Freyermuth (2003) para quien los riesgos en salud materna invocan a la cultura en la que se vive el proceso reproductivo.

A partir de la mirada etnográfica, de mi observación y participación como usuaria del Centro de Salud de Zaragoza y de las experiencias de atención de mis informantes describiré, cómo es la primera consulta de atención prenatal; cuáles son los riesgos durante el embarazo a partir de la perspectiva de médicos y parteras; las complicaciones que mis informantes presentaron durante la gestación

y cómo fueron atendidas. Así como las acciones que desde el Centro de Salud se impulsan para prevenir riesgos durante la maternidad.

2.1. Sobre el riesgo obstétrico

La atención del sistema público de salud que se da durante el embarazo, parto y puerperio en el municipio de Zaragoza se enmarca en el sistema biomédico que consta de controles o consultas médicas desde el inicio del embarazo. Mientras que la atención del parto y el nacimiento se dan en el hospital; posteriormente habrá controles durante el posparto.

En consecuencia, la atención obstétrica que recibieron mis informantes inició con el control prenatal en el Centro de Salud de Zaragoza. Esta etapa se ha visto como primordial para prevenir cualquier complicación en la salud de la madre e hijo. Básicamente es un programa de tamizaje en el que se identifica el riesgo obstétrico de la paciente, con el fin de generar la atención específica que ésta necesite con base en el riesgo identificado (Collado, 2014:134; Ordoñez, 2005:39).

Por tanto, se considera que la atención prenatal debería de iniciar en el primer trimestre (preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación) con el fin de identificar tempranamente los factores de riesgo (SSA, 1995). Tomando en cuenta que la detección y el tratamiento oportuno son fundamentales para reducir sustancialmente la mortalidad materna.

Así, la atención prenatal conserva el enfoque de riesgo, es decir, aunque el "embarazo es un proceso natural, en determinados momentos, por diversas circunstancias puede hacerse anormal o patológico justificándose por tanto la necesidad de una vigilancia y asistencia médica continua" (Blázquez, 2009:45). En México con el programa Arranque Parejo en la Vida (APV) y con la Norma Oficial Mexicana Nom-007-SSA2 1993, el concepto de embarazo de alto riesgo se integra con el propósito de atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Por ello, las unidades de atención deben disponer de un instrumento que permita calificar el riesgo obstétrico, lo cual serviría para la eventual remisión de las mujeres a un nivel superior de atención. Por ello, durante los años 2000 al 2006 el programa APV centró su modelo de atención y fundamentos en la concepción de alto y bajo riesgo obstétrico, y en lograr la atención calificada del parto (Freyermuth, 2014).

Durante el sexenio 2007-2012, el programa APV, incorporó el enfoque de Atención de Emergencia Obstétrica, sin abandonar el enfoque preventivo de las complicaciones centrado en la detección temprana de riesgos. Éste fue un cambio sustancial que se mantiene en transición, pues lo que sigue operando a nivel local es el enfoque de riesgo (Berrio, 2013). Tal y como ocurre en las prácticas de atención del personal de salud en el primer nivel de atención.

En el área de estudio, desde el año 2011 se implementó como política social la estrategia “Madrinas Obstétricas”, la cual nace a raíz de las propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los planteamientos fueron: reducir los riesgos en el embarazo a través del mejoramiento de los servicios de salud y las acciones comunitarias; además de asegurar el acceso a la atención por personal calificado.

Sin duda, estos programas son un marco referencial de las prácticas institucionales locales. Pero, como señala Berrio (2013) en la vida cotidiana se transforman, cuestionan y resignifican. En este sentido, el concepto de riesgo está sujeto a interpretaciones diversas de acuerdo a los referentes que cada grupo social tiene, por tanto, un *embarazo de riesgo* en el contexto de Zaragoza evoca a los saberes biomédicos y a los saberes tradicionales, aunque como se desarrolló anteriormente, los saberes tradicionales se subordinan frente a la hegemonía biomédica que inyecta predominantemente en las representaciones de las mujeres gestantes y parturientas su visión acerca del riesgo.

Una visión que normaliza el riesgo, ya que por un factor u otro la mujer se coloca en riesgo permanente durante el embarazo y el parto. El riesgo representado

desde el saber médico pondera algunos factores e ignora otros que resultan potencialmente peligrosos para la salud de la madre, como: que las mujeres no tengan “la fuerza”; la mala posición del bebé y la falta de recursos económicos. Además de los de carácter institucional que van desde la desatención por falta de personal, la violencia cotidiana que se vive en las salas de parto, las intervenciones quirúrgicas y la medicalización del cuerpo de la mujer.

En este sentido, lo que me interesa discutir sobre la categoría de *embarazo de alto riesgo,* es la ambigüedad con la que son diagnosticadas o clasificadas (por el personal de salud) las mujeres que se presume tienen embarazos riesgosos; ya que como propongo en esta investigación, existe una variabilidad de criterios, inconsistencias y contradicciones en el discurso médico acerca de los factores de riesgo; así como, la exclusión de factores socioculturales, económicos e institucionales que -además de los de carácter biológico-, también colocan a la mujer en situaciones de riesgo durante la maternidad.

No niego el hecho de que durante la gestación o al momento del parto se puedan producir complicaciones, pero la forma en que éstas serán atendidas responde a la solidez de las relaciones familiares, el acceso a las instituciones de salud y a la calidad de las mismas; y no a la simple etiquetación o enunciación de que la mujer sea portadora de riesgo. Tal y como discutiré a continuación.

2.2. Las consultas de atención prenatal en el Centro de Salud de Zaragoza

Como ya he señalado, durante mi estancia en trabajo de campo recibí atención prenatal en el Centro de Salud de Zaragoza. Mi primera consulta fue programada por la doctora Adela, quien después de conocer mi condición de embarazo se ofreció a atenderme. Esa primera vez no tuve que formarme desde muy temprano como los demás usuarios, cuestión que resulta ser muy enfadosa por la larga espera y porque en ocasiones los usuarios no alcanzan ficha, situación que limita su acceso al servicio.

En aquella ocasión llegue al Centro de Salud acompañada de mi madre, eran aproximadamente las dos de la tarde. La enfermera me recibió y me pidió que

respondiera algunas preguntas para llenar mi expediente clínico. Específicamente me preguntó: ¿tienes familiares con diabetes, con presión alta o baja?, le comenté que mi abuela murió a causa de la diabetes y que mi hermana presentó presión alta durante su último embarazo; la enfermera me señaló que esta información ayudaba a identificar mi riesgo obstétrico.

También me preguntó por mi tipo de sangre, me midió, pesó, tomo la temperatura y la presión arterial, todos los datos los registró en el carnet de embarazo. Después me preguntó que si me sentía mal o me dolía la cabeza, pues mi presión arterial estaba baja (80/60) y tenía un poco de calentura, le respondí que no, que debido al abundante calor de la tarde no había notado que tenía temperatura. Después me senté a esperar, transcurridos unos minutos, me pidió que entrara al consultorio con la doctora Adela, quien continuaría con la exploración física y con el llenado de los expedientes clínicos.

Al entrar al consultorio la doctora Adela también me hizo una serie de cuestionamientos que se enfocaban en determinar cuál era mi riesgo obstétrico. En ese sentido, comenzó a preguntarme: ¿consumes alcohol o drogas?, ¿fumas?, ¿tomas?, a lo que respondí que no, ella registraba todo en mi expediente. Me tomo nuevamente la temperatura y preguntó si me sentía mal, conteste que no, me dijo que no era muy alta mi temperatura, que tal vez me estaba adaptando al clima y al nivel de mar, pero que si más tarde llegaba a sentirme mal fuera al Centro de Salud a verla.

La consulta continuó con el llenado de un tríptico que mostraba en la portada a una mujer embarazada, junto a ella otra mujer que tocaba su panza; el tríptico se llamaba “Plan de Seguridad en el Embarazo, Parto y Cuarentena”, en él anotó mi nombre y el de mi madre. La doctora preguntó: ¿tu madre será tú madrina obstétrica?, dije que sí. Posteriormente abrió el tríptico y comenzó a leer: responde con el médico las siguientes preguntas, ¿cuál es la fecha probable de tu parto?, contesté que el primero de febrero del 2015; ¿Quién atenderá tu parto?, ella respondió, un médico; ¿en dónde atenderán tu parto?, la doctora escribió en el tríptico, Hospital de Minatitlán o especialidades de Coatzacoalcos.

El Plan de Seguridad también incluía preguntas como: en caso de que tuvieras alguna complicación o urgencia: ¿a quién le avisaras?, ¿a dónde acudirás?, ¿quién te acompañará?, ¿quién cuidará a tus hijos en caso de tenerlos?, ¿qué transporte utilizará para llegar al hospital? Estas preguntas tenían la finalidad de instruirme sobre las acciones que debía llevar a cabo en caso de alguna complicación. Finalmente, el Tríptico mostraba con imágenes las señales de alarma: *"si se te hinchan la cara, manos o píes; te duele la cabeza, escuchas zumbidos, ves lucecitas o tienes calentura y escalofríos acude inmediatamente a tu Centro de Salud"*.

La doctora me leía todas las señales de alarma, además escribió en el tríptico su nombre y celular; así como el de la encargada de la jurisdicción sanitaria. La importancia de tener estos números era por si ocurría algún problema, ya que les había pasado con una chica que no querían atender, pero que la encargada de la jurisdicción lo resolvió. Para finalizar el tríptico la doctora me pidió que acudiera al DIF municipal para pedir información sobre la ambulancia, y que contactara a dos taxistas que ante alguna emergencia me pudieran llevar al hospital.

Después de llenar el Tríptico la doctora me pidió que me recostara, me midió la panza con una cinta métrica, tenía 22 cm y lo registró en mi Carnet Perinatal. Regresamos a su escritorio y me dio una hoja con la que tenía que sacar una cita con el ginecólogo en el Hospital de Minatitlán, pues le dijeron que en el hospital de Cosoleacaque no había ginecólogo. La cita médica terminó, la doctora me dio un Carnet Perinatal y un Plan de Seguridad. También me pidió que fuera al área de medicina preventiva para que me vacunaran contra el tétanos.

En general, me pareció que la doctora Adela me había dedicado tiempo suficiente durante la consulta y que había sido muy amable conmigo. Según mis informantes, todas estas acciones se llevaron a cabo en el Centro de Salud de Zaragoza durante sus consultas prenatales. A todas se les realizó un historial clínico, se les brindó ácido fólico, fueron vacunadas contra el tétanos, les realizaron un Plan de Seguridad y fueron informadas por su médico o doctora

sobre los signos de alarma, aunque en muchos casos los recordaban ambiguamente. Las consultas subsecuentes fueron similares.

Como se observa en mi descripción, la consulta médica se centró en identificar mi riesgo obstétrico y en las acciones que debía realizar en caso de tener alguna complicación. Sin embargo, considero que no fueron claros los instrumentos, categorías o criterios usados para determinar si yo era una mujer con riesgo obstétrico o no. Aunque a lo largo de mi trayectoria de atención siempre se me etiquetó como una paciente con alto riesgo obstétrico. Tal y como les ocurrió a algunas de mis informantes quienes se consideraban pacientes con un embarazo de riesgo, sus frases más comunes eran: “ya corría riesgo”, “yo iba ya con alto riesgo”, “tenía miedo y era riesgoso”.

2.3. Factores de riesgo durante el embarazo

Entre mis informantes que consideraban que su embarazo era de riesgo se encuentra Hisela, a quien le informaron durante sus consultas prenatales que por ser “bajita” (Hisela mide 1.40 metros) no podía dar a luz de forma normal y tendrían que practicarle una cesárea. El uso de esta categoría como factor de riesgo obstétrico se reafirmó cuando acudió al Hospital de Cosoleacaque para que la atendieran durante el parto.

> *Fui al hospital casi tres días, porque como te digo no sentía dolores, porque yo fui aquí (centro de salud) y me mandaron a Cosolea, ahí fui primero. Pero me dijeron que no iba a poder dar a luz normal porque, por la estatura y porque no había ginecólogo. Saliendo de ahí (hospital Cosoleacaque) me fui para allá (Hospital Civil de Mina), pero me dijeron allá en el Hospital Civil que eso no tenía nada que ver que iba a ser parto normal.*[12]

Como se muestra en el testimonio, Hisela fue clasificada y tratada como una paciente de alto riesgo sin serlo; tendiente a ser intervenida quirúrgicamente bajo un criterio que carecía de justificación médica o técnica, pues al trasladarse al hospital de Minatitlán los médicos que la atendieron le explicaron que su parto

[12] Entrevista realizada afuera del Centro de Salud el 8 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver, a Hisela Martínez Torres de 29 años.

sería normal debido a que su baja estatura no justificaba la práctica de una cesárea; tal y como se lo habían indicado en el hospital de Cosoleacaque. (Ahondaré más sobre la atención que recibió Hisela en el capítulo cuatro).

En consecuencia, considero al igual que Ordoñez (2005) que la detección del riesgo obstétrico debe contar con una mayor especificidad, para que las pacientes con un riesgo real no dejen de ser identificadas, y evitar que pacientes que no tienen riesgo sean tratadas como si lo fueran; ya que se pueden generar prácticas inadecuadas de sobretratamiento en mujeres que no lo necesitan.

Al cuestionar a uno de los médicos que laboran en el Centro de Salud sobre por qué la baja estatura de las mujeres representa un factor de riesgo durante el embarazo respondió que:

> *La estatura, técnicamente si podría ser un factor de riesgo, pero tomamos más en cuenta otros factores como por ejemplo, obesidad, que podría ser por ejemplo un factor un poquito más alto; la edad, las edades como muy jovencitas o las pacientes ya muy añosas, entre los 35 años, ya se consideran pacientes de alto riesgo… Mi paciente más grande ahorita tiene 41 años, añosa y multigesta, ya tiene varios hijos. Te digo que si hay incidencia de pacientes de alto riesgo, alto riesgo significa que es embarazo de cuidado y todo embarazo de cuidado pues obviamente se le da un poquito de prioridad que otros pacientes... Desde la primera consulta a la paciente se le informa, sabes que, mira por tu edad tu embarazo es de alto riesgo, tienes que tener cierto cuidado.*[13]

Como señala el médico del Centro de Salud existen diversos criterios que pueden determinar el riesgo obstétrico, pero la estatura no es un factor relevante que indique algún tipo de riesgo durante el embarazo o parto, como le explicaron a Hisela. Para el médico, la edad, la multiparidad o padecimientos como la diabetes son factores más importantes a considerar.

Para la doctora Concepción la edad de las mujeres embarazadas también representa un factor importante que determina el riesgo obstétrico, pues como me señaló, los embarazos en adolescentes conllevan ciertos efectos adversos para la

[13] Entrevista realizada en el Centro de Salud el 16 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver, al Médico Marco Antonio Piña Arrollo.

salud de la madre y del hijo, los cuales tienden a atribuirse a la inmadurez biológica de la joven embarazada.

> *Me he dado cuenta que con las embarazadas adolescentes he tenido más casos de prematurez, de preeclampsia, son las que desarrollan preeclampsia o mayor riesgo de que los niños sean prematuros… tengo mucha adolescente, tengo adolescentes de 18 y 19 años, en las adolescentes y por arriba de 35 años y menores de 19 hay más riesgo obstétrico.*[14]

La perspectiva de la doctora Concepción y el doctor Piña sobre que la edad representa un factor de riesgo parte de los protocolos de atención prenatal, los cuales surgen a partir de ciertos campos disciplinarios como la demografía, la medicina, la epidemiología y la psicología social que definen el embarazo a temprana edad como un problema social y de salud (Cfr. Stern y García: 2001,334).

Desde la visión del saber biomédico, tres de mis informantes (Sandra, Lidia y Miriam) fueron clasificadas como mujeres con un embarazo de alto riesgo, por ser adolescentes (menores de 20 años). En el caso de Lidia, quien se casó a los 17 años y tiempo después se embarazo, resalta el hecho de que a pesar de que fue clasificada como una paciente de riesgo, durante su embarazo nunca presentó alguna complicación y su parto fue normal: “decían que corría riesgo, que porque tengo 17 años”.[15]

Lidia fue criada por una de sus tías quien la maltrataba constantemente. Al adquirir mayor edad y entrar al bachillerato, Lidia decidió abandonar a su tía porque no aguantaba más la vida de maltrato y carencias, así que decidió huir a la casa de sus abuelos, con ayuda de su novio sacó parte de sus pertenencias. Esta acción la condujo a un matrimonio no deseado, pues su madre, quien nunca se había preocupado por ella, argumentaba que el huir con ayuda de su novio significaba

[14] Entrevista realizada el 9 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a la Doctora del Centro de Salud Concepción Cárdenas.

[15] Entrevista realizada el 10 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Lidia Yanet.

que ellos tenían algo que ver (refiriéndose a relaciones sexuales), por lo que debían casarse.

Al parecer, la madre de Lidia ejerció tanta presión y poder sobre ella y el joven novio que finalmente terminaron casándose; sin embargo, la familia del joven y sobre todo la madre nunca estuvo de acuerdo. Después del matrimonio Lidia dejó la escuela para dedicarse al hogar, se fue a vivir con sus suegros y se convirtió en adventista, después llego su primer hijo. La relación que Lidia mantenía con su suegra no era del todo buena, ya que al llegar al matrimonio en desventaja y vulnerabilidad, de cierta forma también era maltratada por esta figura femenina.

Como señala Graciela Freyermuth la suegra es tan importante para el bienestar de las mujeres, que el no contar con su aprobación conduce a situaciones de violencia que necesariamente repercute en la salud y en el riesgo de enfermar porque las redes familiares no son sólidas como para resolver los problemas de salud que aparecen en la maternidad (Freyermuth, 2003).

En este sentido, la edad en la que se produce el embarazo no es, en sí, la causa de las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo, sino el origen social y familiar del que proviene la joven. En este caso, observamos diversos factores que constituyen un riesgo durante la maternidad como: la concertación del matrimonio en desventaja para Lidia, la falta de apoyo de su red familiar de origen, la pobreza, la violencia interfamiliar, el abandono escolar y su rol de subordinación, son factores de carácter sociocultural que tienen tanto o mayor peso e importancia en la explicación de las consecuencias negativas para la salud, que los factores biológicos como la edad, pero que no son tomados en cuenta por el personal de salud. Pues, cuando “el embarazo se da a partir de los 15 años, en condiciones adecuadas de nutrición y atención prenatal, no conllevan riesgos mayores que los embarazos y partos que se presentan entre los 20 y 25 años” (Stern y García, 2001:334).

Además, este caso nos dejar ver que cuando las relaciones entre mujeres de diferente generación se desarrollan en un ambiente de violencia y desigualdad, las mujeres de la generación más joven se verán sometidas al dominio y a tener que obedecer a las mujeres de mayor edad en ámbitos que competen a su sexualidad; es decir que, intragenéricamente se instaura el conflicto en el seno familiar, y al mismo tiempo, el control sobre el cuerpo y la sexualidad de la mujer. Sin duda, este fenómeno ocupa al campo de los estudios de género, pero se vislumbran en los procesos de salud-enfermedad y atención.

Otro aspecto importante es que, la asociación que tiende a establecerse entre la edad y los riesgos para la salud, han definido cualquier embarazo en mujeres menores de 20 años como un embarazo de riesgo. Además, esto influye de manera importante en la creencia de que: *"ahorita son más riesgosos los embarazos, ya no es como antes"*[16] y que el embarazo como norma debe ocurrir a cierta edad por razones biomédicas, después de los 20 años y antes de los 35.

Desde otra visión, las parteras de Zaragoza consideran que la edad de las mujeres no representa un riesgo durante el embarazo o el parto, sino la capacidad de la mujer para *"dar la fuerza".* Para la partera Catalina las adolescentes y las mujeres *añosas* pueden tener un embarazo normal si éstas ya cuentan con experiencia reproductiva, pues se asume que la gestante tiene conocimientos suficientes sobre el propio cuerpo y se confía en que *"dará la fuerza"* suficiente.

Las mujeres primerizas son quienes requieren de mayor cuidado, pues su inexperiencia representa un riesgo durante el embarazo y trabajo de parto, porque al no tener *"la fuerza"* pueden surgir complicaciones cuyas consecuencias sean negativas para la salud de la madre y el bebé:

> *Me vienen a traerme sus esposos en un taxi especial para ir a ver a la paciente, si todavía falta pues me regreso a mi casa, pero si veo que es primeriza no lo*

[16] Entrevista realizada el 21 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.

dejo, ahí me estoy. ***Apenas una primeriza que encontramos, no daba fuerza y es un riesgo, ya no respiraba el bebé*** *…****las primerizas, no saben todavía****, pueden decir que ya está doliendo y no es cierto, no viene todavía, cuando viene va a venir lento, poquito dolor, a cada contracción va venir fuerte, cada vez más fuerte, a veces tiene dolor pero contracciones no tiene, trabajo de parto no, puro dolor; yo mi panza me dolía tres días, todo así todo, a los tres días ya sabía que me iba a aliviar, yo ya estaba en mi cama, me levantaba temprano y me aliviaba. Yo digo que porque* ***hay mujeres que son delicadas*** *porque no todas, a unas no les pasa nada, yo he trabajado y tuve bastantes hijos y nunca me paso que sangraba, nunca sangre cuando yo estaba embarazada, y son delicadas ahora, mal tiempo no sé porque.*[17]

También es notable que para la partera haya mujeres delicadas y mujeres que "*dan la fuerza",* lo que implica riesgos diferenciales. Así como, que la multiparidad no necesariamente representa un factor que determine el riesgo en un embarazo (esto no niega que las mujeres multigestas puedan tener embarazos complicados), más bien se valora la experiencia reproductiva de las mujeres que tienen varios hijos; mientras que desde la biomedicina, la multiparidad se ve como un riesgo, por tanto las mujeres que tienen más de seis hijos serán clasificadas como mujeres con un embarazo de alto riesgo.

El planteamiento acerca de que la multiparidad y el embarazo en adolescentes forman parte de los riesgos en el embarazo, ha tenido como consecuencia un incremento en la oferta, la promoción y en ocasiones la presión hacia las mujeres para que adopten algún método anticonceptivo (cfr. Berrio, 2013). Tal y como le ocurrió a Victoria:

No quise nada porque ya mi mamá y otros familiares me dijeron que pues el dispositivo a veces daña a uno, le hace un poco de daño a uno y este pues si me entró un poquito de miedo y dije: mejor no, porque una de mis primas le pasó un caso de que se le encarnó por dentro y eso a mí me dio miedo y decidí no ponerme nada…Me preguntaron y a la vez como que me insistieron que me lo tenía que poner porque para no embarazarme rápido, porque luego dentro de un año los veo aquí. Ósea ya el doctor en el hospital decía después de un año ya

[17] Entrevista realizada el 19 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a la Partera Catalina.

las veo otra vez aquí y es mejor que se cuiden, y no, aun así le dije que no, dijo: que esos son mitos que la gente dice, y eso no es dañino para nada, pero aun así yo no quise. No me puse nada ni en el de ella (segunda hija).[18]

Como narra Victoria, después de que las mujeres dieron a luz los médicos desarrollan una serie de estrategias para convencerlas de que usen un dispositivo intrauterino y no vuelvan a embarazarse, incluso las regañan y rechazan su saber porque lo consideran como "*un mito".* A pesar de esto, Victoria se reusó al uso de anticonceptivos por el propio deseo de tener más hijos, y porque consideraba que los medicamentos y dispositivos invaden su cuerpo causándole molestias y/o complicaciones. Como en el caso de Nicolasa a quien le *lastimaba* el DIU:

Me lo revisaron, uno de esos días me empezó a lastimar demasiado, y los hilos salían mucho por fuera y al caminar me lastimaba bastante, y ya me estaba pegando infección. Según el doctor no te hacía daño, pero el hilo estaba muy larguísimo, y si lo cortaron el hilo y eso era lo que me lastimaba. [19]

En términos generales, vemos que la mirada de control sobre la fecundidad y el cuerpo de las mujeres se mantiene en las prácticas y representaciones de los prestadores de salud (Berrio, 2013:64). Aquellas que no desean seguir este control deben defender su derecho a decidir frente a los prestadores de salud. Por otro lado, vemos que el uso de la cesárea en la atención al parto, también limita el poder de decisión de las mujeres y sus parejas acerca del número de hijos a tener, pues cuando una mujer ha tenido una o dos cesáreas se ve obligada a adoptar métodos definitivos de anticoncepción.

Para las mujeres y las parteras, uno de los riesgos que pueden surgir durante el embarazo es que el bebé este en *"mala posición*". Por ello, generalmente a partir de los cinco meses -cuando el bebé está grande- las mujeres acuden con la partera para que las "*talle".* Esta es la principal práctica terapéutica que realizan las parteras, el tallar a las mujeres significa que las parteras soban la panza con la finalidad de acomodar al feto en posición adecuada para el parto. Según la partera

[18] Entrevista realizada el 24 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Victoria.
[19] Entrevista realizada el 23 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Nicolasa.

Ricarda, el bebé tiene una mala posición cuando está atravesado (posición transversa), boca arriba o de nalgas. Este tipo de posiciones dificultan el trabajo de parto vaginal por lo que, para las mujeres representa una de las principales causas por las que se les practica una cesárea*: "le van a hacer cesárea porque no se ha ido a tallar, ese bebé esta volteado".*

En este sentido, la atención con la partera está enfocada en la prevención de la cesárea y a diferencia de la atención biomédica que promueve el control desde las primeras semanas de embarazo, ésta inicia cuando el embarazo está avanzado y el bebé tiene el tamaño suficiente para que la partera pueda sentirlo y acomodarlo. Desde esta perspectiva, podemos inferir que la noción de riesgo se asocia principalmente con que el bebé no tenga la posición correcta durante el parto, cuestión que todas mis informantes previnieron al "tallarse" con la partera. Además de que las mujeres se *tallan* como medida terapéutica para aliviar las molestias del embarazo.

> *Yo tengo una tía que es partera e iba con ella para que me tallara. La verdad me gusta ir con la partera porque de repente si ella (bebé) estaba mal atravesada, ella (la partera) me la acomodaba, y sí se me quitaban los dolores. De repente no me podía ni acostar porque me empezaba a doler y sí, me lo acomodaba y yo me sentía bien, podía andar caminando y así.*[20]

Si bien, las mujeres acuden con la partera durante el embarazo para evitar complicaciones derivadas de la posición que adopta el bebé, algunos médicos como la doctora Concepción consideran que el "tallarse" forma parte de las prácticas de riesgo que llevan a cabo las mujeres, las cuales son difíciles de modificar:

> *Lo que pasa es que si tienen un dolorcito se van con la partera, y pues a veces vienen con más molestias. La semana pasada vi a una que traía sangrado transvaginal y de la partera se vino para acá y pues yo siento que fue por mover al bebé; pero yo creo que ir contra sus creencias y costumbres es muy difícil manejarlas, porque como te repito de la noche a la mañana no se les van a quitar*

[20] Entrevista realizada el 20 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.

esas costumbres. Con las parteras ha habido problemas porque no nos entienden cuando les explicamos, porque ellas no hablan bien el español, eso hace un problema, y son las parteras que han tenido más problemas con los partos.[21]

La doctora Concepción expresa como en el ámbito de atención a los procesos de salud-enfermedad, la biomedicina y el sistema de salud público funcionan como instituciones portadoras de autoridad que buscan la hegemonía en lo concerniente a regular los procesos de atención del embarazo-parto y puerperio (Blázquez, 2010). A pesar de que durante el embarazo, el saber biomédico no es la única forma de atención, la representación de la doctora Concepción es que este saber es el de mayor eficacia y seguridad terapéutica para las mujeres en gestación. En consecuencia, los riesgos que no son considerados por la biomedicina, son aquellos que parten del saber tradicional y el de las propias mujeres.

Para el médico del Centro de Salud, las parteras que se han capacitado con las instituciones de salud son quienes sirven de apoyo en la derivación de las mujeres hacia los servicios médicos:

En ese sentido, te digo uno se apoya mucho de las parteras, porque dentro de la misma capacitación que yo sepa se le da información a la partera para que ella, por ejemplo, si detecta algún tipo de anomalía o algún signo de alarma, ella misma nos refiere a la paciente, sobre todo porque hay pacientitas que tienen mucho eso, de ir con la partera a tallarse, obviamente uno no les dice que no lo hagan y si tienen mucho esa costumbre.[22]

Esta situación refleja la ambivalencia entre tensiones y contradicciones, pero también posibles momentos de complementariedad entre parteras y médicos (Cfr. Jiménez, et al, 2008). Aunque el saber de las parteras, generalmente se haya subordinado al modelo biomédico, pues estas son reconocidas cuando reciben capacitación del sistema de salud.

En términos generales, observamos que la variación que se da en la valoración de la importancia de cada uno de los factores de riesgo depende de la visión de los

[21] Entrevista realizada el 11 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a la doctora del Centro de Salud Concepción.
[22] Entrevista realizada el 16 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., al doctor del Centro de Salud Antonio.

terapeutas, su experiencia y la percepción que tengan de cada mujer; así los médico clasificaran a un embarazo como de alto riesgo cuando las mujeres sean adolescentes, añosas y/o multigestas. Mientras que las parteras verán el riesgo en los embarazos de las mujeres primerizas, débiles y en aquellas que no tengan "la fuerza". En este sentido, vemos una diversidad de posiciones que se complementan o contraponen en relación al riesgo durante el embarazo, y que en gran medida establece el riesgo durante el parto.

2.4. Algunas complicaciones y su atención

Durante la atención prenatal se busca que la mujer logre identificar los signos o síntomas que indiquen algún problema durante el embarazo, para así evitar complicaciones graves como la muerte; por tanto, los médicos del Centro de Salud informan a las mujeres sobre los "signos de alarma"[23]durante la primera consulta prenatal. Tal y como lo menciona la doctora Lizet:

> *La mujer desde que llega, le voy a entregar un formato, se le entrega también este formato que es un Plan de Seguridad vienen hasta figuritas para que la mujer si no sabe escribir y leer este orientada según las molestias que ella pueda tener. Si dolores de cabeza, zumbido de oído, visiones con ráfaga, si no hay movimiento, si tiene sangrado o líquido vaginal o hay convulsiones, ósea, ahí está, tiene que acudir, créame la gente lo sabe, lo sabe.*[24]

Cuando cuestioné a mis informantes sobre cuáles eran estos signos o que información les proporcionaron en el Centro de Salud, sólo cinco de mis diez informantes los recordaban. Por ejemplo, Facunda mencionó que: *"pues nos dijeron que si tenía temperatura o tenía sangrado que ya corría riesgo, cualquier cosa que yo sintiera que ya corría riesgo",* y Victoria al igual que Sandra, Fátima y Patricia señalaron que: el dolor de cabeza, que el bebé no se moviera y los zumbidos indicaban que algo no estaba bien. Mis otras informantes decían: *"son varios pero ya se me olvidaron".* Esto nos recuerda que los mensajes de salud no

[23] Disminución de los movimientos del bebé; salida de sangre por la vagina; dolor de cabeza; hinchazón de tobillos, cara o manos; visión borrosa o ver lucecitas; zumbido de oídos; dolor en la boca del estómago; dolor o ardor al orinar; fiebre; flujo vaginal que arde o produce comezón, etc.
[24] Entrevista realizada el 4 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a la doctora del Centro de Salud Lizet.

se aprenden o se transmiten en la consulta prenatal. Se debe valorar y evaluar la forma en que dichos mensajes son transmitidos a las mujeres.

Si bien, para algunas de mis informantes era vaga la información sobre los signos de alarma, la mayoría tenía claro que existían riesgos en el embarazo y que frente a alguna complicación debían acudir al Centro de Salud o al Hospital de Cosoleacaque; pero qué ocurría cuando las mujeres asistían a las instituciones de salud por causa de alguna complicación, y qué tipo de atención recibían las pacientes clasificadas con un embarazo de alto riesgo.

En el caso de Sandra una de las complicaciones que padeció durante el embarazo fue que le "*estaba bajando el sangrado".* Ella recuerda que:

> *En este que tuve (embarazo) quería abortar y fui, pero no me atendieron, ahí me dejaron esperando, y ya le dije es que se me está bajando el sangrado y no me quisieron atender. Me dijeron: ahorita siéntate, me fueron a atender hasta que ellos quisieron…ya tenía 4 meses…fui (al Centro de Salud) porque no sabía qué cosa estaba pasando y casi no me quisieron atender porque me dijeron que porque no saque ficha, que las fichas se sacan temprano y le dije que pues no me había pasado, me pasó a la hora pues que fui. No me atendieron, me dijeron siéntate ahorita te revisamos, pero sabes que las fichas se sacan temprano y debe de ser con tu doctora porque si pasas en la tarde atrasas a los pacientes del doctor, porque fui en la tarde. Después de una hora que fue que me atendieron…Me quede esperando hasta que me atendieron, me dijeron que a la mejor porque se me estaba bajando, que iba a reglar y se me estaba bajando ya en ese momento, pero nada más eso me dijeron…pues era algo de emergencia y me tenían que atender aunque no sacara ficha. En las consultas me dijeron que a la hora que yo tuviera un dolor de cabeza, un mareo o sangrado que fuera al Centro de Salud, que me iban a atender, que fuera, pero no me atendieron.*[25]

Como se observa en la narración, Sandra tenía claro que frente a alguna complicación debía acudir a alguna institución de salud para ser valorada. Pero la respuesta de la institución a la que acudió no fue la esperada, a pesar de que en las consultas prenatales se le mencionó que en el momento en el que presentara

[25] Entrevista realizada el 22 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Sandra

alguna complicación debía acudir inmediatamente a recibir atención médica, la cual tiene que ser preferencial para las mujeres embarazadas.

En el momento en el que Sandra acudió al Centro de Salud, lo que operó en el tipo de atención que recibió fue el sistema organizacional de la atención mediante citas médicas, el cual, sin duda no tiene cabida frente a las emergencias obstétricas, ya que la demora es uno de los principales aspectos de la atención biomédica institucional que se busca erradicar por sus implicaciones en la salud de las mujeres y sus hijos.

Respecto a esta situación el doctor Antonio y la doctora Lizet señalaron que frente a las emergencias obstétricas se realizan las siguientes acciones:

> *A la mayoría de las pacientes si se les ha inculcado la cultura de acudir si hay alguna emergencia obstétrica y en las veces que han acudido si se les ha dado atención. La embarazada* ***siempre es prioridad*** *incluso a veces por delante de los otros pacientitos, ya que sabemos que es una embarazada, sobre* ***todo si sabemos que es de alto riesgo…***
>
> *Las embarazadas presentan infecciones de vías urinarias que de hecho son comunes, cervicovaginitis por ejemplo, que haya una infección vaginal, o infección mixta que haya tanto infección vaginal como urinaria. Se quejan a veces de gastritis que a veces puede ser comprensible por el tiempo de embarazo, y complicaciones, así como tal, pues la preeclampsia que sería el padecimiento que más se presenta en las embarazadas. Se checa la presión pero obviamente hay otros lineamientos, hay otros criterios para identificar a una paciente con preeclampsia, se les pide estudios de laboratorio, se checa que no haya datos de edema o hinchazón de los piececitos, se detecta por* ***ejemplo estudios de laboratorio de sangre y de orina, y ya por ejemplo estos estudios dan ciertos criterios que nos ayudan a diagnosticar a la paciente preeclamptica, con infección o anémica****…*
>
> *Me han tocado pacientes con preeclampsia, con sangrado si, umju, amenazas de aborto, lo que pasa es que en el embarazo se considera*

amenaza de aborto hasta las 20 semanas de embarazo que son como los cuatro meses y medio; ya después de los cuatro meses y medio si hay sangrado o alguna emergencia se le llama amenaza de parto prematuro, ya que el bebé está más formadito y hay riesgo de que se pueda perder. Si nos han tocado algunas pacientitas con amenazas de aborto, ósea menos de 20 semanas de embarazo que tienen sangradito y que hay riesgo de que se caiga el bebé o después de las cuatro semanas y media, a mí me ha tocado en muchachitas adolescentes por ejemplo, no digo que todas pero la mayoría de amenazas de aborto me ha tocado verlas en pacientes adolescentes.[26]

Una urgencia es algo no planeado. También hay muchas urgencias, la mujer aquí tiene la tendencia a desarrollar hipertensión durante el embarazo, entonces llega, me duele la cabeza, que estoy hinchada y boomm, entonces hay que referirlas, entonces aquí nosotros con el ayuntamiento hay una red social activa que dice que la urgencia obstétrica o del recién nacido tiene atención 365 días al año, 24 horas para poder hacer su traslado al hospital más cercano que es Cosoleacaque, aquí cuenta con chofer especial con vehículo especial que tiene obviamente combustible necesario para hacer el traslado, pero es exclusivamente para urgencias…cuando es una urgencia prácticamente se atiende y se hace la referencia y se solicita el vehículo y se hace el traslado. [27]

Como lo expresa el médico Antonio y la doctora Lizet, para el personal del Centro de Salud existe un deber ser en cuanto a cómo atender a la embarazada que presenta alguna complicación; es decir, se le debe brindar atención prioritaria; pero lo que se hace cotidianamente, a causa de las condiciones estructurales e institucionales que condicionan el actuar médico -como la saturación-, les impedirán generar una atención oportuna, y por ende, sus prácticas no necesariamente concuerdan con sus representaciones.

[26] Entrevista realizada el 18 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., al doctor del Centro de Salud Antonio Piña.
[27] Entrevista realizada el 4 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a la doctora del Centro de Salud Lizet.

Además, el doctor menciona que para el diagnóstico de las complicaciones obstétricas los estudios de laboratorio de sangre y de orina son necesarios. Respecto a los análisis médicos mis informantes mencionaron que:

> *La verdad cuando te hacen lo entregas y ya, ellos no lo ven, ni te lo revisan, como que nada más te lo piden porque según en el hospital te lo van a pedir, pero en el hospital allá tampoco te lo revisan. A veces solo te dicen tienes infección, no te decían, nada más lo checan y escriben, pero no te dicen oye estas así o tienes esto. Ella solo me preguntaba, ¿tienes infección?, ¿cómo vas a papi?, ¿te arde? es lo único que me preguntaba, por lo menos esa doctora no, casi la mayoría lo ven ellos y ya. Como mi suegra conoce un poquito de eso, me decía que estaba bien, pero en el hospital no te decían nada.*[28]
>
> *Como no se hacen aquí (análisis), nos mandaron al hospital de Cosolea, y como no tenían todos, unos los hice en particular porque no los tenían aquí en el hospital, me salieron creo que 200.*[29]
>
> *Todos mis análisis los hice a particular porque ahí no hay nada, todos mis análisis los hice en particular porque en Cosolea casi no hay nada, y en Mina no podemos ir, te regresan a Cosolea, pero si no hay ahí arréglatelas tú, entonces mejor a particular.*[30]
>
> *Me dieron medicamentos, las vacunas, los análisis no porque esos te los mandan a hacer a Cosolea, o si no hay en Cosolea en particular.*[31]
>
> *De VIH, normal, todo bien. En el de orina fue la que me detectó una pequeña infección. Me dio medicamentos, me volvió a dar análisis y se me quito, gracias a dios se me quito. Y ya en el de sangre fue la que me salió un poquito anémica, que estaba yo anémica.* [32]

[28] Entrevista realizada el 16 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Miriam.
[29] Entrevista realizada el 22 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Fátima.
[30] Entrevista realizada el 10 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Facunda.
[31] Entrevista realizada el 12 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia.
[32] Entrevista realizada el 9 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Victoria.

Uno de los principales aspectos que resaltan es la falta de información o interpretación acerca de los resultados que arrojan los análisis, y aunque dichos estudios deben ser gratuitos, algunas de mis informantes terminaron pagando por ellos en un laboratorio particular, pues en las instituciones de salud –en ocasiones- carecen de estas pruebas a pesar de su importancia en el diagnóstico y prevención de complicaciones obstétricas.

Como en el caso de Victoria, a quien se le detectaron dos tipos de padecimientos, de los cuales resaltan la anemia porque durante el parto puede generar hemorragias. A Victoria tan sólo le recetaron vitaminas, pues para prevenir este tipo de padecimientos las mujeres necesitan tener una adecuada alimentación, cuestión que no está en manos de los médicos. Al parecer su tarea se reduce a informar a la embarazada sobre la importancia de la alimentación, pero debido a las carencias no todas las mujeres se alimentan como se requiere durante el embarazo:

> *Desde la primera consulta a la paciente se le informa, que se alimente bien, pero muchas pacientes muchas veces no prestan mucha atención a la alimentación porque a veces no comen bien y en ese sentido me apoyo mucho de mi enfermera, porque ella es la que me dice, porque hay cosas que a mí como médico no me cuentan , porque quieras o no, aunque uno les pregunte a veces las pacientes no te tiene mucha confianza, y la enfermera luego me dice, fíjese que la paciente en confianza me dijo que no está comiendo bien. Entonces cuando ya pasa la paciente a consulta ley digo cómo que no estás comiendo bien y entonces ya se le da la explicación a los pacientes.*[33]

Una de las acciones que en teoría se llevaban a cabo en el DIF-Municipal para combatir la mala alimentación en las embarazadas era la distribución de sobres de leche en polvo a un bajo costo (tres pesos). Pero, al acudir a las oficinas del DIF observé que las enormes cajas que contenían este producto permanecían arrinconadas y sin abrir. Así que le pregunté a la directora del DIF ¿por qué no distribuían los paquetes de leche?, ella dijo que a las mujeres no les gustaba y por

[33] Entrevista realizada el 18 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., al doctor del Centro de Salud Antonio Piña.

eso no acudían por el producto, ni lo consumían. Según la directora del DIF se voceaba informando a las mujeres sobre la leche, su gratuidad o bajo costo, pero durante mi estancia de campo nunca vocearon. Además mis informantes me señalaban que no conocían esta leche y que no habían sido informadas. Hasta mi estancia las cajas de leche permanecieron en el DIF.

La doctora Lizet, también mencionó el servicio de ambulancia como una estrategia para la atención oportuna de las emergencias obstétricas en el segundo nivel de atención. El transporte AME (Atención Médica a Embarazada) o "ambulancia del DIF" forma parte de la instauración de las Posadas AME[34], espacios donde las embarazadas que provienen de sitios retirados se albergan una vez que se les ha detectado algún síntoma de alarma o que estén a punto de dar a luz. La posada AME cercana al municipio de Zaragoza es la de Minatitlán.

Patricia y Victoria, por ejemplo, se encontraban informadas acerca de este servicio, aunque nunca tuvieron la necesidad de usarlo:

> *En parte en el cuestionario que ella (doctora) me hizo le contesté que mis tíos son taxistas. En parte ellos me brindaron su ayuda en cualquier hora, aunque sea de la madrugada en cualquier hora estaban disponibles. Pero ella me pidió que yo buscará el número de teléfono de la ambulancia, igual por cualquier cosa. Que ellos están disponibles igual las 24 horas podemos tener un servicio de ellos. Es lo que me pidió ella y lo que llene en el papelito (Plan de Seguridad).* [35]
>
> *De hecho porque nos dijeron en la clínica que por cualquier urgencia, o así, podemos pedir la ambulancia aquí en el DIF, para cualquier traslado o lo que sea.*[36]

Estela, también sabía que podía recurrir al servicio de ambulancia, pero dadas sus continuas emergencias con ayuda de sus vecinas acudía al hospital por sus

[34] Cfr.: "Impulsan Secretaría de Salud y DIF estatal, las posadas AME" consultado en 18 de junio del 2014 En: http://www.eltotonacapan.com/nota/15474/impulsan-secretara-de-salud-y-dif-estatal-las-posadas-ame.html
[35] Entrevista realizada el 9 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Victoria.
[36] Entrevista realizada el 18 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.

propios medios. Mientras que Sandra no fue informada por su doctora acerca de este servicio. En términos generales, puedo señalar que desde mi observación y participación como usuaria del Centro de Salud, en la práctica la mayoría de las mujeres que presentaron alguna complicación fueron atendidas y/o al menos fueron referenciadas al Hospital de Cosoleacaque. Sin embargo, tenía que esperar más de dos horas dada la alta demanda en la institución, ésta demora se traduce en la omisión de atención por parte de los prestadores de salud y puede llegar a agravar la urgencia médica.

Por tanto, no es suficiente que durante las atención prenatal se le informe a la embarazada sobre los signos y síntomas de alarma, y que ésta logre identificarlos, si al llegar a la institución de salud se enfrentará con la desorganización institucional, la falta de material y la desatención; o por el contrario, pacientes sin ninguna complicación sean tratadas como si se encontraran en riesgo. Como en el caso de Fátima:

> *Me sacaron cita directamente allá en Mina, como allá me iba a aliviar, fue a los siete meses mi cita con el ginecólogo…Me tomaron la presión y justamente ese día se elevó a 120/90. Ese día se enfocó más en mi presión, que era de riesgo, el ginecólogo se enfocó más en mi presión alta. Yo me sentía bien, lo que pasa es que al hospital va mucha gente, nosotros nos fuimos a la una de la mañana, yo no había desayunado, no había dormido bien y si tenía un poquito de dolor de cabeza a la hora que me checaron la presión, la enfermera me dijo que a la hora que pasara a mi cita me iba a volver a checar la presión. Y pase a mí cita y ya mi presión estaba normal porque ya había desayunado, para mí lo que lo provocó fue que no había desayunado. Otras veces mi presión estaba 110/70, 110/60, era estable, nada más era ese día. Aun así me tuvieron ahí, para mi yo estaba bien, tranquila, y me tuvieron en observación unas horas, checando mi presión y si fue una espera muy larga, porque no tenía nada. Después me pidió unos análisis en particular, no los hice porque estaban un poco caros, casi mil pesos, me dijeron que era para checar como estaba mi presión, como estaba.*[37]

[37] Entrevista realizada el 16 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Fátima.

En el caso de Fátima, dado que la presión arterial alta suele ser un dato de alarma, el médico que la atendió decidió mantenerla en observación; aun cuando su presión se estabilizó y no presentaba algún otro síntoma de gravedad. Lo anterior, como señala Ordoñez (2005) puede generar que se clasifiquen a pacientes con riesgo obstétrico cuando en realidad no lo tienen y no se preste la suficiente atención en aquellas que si presentan alguna complicación como le ocurrió a Sandra.

A pesar de que Fátima fue más valorada por los médicos que Sandra, finalmente ninguna recibió mayor cuidado por parte de los servicios de salud. A Fátima sólo le solicitaron unos análisis, los cuales por falta de recursos no llevó a cabo. Mientras que Sandra, además de las consultas prenatales de rutina no recibió el mínimo seguimiento de su padecimiento.

En este sentido, considero que las pacientes que detectan o clasifican con embarazos de alto riesgo son tratadas de la misma forma que aquellas que no lo tienen. Será hasta que la mujer presente alguna complicación de gravedad que tendrá atención especial en los hospitales, pues básicamente la tarea del Centro de Salud es referenciar a las mujeres a otra institución de mayor capacidad resolutiva.

2.5. Acciones que se siguen en el Centro de Salud para disminuir los riesgos durante el embarazo

Desde la atención prenatal, existen una serie de acciones que se deben llevar a cabo para prevenir riesgos, emergencias o complicaciones obstétricas. Según la directora del Centro de Salud, las mujeres embarazadas deben elegir a una mujer que forme parte de su red social y que pueda acompañarla a todas sus citas médicas, ésta será su madrina obstétrica.

El médico de guardia del Centro de Salud mencionó que a la madrina se le capacita respecto a los principales riesgos de salud durante el embarazo y a

detectar señales de alarma. Al parecer este requisito se debe cumplir por todas las embarazadas, pues durante la segunda consulta ésta debe estar acompañada de su madrina obstétrica. Así lo indicó la doctora Concepción:

> *Ya se implementó lo de madrina obstétricas y tienen que venir acompañadas, es un programa que se lleva, eso ha dado a que casi todas vienen acompañadas por un familiar o su esposo cuando las pueden acompañar porque el esposo trabaja, generalmente es su mamá, su hermana o su suegra.*[38]

El principal papel de la madrina es cuidar a la mujer embarazada, hacer que la embarazada cumpla con todas las visitas médicas y siga las indicaciones establecidas por el médico; en general deben ser mujeres cercanas a la red familiar. Por ello, las mujeres embarazadas son quienes deben eligen a su madrina obstétrica, éstas pueden ser sus hermanas, amigas, madres u otros familiares cercanos; los esposos tienen poca participación en el acompañamiento de las consultas prenatales porque trabajan.

> *La madrina es alguien que te tiene que acompañar durante todo el embarazo y cuando te vas a aliviar. En el primero fue mi cuñada y ya en el segundo fue mi suegra. Eso me lo dio la enfermera, pues que te iba a acompañar, cualquier riesgo ella tiene que estar al pendiente de ti y todo eso.*[39]

> *Me dijeron que la madrina era una persona que me iba a acompañar a lo largo del proceso de embarazo e iba a estar al pendiente de mí y podíamos elegir a quien fuera, me acompañó mi suegra, me acompañaba a mis citas con el doctor. A veces no podía porque no tenía tiempo.* [40]

> *Es la que, el que debe de estar pendiente de tu embarazo, de ti, de cómo debes de estar bien, cómo va el bebé y todo eso. Mi mamá, ella era mi madrina obstétrica, aunque a veces no podía porque pues se enfermaba.* [41]

---

[38] Entrevista realizada el 18 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a la doctora del Centro de Salud Concepción.
[39] Entrevista realizada el 24 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Sandra.
[40] Entrevista realizada el 16 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Fátima.
[41] Entrevista realizada el 17 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Antonia.

Mi hijo es, nada más que a veces como mi hijo está durmiendo ella se va sola, cuando puede y le habla ella, pues él es. De hecho, ella no tiene madrina obstétrica, sino que es él.[42]

Me dio unos folletos (doctora del CS), rellené los papeles en caso de cualquier cosa, con quién debía yo ir, cada cita o cada club que había con un acompañante todo el tiempo tenía que estar conmigo por cualquier cosa. Y este es lo que ella me dijo. (¿Quién te acompañaba?) Pues nadie yo iba sola. Sola porque pues mis hermanas van a la escuela, mi mamá trabaja y mi otra hermana pues igual, más que una que está en casa, rara vez. Yo sola, todo el tiempo sola, donde quiera que iba yo sola.[43]

Se supone que tú tienes que buscar a una persona que te acompañe a todo el control y, ya al último en el parto, y quien te va a cuidar en el puerperio. (¿Quién era tu madrina obstétrica?) Mi mamá nada más. Mi marido no, yo iba sola o me acompañaba mi mamá, yo venía y le decía a mi mamá que me acompañara a la clínica o de hecho soy de las personas que siempre va sola a las consultas. Cuando ya es el último mes es cuando ya voy con mi mamá por cualquier cosa de que ya me sienta mal.[44]

Si bien, durante las primeras consultas las mujeres acuden al Centro de Salud acompañadas por su madrina o padrino obstétrico, en ocasiones mis informantes se presentaron sin compañía alguna, pues su madrina *"a veces no podía porque no tenía tiempo"* o *"a veces no podía, pues se enfermaba",* mientras que los esposos trabajan. Victoria, por ejemplo, siempre iba sola porque sus hermanas van a la escuela y su mamá trabajaba todo el tiempo. Es decir, que no siempre se cumple el acompañamiento a la embarazada, uno de los principales objetivos de programa.

Otra de las principales acciones de prevención e información que se deben realizar son los clubes de embarazo. Estos son una serie de talleres-pláticas que se deben llevar a cabo mes con mes en el Centro de Salud. Recuerdo que en una ocasión al llegar al Centro de Salud y preguntarle a una enfermera por el Club del Embarazo muy sorprendida me dijo: "*¿hoy hay Club?, no sabía"*, le contesté que

[42] Entrevista realizada el 17 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a doña Juana (suegra de Nicolasa).
[43] Entrevista realizada el 24 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Victoria.
[44] Entrevista realizada el 18 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia.

en el letrero de afuera lo indicaba, fue a preguntar y después me dijo que se había suspendido, que después volverían a colocar en el letrero la nueva fecha.

Otra joven embarazada también se acercó a la enfermera preguntando en dónde seria el Club. La joven mencionó que este sería el primer Club al que asistía porque al anterior no pudo venir. Al saber que no habría plática tomó sus cosas y se fue con una niña pequeña que al parecer era su hija. Después me encontré con la Directora Lizet, quien me dijo: *Belem el Club se canceló, hoy hay mucha gente, tenemos que registrar a 160 personas diarias durante la semana*. Así que, durante mi estancia de trabajo de campo sólo logré presenciar dos pláticas, porque con frecuencia se cancelaban debido a la mala organización y programación de los mismos, o por la carga de trabajo del personal de salud pues no había personal encargado específicamente para desarrollar esta actividad. Fue en Octubre, con la llegada de una pasante de derecho que se retomaron las actividades del club.

Con el fin de brindar información a las embarazadas, Magdalena, la encargada del programa Redes Sociales inició la organización de los Clubes de Embarazo sobre temas relacionados con la salud materna, los signos y las señales de alarma, las enfermedades durante el embarazo (preeclampsia, anemia) y el uso de métodos anticonceptivos.

> *Teníamos cada mes una plática o un Club de Embarazada y ahí nos decían acerca de todos los métodos anticonceptivos, que yo me quería operar de hecho, pero no pude porque tuve problemas de presión, también nos daban información de las vacunas de los bebés o las vacunas que debemos de llevar en el embarazo y después del embarazo. Entonces digamos que sí, nos daban información de todo.*[45]

Otra de las tareas en las que contribuye Magdalena es la búsqueda a domicilio de las embarazadas que no acuden a consulta prenatal. Al encontrarlas Magdalena les re-programaba una nueva consulta:

[45] Entrevista realizada el 18 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia.

Hay mujeres que no acuden a las consultas. Hay embarazadas que hay que irlas a buscar, a veces captan a las muchachas que traen a sus niños a vacunar y pues ahí las ven que están embarazadas… si hay una ausencia tratamos de ir a buscarlas porque tenemos al promotor, entonces ya va la trabajadora social la visita, le da una nueva fecha para su visita, y ya luego se le orienta que tiene que ir acompañada por esta cuestión de la Madrina Obstétrica. Entones ya tiene que reingresar, sino tendríamos que ir por la embrazada, ya no es que ya no vino, y ya ni modos, hay que ir a buscarlas.[46]

Roselia una de las usuarias del Centro de Salud me comentó que no acudía con regularidad a sus citas médicas porque olvidaba la fecha en la que las tenía programadas. Cuando esto ocurría los del Centro de Salud la visitaban y trasladaban para que recibiera la consulta. Mis informantes clave refieren a que siempre acudían a sus consultas. Magdalena, señala que una de las situaciones por las que las mujeres dejan de asistir es porque tienen complicaciones de salud, como abortos espontáneos o partos prematuros, que son atendidos en los hospitales de segundo nivel. Otra de las situaciones es que sus maridos logran afiliarlas al IMSS. Lo que queda claro es que la población sigue demandando servicios de salud para la atención del proceso reproductivo.

Reflexiones

Como muestra mi descripción, el diagnóstico del riesgo obstétrico que se realiza desde la biomedicina y las instituciones de salud, en repetidas ocasiones se basa en categorías ambiguas (adolescentes, añosas y/o multigestas) que son de carácter biológico, pero que en sí mismas no dan cuenta de la condición de padecimiento o salud de la mujer. Pues en el proceso de salud-enfermedad-atención se involucran una diversidad de factores como: la cultura, la sociedad, la economía y las emociones; elementos de suma relevancia que relacionados, también pueden constituir riesgos durante la maternidad.

[46] Entrevista realizada el 11 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a la doctora del Centro de Salud Concepción.

Además de que en el día a día -durante las consultas prenatales y clubes de embarazo-, existe un abuso de la categoría *embarazo de alto riesgo* por parte de los prestadores de servicios de salud, sin que esto se traduzca en beneficios reales para la mujer embarazada en términos de mayor atención, cuidados y valoración del padecimiento. Por el contrario, en el contexto de Zaragoza categorías como la edad y la multiparidad, que son usadas por el saber biomédico y el sistema de salud para identificar los embarazos de alto riesgo, se prestan para señalar a un gran número de mujeres bajo esta condición, en ocasiones sin ser mujeres con embarazos de alto riesgo.

Este enfoque, envuelto bajo la sombra del biologicismo, también ha llevado a ver a las mujeres como las portadoras exclusivas de los riesgos, pues son ellas quienes no se alimentan bien, se embarazan a temprana edad, no son responsables en términos del uso de anticonceptivos y tienen muchos hijos; encubriendo las deficiencias institucionales y desigualdades que forman parte de los riesgos. Por otra parte, con la noción de riesgo se justifica el exhaustivo control médico durante el embarazo.

Pese a ello, cuando la mujer necesita atención médica urgente está no siempre se da, pues el Centro de Salud -como parte de una amplia red de servicios públicos- se ve envuelta en las carencias de la organización institucional. Pues la simple referencia de las pacientes al segundo nivel de atención no siempre garantiza su atención.

Finalmente, la representación biomédica e institucional de los embarazos de alto riesgo, como ya señalé, se contrapone, excluye u omite el saber de las parteras acerca de que la debilidad de las mujeres, la falta de fuerza o la mala posición del bebé son riesgos importantes que deben ser tratados. Al igual que los factores de carácter económico e institucional que van desde la desatención por falta de personal, la violencia cotidiana que se vive en las salas de parto; así como la intervención quirúrgica innecesaria, la medicalización y dominación del cuerpo de la mujer.

CAPÍTULO 3.

La atención del parto y el uso de la cesárea

El parto es el proceso en el que concluye el embarazo y se da el nacimiento (Blázquez, 2010), su atención dependerá de una serie de decisiones que la embarazada y su red social van tomando antes y durante su desarrollo. Dichas decisiones estarán filtradas por una dimensión socioeconómica y cultural, y van desde la elección del lugar de atención, el tipo de curador y el tipo de parto a tener (eutócico o por cesárea).

En el contexto del municipio de Zaragoza existen diversas formas de atención al parto, las cuales van desde el ámbito hospitalario hasta la atención en casa con ayuda de la partera; sin embargo, todas mis informantes claves (a excepción de Facunda) recibieron atención del parto en una institución hospitalaria. Si bien, es cierto que metodológicamente seleccione a mujeres que por motivo de parto recibieron atención en una institución de salud pública, los datos estadísticos nos muestran que lo que actualmente predomina en la atención del parto es la forma de atención biomédica-institucional pública.

Por tanto, me parece importante analizar por qué la mayoría de mis informantes eligieron este tipo de atención y no la atención en casa con la partera, mientras que en la atención del embarazo se recurre de manera complementaria a la atención biomédica y tradicional. Además de saber qué piensan las mujeres de dichas formas de atención, qué aspectos influyen en la elección de una u otra forma de atención y cuáles son las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre dichas formas de atención. Pues siguiendo a Eduardo Menéndez (1983) los diversos modelos médicos sólo pueden ser entendidos a través de la relación hegemonía/subalternidad y del análisis relacional entre las condiciones sociohistóricas, económicas, ideológicas y políticas que influyen en la dinámica y organización de dichos modelos.

Lo anterior nos ayudará a saber cuáles son las representaciones sociales de las mujeres acerca del uso de la cesárea y la noción del riesgo durante el parto, siendo este el objetivo principal del capítulo. Uno de los conceptos fundamentales que me ayudan a explicar dichas representaciones es el de *la fuerza,* el cual retomo desde el enfoque emic, ya que este concepto tiene elementos sumamente significativos para los actores sociales y forma parte de sus propias definiciones para explicar el trabajo de parto.

Así, l*a fuerza* entre las mujeres de Zaragoza es una palabra clave que ayuda a entender los significados socioculturales del trabajo de parto. La fuerza describe el esfuerzo físico que la mujer realiza durante la labor de parto, pero también la conexión que el cuerpo tiene con las emociones y los aspectos sociales de la vida diaria que converge en la maternidad. Pues, en ésta como en muchos otros fenómenos sociales existen un entramado de relaciones sociales que se ven influenciadas por el género, la generación, la etnia y las condiciones socioeconómicas (Freyermuth, 2003; Sánchez Bringas, 2009), que en combinación inciden en el proceso reproductivo, en el estado emocional de las mujeres, en la forma de padecer y cómo responderán a dichos padecimientos.

Todos estos elementos: socioculturales, económicos, biológicos y psico-afectivos se reúnen en *la fuerza* durante el trabajo de parto, como si éste fuera el momento sintetizador de la relación mente y cuerpo. Así, el *dar la fuerza* evoca a la fortaleza emocional, a la experiencia reproductiva y a la solidez de las relaciones familiares y el acompañamiento. El *no dar la fuerza* se relaciona con la inexperiencia, los conflictos familiares, las relaciones de pareja desiguales o los problemas económicos por los que puede estar pasando la mujer y su familia. Por tanto, los significados atribuidos a la *fuerza* nos ayudaran a comprender las prácticas y representaciones de las mujeres respecto al trabajo de parto, el riesgo y el uso de la cesárea.

Para iniciar el capítulo, comenzaré señalando los datos cuantitativos que muestran el aumento del uso de la cesárea en el lugar de estudio. Posteriormente, daré cuenta de las representaciones sociales que hay en torno a esta cirugía. Dichas

representaciones incluyen: si aquellas mujeres a las que se les practicó una cesárea deseaban que ésta se llevara a cabo, por qué se atendieron en una institución hospitalaria y cuáles son los riesgos que pueden surgir durante el parto; así como, las causas que se le atribuyen al uso de la cesárea, las cuales serán abordadas en el siguiente capítulo.

3.1. La cesárea y la atención del parto en el Hospital General de Cosoleacaque y Minatitlán

Las mujeres que eligen la atención hospitalaria y que residen en la cabecera municipal de Zaragoza deben acudir al Hospital de Cosoleacaque por ser la institución más cercana, aunque por diversas circunstancias algunas de mis informantes se atendieron en el Hospital de Minatitlán.

El Hospital General de Cosoleacaque o “el Hospital de Cosolea” se ubica en la calle Fernando López, a las afueras del municipio de Cosoleacaque. Para llegar al hospital desde la cabecera municipal de Zaragoza se puede abordan un taxi colectivo o particular. Éstos y los camiones que llegan al centro de "Mina" son los principales medios de transporte. El taxi colectivo cobra diez pesos por persona hasta el deportivo de Cosolea, lugar en el que hay que bajarse para llegar al hospital. Después se debe caminar alrededor de cinco minutos hasta el hospital. En total el tiempo de recorrido desde la cabecera municipal de Zaragoza hasta el hospital de “Cosolea” es de 20 a 25 minutos. **Ver Mapa 2.**

Según mis informantes, su traslado hacia el hospital ocurrió sin dificultades, ya que al vivir en la cabecera municipal de Zaragoza disponen de medios de transporte; incluso durante la noche y la madrugada que es cuando los hombres llegan de trabajar. Las distancias suelen ser cortas y soló cuando son referidas al Hospital de Mina tardan más de cuarenta minutos en llegar a la institución. Aunque, considerando que algunas mujeres de los municipios colindantes recorren largas distancias (más de hora y media) para acceder a una institución de salud pública, se puede decir que el acceso a los servicios de salud no resulta ser

un problema grave para las mujeres de Zaragoza, tal y como lo es para otras mujeres de la región.

El Hospital General de Minatitlán se encuentra en la Av. 18 de octubre. Fue puesto en servicio en 1950, año desde el cual se caracterizó por ser una institución de calidad.[47] Sin embargo, en los últimos años el hospital ha presentado diversas deficiencias que van desde el deterioro de las instalaciones y la falta de recursos; lo que se traducen en la carencia de insumos, medicamentos y la demanda social por parte del personal de salud que se encuentra trabajando en condiciones inadecuadas.[48]

La saturación en el Hospital de Minatitlán y las deficiencias de las instalaciones se observan desde la entrada a la institución en la que los pisos, baños sucios y una larga fila de mujeres esperando consulta en ginecología caracterizan el día a día. En contraste, el Hospital General de Cosoleacaque mantiene una apariencia limpia y sus instalaciones se encuentran en muy buenas condiciones, lo que sin duda tiene que ver con la reciente instauración de la institución que comenzó a brindar servicio a la población a finales del año 2012.

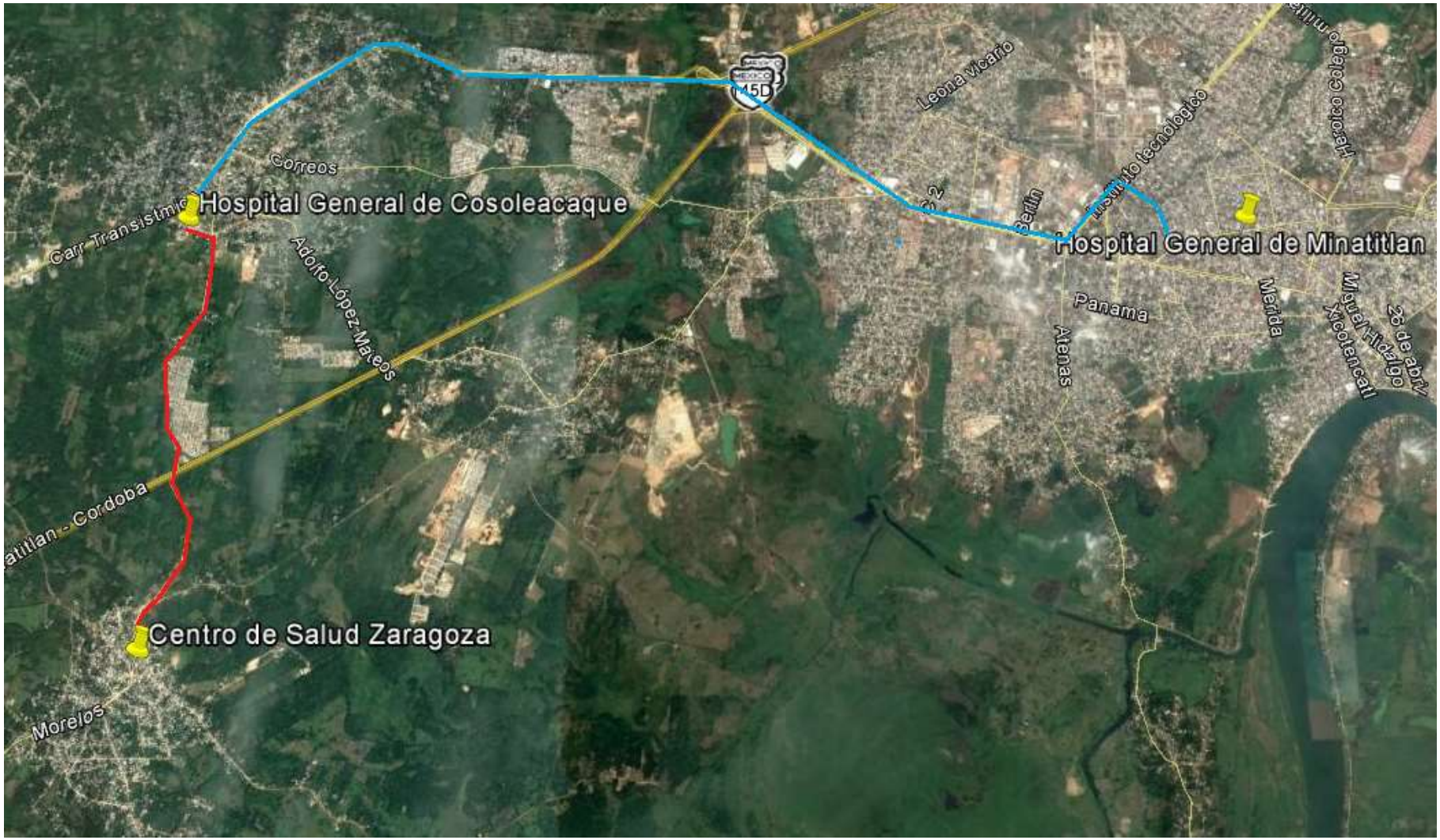
El "*Hospital de Cosolea*" tiene un amplio estacionamiento y un letrero muy visible que dice *urgencias*, en esta área es común ver a los familiares de los pacientes esperando información. Aunque hay una pequeña sala de espera, la gente prefiere estar al aire libre debido al intenso calor. La atención de partos y emergencias son los servicios más solicitados por la población.

---

[47] "Premio de calidad al Hospital General de Minatitlán", en Diario Zona Sur, 22 de septiembre del 2008. Consultado en: http://www.diariozonasur.com/noticia/Premio-de-Calidad-al-Hospital-General-de-Minatitlan.htm

[48] "Raquítico servicio en hospital civil por falta de recursos", en El Heraldo de Coatzacoalcos, 27 de marzo del 2014. Consultado en: http://heraldodecoatzacoalcos.com.mx/estado/minatitlan/4301-raquitico-servicio-en-hospital-civil-por-falta-de-recursos.html

Mapa 2. Ubicación del Centro de Salud y Hospitales de Cosoleacaque y Minatitlán



Fuente: Elaboración propia. Tomado de Google earth.

A partir de la instauración de esta institución, en el municipio de Zaragoza se observa una disminución en el número de partos atendidos por una partera, ya que en el año 2012 se registraron 42 partos atendidos por ésta curadora mientras que en 2013, sólo atendieron 26. En este mismo año, se registró un repunte en la atención hospitalaria del parto en el municipio de Cosoleacaque; pues el número de los nacimientos en el municipio pasó de 187 en 2012 a 550 para el año 2013, de los cuáles 522 fueron atendidos por un médico (SSA-DGIS; 2012,2013). La tendencia a elegir el espacio hospitalario para la atención del parto se visibiliza en las prácticas y representaciones de mis informantes, ya que ellas y sus familiares decidieron recibir atención biomédica-hospitalaria y no atenderse en el hogar con la partera.

A partir del funcionamiento del Hospital de Cosolea, también se observa el aumento en el número de cesáreas practicadas, pues de las 39 cesáreas realizadas en 2012, se llegó hasta 89 en 2013, más del doble. Aunque, se mantenía un bajo porcentaje de cesáreas (16.1%) en relación con el municipio de Minatitlán, que para 2013 registraba 2608 cesáreas, el 47.9% del total de los nacimientos (SSA-DGIS; 2012,2013).

De las 89 cesáreas practicadas en el municipio de Cosoleacaque durante 2013, 71 (14% del total de los nacimientos) fueron realizadas en el Hospital General de Cosoleacaque y 18 en una unidad médica privada. Para el año 2014, el porcentaje de cesáreas practicadas en el Hospital de Cosolea disminuyó a 12%, dos puntos porcentuales menos que el año anterior (SSA-DGIS; 2013,2014). Esta reducción es sumamente positiva si se contemplan las afectaciones que conlleva la cirugía en la salud de la madre, y si se atienden las recomendaciones de OMS y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, en la cual se establece que el porcentaje recomendado de cesáreas es de 15% para los hospitales de segundo nivel y del 20% para los hospitales de tercer nivel.

Sin embargo, al analizar las trayectorias de atención de las mujeres de Zaragoza, se observa que éstas transitan por más de una institución de salud. Esto le ocurrió a algunas de mis informantes que al acudir al Hospital de Cosolea fueron

referenciadas al Hospital de Mina porque no había personal o porque el médico que las atendió consideraba que requerirían de una cesárea y no había quién se las practicara.

Entonces, si consideramos que la falta de médicos especialistas, en el área de ginecología y pediatría en el Hospital de Cosolea ha implicado que las pacientes sean referenciadas al Hospital General de Minatitlán -para que en esta institución se les practique la cirugía- no se puede hablar de una real reducción en el número de cesáreas practicadas a las mujeres, ya que la disminución de cesáreas practicadas en el Hospital de Cosolea se ve reflejada en el aumento de ésta intervención quirúrgica en el Hospital de Minatitlán, así como, que la demanda de atención aumente en esta institución.

En efecto, en la región sur de Veracruz, Minatitlán es el segundo municipio con el mayor número de cesáreas practicadas. Durante el año 2014 se registraron 2380 cesáreas (44.2%) de un total de 5382 nacimientos (SSA-DGIS; 2014); es decir que, el conjunto de instituciones de salud con las que cuenta el municipio atienden mensualmente a más de 400 mujeres que se encuentran en labor de parto, diariamente a 14 mujeres, de las cuales, seis son intervenidas quirúrgicamente.

Estas cifras contrastan con las registradas en municipios como Mecayapan e Ixhuatlan del Sureste[49] que registran una baja utilización de la cesárea, pero que a su vez tienen el menor número de nacimientos registrados. En municipios como Zaragoza -que no cuentan con hospitales de segundo nivel de atención- se registra un mínimo o nulo número de cesáreas practicadas, ya que la orientación institucional de la Secretaria de Salud es que la atención del parto se realice en unidades hospitalarias. Según los datos de la Dirección General de Información en Salud, en el periodo que comprende de 2012 al 2014, sólo se registraron dos nacimientos por medio de cesárea, los cuales se atendieron en una unidad médica privada.

[49] En el caso del municipio de Mecayapan, durante el 2014 sólo se realizaron 89 cesáreas; en el municipio de Cosoleacaque 80 cesáreas y en Ixhuatlan del sureste 23 cesáreas (SSA-DGIS; 2014).

Lo anterior no significa que la aplicación de esta cirugía sea menos frecuente entre las mujeres embarazadas del municipio; sino que, no existe un registro claro sobre el número de mujeres a las que se les práctico una cesárea, pues estás se trasladan a Cosoleacaque o Minatitlán para recibir atención del parto. Durante el 2014 (SSA-DGIS; 2014), sólo se registraron 14 nacimientos eutócicos en Zaragoza (atendidos por una partera), cifra que contrasta con las más de 80 mujeres que reciben atención prenatal en el Centro de Salud.

En términos generales, las cifras nos indican que la atención del parto cada vez más se da a través de la práctica de la cesárea, y que, a nivel regional la responsabilidad central de atención a la mujer durante el proceso de parto recae en las instituciones de salud de los municipios de Coatzacoalcos y Minatitlán; ya que la mayoría de los servicios de salud públicos se concentran en estos municipios industrializados. Ocasionando así, que las mujeres que radican en los municipios rurales tengan que desplazarse a los Hospitales de Coatzacoalcos y Minatitlán, con la consecuente saturación de dichas instituciones. Tan sólo en Coatzacoalcos se atendieron a más de 7000 mujeres durante el 2014 y en Minatitlán a más de 5000 (SSA-DGIS; 2014).

Si bien, los datos cuantitativos nos permiten ver el aumento del uso de la cesárea en la atención del parto, lo que nos interesa analizar son las representaciones que se construyen en torno a esta práctica de atención. Tal y como veremos en el siguiente apartado.

3.2. Representaciones sobre la cesárea y la atención hospitalaria del parto

Después de que se presentan los primeros signos o síntomas del trabajo de parto, las mujeres junto con sus familiares buscan atención. Como ya mencioné, las mujeres de Zaragoza tienen acceso a la atención biomédica y tradicional, pero para el momento en que se desencadena el trabajo de parto ya tienen claro que acudirán a una institución pública de salud.

El uso que las mujeres hacen de los servicios de salud está condicionado por diversos factores que determinan –a la vez que posibilitan- sus acciones y decisiones; por tanto, para entender por qué las mujeres deciden acudir a los servicios de salud públicos debemos tomar en cuenta los condicionantes estructurales, los recursos sociales, simbólicos y afectivos. Así, la decisión de las mujeres se ve influenciada tanto por los discursos médicos, el consejo de los familiares, las experiencias previas de atención, el acceso y gratuidad de los servicios, los cuales explicaré a continuación.

Tomando en consideración que una de las principales tareas de la atención prenatal se relaciona con la canalización de las mujeres -que entran en trabajo de parto- al segundo nivel de atención; seguramente, por instrucción médica las mujeres que durante todo su embarazo se atendieron en el Centro de Salud acudirán a un hospital. Además de que los médicos promueven y le señalan a la mujer que deben atenderse en el Hospital de Cosoleacaque con un médico.

La decisión de dónde acudir también puede estar condicionada por las circunstancias en que se requiere la atención. Como en el caso de Facunda, quien tras tener un trabajo de parto que evoluciono rápidamente no tuvo tiempo de acudir al hospital, así que recurrió a la partera a pesar de que su preferencia era atenderse en el hospital.

Otra condicionante que se presenta en el tipo de atención a elegir son las relaciones familiares, pues en muchos casos las madres y las suegras son quienes tienen un papel importante en la toma de decisiones. Las experiencias previas de atención también influirán, pues si las mujeres o alguien cercano a la red social de la embarazada han tenido una mala experiencia con la partera o con los médicos, lo más probable es que no se recurra más con ese curador.

El acceso y la gratuidad de los servicios, sin duda son aspectos importantes que condicionan el acudir a uno u otro recurso de atención. Para que las mujeres de Zaragoza puedan acceder a los servicios de salud de la SSV, en el segundo nivel de atención, deben cubrir ciertos requisitos; principalmente, haber tenido atención

prenatal en el Centro de Salud, ser afiliadas al Seguro Popular y acudir al hospital con un pase de referencia, el cual es otorgado por los médicos del Centro de Salud durante las últimas semanas de gestación.

Respecto a este requisito, el médico del Centro de Salud me señaló que, él procura dar el documento de referencia a partir de las 37 semanas de embarazo, pues cuando las mujeres acuden al hospital sin referencia su atención se retrasa:

> *Desgraciadamente, en el hospital ponen un poquito de peros si no llevan ese documento, tienen que llevar su referencia, entonces mejor se les da con anticipación.*[50]

Al respecto Nicolasa señala que: *"Ellos (médicos del Centro de Salud) nada más te dicen de tu control, vas y todo. Ellos llegando los nueve meses nada más te dan tu hoja de referencia. Te dicen: si te da dolor o cualquier cosa pues que vaya y te presentas con esto (hoja de referencia) al hospital, ellos de ahí, ya no sé hacen responsables. No te dicen más nada".*[51]

La afiliación al Seguro Popular, también es de suma importancia para poder recibir atención en los hospitales de la SSV. En mi caso, pude recibir atención prenatal en el Centro de Salud sin ser afiliada al Seguro Popular, pero cuando la doctora del Centro de Salud me envió al Hospital de Cosoleacaque para que me realizarán unos análisis de laboratorio, la enfermera encargada de recibir la solicitud de los análisis me pidió la hoja de afiliación al Seguro Popular. Le expliqué que no la tenía, me dijo que era necesario que me afiliara, pues al momento del parto me pedirían los documentos para poderme atender, que por esa ocasión me realizarían los análisis, pero enfatizó, con tono de regaño, que debía afiliarme para que me atendieran gratuitamente en los hospitales, de lo contrario me cobrarían. Después de realizarme los análisis me envió con un joven, quien me indicó cuales era los documentos que necesitaba para inscribirme.

---

[50] Entrevista realizada el 16 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver. al médico del Centro de Salud Antonio Piña.
[51] Entrevista realizada el 7 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Nicolasa.

Según mis informantes, ninguna tuvo problemas para afiliarse al Seguro Popular. En el caso de las mujeres con más de un hijo, su afiliación había ocurrido durante su primer embarazo, las primigestas se afiliaron una vez que se enteraron de su embarazo. Generalmente, la población de Zaragoza tienen que acudir al Hospital de Mina para afiliarse al Seguro Popular, pero durante mi estancia de trabajo de campo, el personal de este programa acudió a la cabecera municipal -durante una semana- para que la gente presentara sus documentos y así, afiliarse al programa.

En relación con la gratuidad del servicio, Sandra, una de mis informantes refiere que: *"ahí todo fue gratuito, hasta los sueros, todo, todo. Nada más se le compran los pañales al niño, eso sí, los pañales de uno y sus toallitas, eso sí va a cuenta de uno. Pero lo demás, los medicamentos van a cuenta del hospital".*[52] Según los datos obtenidos en trabajo de campo, a ninguna de mis informantes le cobraron por la atención recibida durante la atención del parto, cuestión que sin duda influyó en la decisión de atenderse en las instituciones públicas.

Por ejemplo, Fátima mencionó que no acude a instituciones privadas por falta de ingresos: *"no voy a particular porque en un particular, dijera, principalmente por lo económicamente, en particular uno tiene que pagar las consultas y al momento del parto uno tiene que pagar, y a veces no contamos con el dinero, ahí no se paga (hospital de Cosolea), es un poquito demorado pero no pagas, entonces en el hospital no pagas nada, nada más lo que falta de medicina, pues lo compramos".*[53] Sólo una de las jóvenes que conocí dijo haber acudido a servicios médicos privados y que estos hablan sido "de primera" porque ahí se paga.[54]

En general, considero que estos son los factores por los que las mujeres deciden atenderse en los servicios de salud públicos. A continuación presentaré qué es lo que las mujeres piensan sobre la atención del parto en casa con ayuda de la partera, los motivos por los que decidieron recurrir a la atención biomédica-

[52] Entrevista realizada el 19 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Sandra
[53] Entrevista realizada el 20 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Fátima
[54] Entrevista realizada el 18 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Cayra

hospitalaria, el parto normal y por cesárea, los beneficios que las mujeres ven en la atención biomédica del parto, las complicaciones que pueden surgir durante el trabajo de parto.

3.2.1. *"No te vayas a asustar y no vas a dar la fuerza, mejor te vas al hospital"*

Al cuestionar a mis informantes sobre los motivos por los que decidieron acudir a una institución hospitalaria y no quedarse en casa y recibir ayuda de la partera, sus respuestas fueron:

> *Yo si prefería ir al hospital, pues como me dijo mi suegra, como soy primeriza, no vaya a ser que no pueda o se complique algo. Creo que si es bueno porque es en tu casa, no sales (con la partera) y está tu familia, pero a la vez como que te pones a pensar, porque qué tal si no vas a poder, que tal si viene con el cordón enredado o no sé, cualquier cosa y si no vas a dar la fuerza, pues vas hacer el tramo de irte al hospital, yo por eso, mi suegra me dijo que mejor me fuera al hospital. Si porque es tu primer bebé, no te vayas a asustar y no vas a dar la fuerza, mejor te vas al hospital.*[55]
>
> *No porque con una partera siempre hay riesgos de que no puedas dar a luz y de ahí si estas con la partera estas buscando taxi para irte al hospital y a veces es demasiado tarde, cuando vas a llegar pues ya no tienes a tu bebé.* ***Yo digo que en un hospital si algo sale mal te cortan te hacen cesárea y sales bien, tú y el bebé****.* [56]
>
> *Pues yo desde el principio con ella (primera hija) me fui al hospital, pues como dijera, primeriza. La verdad eso ya no sé da mucho, son muy pocas las que deciden dar a luz aquí, dijeras* ***se arriesgan mucho porque no ves que ahorita hay tantas cosas, la preeclampsia y todo eso****. Por eso es que uno ya no. Y más que con mi hija de la semana que me faltaba para aliviarme se me estaba subiendo mucho la presión. La tenía muy alta la presión, la pensaba porque como era mi primera vez, la verdad si tenía miedo de cómo iba a ser. Y estaba yendo una semana a la clínica y tenía mi presión muy alta, con más razón dijera aquí*

[55] Entrevista realizada el 20 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Fátima
[56] Entrevista realizada el 20 septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Sandra.

pues no se puede, cualquier cosa, ¿no? Para que arriesgamos que al rato vaya a pasar algo. Por eso es que la mayoría decidimos atendernos en hospital.[57]

Fátima reconoce que el parto en casa con ayuda de la partera puede tener beneficios como la comodidad y el acompañamiento familiar; sin embargo, decidió acudir a una institución hospitalaria impulsada por el temor de que durante el trabajo de parto ocurriera alguna complicación, como que el cordón umbilical se enredara en el bebé. Sobre todo porque su falta de experiencia –en caso de acudir con la partera- le podía ocasionar *un susto y que no diera la fuerza* teniendo que recurrir de emergencia al hospital porque confía en que ahí el resultado será el mejor para ella y su bebé.

Además, el consejo de la suegra fue fundamental para que Fátima optara por la atención biomédica. Sandra, también piensa que en el hospital se resuelven las complicaciones del parto, siendo éste el espacio idóneo para evitar o por lo menos atender las complicaciones a través del uso de la cesárea. Asimismo, normaliza y ve como cotidiano el uso de esta cirugía, como parte inherente de la atención del parto. Por otro lado, considera –al igual que Nicolasa-, que acudir con la partera es una inadecuada elección de atención porque de complicarse el parto hay que recurrir de emergencia al hospital.

Una de mis informantes que dice haberse arriesgado al dar a luz en casa fue Facunda, quién me explicó las circunstancias tras las cuales se desencadenó su trabajo de parto y por qué recurrió a la partera:

En mis controles iba para el cuatro de octubre, y ya a último iba a ir a mi cita el dos de octubre para buscar mi pase, pero pues como se adelantó, en la noche me dio el dolor y vino la partera, que ya va a nacer y pues ya me ***arriesgue a dar a luz aquí****. Mi doctor se había ido de vacaciones, mi última cita que fue tenía ocho meses -ósea de mi embarazo-, yo calcule que iba a llegar, que mi último mes iba a ser el nueve de octubre, pero en el ultrasonido iba a ser antes, cuatro de octubre o dos de octubre, pero fue el 30 de septiembre…mis controles fueron todos bien nada más que se fue de vacaciones, pero me dijo (doctor): que yo sintiera dolores y me iban a dar pase, mi papel. Pero te digo que yo no sentía*

[57] Entrevista realizada el 7 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Nicolasa.

ninguna molestia, yo no sentía nada, digamos, me duele o algo, no, tengo que ir a checarme para cualquier cosa tengo mi pase, eso fue de un ratito en la noche, se rompió la fuente y sentía dolores, pero rápido porque mi hija nació 2:5 de la mañana, por eso le hable a la partera, porque ya iba a nacer el bebé.[58]

A pesar de que Facunda consideraba que atenderse con la partera era un riesgo, ésta curadora fue quien la ayudo frente a su emergencia, logrando que ella y su bebé se encontraran bien. Aunque es una visión generalizada entre las mujeres, no todos los partos atendidos por la partera resultan con alguna complicación. Pues en ambas formas de atención (tradicional y biomédica) se pueden presentar complicaciones maternas y neonatales. Así lo demostró el trabajo de Méndez y Cervera (2002), quienes realizaron un estudio comparativo de la atención al parto por médicos y parteras. Los autores señalaron que en ambos casos se presentan complicaciones, pero son mayores en el sistema hospitalario (23.8%) en relación al sistema tradicional (20.2%). La madres presentaron hemorragias e infección puerperal, el recién nacido presentó onfalitis, conjuntivitis neonatal, traumatismos obstétricos, neumonía por bronco aspiración, y en ambos casos la muerte (Méndez y Cervera, 2002: 129-136).

Victoria -al igual que Fátima, Nicolasa y Sandra-, opto por la atención biomédica-pública institucional, ya que, como mencioné la atención con la partera se ve como la opción de mayor riesgo para el bebé y la madre.

Porque igual pensé que por alguna complicación y yo no pueda y le pase algo a mi bebé, pues pude ir a un hospital por lo que pueda pasar, por alguna complicación, ***por el miedo****, mejor lo tengo en un hospital al menos ahí tengo la atención de los doctores por alguna complicación, pues ya ellos saben qué hacer, si no es normal y no hay de otra pues* ***cesárea, y pues con la partera yo no tengo la confianza con ella, por eso los dos los tuve en el hospital, no me arriesgue…****Te atienden bien, te dan los medicamento, sabes que si algo sale mal ahí te atiende, en mi caso me benefició en que me dieron mis medicamentos ahí, no tuve la necesidad de estar comprando ahí afuera, pagar, y aquí aunque es en casa a la partera se le tiene que pagar, ahorita si, anteriormente creo que no, lo que uno le quería dar, pero ahorita si ya la partera*

[58] Entrevista realizada el 10 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Facunda.

pone un precio y hay que darle. Ya está cobrando 800 pesos, pero si algo sale mal tienes que ir al médico o al Centro de Salud para que te revisen otra vez, y si algo tienes, tienes que comprar medicamentos y en cambio en el hospital los doctores se dan cuenta enseguida si hay algo mal. En mi caso pues los medicamentos ahí mismo nos los dieron, no los compramos, lo único que nos piden son los pañales y lo que uno va a necesitar, pero medicamentos nada.[59]

Como menciona Victoria, para poder dar a luz se necesita *de la fuerza*, es decir, tener confianza en el terapeuta al que se acude (entre otros aspectos). Estas mujeres confían plenamente en el saber biomédico, mientras que desconfían de las prácticas tradicionales de partería y la capacidad resolutiva de la partera frente a las complicaciones del parto. Estas representaciones se han ido construyendo, en gran parte, por la concepción que se tiene en torno al riesgo en el embarazo y parto. Pues, cuando las mujeres dejan de ver el proceso reproductivo como un evento natural y pasan a vivirlo con miedo, angustia e incertidumbre, reconstruyen una visión de sí mismas (*self*) como enfermas y por tanto dejan que su cuerpo sea intervenido y medicalizado.

Como señala Thompson "la enfermedad causa angustia y los regímenes de tratamientos pueden servir como respuesta para hacerle frente" (1990:148), del mismo modo, el percibir el embarazo como un evento de riesgo causa en sus protagonistas sentimientos de temor y las alienta a la obediencia y aceptación del uso de la cesáreas para hacer frente a las complicaciones. Pues "la idea del riesgo, no sólo en los embarazos y partos patológicos o de riesgo sino también en los normales, conduce a dar protagonismo a la enfermedad frente a la salud" (Blázquez, 2010).

Tal y como se observa en la narración de mis informantes y como señalan Bodoque y Montes, "este tipo de representaciones dan como resultado que la mujer viva su cuerpo con miedo y desconfianza durante el embarazo, lo que facilita la apropiación de la atención de sus cuerpos embarazados por parte de los expertos médicos" (Bodoque y Montes, 2003 en Blázquez, 2010). En

[59] Entrevista realizada el 14 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Victoria.

consecuencia, las mujeres prefieren acudir al hospital porque tienen miedo, porque puede surgir alguna complicación, porque ahí se pueden realizar una cesárea y/o porque te dan medicamento y no te cobran.

La partera Ricarda sin duda ha notado la tendencia de las mujeres por acudir al hospital, pues en repetidas ocasiones me comentó que desde hace más de un año no atiende partos, pues *"las mujeres ahorita puro hospital".* Ella solamente las "talla" y limpia la matriz después de que dieron a luz. La doctora Concepción del Centro de Salud, también considera que las mujeres que se atiende con una partera durante el parto son cada vez menos. Pues de las cuatro mujeres puérperas que atendió en septiembre sólo una fue atendida por una partera, las otras tres fueron atendidas en el hospital.

En este sentido, las parteras de Zaragoza ven cada vez más reducido su campo de especialización, el cual se limita a acomodar al bebé cuando está atravesado, pues su intervención en la atención del parto se ha vuelto menos común. Ya que como señala Eduardo Menéndez (2003) la biomedicina subalterniza y/o desplaza a las medicinas locales.

Respecto al surgimiento de alguna complicación durante el parto, la partera Catalina plantea que cuando las parteras hacen algo mal, los médicos lo difunden, pero son ellos quienes matan a las criaturas y nadie les dice nada.

> *Los pacientes se dejan, no los demandan por negligencia. Las parteras no matan, aquí no he escuchado, de repente pero porque el bebé ya viene así, pero que matan no; más los médico más se escucha; y por eso algunos tienen miedo al médico, aunque se vayan al médico al ratito llegan y ya nos vienen a hablar, que le demos masaje, que vayamos a ver al bebé de su ombligo, nosotros también nos enojamos, no ya andaba con médico. Yo si les contesto: si ustedes mismos quisieron y es su gusto ir al médico vayan pues, pero no me vayan a llegar a la hora que les duele, que su panza y no sé qué…*
>
> *Una que fue al hospital, fue con un doctor de aprendizaje, él la alivió, asumecha, la dejo bien hinchado su parte, yo creo que hizo fuerza antes de tiempo, inicio antes de tiempo y se hincho así; yo le dije que no podía verla hasta que acabara mi parto, y en la noche la fui a ver, y como ahí la lavan con*

agua fría o no sé, su panza hinchada, y su panza bien así (señala con las manos), ya le di un té de raíces, lo tallé, lo fajé, le di un vaso de té caliente, raíces, y dice que se fue a bajar algo así como gelatina, le di té caliente, y lo fui a curar todavía en su vagina que estaba muy hinchada, a veces los médicos no dicen, pero los pacientes si vienen a decir, como las parteras si hacen algo ya se quejan la clínica, ya lo comunicaron con hospital, nosotros como parteras ya sabemos y les digo: si ustedes matan muchas criaturas y no les dicen nada.

Yo nunca tengo miedo, yo veo que mi paciente viene bien, yo nunca tengo miedo. Gracias a dios yo nunca tuve miedo, y aunque venga así, yo no tengo culpa, la culpa la tienen su mamá, yo como partera, yo lo voy a ayudar, si soy responsable a mi trabajo, si no dio fuerza es su mamá, depende de la señora, de mi paciente, porque a la fuerza no voy a sacarlo, va a sacarlo ella. Yo no tengo culpa. [60]

La Partera Catalina hace referencia a los efectos iatrogénicos de la medicina alopática y la práctica biomédica, pues estos suelen ser omitidos y/o olvidados por el discurso biomédico, como en el caso de las cesáreas. Mientras que por otro lado, las parteras y sus saberes son catalogados como menos eficaces y como parte de los riesgos.

Catalina expresa que las complicaciones surgidas en el parto no tienen que ver con su actuar, sino que las mujeres que llegan a tener alguna complicación es porque son delicadas, pues su tarea es ayudar a la embarazada, ésta es quien tiene que "dar la fuerza". Lidia, tienen la misma concepción pues considera que los tiempos han cambiado "*las personas ya no son como antes, nosotros nos quejamos más, las personas de antes eran más fuertes".*[61]

En este sentido, es que la partera no se ve a sí misma como la culpable de las complicaciones obstétricas. Cuando estas ocurren y no logra resolverlas tiene la sensibilidad de derivar a la mujer al servicio médico, solicitar una ambulancia y acompañar a la mujer hasta que se recupere. Además, de que es una terapeuta eficaz en la resolución de las complicaciones surgidas en el posparto.

[60] Entrevista realizada el 18 de Septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a la partera Catalina.
[61] Entrevista realizada el 10 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Lidia.

La construcción social de que el embarazo y el parto son riesgosos; así como, que la atención con la partera forma parte de los riesgos, también opera en un contexto en el que la muerte materna y neonatal son parte de los problemas de salud materna y desigualdad social. Así que, el discurso biomédico se ha apropiado de este fenómeno para relacionar el tipo de parto hospitalario con la disminución de la mortalidad y con el uso de la cesárea como medida de prevención de la muerte durante el parto. Esto no niega la eficacia terapéutica del saber biomédico y la lógica pragmática por la que los individuos recurren a esta forma de atención.

Sin embargo, como señala García Vázquez (2012) el incremento en la atención hospitalaria de parto, por personal médico, no ha reducido significativamente la mortalidad materna. El estudio del Instituto Nacional de Salud Pública (en García; 2011) demuestra que los partos atendidos por el personal médico en el ámbito hospitalario se duplicaron en el periodo de 1974-1976 al 2009, pero dicho incremento no fue acompañado por una disminución de la mortalidad materna.

Si bien, en Veracruz existe una importante problemática de muerte materna, esto no significa que todos los embarazos o partos sean de riesgo y que requieran de atención médica especializada, sino sólo entre el 15 y el 25% (UNICEF en Blázquez, 2009), el resto de los partos se desarrollan sin problemas, lo cual depende de la salud general de las mujeres y del contexto social en el que se desarrolla el proceso reproductivo.

En el caso de Patricia se evidencian otras cuestiones, por un lado, durante su primer parto fue atendida por una partera -como lo hizo su mamá durante la mayoría de sus partos-, pero al "*no poder y no estar lista para dar a luz en casa "dio la fuerza" antes de tiempo, por lo que, el parto se complicó ya que el bebé no bajaba".*[62] Así que por consejo de la partera acudió de emergencia al hospital. Esta primera experiencia de atención fue determinante para que durante su segundo parto decidiera atenderse en el hospital y no en casa con ayuda de la partera, pues temía que el parto se le volviera a complicar al no poder "dar la fuerza".

[62] Entrevista realizada el 12 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Patricia Selene.

Patricia explica porque durante su segundo embarazo decidió atenderse en el hospital:

> *Porque ya había quedado con mi mamá que yo me iba a operar y terminando de tener a mi hija pensaba operarme, pero ya tuve a mi hija el domingo y digamos ella nació a las 12:25 del domingo, en la madrugada y me dejaron en un cuarto hasta creo la una, pero me checaron la presión y estaba muy elevada y no me operaron por eso, me explicaron que porque tenía la presión alta podría tener mucho sangrado y eso me podía hacer mal, eso me dijeron nada más. De hecho mi mamá siempre fue con parteras y pues yo estaba en mi primer embarazo que quería dar a luz con partera, nadas más que* ***no puede*** *y ella misma me mando al hospital porque vio que no, creo que vio que* ***yo no estaba lista para tenerlo aquí*** *en la casa y ella misma me mando al hospital porque no bajaba el bebé y ya de hecho estuve con ella desde la 6 de la mañana y mi hija fue a nacer hasta la noche, pero me dice mi tía (la partera) que porque yo ya* ***estaba dando fuerza y todavía no era tiempo****, y por eso mejor me mando al hospital. Allá me checaron y todo, todavía no se había roto mi fuente y ya me la rompieron allá. De hecho fue más rápido porque cuando me dieron los dolores yo sentí que rápido nació mi hija, ya fue más doloroso con ella. Cuando iba a dar a luz aquí estaba mi papá, estaba mi marido y pues uno se siente raro y en el hospital nada más esta uno con el doctor o doctores y pues creo que me gusta más con los doctores porque que me estén mirando mucha gente me da vergüenza. A mí me gusta más que me atienda mejor un doctor, ahí* ***te checan la presión y pues al menos ahí si te sientes mal o algo ya te están dando una medicina.***[63]

Por otro lado, como muchas otras mujeres que deciden no tener más hijos, Patricia recurrió a los servicios públicos de salud para que le realizaran la salpingoclasia, aunque por cuestiones médicas finalmente no se la practicaron. Además, al igual que Victoria, Patricia ve como un aspecto positivo de la atención hospitalaria el uso de medicamentos cuando la mujer se *siente mal*.

Respecto a la medicalización, Eduardo Menéndez ha señalado que gran parte del proceso de expansión que sigue el Modelo Médico Hegemónico opera a través de lo que se denomina proceso de medicalización, es decir, “un proceso que implica

[63] Entrevista realizada el 12 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Patricia Selene

convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales" (Menéndez; 2002), como el embarazo y el parto, para pasar a tratarlos como enfermedades.

De tal manera que, cuando "la biomedicina da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas de los padecimientos y da soluciones basadas en la producción y distribución de fármacos" (Menéndez, 2002); las mujeres asumen el proceso reproductivo en términos de enfermedad-riesgo-complicación y pasan a explicarlos y atenderlos en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas.

3.2.2. Cesárea o parto normal: *"así de querer pues no, uno quiere que sea normal"*

Al cuestionar a tres de mis informantes -a quienes les practicaron una cesárea-, sobre si querían que dicha cirugía se llevara a cabo sus respuestas fueron:

> *Así de querer pues no, uno quiere que sea normal, pero si mi bebé para que salga bien es necesario la cesárea pues está bien con tal de que salga bien… pues para salvar la vida del bebé, y también la de la mamá cuando está en peligro.* [64]

> *No quería, pero fue para que la bebé se mantuviera bien. No podía tener parto normal porque me dijeron que ya de por si lo que era la placenta estaba hasta abajo, prácticamente estaba desprendida, ya nada más con tantito me iba a desangrar, entonces mejor la cesárea.*[65]

> *Pues para mí, yo diría que normal porque en la cesárea tarda uno más (se refiere al reposo), aunque no duele nada porque te lo sacan así nada más, programado. Pero pues yo digo que mejor normal, siempre y cuando no arriesgue la vida del bebé. Pues mira, si es necesario yo digo que está bien, pero si no es necesario pues yo digo que no.* [66]

[64] Entrevista realizada el 20 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Fátima.
[65] Entrevista realizada el 18 de Septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Estela.
[66] Entrevista realizada el 8 octubre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Hisela.

Es notable que para Fátima, Hisela y Estela la cesárea no fue el recurso de atención preferente; pero, si se ve como necesaria dado que persiste la noción de peligro o riesgo durante el parto; es decir, que para estas mujeres el estar embarazadas y el nacimiento de sus hijos representa una condición que pone en riesgo su salud o que compromete la vida de sus hijos; por tanto, la cesárea es la solución frente al riesgo. Aunque, al mismo tiempo, Hisela pone en duda el hecho de que las cesáreas siempre sean necesarias.

Las mujeres que recurrieron a la atención hospitalaria del parto, pero que no tuvieron una cesárea, también construyen sus propios saberes en torno al uso de esta cirugía. Así cuando cuestioné a Victoria, Sandra y a Patricia sobre si preferían tener una cesárea en vez de un parto normal, me respondieron que:

> *No, prefería que fuera normal porque la cesárea para mi es más cuidado y luego con mis hermanas, y normal pues a los 15 días ya te puedes levantar, no levantar pesado pero si ya uno se puede levantar y hacer cositas así, y por eso preferimos que sea normal a que sea* **cesárea***…Ya en la hora del parto pues si se me complico poquito como pues nació grande la niña a la mera hora yo me iba a ir para cesárea pero pues gracias a dios no. Hice todo lo posible para que fuera normal. Y este fue normal.* [67]

> *Yo quería parto normal porque en ocho días o quince días ya estás bien, ya puedes caminar, ya puedes hacer tu quehacer. En la cesárea te tienen que cuidar un mes porque no puedes cargar nada, hacer nada.*[68]

> *Sí, yo quería cesárea. Yo creo que depende de la situación, si vas a poder pues parto natural, pero sino la cesárea, y era lo que yo estaba pidiendo porque me sentía mal, de hecho cuando estaba ahí le estuve diciendo doctor yo quiero cesárea porque yo siento que no voy a poder y de hecho yo me sentía muy débil.*[69]

Sandra y Victoria prefirieron el parto vaginal porque los cuidados tras este son menores que los de la cesárea, mientras que Patricia optaba por la cesárea, pues, al igual que Fátima y Estela, considera que la única alternativa factible para

[67] Entrevista realizada el 9 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Victoria.
[68] Entrevista realizada el 20 de Septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Sandra
[69] Entrevista realizada el 20 de Septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Patricia.

resolver las complicaciones del parto es esta cirugía; es decir, que se tiene una amplia confianza en la tecnología como el mejor instrumento para valorar el proceso reproductivo (Nancy Stoller en Blázquez, 2010) y atender las patologías derivadas del parto. Pero no todas mis informantes aceptan que la intervención quirúrgica es el recurso ideal de atención, Victoria por ejemplo, decididamente opto por el parto normal, aun cuando se le presentaron complicaciones durante éste.

Si bien, varios estudios demuestran que la cesárea implica riesgos para la salud de la madre y el recién nacido e incluso aumenta sus probabilidades de muerte (García Vázquez, et al. 2012); para Fátima, Estela, Hisela y Patricia la cirugía es percibida como una solución y no como parte de los riesgos, a pesar de que entre el 25% y el 50% de las mujeres desarrollan complicaciones tras la cirugía (Anaya, 2008).

Sin duda, esta concepción se relaciona con la falta de información que existe en el sistema de salud, pues, según mis informantes -durante sus consultas prenatales- no fueron informadas sobre los posibles riesgos que trae esta cirugía, ni siquiera a aquellas cuyo embarazo era clasificado como de riesgo y se planeaba que su parto fuera vía cesárea.

Además, como pude darme cuenta, y como me lo señaló una de mis informantes (Fátima), cuando las mujeres son preparadas para entrar a cirugía se les pide que firmen un formato autorizando la cesárea y el uso de anestesia para la misma. En este documento se explican las complicaciones que pueden surgir durante la intervención quirúrgica; las cuales, serán aceptadas por la paciente una vez que firme el documento.

En realidad, son pocas las mujeres que se detienen a leer o examinar el documento; pues generalmente, los médicos apresuran a la mujer para que autorice la intervención, o la mujer que padece fuertes dolores no se encuentra en

las mejores condiciones como para discutir la pertinencia de la cirugía y sus riesgos. Esta situación genera que las mujeres se sometan a una práctica sobre la cual no disponen de información mientras que el profesional busca resguardarse legalmente.

Los principales riesgos que se presentan tras la cesárea derivan de complicaciones en la cicatrización de la herida. Ésta puede infectarse o abrirse de manera espontánea provocando hemorragias y ruptura uterina. Otras complicaciones de la cesárea se manifiestan a largo plazo cuando la mujer tiene otro embarazo. La principal es que la placenta se implante parcial o totalmente en un lugar distinto al endometrio (García Vázquez, et al. 2012). Frente a este panorama, es importante que el personal de salud brinde información precisa a las mujeres sobre las complicaciones de esta intervención, ya que la cesárea también forma parte de los riesgos obstétricos.

3.2.3. “Se me complicó un poquito el parto”

Se ha hablado mucho de las complicaciones durante el parto, pero qué tipo de complicaciones identifican las mujeres de Zaragoza. Victoria, por ejemplo señala que el tamaño del bebé puede complicar el parto normal. “Que no se pare la sangre” también se considera una grave complicación durante o poco después de dar a luz. La mamá de Patricia -doña Juana-, mencionó que “la muerte de parto” tanto del bebé como de la madre es la peor de las complicaciones.

Otras complicaciones que mis informantes mencionaron fueron: “que el bebé venga sentado”, “que se baje mucho la presión”, que “el cordón umbilical se enrede en el bebé”, “el parto seco y que la placenta no baje”, “no tener dilataciones”, y que el terapeuta -sea el médico o la partera- las haga *dar fuerza antes o después de tiempo.* Así como, que la propia mujer *no tenga la fuerza,* como veremos en el siguiente capítulo.

Reflexiones

Todas las informantes compartían una representación social según la cual, la atención biomédica del sistema de salud público tendría mayor eficacia curativa en el tratamiento de las complicaciones obstétricas debido a su capacidad técnica y al uso de medicamentos, a diferencia de la atención tradicional con la partera, la cual se considera menos eficaz y como parte de los riesgos durante el parto.

Aunque en la práctica hay mujeres que a pesar de preferir la atención biomédica recurren por necesidad a la partera en la atención del parto, como en el caso de Facunda. Pues como señala Osorio (2001:230) las representaciones sobre la práctica terapéutica no necesariamente corresponden de manera mecánica con la práctica propiamente dicha, que siempre tiende a combinar tratamientos, terapeutas y modelos de atención con la lógica pragmática de solucionar los procesos de salud/enfermedad.

Por otro lado, comparto la idea de autoras como Montes (2007) y Blázquez (2010) sobre que la amenaza del riesgo aumenta el dominio de la medicina y de esta manera obtiene el consentimiento y obediencia de las mujeres. Pues "la incertidumbre del posible riesgo desestructura la seguridad cotidiana de la persona y la hace maleable a las manos del médico y el sistema de salud" (Montes, 2007).

En el mismo sentido, Eduardo Menéndez señala que el eje estructurador de la biomedicina sigue colocado en el biologismo, es decir, que la biomedicina da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas de los padecimientos y da soluciones basadas en la producción y distribución de fármacos; así como incide en la constante biologización de las representaciones sociales del proceso s/e/a (Menéndez, 2002). De manera que, las mujeres asumen el proceso de embarazo, parto y puerperio en términos de enfermedad-riesgo-complicación y pasan a explicarlos y atenderlos en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas.

Si bien, como madre, me parece legítimo y sumamente comprensible el hecho de que las mujeres tengamos miedo y un cumulo de sentimientos y emociones antes

de dar a luz que nos hacen más vulnerables; a la luz de la evidencia empírica considero que el vivir el proceso reproductivo como si este fuera una enfermedad o como un evento que está en permanente riesgo trae diversas implicaciones y afectaciones en la mujer como la pérdida de autonomía frente a las decisión sobre el propio cuerpo; además de que facilita la aceptación de intervenciones como la cesárea.

En el siguiente capítulo ahondare en las prácticas de atención durante el parto, a partir de las experiencias de atención de cinco mujeres de Zaragoza. Además, incluiré la narración de mi propia experiencia de atención, buscando entender las causas por las que se llevan a cabo las cesáreas en el lugar de estudio.

CAPÍTULO 4.

Trayectorias de las mujeres en la atención del parto: cesárea o parto normal

En este capítulo me propongo describir y analizar la trayectoria de atención al parto en dos grupos de mujeres. La decisión de dividir las trayectorias en dos grupos diferentes responde al tipo de resolución del parto: el primer grupo de mujeres tuvo un parto normal, pero en su búsqueda de atención existió la posibilidad de que les practicaran una cesárea, mientras que en el segundo grupo sí se realizó dicho procedimiento. Me interesa conocer cuál es la etiología del uso de la cesárea de acuerdo con la experiencia, creencias y conocimiento de las mujeres.

Para el análisis elegí como método expositivo realizar un recorrido por las trayectorias de atención al parto hospitalario de cinco mujeres; además, incluiré mi propia experiencia de atención al parto en el IMSS-Coatzacoalcos. Dicho recorrido tiene la intención de recuperar una serie de experiencias subjetivas a partir de las cuales identificó: el inicio de labor de parto, el desarrollo de ésta en el hospital, cuáles son las condicionantes y qué actores se involucran en la decisión de practicar o no una cesárea.

La reconstrucción del evento obstétrico es esencialmente desde la mirada de sus protagonistas y se centrará en el último de sus partos, aunque en el caso de las mujeres con dos o más hijos (a) muchas de las representaciones parten de sus experiencias previas de atención. Asimismo, incluí la trayectoria de mujeres cuyo parto fue normal, ya que la descripción de sus experiencias también me ayuda a cumplir con el objetivo de este capítulo.

Me interesa explorar las causas por las cuales se práctica la cesárea, desde la percepción de las mujeres, para poder comprender si el uso de esta cirugía se orienta a resolver, disminuir, prevenir o controlar daños a la salud de la madre y/o

del recién nacido, o si por el contrario, en la utilización de esta intervención quirúrgica se involucran causas distintas a las médicas o si han sido condicionantes económicas o institucionales las que han dado lugar al desarrollo de este tipo de prácticas.

Partimos de que el embarazo, parto y puerperio conforman el proceso continuo en el que se da el nacimiento (Blázquez, 2009:18); por tanto, la trayectoria de atención que siguen las mujeres inicia en el embarazo; sin embargo, en este capítulo sólo analizaré una parte de la trayectoria de atención: la del parto. También es importante señalar que lo que predomina en la trayectoria de atención es el pluralismo médico (Cfr. Osorio, 2001), sin embargo, no voy a desarrollar un análisis integral de los diferentes saberes y formas de atención, pues no es el objetivo de este capítulo, sino que me concentraré en los saberes y formas de atención de tipo biomédico a los que recurrieron las mujeres de Zaragoza en su búsqueda de atención al parto.

4.1. Grupo 1. Mujeres en cuya búsqueda de atención existió la posibilidad de que les practicaran una cesárea.

Este apartado trata de las experiencias de tres mujeres que tuvieron un parto normal, pero en cuya trayectoria de atención se presentó la posibilidad del uso de una cesárea. El primer relato corresponde a la trayectoria de Hisela, con quien tuve mayores problemas de seguimiento, ya que durante mi estancia de campo ella vivía en Coacotla, así que el número de entrevistas que le realicé fueron menores en relación con las que llevé a cabo con Patricia y Victoria. Por tanto, la riqueza descriptiva que obtuve con mis otras informantes no fue del todo posible con Hisela; sin embargo, me pareció importante incluir su experiencia de atención porque me ayuda a explicar uno de los elementos esenciales de la atención institucional. Me refiero a la ambigüedad diagnóstica del riesgo obstétrico.

Otro de los casos paradigmáticos con el que ahondaré en el ámbito de las emociones y la relación mente-cuerpo, es la trayectoria de atención seguida por de Patricia. Con ella logré una relación muy cercana, sus relatos siempre fueron muy detallados, pues realmente quería ser escuchada. La transcripción de sus entrevistas, al igual que con mis otras informantes, refleja fehacientemente lo que me describió. Finalmente, el caso de Victoria da cuenta de la importancia de las redes familiares y el acompañamiento al momento del parto. De igual modo, las dificultades y desigualdades económicas en que se vive el proceso reproductivo.

La importancia de recuperar las narraciones de mis informantes se da porque como señala Jodelet, las representaciones sociales "circulan en el discurso, son acarreadas por las palabras y transportadas al interior de los mensajes" (Jodelet en Esparza; 2003). De esta manera, recuperar la voz de mis informantes me ayuda a responder cuáles son las causas atribuidas al uso de la cesárea, que si bien, dicho procedimiento no se dio en el caso de éstas mujeres, sus trayectorias evidencian las posibilidades de su uso. Además, considero que para analizar de manera relacional como se da el uso de la cesárea en las instituciones públicas de salud, también es necesario señalar las condiciones en que se da el parto normal.

4.1.1. Caso 1. Hisela: "que no iba a poder dar a luz normal, porque como fue cesárea la primera".

Hisela tiene 29 años, la conocí en el Centro de Salud de Zaragoza un miércoles por la mañana, cuando un grupo de mujeres que acababan de dar a luz acudieron a la institución para que vacunaran a sus bebés recién nacidos: Hisela era una de estas mujeres. Esa mañana yo estaba en la sala de espera, observando e intentando platicar con las jóvenes que traían en brazos a sus bebés. Hisela llegó al Centro de Salud poco después de las 11 de la mañana, ya todas las jóvenes tenían ficha para entrar al área de vacunas, así que ella era la última y tenía que esperar más tiempo. Aproveché la ocasión y me acerqué para hablarle del trabajo que estaba realizando, le expliqué lo mismo que a las otras mujeres con las que conversé ese día: le dije que estaba entrevistando a mujeres que acababan de dar

a luz para saber cómo las habían atendido. Ella se dijo dispuesta, me pidió que la entrevistara ahí mismo para aprovechar el tiempo mientras esperaba su turno.

La primera entrevista que le realicé fue en el Centro de Salud de Zaragoza, posteriormente la entrevisté en Coacotla, un pueblo cercano a Zaragoza pero que pertenece al municipio de Cosoleacaque. Ella vivía temporalmente en Coacotla, de donde es originaria, sólo que al casarse se fue a vivir con la familia de su esposo en Zaragoza. En Coacotla viven los padres de Hisela, quienes la cuidaban mientras transcurría su cuarentena, especialmente su madre, la señora Lidia.

Ella está afiliada al Seguro Popular por lo que recibió atención gratuita en el Centro de Salud durante su embarazo, mientras que la resolución de su parto fue en el Hospital General de Minatitlán, el cual es conocido por las usuarias como "Hospital Civil de Mina". En nuestro primer encuentro, Hisela tenía cinco días de haber dado a luz a su segunda hija; por lo que tenía claridad sobre los eventos ocurridos en su búsqueda de atención al parto. En ese momento Hisela tenía una hija de dos años y su bebé recién nacido. El nacimiento de su primera hija fue mediante cesárea porque, como ella lo explica: *"porque venía sentada y con el cordón en el cuello"*. Ella tuvo su parto en el Hospital de Minatitlán, pues para ese entonces aún se encontraba en construcción el Hospital de Cosoleacaque.

Aunque su segundo embarazo cursó sin problemas, Hisela consideraba que éste era de "riesgo" porque durante sus consultas prenatales la doctora que la atendió le señaló que por ser "bajita" (ella mide 1.40 metros) no podía dar a luz de forma normal. Su estatura fue considerada como un factor de riesgo obstétrico durante el embarazo y el parto. Como lo expliqué anteriormente en el capítulo 2.

Trayectoria en la atención del parto

Fue el 3 de octubre el día que Hisela "se alivió", pero tres días antes inició su búsqueda de atención. El 30 de septiembre, como a las nueve y media de la

noche, Hisela comenzó a sentir “pocos dolores” y le “bajó sangre”. Cuando sus dolores se incrementaron acudió al Hospital de Cosoleacaque. Ella se trasladó al hospital en taxi junto con su esposo, porque eran aproximadamente las 4 de la mañana. Al llegar, el médico que la atendió le pidió que volviera a su casa y regresara al hospital a las ocho de la mañana porque “todavía le faltaba”.

Hisela y su esposo regresaron a su casa en Zaragoza. Estando ahí, el sangrado y el dolor disminuyeron. A las ocho de la mañana volvieron al hospital de “Cosolea”, tal y como se los indicó el doctor. Pero cuando llegaron ya había otro doctor. El médico del nuevo turno le volvió a decir que “todavía le faltaba” y que no podía dar a luz ahí porque le practicarían una cesárea y no había ginecólogo, entonces el médico le pidió que fuera al Hospital Civil de Minatitlán:

> Ya estaba otro doctor, ya me dijo que no otra vez, y para él, dijo que quería mejor cesárea porque no iba a poder dar a luz normal por mi estatura y porque como fue cesárea la primera. Por eso necesitaba al ginecólogo, pero como no había, él (médico) me mando para allá, al hospital civil.[70]

Hisela y su esposo se trasladaron nuevamente en taxi hasta el hospital de Minatitlán, y estando ahí, Hisela se quedó esperando afuera del hospital porque “no subía el dolor”. Fue hasta las dos de la tarde cuando la ingresaron al Hospital de “Mina”. Ella se quedó internada hasta el 4 de octubre, un día después de que nació su hija. Dentro del hospital, ella describe cómo se desarrolló su labor de parto:

> Me tenía tres días ahí porque no se subía el dolor, no me subía la dilatación, no sé si me pusieron eso para acelerar el dolor. Me revisaban a cada rato, me hacían tacto y el medicamento. De hecho me venían a ver, pero me dijeron que todavía y que todavía faltaba, yo decía que ya venía y ellos que todavía, que tenía que esperar, pues hasta que según ellos sientan que ya. Me dijeron que todavía no, ya me mandaron (a quirófano) cuando ya casi estaba afuera (el bebé), no cuando yo les decía. Ya me mandaron ahí cuando estaba a punto de nacer, me decían que pujara y todo eso. Y qué pues tenía qué hacerlo yo sola porque me dijeron que no me podían

[70] Entrevista realizada el 8 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Hisela Martínez.

> ayudar mucho, me cortaron poquito. Ella nació bien, di a luz a las 16:55 de la tarde y me dieron de alta como a las dos del día siguiente.[71]

Causas por las que existió la posibilidad de que a Hisela le practicaran una cesárea

Hisela señala que por su baja estatura y por tener una cesárea previa, existió la posibilidad de que le practicaran nuevamente una cesárea. Pues, cuando acude por segunda vez al hospital de Cosoleacaque no sólo se encontró con el cambio de turno de los médicos, sino con un diagnóstico y percepción diferentes sobre sus posibilidades de tener un parto normal.

Los criterios utilizados por el segundo médico que la atendió fueron refutados, pues al trasladarse al Hospital de Minatitlán los médicos que la atendieron le explicaron que su parto sería normal debido a que su baja estatura no justificaba la práctica de una cesárea, tal y como se lo habían indicado en el Hospital de Cosoleacaque.

Inicialmente, sus antecedentes obstétricos fueron considerados como una causa que justificaba la utilización de una cesárea, pero al cambiar de instancia de atención, su condición física (baja estatura) y antecedentes obstétricos (primera cesárea) no fueron tomados en cuenta al momento de atender su parto. Más bien, se esperó la evolución natural del trabajo de parto.

Reflexiones

La trayectoria de la atención del parto de Hisela nos muestra que quienes tienen un papel activo en la toma de decisiones son los médicos que la atendieron, mientras que ella tenía un papel subordinado en la toma de decisiones sobre la resolución de su parto. Incluso cuando se encuentra en el momento más crítico del

[71] Entrevista realizada el 12 de octubre del 2014 en Coacotla, Ver. a Hisela Martínez.

trabajo de parto, es instruida por los médicos para que espere y no “pujara”: “*yo decía que ya venía y ellos que todavía (faltaba tiempo)”.*

Los cambios de turno y los distintos médicos que la tendieron influyeron en el tipo de atención que Hisela recibió, pues no hubo un seguimiento continuo de la evolución de su trabajo de parto, sino que distintos profesionales intervinieron y reformularon el tratamiento de atención sin ninguna fundamentación técnica. Lo que se deduce es que debido a la falta de personal gineco-obstetra en el Hospital de Cosoleacaque, Hisela no fue debidamente valorada antes de ser enviada por sus propios medios a buscar atención en el Hospital de Minatitlán.

A pesar de que Hisela no había tenido ninguna complicación durante su embarazo o al momento del parto, fue considerada una paciente con “riesgo obstétrico”, tendiente a ser intervenida quirúrgicamente. Por otro lado, se observa que la primera cesárea de Hisela no determinó que su segundo parto fuera atendido también mediante este procedimiento.

4.1.2. Caso 2. Patricia Selene: *“ahí si el doctor falló, me debió hacer cesárea y no parto normal”.*

A Patricia la conocí gracias a su madre, la señora Juana, a quien encontré en el Centro de Salud de Zaragoza. En aquella ocasión fui al Centro de Salud para que me realizaran unos análisis de laboratorio, la cita estaba programada para las 11 de la mañana, pero el personal encargado de tomar las muestras de sangre y de orina no llegó sino hasta una hora después. Aquel día el calor era intenso, así que mientras esperaba mi turno me senté afuera del Centro de Salud para no acalorarme, muchas mujeres estaban esperando, algunas embarazadas y otras que iban a sacar ficha para el turno de la tarde.

Todas platicaban de distintos temas, entre las conversaciones se escuchaba la de la señora Juana y una usuaria de Centro de Salud. Al parecer la señora Juana

sólo estaba de paso -pues se dirigía al mercado-, pero al ser interceptada por su amiga se detuvo en el Centro de Salud. Ellas hablaban en voz alta, la señora Juana comentaba que no podía asistir a la junta de Oportunidades porque su hija se acababa de "aliviar" y le prepararía un caldo de gallina.

Me interesé en su plática cuando la señora Juana señaló que a su hija no le había ido bien en el parto. Entonces, me acerqué a la señora Juana y me presenté, le dije que me interesaba platicar con ella y con su hija, pues quería saber cómo la habían atendido. Ella se quedó en silencio pensando, pues yo era una desconocida, después sólo dijo: "acompáñame", así que la seguí, nos dirigíamos a su casa. En ésta se encontraba Patricia, una mujer joven que traía en brazos a un bebé.

Patricia tenía 27 años cuando la conocí, no trabajaba fuera del hogar, ni realizaba labores pesadas en el hogar, pues tenía que cuidarse durante la cuarentena. Aunque señala que antes de estar embarazada trabajó en una zapatería en "Mina", estando con su esposo se dedicaba a labores en el hogar. Patricia estudió hasta tercer semestre de preparatoria, ya no continuó estudiando porque se casó. Su madre, la señora Juana, aunque era originaria de Zaragoza, no hablaba nahua, pues su familia por motivos de trabajo vivió mucho tiempo en Minatitlán donde no se practica la lengua. El padre de Patricia sí habla nahua, pero no les enseño a sus hijos. Patricia sólo recuerda que:

> Tenía a mi abuelita que hablaba (nahua), y yo de repente le preguntaba, pero nunca se me dio a mí para aprender, yo nada más le decía que me dijera que significaban las cosas que ella me está diciendo, pero la verdad no se me dio a mí para hablarlo. Conozco otros niños que sí, tengo un primo que tiene la edad de mi hermano, él si desde chiquito aprendió.[72]

Las entrevistas con Patricia fueron realizadas en la casa de la señora Juana, quien vive a escasos cinco minutos a pie del Centro de Salud o la "Clínica", como ellas lo

[72] Entrevista realizada el 12 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.

llaman. Patricia residía en casa de sus padres porque se había separado de su esposo, de quien se embarazó; así que la noticia de su embarazo generó un gran conflicto con sus padres, quienes a pesar de estar molestos con ella por haber quedado embarazada la apoyaron durante todo su embarazo. Ella comenta:

> Yo ya estaba separada y me embarace de él. Me dijeron (sus padres) que como era posible que me embarazara si ya nos habíamos separado, yo tal vez porque lo quería todavía, y quería regresar con él, entonces seguía estando con él aunque mis papás no quisieran y entonces me volví a embarazar.[73]

Patricia tiene dos hijas, se casó a los 17 años, poco tiempo después se embarazó, pero sufrió un aborto espontáneo. Ella comenta que fue una situación triste porque no tenía el apoyo de su esposo:

> Yo sentía que estaba sola, como él es una de las personas que puro le importa su trabajo. Me sentí triste porque cuando me enteré que había abortado fui a casa de sus papás y ellos no le avisaron a mis papás, digamos que me la pasé sola, nada más con la familia de él, a mis papás no les avisaron por eso me sentí mal.[74]

Al año siguiente, Patricia se volvió a embarazar, su hija nació cuando tenía 19 años. Durante su segundo embarazo contaba con seguridad social, por lo que se atendió en el IMSS, tal y como señala*:*

> Como él (su esposo) tenía un buen trabajo, tenía seguro y me alivié en el IMSS de Mina. Pues yo ahí sentí que me trataron bien y me atendieron un poquito mejor. Iba al IMSS y al seguro de Naranjito, ahí tenía mi control (de embarazo). Cuando fui a aliviarme, fui a Naranjito y de ahí me enviaron a Mina. Si me atendieron bien, de hecho yo estaba pensado en dar a luz aquí en la casa, pero la verdad no pude, no me sentía muy bien para dar a luz aquí y mis papás me llevaron al seguro, y tuve bien a mi hija. [75]

[73] Entrevista realizada el 12 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.
[74] Entrevista realizada el 18 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.
[75] Entrevista realizada el 12 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.

En general, Patricia describe que tuvo una adecuada atención durante su segundo embarazo. Para recibir atención médica durante su tercer embarazo, Patricia se afilió al Seguro Popular, pues ya no contaba con el seguro médico de su esposo. Así que recibió de forma gratuita atención prenatal en el Centro de Salud de Zaragoza.

Patricia señala que la atención que recibió en el Centro de Salud por parte de médicos y enfermeras siempre fue amable: "La enfermera que me toca siempre me ha tratado bien, a la hora que me pesa me cae bien porque me hace plática y me gusta que una persona sea así, porque luego llegas y otras tienen cara de enojo".[76] Cuando ella tenía cita médica debía acudir media hora antes de la hora programada, tiempo que considera adecuado para que la enfermera la pese, la mida, le tome la temperatura y la presión arterial. Generalmente no esperaba mucho para ser atendida, aunque señala que en ocasiones la doctora tenía varios pacientes o llegaba un paciente grave y lo atendían, por lo que la consulta se retrasaba y había que esperar más. Al estar en consulta, Patricia consideraba que la doctora se tomaba el tiempo para atenderla.

En sus consultas, Patricia recuerda que la doctora: le "medía el vientre, al principio no empezó a escuchar los latidos del bebé porque decía que estaba muy pequeño y todavía no se escuchaba. Nada más eso, me pesaba, lo que es normal, me tomaba la temperatura, la presión y todo eso".[77] El embarazo de Patricia cursó sin problemas los primeros meses, pero al final de su embarazo las citas médicas que le programaron eran más frecuentes: "ya en el último mes me las dieron cada semana porque yo tenía dolores desde los ocho meses y me daban las citas más cerca. De hecho mi presión siempre fue normal en todo el embarazo, hasta el último mes que sí se me empezó a subir la presión". [78]

[76] Entrevista realizada el 12 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.
[77] Entrevista realizada el 12 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.
[78] Entrevista realizada el 18 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.

La presión alta es un signo que indica el posible desarrollo de una enfermedad como la preeclampsia, por ello, la doctora Concepción, quien la atendió en el Centro de Salud, le dijo que se encontraba en *alto riesgo*, pues al dar a luz podía tener una hemorragia. Así que fue referida al hospital, "me dijeron que por cualquier cosa fuera a urgencias allá en el hospital de Cosolea".[79] Entonces Patricia acudió al Hospital General de Cosoleacaque en donde atendieron su parto.

Trayectoria en la atención del parto

El 29 de agosto, después de haber acudido al Centro de Salud de Zaragoza, Patricia se trasladó en compañía de su madre al hospital de Cosoleacaque, ella presentaba pequeños dolores y presión alta. Recuerda que al llegar al hospital la trabajadora social que estaba en la ventanilla de urgencias la recibió sin demoras porque no había muchos pacientes. A su ingreso en el hospital, la doctora que la atendió le dijo que su presión arterial era alta y que debía internarla. Patricia lo relató así:

> Como van por turnos, a esa hora cuando llegué (al hospital) me atendió la doctora Ámbar. Me dijo la doctora: tú ya no te vas a ir, te vas a quedar, te vamos a estar checando, tu presión esta alta y vamos a ver cómo avanza, te vas a quedar aquí (hospital) hasta que des a luz. Me estuvieron checando cada rato la presión, me dieron medicamentos para controlarla, con eso me tuvieron digamos hasta el lunes que yo seguía ahí porque mi presión no se controlaba. De ahí, fue otro doctor, digamos que fue el doctor que me atendió en el parto porque él entraba los fines de semana, de hecho eran varios doctores los que nos atendían. Me hacían el tacto y escuchaban el corazón de la niña. Después me decían que todavía faltaba, que no era su tiempo, que no era su hora, que me fuera a descansar […]De ahí, como a las nueve y media de la noche, tenía dos a tres de dilatación, todavía tenía tiempo. Como a las diez de la noche, ya estaban muy cerca las dilataciones, tenia de cinco a seis de dilatación; como a las 12 tenía ya nueve de dilatación, fue cuando el doctor me dijo: todavía te falta mucho, va a llegar en la madrugada, al otro día. Le dije que no, que sentía como me estaba bajando, que ya me dolía mucho la cintura, eso no va

[79] Entrevista realizada el 18 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.

a aguantar le dije. Empecé a gritar para que me hiciera caso el doctor, pero a esa hora que le hable no llegó todavía, yo le estaba diciendo a la enfermera ya me duele mucho, que me cheque otra vez, y no, como estaba atendiendo a otro paciente no llegó, ya después de un rato me checó. Tal vez lo iba a tener allí, nada más en la camilla, entonces rápido me fue a ver, me checó y rápido me llevó al quirófano para el parto, pero aun así, ya me sentía muy débil, ya no podía.[80]

Cuando estaba en el parto, estaba con los gritos y todo, yo le decía al doctor: ya no puedo, siento que me voy a desmayar, y me decía: aguántate, acaso no quieres a tu bebé. Le dije: si lo quiero, pero de verdad ya no tengo fuerza, y pues estuve con gritos, él me gritaba y yo le gritaba, me sentía mal, y sentía que me estaba desmayando de verdad, él pensaba que nada más me estaba haciendo, pero si me sentía muy muy mal en el parto […]

Yo le había dicho al doctor que no iba a aguantar, yo lo que quiero es cesárea le dije, pero me dijo que no, creo que porque no habían doctores. Cuando estaba ahí le estuve diciendo: doctor, yo quiero cesárea porque yo siento que no voy a poder. De hecho, yo me sentía muy débil, ya casi en el último momento me estaba desmayando, y mi bebé todavía no salía, no podía salir y me sentí muy mal, también por mí y por ella, por eso es que se quedó hospitalizada […].

En el primer parto que tuve con mi hija no fue así, fue más rápido, no sentí tan feo los dolores, tal vez porque me sentía mejor y mi presión estaba mejor, sentía que podía dar la fuerza y que mi bebé estuviera bien, pero con ésta no, me sentía mal cuando empecé a sentir los dolores más fuertes, me sentía más débil, sentía los dolores hasta más fuertes. Yo sabía y sentía que no iba a aguantar, pero no sé cómo agarre fuerza, por pensar en ella tal vez […]

Después de que ella nació me debilite, mis brazos no tenían fuerza, no tenía fuerza en nada, en todo el cuerpo, sentí que me estaba desmayando, me desmaye pero no demore mucho estando así, fue cuando vi a mi bebé, la vi que le estaban sacando el líquido y todo eso, me dijeron que no lloró, que demoró unos tres minutos en llorar, le pusieron el suero y todas esas cosas porque dijeron que había nacido moradita, la iban a poner en una incubadora y después me la iban a dejar ver. Por eso también me preocupe y me asuste, por eso, tal vez, mi presión después del parto estaba muy alta, porque me preocupe. Sabía

[80] Entrevista realizada el 20 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.

que me debieron hacer cesárea, pero digamos que el doctor que estaba en turno no sé si no pensó, no sé cómo es que me atendió así.[81]

Causas por las cuales según Patricia era necesaria la cesárea

El hecho de que Patricia deseaba que le practicarán una cesárea responde a diversas situaciones y discursos manejados por los profesionales que la atendieron. En primer lugar, la doctora que la atendió durante su embarazo en el Centro de Salud le indicó que al presentar presión alta podía tener una hemorragia durante el parto y que debían realizarle una cesárea, pues su parto era de alto riesgo.

Otro argumento que se manejó sobre la necesidad de realizarle una cesárea fue el de la doctora que la atendió inicialmente en el Hospital de Cosoleacaque: "Me había dicho la doctora que cualquier irregularidad en mi tenía que ser una cesárea. Como desde el viernes fui a checarme, me quedé hospitalizada y era la presión. Entonces, me había dicho la doctora: por cualquier cosa, que se te altere la presión o algo, y tú vas a dar a luz no vas a poder darlo normal, tendría que ser una cesárea".[82] A partir de las indicaciones que había recibido de las doctoras que la atendieron, Patricia se sentía convencida y preparada para que su parto fuera mediante una cesárea, pues consideraba que la cesárea era la mejor forma en que podía hacer frente a su padecimiento.

Pero la principal causa por la que Patricia quería que le realizaran una cesárea se debía a su "falta de fuerza". Patricia había perdido la fuerza de enfrentar un parto normal, ya que la serie de angustias por las que atravesaba al no contar con el apoyo de su esposo, causaron que ella sufriera presión alta. Su estado emocional se expresaba a través del aumento de su presión alta, tal y como ella señala*:* "pensaba en su papá que no le importaba esta bebé, sentía muchas cosas juntas,

[81] Entrevista realizada el 21 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.
[82] Entrevista realizada el 20 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.

a la mejor por eso no se me controlaba la presión. Me sentía más sola porque ella no va a tener a su papá, eso influyó un poco en mi presión".[83] La presión alta le propició un estado físico de debilidad que no le permitió enfrentar un parto normal: *1ad*"cuando estaba ahí le estuve diciendo: doctor, yo quiero cesárea porque yo siento que no voy a poder. De hecho, yo me sentía muy débil… yo le decía al doctor: ya no puedo, siento que me voy a desmayar".[84] Por ello, su decisión era tener un parto a través de una cesárea. Patricia considera que las causas por las que no le practicaron una cesárea se relacionan con: la falta de personal calificado, que el médico que la atendió tuvo un diagnóstico incorrecto y la falta de inclusión de sus sentimientos y decisiones. Patricia lo expresó así:

> Había escuchado que en la noche no te hacían cesárea, creo que porque no había quién, dicen que no hay médicos, ahorita no había ginecólogo, dicen que se fue o está de vacaciones. No sé cómo al doctor se le fue y pensó que yo podía dar a luz con parto normal. Además, estaba pidiendo cesárea porque me sentía mal, pues creo que depende de la situación, si vas a poder pues parto natural, pero si no, la cesárea.[85]

La multicausalidad está presente en las explicaciones que Patricia da sobre por qué no le realizaron una cesárea, cuando ella había decidido que así fuera. Además, para Patricia, la principal causa de que su hija naciera "moradita" se relaciona con el parto normal que tuvo, ya que al no poder *"dar la fuerza"* en el parto, su bebé "no podía salir".

Reflexiones

Con frecuencia, en la región, las mujeres se embarazan estando casadas, pero Patricia, al transgredir esta norma y convertirse en madre por segunda vez estando separada de su marido, tuvo que vivir una serie de dificultades emocionales que afectaron su salud. Si bien Patricia se separó de su esposo porque vivía una relación de maltrato y desigualdad, ella continuaba con la

[83] Entrevista realizada el 21 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.
[84] Entrevista realizada el 21 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.
[85] Entrevista realizada el 21 de septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Patricia Selene.

esperanza de que su esposo cambiara y regresaran. Patricia, a diferencia de mis otras informantes, no contaba con el apoyo económico y emocional de su esposo, situación que influyó al momento de su parto.

Como se aprecia en la narración de Patricia, la resolución de su embarazo dependió del criterio del médico que la atendió, quién en su interpretación o diagnóstico no consideró las emociones expresadas por Patricia; dado que en las representaciones de Patricia los riesgos durante el parto deben ser resueltos mediante la realización de una cesárea, el diagnóstico y la actuación del médico quedaron en duda porque éste no le practicó la cesárea como ella esperaba.

El médico fue quien decidió que Patricia debía dar a luz de manera normal, a pesar de que ella deseaba una cesárea, y de que las doctoras que la habían atendido previamente consideraban que lo mejor era que le realizaran una cesárea porque al tener presión alta su parto se podía complicar, tal y como Patricia considera que ocurrió, pues su bebé nació “moradita” y se quedó internada en el hospital. En este sentido, Patricia, al igual que Hisela, se encontró con las contradicciones del discurso biomédico sobre en qué situaciones se debe o no llevar a cabo una cesárea. Patricia, a diferencia de Hisela, presentaba un signo de alarma importante, la presión arterial elevada, la cual, como le señaló la doctora del Centro de Salud, podía ser un indicador del desarrollo de la preeclampsia. Además, Patricia se encontraba en constante presión para que diera a luz de forma normal, pues el médico le decía: “¿Acaso no quieres a tu bebé?”.

Patricia atravesó una serie de dificultades que la transgredieron o violaron su derecho al acceso de los servicios de salud, pues aunque el Hospital de Cosoleacaque contaba con las instalaciones adecuadas para la atención del parto por cesárea, carecía de personal calificado que llevara a cabo la cirugía. Tampoco se consideró la posibilidad de trasladarla o referenciarla al Hospital de Minatitlán para que allá le practicaran la cesárea, como le ocurrió a Hisela.

En el caso de Patricia, la falta de personal fue una condicionante para que el médico decidiera no practicarle una cesárea. En este sentido, se observa que más que los diagnósticos médicos, los signos de alarma que presenta una mujer durante el parto y la percepción que las propias mujeres tienen sobre el desarrollo de su labor de parto, son la institución y su organización quienes tienen un gran peso en la decisión de realizar o no una cesárea.

4.1.3. Caso 3. Victoria: "como pues nació grande la niña a la mera hora yo me iba a ir para cesárea, pero pues gracias a dios no. Hice todo lo posible para que fuera normal".

Victoria, o Viki como la conocen, es una joven de 24 años de edad. Ella y su esposo comenzaron a vivir en unión libre cuando ella tenía 19 años y él 23; cuatro años después decidieron casarse, pero sólo por el registro civil, pues Victoria considera que el matrimonio por la iglesia es un "juramento ante dios que con el transcurso del tiempo no se llega a cumplir", y es por ello que aún no han decidido casarse por la iglesia.

A Victoria la conocí por medio de su tía, quien es sastre y vende tortillas en la calle principal de Zaragoza. Un día, mi madre y yo fuimos a visitar a la señora Francisca para que nos mostrara las blusas que teje a mano y que muchas señoras mayores usan en Zaragoza. En esa ocasión, mientras la señora Francisca platicaba con nosotras, llegó una vecina preguntándole por su sobrina que acababa de dar a luz, y la señora Francisca comentó que su sobrina ya estaba en su casa con el bebé. Aproveché la situación para pedirle a la señora Francisca que me presentara a su sobrina. Al día siguiente visitamos a Victoria, quien nos recibió amablemente.

Victoria, a diferencia de mis otras informantes, no residía con la familia de su esposo porque él, al ser originario de Puebla, no tenía familia ni propiedades en Zaragoza, así que vivían con la madre de Victoria. El esposo de Victoria trabajaba en Coatzacoalcos como albañil en una constructora, ella no realizaba ninguna actividad además de las labores en el hogar, porque piensa que si llegara a trabajar "*fuera"* descuidaría a sus hijas, otra de las razones por las que Victoria se

dedica al hogar es porque "él (su esposo) no quiere (que ella trabaje fuera del hogar)". [86]

Al igual que mis otras informantes, la casa de Victoria es de adobe y techo de palma, en ésta llevé a cabo las entrevistas. Victoria estudió hasta la secundaria. Ella y su familia están afiliados al Seguro Popular, pues aunque su esposo trabaja en una constructora, no cuenta con Seguridad Social. Ella no aprendió a hablar nahua porque su madre no le enseñó.

Victoria tiene dos hijas, su primer embarazo fue a los 21 años, tres años después decidió volverse a embarazar. De su segundo embarazo, inició su control prenatal en el Centro de Salud a los cinco meses: *"Tenía yo los cinco meses. Si, ya casi los cinco meses porque este no le hice caso la verdad, no le hice caso de llevar el control, como ya sabía. Luego fui a sacar mi primera cita a los 5 meses, de ahí ya llevé mi control".*[87] Su decisión de acudir a recibir atención durante el segundo trimestre se relaciona con su primera experiencia de embarazo, en la cual se dio cuenta de su estado al dejar de menstruar y realizarse una prueba de embarazo:

> Ya no se me bajó, ya no llegó mi regla, pues ya, como yo no sabía de esas cosas, ya le comenté a mi mamá. Y ya fue que fuimos a la Clínica, al Centro de Salud a ver que me iban a decir, y ya, me dieron (receta) para que sacara unos análisis y ver si de verdad estaba embarazada, y sí, me saqué los análisis y resultó positivo, yo estaba embarazada. Ya de ahí, igual todo bien desde los primeros meses, no se me complicó para nada.[88]

Victoria -al igual que las demás mujeres- cumplió con el único requisito que solicitan en el Centro de Salud para recibir atención prenatal, una prueba sanguínea que demuestre la condición de embarazo. Para su segundo embarazo, ella sabía que debía cumplir con el mismo requisito, así que optó por no realizarse los análisis, pues tenía la seguridad de estar embarazada ya que presentaba los

[86] Entrevista realizada el 9 de Octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Victoria Ramírez.
[87] Entrevista realizada el 10 de Octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Victoria Ramírez.
[88] Entrevista realizada el 10 de Octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Victoria Ramírez.

mismos síntomas que en su primer embarazo; pero sobre todo le parecía que era un gasto innecesario ya que tenía que pagar por ellos en un laboratorio privado.

En el municipio, dichos análisis cuestan aproximadamente 150 pesos, cantidad que para la economía familiar de Victoria es alta. Así que la estrategia que realizó para evitar este requisito fue acudir al Centro de Salud cuando su embarazo ya era notorio, de esta manera los médicos no tendrían que solicitarle la prueba de embarazo: "Me sentía yo bien y por eso es que no le hice caso [...] Me quise ahorrar los análisis porque ya ves que luego la doctora no te cree y obviamente teniendo la panzota qué te va a decir que no. Y pues ya esperé los 5 meses y ya llevé mi control hasta los nueve meses".[89]

Durante los primeros meses de embarazo Victoria tampoco recurrió a otras formas de atención, como la partera tradicional, pues como señala la partera Ricarda, es a partir de los 5meses -cuando el bebé está grande- que las mujeres la visitan para que las "talle", es decir, les sobe la panza para que el bebé se coloque en la posición correcta y la mujer pueda tener un parto normal; o cuando la mujer se siente mal. Tal y como lo hizo Victoria: "De ella (de la bebé) a partir de los cinco meses me fui a tallar con la partera. Iba cada mes o cada 15 días, cada que yo sentía molestia o que me lastimaba algo me iba a 'tallar'. Ella (su madre) me dijo: tienes que ir por cualquier cosa, no vaya a ser que el bebé se acostumbre a estar para un lado y no vaya hacer que a la mera hora se te vaya a complicar, y pues me iba a tallarme".[90] La atención que Victoria recibió de la partera -a partir de los cinco meses de embarazo- se enfocó en la prevención de una "mal posición" del bebé.

Victoria señala que en sus primeros meses de embarazo nunca presentó algún malestar o molestia, pero al iniciar la atención de su embarazo y realizarse las pruebas sanguíneas y de orina su doctora le informó que se encontraba anémica y con infección en las vías urinarias; lo cual se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro. "En el de orina fue la que me detectó una pequeña infección, me dio

[89] Entrevista realizada el 10 de Octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Victoria Ramírez.
[90] Entrevista realizada el 10 de Octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Victoria Ramírez.

medicamentos, me volvió a dar análisis y se me quitó, gracias a dios se me quitó. Y ya en el de sangre fue la que me salió un poquito anémica, que estaba yo anémica".[91] Victoria recibió tratamiento médico para la infección y vitaminas para la anemia.

Trayectoria en la atención del parto

La bebé de Victoria nació el 16 de septiembre, pero el dolor de parto inicio el día anterior, tal y como ella lo narra:

> Me empezaba a bajar un poquito de sangre a las seis de la mañana y ya todo el día, entre ratitos venia el dolor y se me calmaba el dolor, así estaba yo todo el día, todo el día. Ya no me dio por hacer las cosas, cada rato caminaba porque así solamente se me calmaba el dolor, caminaba, caminaba y en la noche todavía fui a comprar, a comprar con mi esposo, yo ya traía dolor. Mi esposo había ido a trabajar y se regresó por lo mismo, por cualquier cosa. Ya a las 12 de la noche arreció el dolor y ya no se me calmaba, y ya dijo mi esposo: pues vámonos de una vez, no vamos a esperar más tiempo, y era la una y nos fuimos al hospital […]
>
> Uno de mis tíos estaba disponible y él me llevo en su taxi, ese día estaba el aguacero muy fuerte. Así fui con el dolor fuerte hasta llegar hasta allá (hospital de Cosoleacaque), ya preguntamos y me dijeron que quién iba a pasar, mi esposo dijo que yo, que ya traía dolor de parto y ya me dijo que esperara un momentito y que el doctor iba a salir, y si, ya en cinco minutos salió el doctor, me hizo que pasara, ya me checó y todo, en seguida, en seguida me quedé […] Ya me checó un doctor que cuánto tenia de dilatación, ya llevaba 5, me checó todo eso, la presión y ya, nada más, me dijo que me cambiara, iba yo a quedar ahí en ese momento, ya de ahí me pasaron a una cama, me aplicaron el suero, me sacaron tres tubitos de sangre y me sacaron el suero, de ahí pues ya. El enfermero fue que me vendó los pies y me aplicó suero, nada más, el doctor es el que se encargó de hacer todo […]
>
> Así como ellos veían que se me venían los dolores me venían a checar, ya cerca de los ocho él me decía que cuando sintiera dolor que pujara, que no gritara ni nada, que pujara para que bajara más rápido, y nada más es lo que me dijo hasta llegar a los nueve (de dilatación). Ya cuando llegaron los nueve fue que me llevaron en la

[91] Entrevista realizada el 10 de Octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Victoria Ramírez.

sala de parto y fue que me aplicaron creo medicamentos, alcancé a ver que me pusieron dos jeringas en el suero […]

Ya a la mera hora me dijo el doctor: está muy grande, porque lo checó y estaba muy grande y no vaya a ser que se te pase, porque yo ya había llegado a las nueve dilataciones y no bajaba, nada, para nada, por más que yo daba mi fuerza no quería bajar, y me dice: si no va a querer va a ser cesárea, trata de dar toda tu fuerza, ya lo último porque si no va a pasar su hora, se trata de dar lo más que puedas, da lo más que puedas, y sí, ya a la mera hora le pedí mucho a diosito la fuerza, y sí gracias a dios, ya lo último que vine a dar ya bajó ella. Y ya me dijo el doctor que se me había complicado porque estaba un poquito grande, nació de cuatro kilos y cien gramos, y midió 55 centímetros por poquito ya me iba a cesárea, pero gracias a dios no, fue normal. Sí me hicieron el corte y todo, y si lo sentí un poquito, no sé si porque no me pusieron la anestesia o porque fue complicado a la mera hora, porque de mi primera hija no lo sentí y éste sí. Fue algo feo porque me están costurando y el doctor sin compasión te está costurando, te está jalando y todo, y el de la niña no, éste fue más complicado […]

Nació ella y está bien, la pasaron a la cuna, pero yo no paraba de sangrar, la hemorragia que se me vino, entonces el doctor tuvo que llamar al ginecólogo para que me fuera a ver, para ver porque yo no paraba de sangrar, y ya fue que vino y me aplicó una inyección y ya fue que él metió la mano o no sé qué hizo por dentro y me costuró. Me colocaron un medicamento en el mismo suero, si porque le dijo al ginecólogo que me tenía que aplicar para que dejara de sangrar. En ese momento me quede sin fuerzas, yo me quedé así, perdí mucha sangre o no sé cómo pero me debilité, pero ya en el papel dice que tuve una fuerte hemorragia a la mera hora, la complicación que tuve, ya no sé qué habrán hecho pero se me paró la hemorragia. Hasta el día siguiente me dieron de alta, estuve casi dos días en observación.[92]

Causas por las que existió la posibilidad de practicarle una cesárea

De acuerdo con el testimonio de Victoria, el médico que la atendió durante su labor de parto consideró que el tamaño de su bebé era una causante para que le practicaran una cesárea, pues dificultaba que su parto fuera normal: “estaba

[92] Entrevista realizada el 24 de Octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Victoria Ramírez.

grandecita, yo ya había llegado a las nueve dilataciones y no bajaba, por más que yo daba mi fuerza no quería bajar, y me dice: si no baja va a ser cesárea".[93]

La narración de Victoria refiere a que durante su parto se presentó una complicación, que "no bajaba el bebé" y que podía "pasar su hora". A diferencia de Hisela, en el caso de Victoria se observa una complicación al momento del parto y no sólo la presunción de que el parto era de "riesgo". Aunque queda la duda de por qué el médico que la atendió no previó que el tamaño del bebé podía complicar el parto, tal como ocurrió.

Por otra parte, es notable que Victoria se sentía con "la fuerza" para dar a luz de forma normal, pues tenía el apoyo de su red familiar (el esposo la acompañó al médico, su tío la transportó en su taxi) y, además ella prefería tener un parto normal: *"Hice todo lo posible para que fuera normal".*[94]

Reflexiones

En relación con mis otras informantes, Victoria fue la única que inició el control prenatal de forma tardía (a finales del segundo trimestre). Esta situación se relaciona con su condición económica, pues ella, al igual que otras mujeres que deben encargarse de la distribución de los bienes en el hogar, lleva a cabo diversas estrategias para ahorrar en algunos recursos, como los análisis de laboratorio, los cuales decidió no realizarse porque estaba segura de estar embarazada. En este caso, es claro que, si bien el proceso reproductivo se relaciona con factores biológicos, también tiene implicaciones económicas en quienes lo viven.

De este modo, por aspectos relacionados con la economía, Victoria no tuvo acceso a los servicios de salud durante el primer trimestre de embarazo; cuestión

[93] Entrevista realizada el 24 de Octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Victoria Ramírez.
[94] Entrevista realizada el 24 de Octubre del 2014 en Zaragoza, Ver., a Victoria Ramírez.

que la colocó en una situación de mayor vulnerabilidad, pues Victoria padecía de anemia, que es considerada como una de las enfermedades que complican el embarazo; además, como señala Graciela Freyermuth (2014:39) las inequidades estructurales como la pobreza patrimonial (no contar con un ingreso suficiente para satisfacer las necesidades de salud, educación, alimentación y vivienda) se relacionan directamente con el riesgo de morir durante la maternidad.

En términos generales, podemos mencionar que la trayectoria de atención seguida por Victoria muestra que la condición económica constituye una limitación estructural para el acceso a los servicios de salud. Además, vemos que la intención de utilizar la cesárea, en este caso, responde al surgimiento de una emergencia obstétrica.

Reflexiones: La trayectoria de Hisela, Patricia y Victoria

Podemos distinguir tres causas que las mujeres atribuyen a la posibilidad del uso de la cesárea: las de carácter institucional, las que se orientan a resolver alguna emergencia obstétrica y las relacionadas con los significados atribuidos a “dar la fuerza”. Todas estas causas se relacionan entre sí y operan en el transcurso de la trayectoria de atención al parto.

Respecto a las causantes institucionales que posibilitan el uso de la cesárea, podemos resaltar la organización y los tiempos en que laboran los médicos especialistas, ya que los cambios de turno y el sistema de referencia-contrareferencia impiden que la mujer sea debidamente valorada, pues cuando un médico opta por un diagnóstico, el médico del siguiente turno lo modifica sin un análisis real de las condiciones de la mujer que está en labor de parto. Más bien, lo que opera son una serie de situaciones institucionales como que haya o no personal gineco-obstetra disponible.

Como he señalado antes, es notable la figura del médico en la toma de decisiones, mientras que el papel de la mujer se torna secundario. En la decisión que toman los médicos sobre cuando realizar una cesárea o cuando no, los procesos emocionales por los que atraviesan las mujeres no son significativos para justificar una intervención como la cesárea.

Como se muestra en la trayectoria de atención de Patricia, las aflicciones y problemas sociales que vivía en ese momento fueron olvidados o no tomados en cuenta por el médico que la atendió. Mientras que para ella el no contar con su pareja era una de las causas que alteraban su presión y su capacidad para "dar la fuerza", y así, poder dar a luz de forma normal, para el médico esta no era la causa real de su padecimiento, sino que buscaba alguna explicación orgánica que tratar con medicamentos.

En este sentido, Eduardo Menéndez señala que "el médico no tiene formación profesional respecto de los procesos socioculturales y económico-políticos que inciden en la causalidad y desarrollo de los padecimientos" (2009:43). La poca significación que el médico otorgó a los procesos psico-afectivos que Patricia vivía, fue lo que le impidió entender por qué Patricia prefería tener una cesárea y no un parto normal. En este sentido radica la importancia de conocer el sistema cultural local, pues así se puede evitar que los síntomas sean interpretados de manera distinta por los médicos y por los pacientes, lo cual genera tensiones en el encuentro clínico (Kleinman, 1988).

A diferencia de Patricia, Hisela y Victoria si tenían la "fuerza", pues ellas contaban con el apoyo de su red familiar, y a pesar de que Hisela tenía una cesárea previa y de que el tamaño del bebé de Victoria dificultaba el parto vaginal, ellas respondieron a sus complicaciones dando la "fuerza". En este sentido, considero que el significado que estas mujeres le atribuyen a "dar la fuerza" es fundamental en cómo se resuelve el evento obstétrico.

Otra de las causas que identifico es que la cesárea también es un recurso que ayuda a resolver las emergencias que se presentan durante el parto. Aunque es importante matizar que lo que se busca es prevenir este tipo de complicaciones, y en el caso de Victoria no se previnieron del todo, pues durante las consultas previas al trabajo de parto, el ginecólogo siempre le señaló que ella y su bebé se encontraban bien, que tendría un parto normal y nunca mencionó el tamaño del bebé o la posibilidad del uso de una cesárea al momento del parto.

4.2. Grupo 2. Mujeres a quienes se les practicó una cesárea

En este apartado, se abordan las trayectorias de atención de dos mujeres de Zaragoza a quienes se les practicó una cesárea durante su primer y último embarazo. La primera trayectoria corresponde a la experiencia de Fátima, la cual, nos revela las tensiones e incertidumbres que se pueden vivir a raíz de la desatención, la larga espera y el ambiente hospitalario.

La segunda trayectoria es la de Estela, una mujer que pasó por múltiples complicaciones de salud con el fin de dar vida y consolidar su matrimonio con la llegada de una hija. Además, en este apartado, incluiré mi propia experiencia de atención en el IMSS-Coatzacoalcos, con la intención de continuar con el análisis de las causas atribuidas al uso de la cesárea.

4.2.1. Caso 4. Fátima: “Para la doctora de la clínica yo ya iba para cesárea, era para que llegara al hospital, me hicieran cesárea y se acabó”.

A Fátima la conocí en el Centro de Salud. Ella y su esposo salían de su primera consulta posnatal. Fátima se notaba cansada, era su esposo quien sostenía al bebé. Me acerqué a ellos para hablarles de mi investigación, tal y como les expliqué a mis otras informantes, le dije a Fátima y a su esposo que estaba interesada en conocer cómo la habían atendido, ambos se mostraron dispuestos. Fátima me dio la dirección de su casa, me dijo que después la buscara porque tenía cesárea y no podía estar mucho tiempo en el sol. Al día siguiente fui a su

casa, ella vive junto a sus suegros, en un pedazo de terreno que les otorgaron para que construyeran su casa. Ésta es de adobe con techo de palma, ahí realicé las entrevistas.

Fátima tiene 22 años, es la hija menor de un matrimonio compuesto por 6 hijos, sus padres son originarios de Zaragoza. Ella no aprendió a hablar nahua, aunque su padre sí lo practica. Después de terminar la preparatoria no pudo continuar con una preparación profesional, pues aunque deseaba estudiar psicología, su padre no contaba con los recursos económicos suficientes, así que comenzó a trabajar en una casa de Minatitlán en la que realizaba la limpieza, pero como el pago era poco y el trabajo interminable prefirió dejarlo y empezar a trabajar en una tienda de Zaragoza, ahí conoció a su esposo. El noviazgo formal inició durante las fiestas del pueblo, ella tenía 19 años y él 20, después de dos años de noviazgo se casaron por el civil.

Aunque Fátima tiene amplio conocimiento sobre métodos anticonceptivos no los usó durante su primera relación sexual y durante los primeros meses de matrimonio. Ella se embarazó poco tiempo después de casada. Acudió a recibir atención prenatal en el Centro de Salud de Zaragoza a los dos meses de gestación, según ella, la atención que recibió ahí por parte de médicos y enfermeras fue *buena:* "Yo sentía que me atendían bien porque me preguntaban como estaba, checaban mi panza, al bebé y todo eso de la presión".[95] El único inconveniente que Fátima observó durante sus consultas fue el tiempo de espera: "Deben respetar exactamente la hora en que te dan tu cita, porque te dicen 20 minutos antes, en lo que te miden y pesan, la enfermera si te pasa, pero la demora es con la doctora, tenía que esperar demasiado".[96]

Fátima acudió a todas sus consultas prenatales. Aunque le practicaron la mayoría de los análisis de rutina en el hospital de Cosoleacaque, algunos otros los tuvo que efectuar por su cuenta ya que en el hospital no se estaban realizando. En dichos análisis se observó que Fátima tenía un exceso de cristales: "salió que

[95] Entrevista realizada el 14 de Octubre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Fátima.
[96] Entrevista realizada el 14 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Fátima.

tenía cristales, pues me dijo (la doctora) que dejara de tomar refresco".[97] Fátima no recibió más información sobre qué eran los cristales o cómo afectaban su embarazo.[98]

Desde el inicio de su embarazo, Fátima planeaba dar a luz en el Hospital de Minatitlán porque sólo en éste realizan el tamiz auditivo, el cual quería que le practicaran a su bebé, ya que su esposo tiene problemas para oír y necesita de un aparato auditivo. Por ello, a diferencia de mis otras informantes, Fátima no transitó por el hospital de "Cosolea" sino que acudió directamente al hospital de Minatitlán.

Trayectoria en la atención del parto

Fátima dio a luz el 26 de septiembre. Días antes del parto, acudió a su consulta prenatal en el Centro de Salud como lo hacía regularmente. Aunque se encontraba en la semana 40 de embarazo, no presentaba ningún malestar o dolores de parto. Durante su consulta la doctora del Centro de Salud le pidió que acudiera de urgencia al hospital porque los latidos del corazón de su bebé eran irregulares: "Me revisó y encontró que el corazón del bebé subía a 150 y de ahí bajaba a 120,128, 130, y pues eso ya no es normal y me mandó de urgencia al hospital, para la doctora yo ya iba para cesárea, era para que llegara al hospital, me hicieran cesárea y se acabó". [99]

Después de la consulta, ella regresó a su casa para esperar a sus suegros, quienes la acompañarían al hospital. Fátima narra así su experiencia:

> Nos fuimos (Fátima y sus suegros) en taxi, cuando llegué al hospital pasé a un pasillo donde llegan, según de urgencia. Llevé el pase que me dieron, lo del Seguro Popular y mis documentos. Llegué diciendo que iba por el corazón del bebé y que iba de urgencia, pero aun así me hicieron esperar, yo estaba muy preocupada. Otras personas pasaron antes que yo, como hasta las cinco y media me pasaron, yo llegué a las cuatro.

[97] Entrevista realizada el 14 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Fátima.
[98] Según la doctora Liz, cuando las partículas de los cristales se unen, éstos convierten en piedras, por ello se debe cuidar la alimentación y no consumir productos enlatados. Entrevista realizada el 13 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver.
[99] Entrevista realizada el 20 de octubre del 2014 en Zaragoza, Ver a Fátima.

Un doctor me pasó a su consultorio, checó el corazón del bebé, y me internó, dio la orden para que me internaran.

Me pasaron a una habitación donde habían puras embarazadas. Cuando me internaron me revisó una doctora, y luego un ginecólogo porque cambian, tienen horarios, primero un ginecólogo y luego otro diferente, me decían: te vamos a ver, llevas tres de dilatación. Esperaban a que bajara mi bebé solito, me preguntaban si salía agua, fluido o si me dolía, y no. Estuve un día y una noche, dormía de ratitos, no podía dormir profundamente porque había muchas embarazadas, estaban gritando porque se están aliviando.

Había un doctor que hablaba medio fuerte, decía: “que se aguanten porque si eso quisieron que se aguantaran”, eso como que incomoda un poco. No te podías levantar, ni siquiera para ir al baño, te ponían cómodo y tenías que acostarte del lado izquierdo, nos inyectan suero y no te da hambre, sientes un vacío pero que quieras comer no, no sé si sea por el suero o qué, cuando me pasaron a mi cuarto ahí sí ya. Me checaban la presión, la temperatura y el latido del bebé, al último estaba con una maquinita que checaba el corazón del bebé; por lo que yo vi, el corazón llegó hasta 170, estaba 130, 170, 140, 128, y ya el doctor que estaba de guardia fue el que le enseñó a la ginecóloga hasta donde llegó el corazoncito del bebé, y ya dijo que me prepararan para cesárea. Uno quiere que sea normal, pero si mi bebé para que salga bien es necesario la cesárea pues está bien con tal de que salga bien.

Técnicamente fui la última cesárea de la doctora porque ella ya se iba, nada más que el médico le enseñó mis resultados de eso que le hacen al bebé y ya la doctora dijo: hay que prepararla. Me prepararon, me pusieron sonda, me quitaron los vellos de la parte del estómago que me iban a cortar y me quitaron las vendas, y así me pasaron al quirófano. Estaba despierta, el anestesiólogo me anestesió en la columna, me doblé como un bebé, mis pies los puse en mi panza, nada más sientes un pequeño piquetito, y ya, de ahí me pusieron ropa enfrente para que no viera donde me iban a cortar, el médico me estaba platicando, qué de dónde venía, qué había estudiado y así me hacía la plática, no dejó que me durmiera. Yo nada más sentía como movían mi panza pero no sentía dolor, le comenté que sentía que salía mucha sangre y me dijeron que no me preocupara. Tenía demasiado frio al momento que me hacían la cesárea, de repente sentía que temblaba pero me dijeron que era normal.

> Después mi bebé empezó a llorar. El doctor me dijo: tienes una niña, me dijo cuánto pesa y me la enseñó, después creo que es el pediatra el que la recibe, me la limpiaron y de ahí se la llevaron, mientras a mí me limpiaban. Ya me sentía más tranquila y contenta porque ya había nacido. Si fue una espera muy larga porque mi suegra era la que estaba moviendo todo afuera, era la que preguntaba, que si ya me habían operado porque yo ya iba para cesárea.
>
> Cuando ya pasé a la habitación de recuperación ahí ya estaba mi bebé. Ya que pasó la anestesia empecé a sentir dolor, y como ahí no permitieron que pasara ningún familiar conmigo para ayudarme sí se siente algo feo, porque no te puedes mover y ya con la bebé. El día que nació dejaron a mi suegra para que se quedara, esa noche nada más, y ya a las siete de la mañana me bañó y hasta ahí, ya después estaba sola. En total, casi cuatro días, desde el 25 en la tarde hasta el 28, salí como a las ocho de la noche en domingo por la cesárea. [100]

Causas por las cuales a Fátima le practicaron una cesárea

Para Fátima, la principal causa por la que le practicaron una cesárea fue porque el ritmo cardiaco de su bebé estaba elevado: “checaban el corazón del bebé y el último sí llegó a estar hasta 170, era demasiado rápido, entonces dijeron que me iban a preparar para cesárea”.[101] Esta situación, aislada del contexto hospitalario se aprecia como parte de una emergencia obstétrica, un indicador de riesgo para la bebé que debía ser atendido mediante una cesárea; pero si consideramos el tipo de atención hospitalaria que Fátima recibió, encontramos otros elementos que influyeron para que el parto de Fátima concluyera en una cesárea.

Por ejemplo, en la narración de Fátima se aprecia la naturalidad con la que es vista por su doctora el uso de la cesárea en la atención del parto: “para la doctora de la clínica yo ya iba para cesárea, era para que llegara al hospital, me hicieran cesárea y se acabó”.[102] Fátima fue preparada por su doctora acerca de la

[100] Entrevista realizada el 5 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Fátima.
[101] Entrevista realizada el 5 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Fátima.
[102] Entrevista realizada el 5 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Fátima.

posibilidad de que le practicarán una cesárea, pues su bebé no estaba “normal”; así que ella nunca cuestionó las decisiones médicas.

Además, desde su llegada al hospital, Fátima vio confrontada su perspectiva sobre las “urgencias obstétricas”, pues para ella, una emergencia debe ser atendida con rapidez, mientras que para el personal de salud, la emergencia por la que acudió no ameritaba una atención inmediata, por lo que, la hicieron esperar afuera del hospital por más de una hora. Esta espera generó que Fátima se angustiara por la condición de salud de su bebé.

La desinformación también fue un elemento presente en el tipo de atención que recibió, ya que al mantenerse callada en su cama por no presentar dolores de parto fue olvidada por los médicos:

> No sentía dolor ni nada, yo nada más escuchaba que las muchachas se quejaban, que ya no aguantan, pero yo estaba callada. Yo quería hablar con la ginecóloga, le preguntaba a la enfermera si podía hablar con la ginecóloga y me decía: si en un momento viene, pero como estaba operando se tardaba, ya hasta que viene el médico que me estaba vigilando le dije quiero hablar con ella (…) ya no hable con ella, después ya iba para cesárea.[103]

Otro de los aspectos a resaltar en la atención que Fátima recibió fue la saturación del hospital: “Estuve un día y una noche, dormía de ratitos, no podía dormir profundamente porque había muchas embarazadas, estaban gritando porque se están aliviando […] eran demasiadas mujeres”.[104]Aunado a la saturación del hospital de Mina, el no poder dormir, el tener que mantener la misma posición y el estar acostada sin poder ir al baño, en general la inmovilidad, provocó que Fátima tuviera un trabajo de parto sin progreso.

En términos generales, se observa que en la atención obstétrica que Fátima recibió se vieron involucradas diversas representaciones y prácticas médicas que dan lugar al uso de la cesárea en la atención del parto que, si bien se enfocan en resolver complicaciones como la elevada frecuencia cardiaca del feto, también involucraron aspectos como la naturalización del uso de la cesárea en el discurso

[103] Entrevista realizada el 5 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Fátima.
[104] Entrevista realizada el 5 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Fátima.

médico, el retraso en la atención que Fátima consideraba de emergencia, un elevado número de mujeres en labor de parto, el cambio de turno de los ginecólogos, la violencia verbal y el curso de un trabajo de parto que se desarrolló en un ambiente de incertidumbre, angustia y desinformación.

Reflexiones

Cuando Fátima recibió atención prenatal en el Centro de Salud, la información que recibió de su doctora fue poco clara, pues aunque le realizaron los análisis y chequeos de rutina, Fátima no tenía claro qué eran los cristales; lo mismo ocurrió con la cesárea, pues ella nunca fue informada por su doctora del Centro de Salud acerca de los riesgos de esta intervención, ni siquiera momentos antes de que la ginecóloga decidiera practicársela, limitando su derecho a la información. En este sentido, el ejercicio de sus derechos se ve obstaculizado frente a la autoridad médica.

Fátima, proveniente de una familia de escasos recursos, al casarse adquirió un mayor poder adquisitivo. Aunque, como mis otras informantes, vive en una casa de adobe, posee objetos que mis otras informantes no, como una enorme pantalla plana, así que no tenía problemas económicos para realizarse los análisis de laboratorio que le solicitaron en el Centro de Salud, como sucedió en el caso de Victoria. Además, Fátima fue ampliamente apoyada por su familia política, pues fue su suegra la más involucrada durante su estancia en el hospital. En este sentido, Fátima se encontraba emocionalmente bien para “dar la fuerza” durante el trabajo de parto, pero fue el temor, la angustia y la desinformación que genera el espacio hospitalario, lo que la llevó a considerar que la cesárea era la mejor opción para que su bebé no corriera riesgos.

4.2.2. Caso 5. Estela: "El lunes temprano me programaron, y ya, me sacaron a mi niña".

A Estela la conocí en el Centro de Salud de Zaragoza, ella y su hijo mayor de ocho años acudieron a la institución para que su bebé recibiera consulta médica, porque nació en la semana 32 y ella se encontraba enferma (de la tiroides).[105] Cuando la entrevisté por primera vez tenía cinco meses de haber dado a luz. Nuestros encuentros fueron en su hogar. Ella vive en una pequeña casa con su esposo y sus hijos.

Estela no tiene familia, su padre murió hace cinco años, no tiene hermanos y su madre la abandonó. Aunque su esposo tenía una familia extensa, ella nunca contó con el apoyo de ésta, pues no era del todo bien vista porque fue madre soltera por más de ocho años, fue su padre quien la ayudó con la crianza de su primer hijo. Estela tenía 22 años cuando nació su primer hijo.

Durante más de cinco años, Estela trabajó haciendo la limpieza en la escuela primaria, también le ayudaba a una maestra en los quehaceres del hogar. Poco tiempo antes de que su padre muriera, conoció a Juan, quien sería su esposo, él acababa de regresar de Estados Unidos porque estaba enfermo. Estela y Juan se casaron por el civil en el año 2009. Después de cinco años de matrimonio, Estela comenzó a sentirse presionada porque no lograba embarazarse:

> Mi marido decía: por qué no te embarazas, y yo decía: igual por lo que te pasó a ti. A él le decían que ya no iba a poder tener familia, porque andaba montando arriba de una barda, andaba pegando block y se cayó, se lastimó sus partes, venía malísimo, y nosotros pensamos que no me iba a embarazar por el problema que tiene, porque le hicieron estudios en sus partes y le dijeron que probablemente no iba a tener familia, por el golpe que había recibido. A mí me hicieron estudios, me sacaron ultrasonidos que yo no tenía nada, no, señora usted está bien, su marido es el que le debe echar más ganas. El gineco me dijo:

[105] Estela me explicó que: "hay dos tipos de tiroides, una, la que se engorda mucho, y otra de la que uno no crece y la niña tiene de esa, de la que supuestamente la hormona no se le desarrolló para que le diga a la hormona que tiene que crecer, que tiene que hacer popo, tiene que llorar y todo eso, que tienen que caminar, tiene que dormir, que tiene que levantarse y prácticamente dicen que esa hormona le faltó" (Entrevista realizada el 20 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver a Estela.)

> probablemente el semen de su marido está muy débil y a la mejor no iba a poder engendrar, como me decía, que el esperma no iba a poder salir y pues yo le explicaba eso a mi marido y él decía, ¿quién sabe?[106]

Estela y su esposo trabajaban arduamente, él en una constructora de "Mina" pegando azulejo y ella cuidando a un bebé; ninguno contaba con seguridad social, por lo que Estela se afilió al Seguro Popular. Ella es la única de mis informante que trabajaba fuera del hogar, porque como ella dice: "mi esposo gana muy poquito la verdad, mi esposo no gana bien, pobrecito, o sea, para comprar ese ropero yo tuve que trabajar"[107].

Antes de saber que estaba embarazada, Estela creía que se encontraba enferma debido a lo mal que se sentía, y aunque no utilizaba métodos anticonceptivos estaba convencida de que no podía embarazarse porque su esposo estaba lastimado. Estela recuerda que durante los primeros meses de embarazo trabajó mucho porque no sabía que estaba embarazada, ella y su esposo consideran que éste pudo ser el motivo por el que se complicó el embarazo:

> Yo cargaba a un niño, yo cuidaba a un niño en Mina, el niño estaba grande y nosotros que no teníamos agua, nosotros teníamos que cargar agua del pozo y cargaba; otra, yo vendía hielo, yo congelaba las bolsas y me bajaba a dejar los hielos y trabajaba haciendo la limpieza, subía y bajaba escaleras pero yo nunca me iba a imaginar que estaba embarazada. Yo tenía casi cuatro meses cuando me enteré que estaba embarazada y en ese tiempo haga de cuenta que yo trabajé como un animal, muy, muy pesado y dice mi marido pues esas fueron las consecuencias, tu matriz se debilitó mucho y eso fue lo que te pasó y digo, pues sí, ya ahorita recordando todo, todo.[108]

Durante todo el embarazo Estela se sentía mal, sus complicaciones iniciaron a finales del cuarto mes de gestación. Aunque ella acudía a control prenatal en el Centro de Salud y reportaba sus malestares, su doctora siempre le decía que se encontraba bien: "*nunca me dijeron nada, me dijeron que estaba bien, porque yo*

---

[106] Entrevista realizada el 13 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Estela.
[107] Entrevista realizada el 13 de noviembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a Estela.
[108] Entrevista realizada el 13 de noviembre del 2014 en Zaragoza, ver a Estela

iba y les decía que ya empezaba a sentirme mal, me empezaba a doler lo que es el vientre pero abajo, bastante y me decían que era normal, pero ya me empezaba a sentirme mal".[109] Estela tuvo un sangrado a los cuatro meses por lo que acudió de emergencia al hospital de Cosoleacaque, por ser el más cercano:

> *"Mi vecina de aquí enfrente y otra señora de aquí a lado, ellas corrían porque siempre me desangraba en la mañana, como a las seis o siete, pues yo decía, ay dios mío seguro ya tiré a mi bebé, ya se me cayó, y yo lloraba todo el camino, yo iba lloré y lloré. En el hospital pues me ponían la endometacina supositorio para parar el sangrado, me metían esa cosa".*[110]

Después del primer sangrado, Estela volvió a tener la misma complicación en tres ocasiones distintas, por lo que acudía de emergencia directamente al hospital. Inicialmente recurría al hospital de Cosoleacaque, pero en ocasiones no había ginecólogo y la referenciaban al Hospital de Minatitlán, después del segundo sangrado ella acudió directamente a Minatitlán para no perder tiempo. Una vez en el hospital, la internaban durante 15 días y la daban de alta, pero el padecimiento no terminaba: "iba y me regresaban, iba por quince días y luego me volvían a meter, el médico del fin de semana, el gordito era el que me daba de alta. Cuando yo aquí sangraba un poquito yo solita agarraba y me lo metía (endometacina), pero pues ya no me hacía lo mismo, allá me estaban checando".[111]

La cuarta vez que acudió de urgencia al hospital de Minatitlán, Estela tuvo que permanecer internada por más de un mes. Durante todo ese tiempo permaneció en cama, sin poderse levantar o hacer alguna otra actividad. Las enfermeras la bañaban en su cama con una tela húmeda para no levantarla, su cama también era el sitio en donde comía, se lavaba los dientes y hacia del baño.

Estela tenía que permanecer inmóvil porque tenía placenta previa, los doctores le decían que con cualquier movimiento brusco podía sufrir una hemorragia y tendrían que adelantar el trabajo de parto: "era la placenta total, que según toda estaba baja, baja, baja, que el cualquier movimiento ellos tenían miedo de que me fuera a desangrar, me decían que me iba a desangrar y me iba a morir de una

[109] Entrevista realizada el 13 de noviembre del 2014 en Zaragoza, ver a Estela.
[110] Entrevista realizada el 13 de noviembre del 2014 en Zaragoza, ver a Estela.
[111] Entrevista realizada el 13 de noviembre del 2014 en Zaragoza, ver a Estela.

hemorragia severa".[112] El mayor temor de Estela era que su hija naciera antes de tiempo y que ésta llagara a tener alguna complicación al nacer o muriera:

> Yo tenía miedo de que me bajaran y me abrieran la panza a media noche, cerraba mis ojos y hacía oración, ahí sí yo hacía oración, yo me aguanté muchas cosas, porque al sacarme a la niña a mí me la iban a entregar muerta. Claramente me lo dijeron: si te abrimos la panza a las 30 semanas, a las 28 o a las 25 vamos a sacar a la niña pero te la vamos a dar muerta porque la niña no va aguantar, no va a alcanzar a respirar y se va a morir.[113]

Trayectoria en la atención del parto

Internada en el hospital, Estela no sabía cuándo daría a luz, junto a su esposo anhelaba que su hija cumpliera las 40 semanas de gestación. Estela ponía todo de su parte para que su hija llegara a "término". Finalmente, la hija de Estela y Juan nació el ocho de junio. Ella narra su experiencia:

> Ya no me aguanté más, ya no quería comer, sentía muy feo mi panza. Solita "me daba la fuerza" para poder seguir estando ahí (en el hospital), y yo decía: dios mío ya no quiero comer, sentía que la niña se me empujaba, y se me bajaba. El líquido a la niña ya se le había terminado totalmente, ya no tenía nada, ya no tenía nada de líquido, ya no tenía fuerza. A mi marido lo mandaron a llamar dos veces, dos veces le dijeron que ya me iban a operar, yo ya no aguanté, fue un lunes, yo dije: ya no puedo, yo sentía a la niña que la iba a sacar.
>
> El lunes temprano me programaron, y ya, me sacaron a mi niña. La placenta dicen que ya estaba agarrando raíz, que ya se estaba metiendo entre los órganos, dicen que me cortaron intestino, quien sabe que tanto me cortaron, me quitaron la matriz, hicieron lo que quisieron con mi pobre cuerpo, dice mi marido: quién sabe que tanto te sacaron mujer, ¿quién sabe?.
>
> Estaba despierta (durante la cesárea), pero llega el momento en que no aguanté. Después de que ella nació sentía los ojos que se me cerraban y me dormí después de que ella nació; pero ya la miré, ya había visto como lloraba, pataleaba y manoteaba. Yo dije: pues está bien mi bebé y traté de descansar porque todo el trayecto de la operación estuve despierta, empezaron como desde las nueve de la mañana y terminaron como hasta las dos de la tarde, se tardaron muchísimo.

[112] Entrevista realizada el 13 de noviembre del 2014 en Zaragoza, ver a Estela
[113] Entrevista realizada el 13 de noviembre del 2014 en Zaragoza, ver a Estela

Yo pensaba por la niña, me la van a quitar, no me la van a dejar porque está muy chiquita, pero gracias a dios no, no necesitó ni incubadora, nada de eso. Pensaba, más que me espantaban porque no había incubadora, me decían: ahora te vas a aguantar a ver cómo le vas hacer, son bien groseras ahí abajo, me decían: a ver cómo le vas hacer con tu bebé, yo no sé para qué te bajaron, si tú estabas bien ahí arriba, tú puedes aguantar uno o dos días más, y yo les decía: no, yo ya no aguanto más, pues entonces ahí se va a morir tu chamaco porque no hay incubadora, así me decían, bien feo.

Solamente ellos saben y dios, la gineco me dijo: así estuviste de que te nos fueras, pero dios es tan grande que lograron estabilizarte y controlarte el sangrado, nada más perdiste un litro y nada más un litro me pusieron de sangre, porque le habían pedido tres familiares a mi marido, después le pidieron siete, pero de esas siete nada más me pusieron un litro. Lo que tuvieron que hacer fue cortar toda la matriz, sacar toda la matriz completa porque dice que si me la dejaban, al momento que estaban desprendiendo la placenta que ya se había enraizado, encarnado prácticamente y si la jalaban para desprenderla yo me iba a desangrar y a la mejor ahí si me iba yo a quedar.

Prácticamente la matriz es una bolsa y adentro está la placenta, entonces ellos ya no se vieron obligados a despegarla, ya lo que hicieron ellos de plano fue cortar toda la bolsa de la matriz, y ya para qué me iba a servir, si me dijeron: tú ya no puedes tener bebé, ya no porque ahora si te vas a morir y dijeron: ya no, ¿quieres tener más bebés? le digo: no, ya no, pues entonces firma aquí, sí pues, ya agarré y firmé, a mi marido también lo mandaron a llamar, lo pasaron ahí al quirófano para que me viera, le dijeron que se despidiera de mí, o sea que ahorita pensando estos canijos pensaban que yo me iba a morir, la doctora me lo dijo, me dijo: es que tú eres un milagro, tú y tu hija son un milagro, donde me ven ahora que voy al hospital me dicen mira ahí viene el milagro, porque me dijeron, tu caso estaba pero bien duro, tu caso fue muy muy difícil.

Mi bebé hubiera sido más grande si se hubiera logrado más, le faltaron meses, nunca dieron bien cuantas semanas tenía, porque una perdí la cuenta, otra porque dice que desde mi panza yo vomitaba bastante, y sí comía, pero yo vomitaba bastante, dicen que se me descuidó bastante la niña, pero pues ahí esta y es tremenda, mi hija es tremenda. Pues hasta el día de hoy no saben si fue de 32 o 34, 35 pero gracias a dios se me logró, me espantaban y me decían que la iban a tener en incubadora, tantas cosas que me decían, pero no gracias a dios, nada de lo que me dijeron, a la niña me la dieron enseguida, pero

eso si la traen de arriba para abajo descartando muchas cosas del corazón. Luchamos para que naciera y aquí está".[114]

Causas por las que le practicaron una cesárea a Estela

A partir de la trayectoria de atención seguida por Estela, se observa que su embarazo se convirtió en el foco de su vida, en el cual las complicaciones obstétricas la confinaron a permanecer internada durante un largo periodo en el hospital. A diferencia de mis otras informantes cuya perspectiva era que su embarazo era de riesgo, Estela sí manifestó diversos padecimientos de gravedad: dolores en el vientre, hemorragias y vómito constante.

La representación que Estela tiene sobre las diversas complicaciones que padeció es que ella las provocó, poniendo en riesgo su embarazo, dado que la falta de recursos económicos hizo que Estela trabajara arduamente provocando que su matriz se "debilitara" y no tuviera *la fuerza* para enfrentar un parto normal, por ello, la cesárea era necesaria. En este sentido, Estela señala que la única forma en la que los médicos podían atender su complicación (placenta previa) era mediante la cesárea; pues ésta disminuía el riesgo de que sufriera una hemorragia que podía llevarla a la muerte: "me dijeron que la placenta estaba hasta abajo, prácticamente estaba desprendida, nada más con tantito me iba a desangrar".[115] Así que, para Estela, la cesárea fue un aspecto positivo de la atención biomédica que evitaba una complicación mayor.

Si bien Estela consideró como positiva la práctica de la cesárea, es importante resaltar el contexto en el que se desarrolló su atención, pues en el marco de los derechos reproductivos se observa la violencia con la que en algunas situaciones fue tratada. Por ejemplo, cuando dice: "me cortaron intestino, quién sabe que tanto me cortaron, me quitaron la matriz, hicieron lo que quisieron con mi pobre cuerpo, dice mi marido: ¿quién sabe que tanto te sacaron mujer, quién sabe?", en la

[114] Entrevista realizada el 18 de noviembre del 2014 en Zaragoza, ver a Estela.
[115] Entrevista realizada el 18 de noviembre del 2014 en Zaragoza, ver a Estela.

narración se ve reflejada la incertidumbre y la duda sobre los procedimientos quirúrgicos que le practicaron durante la cesárea.

Además de la desinformación resaltan otros aspectos, como el poder que ejercen los médicos sobre el cuerpo de las mujeres a través de la toma de decisiones. Si bien, los profesionales actúan con base en las emergencias obstétricas que deben tratar, existe una limitada apertura para que las mujeres se involucren o decidan sobre las prácticas terapéuticas que les realizan, pues opera una sola concepción, la de los profesionales de salud. Así, Estela se ve obligada a aceptar que le quiten la matriz.

Una de las condiciones institucionales que se manifestaron en el tipo de atención que Estela recibió fue la falta de equipo para la atención de los recién nacidos que presentan complicaciones. En estas condiciones, el personal de salud, al no saber cómo enfrentar una situación donde la carencia de equipo conforma el espacio laboral, se vuelven en contra de la paciente, agrediéndola verbalmente y culpabilizándola por el simple hecho de parir. Estela sentía miedo y preocupación, pues sobre ella recaerían las consecuencias más severas si los resultados no llegaban a ser positivos en términos de la salud y la vida del bebé.

Reflexiones

Huérfana y madre soltera, Estela llegó al matrimonio en una situación de desventaja social frente a su familia política; por ello, tenía que afianzar su relación familiar a través de un hijo. Como les ocurrió a mis otras informantes, la normatividad social es que después del matrimonio este se consolide con un hijo. Al no ocurrir así, Estela sufrió presiones por parte de su marido, quien la responsabilizaba por no concebir, sabiendo que era él quien tenía problemas para procrear, pero como esto es un estigma para el hombre, su esposo prefería culpabilizarla. Esto explica porque Estela se veía a sí misma como enferma y por qué se aferró tanto a su embarazo, incluso por encima de su propia salud.

Algunas estudiosas han documentado que las mujeres suelen ser forzadas a mantener tratamientos médicos y quirúrgicos con tal de prevenir daños en el feto, aquellas que sobreponen sus derechos sobre los del feto suelen ser acusadas legalmente (cfr. Joaquina Erviti, 2015). Sin embargo, en el caso de Estela, el sacrificio hacia ese otro que es el hijo la mantiene en cama, velando por la vida del otro más que por la propia.

Soltera, Estela trabajaba para su hijo y su anciano padre. Al casarse, su condición económica no cambió, pues su esposo era un ex-migrante cuyos lazos familiares eran frágiles y las oportunidades de trabajo eran pocas. Así que Estela compartía las responsabilidades de manutención con su esposo, por lo que se veía obligada a realizar actividades pesadas que se consideran prohibidas durante el embarazo. Es por ello que el factor económico en el proceso reproductivo es un elemento que no puede ignorarse, pues pone de manifiesto las desigualdades sociales que hay entre las mujeres para ejercer la maternidad.

Estela vivió una dura experiencia en el hospital, al no tener familia y estar alejada de su familia política dependía totalmente de los médicos y enfermeras. Su esposo la visitaba cada mañana, antes de ir a trabajar, pero el resto del día, inmovilizada, tenía que ser asistida constantemente por las enfermeras, algunas amables y otras cansadas de verla.

Estela reconoció desde el principio que su embarazo no se desarrollaba normalmente, se percató de que las cosas no iban bien y que su estado era grave. Ella actuó oportunamente ante las causas que ameritaban su canalización al hospital; sin embargo, habiendo conseguido llegar al hospital, no fue debidamente tratada o valorada, pues recurrió al hospital en varios ocasiones por la misma urgencia. Esto debido a que no hay un seguimiento de las pacientes porque, como los médicos son distintos, no consideran los episodios de emergencia anteriores, cada hemorragia parecía ser la primera. El médico del fin de semana la daba de

alta para no tener saturada la institución, por ello, Estela desconfiaba de algunos médicos, pues al encontrarse en casa lo síntomas volvían a aparecer.

4.2.3. Caso 6. Investigadora: “Horas antes me iban a dar de alta, después cambio el turno del médico y me hicieron cesárea”.

Tal y como reconoce Mari Luz Esteban (2004) existe una fuerte influencia de lo vivido sobre lo escrito en los trabajos antropológicos que refieren a los procesos de salud-enfermedad-atención. Así que en los siguientes párrafos quiero hacer explícitas mis propias circunstancias y experiencia de vida, las cuales han acompañado el desarrollo de esta investigación. Como he señalado antes, mi interés en este tema surge por la experiencia que familiares y amigas tuvieron en las instituciones de salud públicas durante la atención al parto; pero ahora, al atravesar por situaciones similares me corresponde hacer consciente y explicita la interconexión entre mi experiencia de labor de parto y la elaboración de mi tesis de maestría. No es que ambos procesos, el vital y el de investigadora, sean siempre concordantes, pero en este caso, el trabajo de campo realizado en Zaragoza se cruzó con mi experiencia de maternidad.

En el segundo capítulo he descrito parte de la atención prenatal que recibí en el Centro de Salud de Zaragoza, la cual se enfocó en reconocer mi riesgo obstétrico. Esta categoría se mantuvo presente durante todo mi embarazo, pues desde el inicio fui clasificada como una paciente de riesgo al presentar un hematoma subcoriontal a las ocho semanas de gestación. El hematoma es una bolsa de sangre, entre el útero y la placenta, que al crecer podía desprender al feto y provocar un aborto espontáneo. Este padecimiento me confinó a permanecer en cama por más de 20 días, sin poder realizar más actividad que la de desplazarme del baño a la cama. Llegué a Zaragoza con 19 semanas de embarazo, gracias al reposo absoluto el hematoma se absorbió y me encontraba sin riesgo de sufrir un aborto.

Sin embargo, se presentó otro síntoma que según las categorías biomédica me colocaban nuevamente como una “paciente de riesgo”, una infección en las vías urinarias. Aunque este padecimiento se presenta comúnmente entre las mujeres embarazadas, es importarte tratarlo porque provoca contracciones uterinas y riesgo de parto prematuro; pero, durante la atención prenatal que recibí en el Centro de Salud, este padecimiento no fue tratado oportunamente, ya que transcurrieron más de dos meses entre los análisis, la detección y el tratamiento.

Esto se debe a que los médicos del Centro de Salud no siempre disponen de los análisis de sangre y de orina que se les realiza a las pacientes, pues después de que las muestras son recolectadas éstas son llevadas al hospital de Cosoleacaque para su análisis. Un mes más tarde, los resultados se entregan al Centro de Salud. Cuando la doctora Liz me informó sobre este padecimiento, se basaba en un documento que mostraba los resultados de unas muestras tomadas un mes atrás, para entonces la “pequeña infección” era más grave.

La doctora me proporcionó medicamento para la infección, durante quince días, después de terminar el tratamiento debía realizarme nuevamente los análisis en el hospital de Cosoleacaque, pero no lo hice así, pues ya conocía el tiempo de entrega de los resultados. De modo que, por 300 pesos, me los realizaron en el único laboratorio privado de Zaragoza; ahora sólo tenía que esperar mi cita mensual y entregárselos a la doctora. Sin duda, fue un largo proceso que me mantuvo en tensión, pensando en que mi embarazo era de riesgo y que mi trabajo de parto se adelantaría.

Cuando terminé el trabajo de campo en Zaragoza, regresé a la ciudad de México con mi familia, las celebraciones de diciembre hicieron que disfrutara ampliamente de mi embarazo. En enero, junto a mi madre regresé a Coatzacoalcos, lugar en donde radica mi familia política y en el que planeaba dar a luz, ya que mi pareja consiguió afiliarme al IMSS. En esta institución, el enfoque sobre el riesgo durante

el embarazo no difería de lo observado y vivido en el Centro de Salud de Zaragoza, así que mis miedos en torno al nacimiento de mi hija regresaron.

A las 37 semanas de embarazo inicié las consultas de atención prenatal en la Unidad Médica Familiar (UMF) del IMSS. La doctora que me atendió siempre actuó de forma alarmante porque me encontraba a pocas semanas de dar a luz, así que, ante cualquier signo o síntoma que aparentemente presentaba, la doctora me referenciaba a urgencias. Digo aparentemente porque al acudir al hospital y tener que esperar por más de dos hora para recibir atención, el ginecólogo que me atendía siempre terminaba diciéndome: “seguro la doctora te asustó, pero tu bebé está bien, tiene líquido amniótico, buena ubicación del feto, pelvis buena para parto normal, usted no tiene nada, no hay signos de inició de trabajo de parto, pobrecita, seguramente te asustaron, esos médicos no saben nada”.

Aunque me parece que la doctora de la UMF tenía un genuino interés por procurarme una buena atención, también, exaltó mi preocupación al referenciarme a urgencias obstétricas cada vez que tenía una consulta prenatal. La primera vez me dijo que el ritmo cardiaco[116] de mi bebé era muy bajo, así que, con mucha preocupación y movilizando a mi familia, acudí al hospital. Estando ahí, con toda calma me preguntaron: ¿cuánto tiempo llevaba sin probar alimento?, respondí que alrededor de cuatro horas, las mismas que trascurrieron entre el ir de mi casa a la UMF, esperar mi turno para recibir consulta y después trasladarme a urgencias. Me pidieron que comiera y después regresara, probablemente esa era la causa, pues la falta de alimento provoca que el bebé se mueva menos, eso era todo. Cuando el ginecólogo me revisó, mi bebé estaba estable y mi embarazo seguía su curso sin problemas.

Después de esa primera vez, mi asistencia a urgencias se volvió rutinaria, los motivos iban desde tener algún signo de alarma hasta el carecer de ellos. Por ejemplo, tener los pies hinchados o tener 39 semanas de gestación y no presentar

[116] El ritmo cardiaco fetal debe estar entre 120 latidos por minuto y 150.

molestares propios del trabajo de parto. Siempre que llegaba a urgencias otras 15 o 20 mujeres esperaban para ser evaluadas por el ginecólogo, embarazadas y no embarazadas, los motivos de la urgencia variaban, entre aquellas que tenía un sangrado, las que presentaban dolores de parto o las que tenían presión alta. En ocasiones daban prioridad a las mujeres con padecimientos graves.

Acudí cuatro veces a urgencias obstétricas, en cada ocasión temiendo por el bienestar de mi bebé; después el resultado era que me encontraba bien, la hinchazón en los pies era normal y mi bebé aún no debía nacer, por eso no presentaba ningún síntoma de trabajo de parto. Finalmente, recuerdo que cuando el ginecólogo decidió internarme fue porque presentaba hiperreflexia, es decir, que mis reflejos estaban elevados, alterados, esto lo determinó el ginecólogo al golpear mi rodilla con un martillo pequeño, con el mínimo contacto mi rodilla se elevaba muy alto, por lo que optó por realizarme unos análisis de orina. Después de eso, el ginecólogo me dijo: “te quedas, tus análisis salieron alterados, ponte la bata, ahorita le avisamos a tus familiares”. Esa fue mi primera noche en tococirugía. En esa área hay una distinción entre el personal de salud: los ginecólogos de más alto rango, los practicantes jóvenes que se especializaban y las enfermeras.

Cuando entré a tococirugía, dos mujeres embarazadas llegaron conmigo. Los practicantes decían: “nos castigan, el gineco esperó hasta nuestro turno para ingresarlas”. Sobre mi caso, enfatizaban: “si tuviera hiperreflexia no podría caminar”. Ninguno de los médicos me informaba algo respecto a la gravedad de este padecimiento en albores de mi última semana de embarazo. Los ginecólogos se informaban unos a otros, pero nunca se dirigieron a mí, era yo quién preguntaba, al estar en piso, leía mi expediente para informarme. Me sorprendió ver que la mayoría de las mujeres portaban una pulsera rosada que decía: “Mi embarazo es de riesgo, cuídame”, Sobre todo porque yo tenía la misma pulsera y me sentía bien.

Durante toda la noche permanecí en cama, con un suero conectado en la vena de la mano y con los pies vendados; sólo por momentos conciliaba el sueño, a mi alrededor había mujeres que se encontraban en el clímax del trabajo de parto. Nos veíamos unas a otras sin decir nada. Al salir el sol, me trasladaron a piso, nuevamente sin informarme sobre mi condición de salud o la de mi bebé. Permanecí internada durante más de 15 días, durante los primeros ocho analizaban mi orina y me tomaban la presión arterial cada hora, nunca me sentí mal, pero los ginecólogos consideraban que era necesario mantenerme en vigilancia, realmente nunca tuve claridad sobre los motivos, simplemente me decían “estamos esperando los análisis”. Los días transcurrieron de prueba en prueba, al darme de alta, ocho días después de mi cesárea, el médico practicante me dijo: “lo que usted tenía era una colesteasis, los análisis ya se encuentran normales, ya está bien, le daré su alta”.

Trayectoria en la atención del parto

Mi bebé nació un 4 de febrero. Ese día, en los pasillos del hospital las enfermeras y los médicos murmuraban que la luna llena aumentó el número de partos por atender. Así era la dinámica en el hospital, en ocasiones se encontraba saturado y en ocasiones el silencio reinaba, generalmente los fines de semana cuando el médico regalaba “altas” para no tener el hospital lleno durante su turno. Esto lo aprendí después de ocho días de internamiento en el hospital. Recuerdo que incluso las mujeres que tenía apenas un día de operadas por cesárea las daba de alta.

Mi cesárea fue programada, así es como lo entiendo, pues ningún malestar o complicación desencadenó que me trasladaran al quirófano, como les ocurría a algunas mujeres, que después de horas de trabajo de parto terminaban en el quirófano por causa de sufrimiento fetal, eso era lo que gritaban los médicos al

trasladar a las mujeres. El nacimiento de mi hija fue un proceso lento que inició con una inyección de oxitocina[117] vía vaginal, aplicada por un aprendiz.

Dos días antes de mi cesárea, las ginecólogas me informaron que procederían a inducirme el parto, pues tenía cuarenta semanas de gestación y era momento de que naciera mi bebé; además, no querían correr el riesgo de que éste se me fuera a "pasar". Así que me inducirían el trabajo de parto, y así fue como lo hicieron un lunes por la mañana en tococirugía.

Después de la primera aplicación de oxitocina debía esperar ocho horas para que los dolores de parto iniciaran, entonces me aplicarían la segunda dosis de un total de tres. Con el correr de las horas, el cambio de turno se aproximaba, los médicos de la mañana daban indicaciones a los médicos del siguiente turno acerca de la condición y avance de trabajo de parto de cada mujer. Mientras tanto, observaba como en un estado de suma fragilidad el cuerpo de la mujer era sometido, todas debíamos mantenernos en una sola posición, sin agua, sin alimento, sin gritos, sin poder ir al baño, aisladas de las redes familiares, en general, sin movilidad.

Se acercaba el turno de la noche, para entonces dos dosis de oxitocina recorrían mi útero, pero aún no presentaba el mínimo dolor que manifestará la llegada de mi bebé, sólo un pequeño frío recorría mi espalda. Cuando la ginecóloga del turno de la noche tomo posesión de la sala de tococirugía comenzó a examinar a cada mujer con ayuda del ultrasonido, al examinarme dijo: "no tienes signos de labor de parto, no has dilatado, no sé porque estás aquí, no tengo evidencia para tenerte aquí, pero ya te pusieron dos inyecciones de oxitocina, entonces tengo que esperar, duérmete y si no tienes dolores te daré de alta, para que salgas a caminar y solita entres en labor de parto".

[117] "La oxitocina y las prostaglandinas son los medicamentos que más comúnmente se utilizan para provocar contracciones uterinas y maduración cervical" (Fernández del Castillo, el at, 2003:584)

Después de esa frase me sentí aliviada, pues al no presentar algún síntoma, algo me decía que mi bebé aun no debía de nacer; pero al mismo tiempo me sentía contrariada porque para los ginecólogos de turno de la mañana mi bebé ya tendría que nacer. El sueño me venció y la ginecóloga nunca tuvo tiempo de darme de alta, al amanecer me dijo: “te dormiste y ya no te di de alta, yo creo que ya vas para cesárea, a ver que dicen los médicos del siguiente turno”.

El ginecólogo del siguiente turno sólo me dijo: “vas para cesárea, te van a preparar, pasas en unas horas, firma lo del anestesiólogo”. Sin más explicación que esa me prepararon, me coloraron una sonda y me pidieron que firmara una hoja para el anestesiólogo, la cual traté de leer pero con la urgencia no lo logré, solo era un listado de las consecuencias adversas del uso de la anestesia. Cuando entré al quirófano estaba muy nerviosa, me pidieron que doblara mis pies y bajara la cabeza para que pudieran inyectarme la anestesia, después debía levantar los pies, los cuales moví sin parar, les dije que aún sentía y que no me abrieran, entonces el anestesiólogo dijo: “la vamos a dormir”.

Después de eso, sólo recuerdo a una enfermera despertándome, ella decía: “Belem, Belem, es tu bebé”. Desperté de un largo sueño, al ver a mi bebé lloré, la enfermera me pedía que me tranquilizara, al mismo tiempo me daba información sobre el peso de mi bebé, la talla, el sexo, la hora de nacimiento, etc. Me sofocaba porque, en medio del llanto, la emoción y la vista nublada, me pidió que verificara unos papeles y los firmara, traté de concéntrame, pero tardé algunos minutos en darme cuenta que la cesárea terminó, mi bebé había nacido y por fin era madre.

Causas del uso de la cesárea

A partir de mi descripción acerca de la trayectoria de atención que seguí en las instituciones de salud públicas en el primer y segundo nivel de atención, concluyo que una de las causas por las que me practicaron una cesárea se relaciona con la forma en que están organizadas las instituciones de salud. Esta organización se basa en que las mujeres que se encuentran en trabajo de parto serán atendidas

en diversos turnos, y por lo tanto, por diversos especialistas que se organizan jerárquicamente: los ginecólogos encargados de cada turno tienen el máximo poder de decisión, los médicos de menor rango tendrán menos reconocimiento sobre su saber.

Al ser atendida por diversos ginecólogos y médicos, me di cuenta de que existe una frecuente confrontación entre los diagnósticos médicos. Primero, la doctora de la UMF fue descalificada por el ginecólogo de urgencias al señalar que ella no sabía. Posteriormente, en la sala de tococirugía, las perspectivas sobre cuándo y cómo debía nacer mi bebé fueron opuestas: los ginecólogos del turno de la mañana opinaban que era tiempo de que mi bebé naciera mediante la inducción del trabajo de parto, la ginecóloga del turno de la noche consideraba que debía esperar el ritmo natural del nacimiento y los ginecólogos del último turno no quisieron esperar más y decidieron intervenirme quirúrgicamente.

Ninguno de los ginecólogos respetó el diagnóstico del médico anterior o el tratamiento a seguir, por lo cual deduzco que no fui debidamente valorada y que la decisión de practicarme una cesárea no sólo se fundamenta en factores de carácter biológico, sino que, lo que en mi caso operó, fue una serie de condiciones institucionales que influyeron en el actuar de los profesionales, como la organización de los turnos.

Otra de las condicionantes institucionales a resaltar en el contexto hospitalario en el que se desarrolló mi cesárea fue la saturación. Tal y como ocurre en el Hospital de Minatitlán (SSA), el Hospital General de Coatzacoalcos-IMSS tiene una amplia demanda por parte de sus asegurados, quienes provienen de distintos municipios colindantes. A partir de mi participación como usuaria, observé que la saturación del hospital no sólo alarga los tiempos de espera o reduce los insumos disponibles; también obliga a que el ritmo de atención a las usuarias sea más rápido y despersonalizado.

Por ello, durante mi estancia en tococirugía, el uso de oxitocina fue lo habitual en el trabajo de parto, no sólo para la inducción, como en mi caso, sino para acelerar el trabajo de parto de las otras mujeres. En este sentido es que se vive un proceso intenso de medicalización antes, durante y después del parto o cesárea, lo cual es visto por algunas mujeres como un aspecto positivo de la atención biomédica, pues para ellas denota que los médicos hacen lo necesario para ayudarlas. En mis circunstancias, considero que al ser fuertemente medicalizada o anestesiada fui relegada emocional y corporalmente de mi parto.

Durante mi atención, otra causa que considero importante en el uso de la cesárea fue que no se respetaron los ritmos naturales de mi embarazo y parto, pues aunque me encontraba en la semana cuarenta de gestación no presentaba signos o síntomas que manifestaran alguna complicación de salud, tampoco que era el momento del nacimiento. La duración del embarazo que se establece -en función de criterios biológicos- se estima en 41 o 42 semanas, pero en la institución en la que fui atendida se manejaron 40 semanas, y la prolongación más allá de este periodo justificó mi intervención médica.

Al respecto, las parteras de Zaragoza consideran que respetar la evolución natural de embarazo y el parto es un aspecto esencial de la atención, pues al igual que la muerte, el momento del nacimiento está determinado y no debe “pasarse” o adelantarse con una cesárea. Tal y como lo expresa la partera Catalina:

> […] el ultrasonido falla, siempre falla. Aunque, ellos dicen tal día, no, es que nosotras a veces no sabemos qué día se bajó la regla y que día nos embarazamos, esa fecha llevamos, esa fecha le vamos a decir a la doctora y nos anota y no es ese día, y qué pasa con los médicos, ah, no, ya tiró el líquido, ya pasó el día, mentira, yo no lo creo los médicos, yo creo en mi dios, y yo por eso le digo a mis pacientes, no se hagan cesárea, cuando llegan los nueve meses todavía falta una semana más, siete días, y no es que pasó la hora, no, cuando pasa la hora no es así, si la mujer no está dando fuerza puede pasar la hora, y ya está encoronado, si ya viene, se va a quedar morado, ahogado pues, ese sí está pasando la hora porque no está echando la fuerza, ese sí se está pasando, porque dios, cuando dios te manda vas a venir y cuando vas a morir el día él sabe que te vas a ir y así mismo cuando dios te manda. Yo tengo fe en dios, no tengo fe en los médicos. Yo le digo a mis pacientes, échale ganas y va a ser rápido, y no tener miedo y decir, ay, me van a hacer cesárea. Yo una vez fui con mi paciente porque le iban a hacer

> cesárea, le digo no le hagan cesárea porque todo viene bien, y no le hicieron cesárea, yo animo a mis pacientes, no me gusta que les hagan cesárea.[118]

Lo que se puede observar es que aparecen diferentes representaciones sobre el periodo de gestación y el momento del nacimiento, las cuales reflejan diversas lecturas del cuerpo de la mujer que influyen en la decisión de provocar el nacimiento o esperar a que éste se desencadene naturalmente. Tal y como les ocurrió a mis informantes, mi estancia en el hospital se caracterizó por el desconocimiento total del mi estado de salud y sobre los motivos por los que me mantenía internada, "te estamos valorando" era la respuesta a mis cuestionamientos. Si bien mi solicitud de información fue ignorada, como antropóloga interesada en los procesos de salud-enfermedad-atención era consciente del uso de las cesáreas innecesarias y la violencia obstétrica; pero aun así, permití que me practicaran una cesárea, por miedo a que mi bebé tuviera alguna complicación.

Así que bajo los mecanismos de poder que operan en el campo hospitalario, los cuales en aquel momento no logré vislumbrar, accedí al no decir nada, oponerme, o hacer valer mi derecho de decisión. Implícitamente validé el saber biomédico y sus prácticas de atención al parto. Verdaderamente yo estaba cansada del ambiente hospitalario, de la comida y del permanecer en cama todo el tiempo, lo que más deseaba era salir de ahí. Esta violencia, miedo, incertidumbre y desesperación vivida durante el tiempo de internamiento influyó en mi aceptación de la cirugía

Reflexión

Como en el caso de mis otras informantes, era permanente mi visión acerca de que mi embarazo se encontraba en riesgo. Sin duda, esta representación fue alimentada por el discurso biomédico, el cual se mantiene en constante confrontación acerca de las categorías que implican un verdadero riesgo durante

[118] Entrevista realizada el 18 de Septiembre del 2014 en Zaragoza, Ver. a la partera Catalina.

el embarazo, pues sin padecer algún malestar de gravedad, la doctora de la UMF me referenció en múltiples ocasiones a urgencias obstétricas, incrementando mis miedos y ansiedades.

Al reflexionar sobre esta cuestión, me pregunto: si el hospital tenía una gran demanda, ¿por qué la doctora me referenciaba con frecuencia al hospital, cuando en realidad no presentaba algún síntoma de gravedad contribuyendo a la saturación del mismo? y ¿por qué hacer de mi embarazo una condición de riesgo constante?

Si durante la atención prenatal se consideraran otros factores de riesgo, como la distancia que recorren las mujeres de su casa al hospital, la doctora se hubiera dado cuenta de que no tenía dificultades de acceso al hospital, (al igual que a las mujeres de Zaragoza), derivadas de la distancia; por tanto, corría menos riesgo que aquellas mujeres que provenían de municipios colindantes. Pues las desigualdades económicas, de infraestructura y de política sanitaria son factores a considerar en la problemática, al igual que los riesgos de carácter socio-cultural (cfr. Graciela Freyermuth, 2003), la desigualdad étnica, el género y la cuestión generacional en el proceso de salud/enfermedad/atención.

Reflexiones finales del capítulo

A través de las trayectorias de atención analizadas en este capítulo, observamos que son múltiples las causas que se relacionan con el uso de la cesárea. Cuando una cesárea es usada con el fin de aliviar, prevenir y/o tratar la presencia de complicaciones o emergencias al momento del trabajo de parto, se convierte en un recurso de atención valorado y aceptado por las mujeres y sus familiares. Pero cómo asegurar que el surgimiento de una complicación es la única causa que conduce a su uso. Patricia, por ejemplo, mencionó que su trabajo de parto se complicó porque padecía de presión alta y le faltaba “la fuerza”, aun así, no le practicaron una cesárea por falta de personal médico.

Es decir que, en la decisión de realizar una cesárea las condiciones institucionales tienen igual o mayor peso que los aspectos relacionados con el estado de salud o la preferencia de las propias mujeres. Por un lado, vemos un ambiente hospitalario cargado de tensión, angustia e incertidumbre, que más que propiciar el desarrollo normal del trabajo de parto, evita que las mujeres tengan la *fuerza* para dar a luz y para que su parto progrese sin problemas.

En principio porque a la mujer se le obliga a permanecer inmóvil y postrada en una cama, sin alimentos, sin acompañamiento y apoyo familiar en la toma de decisiones; quienes terminan manejando y controlando el cuerpo femenino son los especialistas que poseen el saber biomédico. Este ambiente también se caracteriza por la larga espera, la desatención y la desinformación en la que el personal de salud mantiene a la mujer y a sus familiares.

Por otro lado, la forma en que se organiza la atención institucional basada en turnos médicos da lugar al uso de la cesárea, porque cuando diferentes especialistas intervienen en la atención médica surgen puntos de vista contradictorios respecto al cuidado, diagnóstico, tratamiento y/o a la forma en que se debe dar el parto. Por tanto, no siempre son claros los motivos por los que

dicha intervención se realizó, pues mientras que el médico del turno de la mañana indica que será un parto normal, el médico del siguiente turno interviene a la mujer quirúrgicamente.

Lo que es indiscutible es que los especialistas tienen el predominio de la decisión, la cual, no siempre o no sólo se basa en las condiciones de salud de la mujer y el neonato; las condiciones institucionales que se le presentan durante su turno laboral como: la saturación del hospital y la disponibilidad o falta de personal, influirán en su decisión. Finalmente, la cesárea es promovida y frecuentemente usada por la naturalidad con la que es vista por parte de médicos y enfermeras, ya no como un recurso excepcional, sino como parte esencial de la atención al parto.

Las trayectorias de atención presentadas en este capítulo muestran la delgada línea que existe entre el parto normal y el parto por cesárea. De manera que, la dimensión biológica que es la base diagnóstica de los especialistas, no se presenta aislada de las circunstancias institucionales, ni de las experiencias de vida de las actoras. Por tanto, considero que las causas que se asocian al uso de la cesárea pueden englobarse en tres aspectos fundamentales: las causas de carácter institucional, las que se orientan a resolver alguna emergencia obstétrica y las relacionadas con los significados atribuidos a “dar la fuerza”. Éstas operar simultáneamente y/o relacionalmente dando lugar al parto por cesárea.

En consecuencia, las usuarias de los servicios públicos de salud seguirán expuestas al uso de prácticas médicas innecesarias como la cesárea, mientras no se cambien o se reorganicen dichas instituciones. Esto nos obligan a generar un ambiente propicio y de acompañamiento para que el trabajo de parto pueda darse sin problemas, es decir, darle y no quitarle a la embarazada sus redes de apoyo familiar para que tenga la fuerza de enfrentar un parto normal, si se le quitan esas redes será más fácilmente dominada por el temor y el saber médico.

A partir de estos hallazgos planteo algunas propuestas para abatir las problemáticas en salud materna y que sin duda representan un reto para el sistema de salud. Pero antes, mencionaré algunos puntos importantes que derivan del análisis profundo y detallado de algunos estudiosos que ven la necesidad de reducir los índices de muerte materna, la tasa de cesáreas, la falta de acceso a los servicios de salud, la violencia obstétrica, entre otras problemáticas sociales que atraviesan el proceso reproductivo. Aquí sólo señalaré algunos puntos importantes de sus análisis.

Propuestas para reducir los problemas de salud materna

Estudiosas como Graciela Freyermuth (2003) proponen que para abatir la muerte materna, no basta con elevar la calidad de la atención de los servicios de salud; lo que se requiere es que las mujeres salgan de su ámbito familiar, del control de la suegra, las cuñadas y el marido, es decir, se empoderen en el interior de sus comunidades, pues finalmente, la muerte materna es un indicador de las condiciones de subordinación de las mujeres.

Aunque el objetivo central de este trabajo no es el análisis de las condiciones de subordinación de la mujer, es innegable que en el ámbito hospitalario se reproduce la violencia cotidiana que se ejerce en contra de las mujeres. En el ámbito familiar por parte del marido o la suegra, y el espacio institucional por el personal de salud; dicha violencia se traduce en castigos, regaños, desatención y el autoritarismo de los médicos. Además se vislumbra, el papel subordinado que la mujer tiene frente a la toma de decisiones sobre el manejo del propio cuerpo. Cuestión que deja ver este trabajo y los procesos de salud-enfermedad en general.

Por otra parte, Lina Berrio (2016:158) propone que paralelamente al seguimiento de las cifras de mortalidad materna, se requieren de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas que permitan un adecuado manejo de los recursos financieros asignados en esta materia. Para que a nivel local, el presupuesto

público se vea reflejado en acciones concretas que beneficien a las mujeres durante su trayectoria de atención al proceso reproductivo.

Para Roberto Castro (2014), la solución al problema de las violaciones de derechos humanos de las mujeres en servicios de salud, implicaría la inclusión de la perspectiva de derechos humanos en la formación de los profesionales de salud y el desarrollo de la ciudadanía de las usuarias. Mientras que para la reducción en la tasa de cesáreas, Octavio Gómez (2004,74) propone la “elección informada”: una elección basada en la comprensión integral de todas las opciones y sus posibles riesgos y beneficios. Además, de la justificación precisa por la que se llevó a cabo la cirugía. Cuestión con la que estoy de acuerdo, ya que las ambigüedades y la falta de información caracterizan el día a día de la práctica médica, como se describe en esta investigación.

Retos del sistema de salud

Una de mis propuestas es la reorganización del sistema de salud público, lo que significaría una serie de cambios que van desde: reducir la atención obstétrica de la mujer embarazada a dos especialistas, sin que diversos actores se involucren en el diagnóstico, tratamiento y resolución del parto. Ya que como pretendo mostrar, cuando más de tres médicos o especialistas se involucran en la atención de una mujer, surgen diferentes, y en ocasiones contradictorias perspectivas sobre el estado de salud de la misma. Por tanto, cada médico, le administra un medicamento y tratamiento diferente, o en ocasiones, es internada por un médico como paciente de riesgo y en el siguiente turno es dada de alta porque el nuevo especialista considera que no tienen nada.

Si un sólo especialista atiende a la embarazada, desde el control prenatal y el posterior desencadenamiento de su parto, éste dispondrá de información suficiente sobre su historial clínico, las complicaciones o emergencias obstétricas que se le hayan presentado, y otros aspectos de su vida diaria que se involucran con el bienestar de la maternidad; y que no se encuentran en un expediente clínico. Esto le permitirá valorar adecuadamente a la embarazada, sin tener que

exaltar como de gravedad signos y síntomas para que la paciente sea referenciada a un nivel de mayor especialización cuando en ocasiones no lo requiere. Lo que se necesita es una valoración y atención oportuna.

Para ello, el sistema de salud debe garantizar la disponibilidad de personal gineco-obstetra, lo que también implica la reducción de la carga y presión laboral; además, de cambiar las inadecuadas condiciones de trabajo. En primera, se deben crear lazos de atención entre parteras y médicos, asignando recursos financieros y la creación de escuelas e instalaciones para que las primeras puedan ejercer su labor. Sin duda, esto requiere de mayor infraestructura y asignación de recursos o como señala Berrio (2016), una contraloría de los recursos financieros.

Otro aspecto fundamental de la reorganización es permitir el acompañamiento de familiares, que si bien, están con la embarazada durante el trayecto a las instituciones de salud y esperan afuera de los hospitales para obtener información de su familiar; también es importante que las mujeres puedan compartir los momentos de angustia, incertidumbre, miedo o alegría que trae consigo el trabajo de parto. Esto les brindaría -a la mujer y a sus familiares- mayor poder de decisión frente a las prácticas de atención biomédicas. Ya que lo que actualmente opera es la presión hacia la mujer, desde la constante insistencia para que adopte un método anticonceptivo como el DIU, hasta que acepte, sin cuestionar el uso de una cesárea.

Además, considero que para las mujeres a quienes se les practicó una cesárea, el acompañamiento y el apoyo de un familiar es fundamental, en los cuidados dentro del hospital. Esto de cierta forma, también reduciría la carga de trabajo que tienen las enfermeras; quienes tienen que bañar a los bebés y a las mujeres que dieron a luz, vendarlas en caso de cesárea, adminístrales medicamentos para el dolor y alimentar a los recién nacidos, actividades en las que un familiar puede apoyar.

Finalmente, la visión que se tiene sobre algunos factores considerados de riesgos deben ser analizados en relación con otros valores o factores socioculturales, pues como señalaré más adelante, categorías como la edad, la estatura, y la multiparidad en sí mismas no siempre definen el riesgo durante la maternidad.

Conclusiones

Durante el desarrollo de esta investigación los datos empíricos arrojaron información valiosa que nos permite entender las implicaciones actuales del uso del enfoque de riesgo por parte de la biomedicina y las instituciones de salud; además, de las causas y determinantes que se involucran en el uso de la cesárea. A continuación retomaré las reflexiones que surgieron en el desarrollo de esta tesis.

Respecto al enfoque de detección del riesgo obstétrico en las instituciones de salud en el primer nivel de atención, el análisis nos muestra lo ambiguas y contradictorias que suelen ser las categorías, instrumentos o criterios usados desde el saber biomédico, para determinar cuando una mujer se encuentra en riesgo obstétrico o no. De manera que, se clasifica o etiqueta a un importante número de mujeres con embarazos de alto riesgo, cuando en realidad no lo tienen. Mientras que aquellas que presentan algún padecimiento de gravedad son tratadas como si no lo tuvieran, pues no se les otorga atención preferencial, de calidad o se les brinda un correcto seguimiento o valoración de su padecimiento.

En este sentido, existe un abuso de la categoría de embarazo de alto riesgo por parte de los prestadores de servicios de salud, quienes etiquetan a la mujer bajo la denominación de riesgo por el simple hecho de que estas mujeres son jóvenes, de baja estatura o multigestas. Categorías que presumen de su base científica y carácter biológico, pero que en sí mismas no permiten valorar las condiciones de salud de las mujeres y no operan aisladamente de las condiciones socioculturales, económicas e institucionales.

Pese a la centralidad del enfoque de riesgo en las instituciones de salud, en las prácticas de atención, no se observan cambios importantes que se traduzcan en beneficios reales para la mujer que presentan alguna complicación o emergencia obstétrica. Como en el caso de Estela, quien al no ser valorada adecuadamente fue dada de alta en repetidas ocasiones; una vez en su casa, se administraba los medicamentos porque la complicación se le volvían a presentar. Estela quedó sin

cuidados médicos, atendiéndose bajo sus propios medios, experimentando angustia y miedo; lo que sin duda demuestra la falta de eficacia del enfoque de riesgo.

En este sentido, la solución al surgimiento de complicaciones obstétricas, no es generalizar el riesgo en todas las mujeres, sino que cuando las complicaciones se presenten existan los mecanismos e infraestructura adecuados para su atención. Pues aunque la mujer -como en el caso de Estela-, actúe oportunamente frente alguna emergencia recurriendo a las instituciones de salud, si ésta se encuentra con la desatención, la espera y la falta de valoración de su padecimiento, la complicación puede agravarse, y esto constituye el verdadero “riesgo obstétrico”.

En consecuencia, el riesgo representado desde el saber biomédico exalta algunos factores e ignora otros que colocan a la mujer en situaciones de desventaja durante la maternidad. Como los factores de carácter institucional que van desde la desatención por falta de personal, la saturación hospitalaria, la violencia cotidiana que se vive en las salas de parto; así como la intervención quirúrgica y la medicalización.

Si bien, en el contexto de Zaragoza, vemos una diversidad de posiciones que se complementan o contraponen en relación a los factores de riesgo durante el embarazo. Es innegable que la noción que predomina en las representaciones de mis informantes respecto al riesgo, es la que ha construido el saber biomédico con sus discursos y prácticas.

Aunque mis informantes comparten el saber de las parteras respecto a que la debilidad, el ser primerizas, la mala posición del bebé y la *falta de fuerza* puede complicar el embarazo y el parto; sus representaciones sobre el riesgo se abocan al miedo, al temor del parto complicado y a vivir el proceso reproductivo como si este fuera una enfermedad. Es decir, a la construcción que las instituciones de salud y la biomedicina han hecho del proceso reproductivo como un evento en permanente riesgo, como si este fuera una enfermedad que debe ser tratada.

Esto nos conduce a otra premisa importante que refiere a las representaciones sociales acerca del uso de la cesárea; las cuales, se relacionan con la noción del riesgo. Pues si el embarazo es posicionado en el ámbito de lo patológico, ya no como un evento normal y propio del cuerpo de la mujer, sino como una enfermedad; la cesárea es representada como la cura o el tratamiento a seguir.

Así lo expresaron mis informantes al cuestionarlas sobre la preferencia de tener una cesárea o un parto normal. Si bien las mujeres prefieren el parto normal porque la recuperación tras éste es más rápida, ven en la cesárea un recurso eficaz para la atención de las complicaciones al momento del parto.

Esta concepción se relaciona con la falta de información que existe en el sistema de salud acerca de los riesgos que conlleva esta cirugía. Ya he mencionado, las posibles complicaciones a las que se exponen las mujeres después de la cirugía. Pero quiero mencionar rápidamente, algunas de las complicaciones que se presentan durante los cuidados posnatales, pues aunque poco visibles marcan diferencias significativas entre el parto normal y el parto por cesárea.

Por ejemplo, las mujeres que tienen un parto normal regularmente son dadas de alta al día siguiente del nacimiento de sus hijos o hijas, o a los dos días[119]. De esta manera, el personal de salud intenta tener camas disponibles para las pacientes de nuevo ingreso, sólo aquellas que presentan alguna complicación de gravedad o a quienes se les practicó una cesárea permanecerán más tiempo en el hospital con el fin de asegurar su recuperación.

Por tanto, en estos dos grupos de mujeres, inicia una importante separación en lo referente al tipo de cuidados y atención. Aquellas que tuvieron un parto normal iniciaran los cuidados en casa y con el apoyo de la red familiar mientras que las mujeres que fueron intervenidas quirúrgicamente iniciaran un proceso de medicalización y aislamiento familiar.

En este sentido, para mis informantes con cesárea el puerperio inmediato se dio en el espacio hospitalario, el cual resultó difícil en relación con los cuidados

[119] Sandra por ejemplo, *"no paso ni un día"* en el hospital después del nacimiento de su hijo.

propios y del bebé, ya que con una herida de por medio, la mínima tarea como: ir al baño o caminar, resultaba complicado, sobre todo cuando no se tiene la ayuda del esposo o del familiar. Pues como mencionó Fátima: “ahí (hospital) no dejaron entrar a alguien de mi familia que me fuera a cuidar por la cesárea, dicen que uno se debe valer por sí misma”.

Una parte importante de los cuidados es la alimentación, tanto de la madre como del recién nacido. La alimentación para la mujer que tiene una herida de cesárea o una episiotomía, también es diferencial, ya que se le prohíben los alimentos que pueden contribuir en la infección de la herida quirúrgica. Los consejos que reciben las mujeres -sobre todo las primerizas-, respecto a *“lo que se debe y no debe de comer”*, provienen de las madres, suegras y parteras, quienes transmiten su saber y experiencia con el fin de que la mujer tenga una buena recuperación y no sufra malestares en el futuro.

Las mujeres que inician los cuidados en casa podrán elegir los alimentos a consumir. Mientras que quienes permanecen en el hospital no tendrán las mismas posibilidades de elección. Incluso tienen que consumir alimentos que consideran poco convenientes durante el posparto como los frijoles, la papa o la sandía que es fría porque es lo que les dan en el hospital.

Aunque las enfermeras y enfermeros del hospital recomiendan a todas las mujeres que se *“peguen a sus bebés al pecho”.* La alimentación de los bebés que nacieron mediante cesárea comienza con fórmulas lácteas, ya que el apego a la madre no es inmediato, pues se espera a que la madre se recupere de la operación y la anestesia. Por tanto, la alimentación del recién nacido con leche materna se retrasa o finalmente no se da. Otro aspecto importante es que las mujeres que tuvieron un parto quirúrgico no podrán acudir con la partera para que las *talle* y acomode la matriz. En consecuencia, observamos que la cesárea conlleva diversas afectaciones en el cuerpo de la mujer y en ejercicio de su maternidad.

Asimismo, constatamos que la noción acerca del riesgo hace que la atención del parto se busque prácticamente, sólo por el ámbito biomédico. Pues estas mujeres

se hayan convencidas de la eficacia terapéutica de la práctica médica en la atención al parto. Mientras que la atención en casa –con ayuda de la partera- se considera de mayor riesgo. Esto confirma, la tendencia a la expansión del saber biomédico; así como, la exclusión de los saberes tradicionales. Tal es así que, las parteras han visto su ámbito de acción reducido a la atención del embarazo y los cuidados durante el puerperio.

Entre las causas que se asocian al uso de la cesárea, destacan las de carácter institucional, porque son las que están dando lugar a la práctica de cesáreas innecesarias. Por un lado, el ambiente hospitalario que no permite el desarrollo y evolución natural del trabajo de parto, pues cuando se somete a la mujer a la inmovilidad, al aislamiento familiar, a la angustia, al miedo y a la incertidumbre, es difícil que tenga *la fuerza* para el parto.

La organización institucional también posibilita el uso de la cirugía ya que los cambios de turno y el sistema de referencia-contrareferencia impiden que la mujer sea debidamente valorada, pues cuando un médico opta por un diagnóstico, el médico del siguiente turno lo modifica sin un análisis real de las condiciones de salud de mujer que está en labor de parto. Más bien, lo que opera son una serie de situaciones institucionales como que haya o no personal gineco-obstetra disponible, la saturación del hospital y la carencia de material médico.

Otra de las causas que identifico es que la cesárea también es un recurso que ayuda a resolver las emergencias que se presentan durante el parto. Aunque es importante matizar que lo que se busca es prevenir este tipo de complicaciones; por ello es fundamental que los médicos den un diagnóstico correcto y continuo del desarrollo de la paciente.

Finalmente, quiero enfatizar en que *la fuerza* o la *falta de fuerza* con la que las mujeres enfrentan el proceso reproductivo, es determinante en la resolución del parto. Ya que si las mujeres cuentan con ésta podrán responder a las complicaciones obstétricas. Esto implica que las mujeres cuenten con una sólida red de apoyo, con fortaleza emocional y con experiencia reproductiva. Al *no tener*

la fuerza las mujeres se ven expuestas a que les practiquen una cesárea porque consideran que es la forma de atender las complicaciones del parto.

En términos generales, las representaciones del embarazo como un evento riesgoso causa en las mujeres gestantes sentimientos de temor, las subordina ante el poder médico y las alienta a la aceptación de la cesárea. En la toma de decisiones se observa como los médicos ganan control sobre el proceso reproductivo. Mientras que las mujeres pierden su capacidad de decidir sobre su propio cuerpo en los momentos de mayor vulnerabilidad.

Sin duda, las emociones influyen de manera importante, pues cuando éstas consideran que su bebé está en riesgo optan por segur las instrucciones médicas confiando en que estas acciones son en favor de preservar su vida y la de sus bebés. En este sentido no sólo se interviene en el cuerpo de la mujer sino en sus emociones.

En consecuencia, considero pertinente abandonar la actual representación biomédica e institucional que se tiene acerca del embarazo como un evento que se allá en permanente riesgo o que entra en el plano de la enfermedad, para entenderlo y atenderlo como parte de las funciones del cuerpo de las mujeres; es decir, como un evento natural.

Sobre todo porque desde las instituciones se han excluido los factores de riesgo de carácter sociocultural como: la concertación del matrimonio en desventaja para la mujer; la falta de apoyo familiar y de pareja; la violencia intrafamiliar y la subordinación de la mujer. Además de los factores de carácter económico e institucionales.

Finalmente, me interesa resaltar que si bien contamos con datos estadísticos que nos proporcionan una visión cuantitativa de la situación que prevalece en el ámbito de la salud materna; es importante seguir produciendo investigaciones etnográficas que den voz a las mujeres que han atravesado por la experiencia de ser madres en un contextos adversos, como el que he descrito aquí. Reconozco

que este trabajo tiene limitantes, pero también abre la ventana al análisis acerca de la relación entre la noción del riesgo obstétrico y el uso de la cesárea.

Bibliografía

ANAYA-PRADO, Roberto, et al.
2008 "Morbilidad materna asociada a operación cesárea". *Cirugía y Cirujanos,* núm. 76, noviembre-diciembre, pp. 467-472.

BERRIO, Lina
2013 *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la costa chica de Guerrero.* Tesis de doctorado en ciencias antropológicas, UAM, México.

2016 "Presupuestos públicos y salud materna: ¿una relación siempre virtuosa? Reflexiones desde el caso de Guerreo", en Daniela Díaz y Christian Gruenberg (Coord.), Presupuesto público, rendición de cuentas y salud materna en México. Acercamientos desde los derechos humanos. GEDISA, FUNDAR, México, pp. 151-195.

BRONFMAN-PERTZOVSKY et al.
2003 "Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias", en Revista Salud Colectiva de México, Vol. 45, Núm. 6, Noviembre-diciembre, México, pp. 445-453.

BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, Maribel
2009 *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la comunidad de Madrid*. Tesis de doctorado en Antropología, UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI. Tarragona. ESPAÑA.

2010 *Nosotras Parimos. ¿Nosotras decidimos en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio?* ATENEA, Universidad de Málaga, España.

CÁRDENAS, Rosario
2002 "Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado", en Gaceta Médica de México, Vol.138, Núm.4, México, pp. 357-366.

2014 "El perfil de la utilización de la cesárea en México y su implicación en la salud reproductiva", en: Sánchez Bringas (coord.), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y mortalidad materna en México*. UAM, México, pp. 105-129.

CASTRO, Roberto
1996 "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo". En: Szasz, I. y S. Lerner (compiladoras). Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexual. El colegio de México, México, pp. 57-85.

2000 La vida en la diversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. UNAM-CRIM, México, pp. 31-146.

2011 *Teoría social y salud.* CRIM-UNAM, Lugar Editorial. México.

2014 "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México", en Revista Mexicana de Sociología, vol. 76, núm. 2, abril-junio, Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México. pp. 167-197.

CASTRO, Roberto y ERVITI Joaquina
2014 "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México". Revista CONAMED, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, México. pp. 37-42.

CEVALLOS, Milena y SERRA, Bernardita
2006 "La materialidad del poder: una reflexión en torno al cuerpo", en A Parte Rei: Revista de filosofía, Vol. 47, núm. 5, septiembre, pp.1-12.

COLLADO PEÑA, Patricia
2014 "Del sistema de referencia y contra-referencia al multi-rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica", en: Sánchez Bringas (coord.), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. UAM-ITACA, México, pp. 133-160.

CONEVAL.
2010 Estimaciones del CONEVAL con base en el Censo de Población y Vivienda 2010, México, 2010 Consultado el 18 de junio de 2014 En: http://www.veracruz.gob.mx/finanzas/files/2013/10/zaragoza-d-inf-soc-mpio-ind-rez-soc.xls

2012 Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas de las mujeres embarazadas que obstaculizan su acceso efectivo a instituciones de salud, México, D.F. Consultado en: http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf

CORTÉS, Eduardo. MENÉNDEZ, Eduardo y RUBALCAVA, María
2002 "Aproximaciones estadísticas y cualitativas. Oposiciones, complementaciones e incompatibilidades". En: Mercado, F. J., D. Gastaldo y C. Calderón (Comp.) Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica.

Métodos, análisis y ética. Universidad de Guadalajara, Guadalajara, pp. 29-48.

ENSANUT
2012 Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto, Instituto Nacional de salud pública consultado en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf

ERVITI, Joaquina
2015, "Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médico-usuarias de los servicios ginecológicos", en: Castro R. y Joaquina Erviti, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos.* UNAM. Cuernavaca, México, pp. 103-122.

ESPARZA SERRA, Luis L.
2003 "Entrevista a Denise Jodelet. Realizada el 24 de octubre de 2002 por óscar rodríguez cerda", en Relaciones. Estudios de historia y sociedad, vol. XXIV, núm. 93, invierno, El Colegio de Michoacán. México.

ESTEBAN, Mari Luz
2004 "Antropología encarnada. Antropología desde una misma", en: *Papeles* del Centro de Estudios Sobre la Identidad Colectiva, núm. 12, Universidad del País Vasco, España, pp. 1-21 Disponible en: http://www.identidadcolectiva.es/pdf/12.pdf Consultado el 8 de abril del 2015.

Fitzpatrick, R, et al.
1990, *La enfermedad como experiencia*. FCE. México.

FREYERMUTH, Graciela
2000 Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad. Tesis doctoral en antropología, UNAM, México, D.F.

2003 *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad.* CIESAS, Porrúa, México.

2010 Desigualdades en la vida, desigualdades para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Mayo. Consultado en http://sureste.ciesas.edu.mx/Investigacion/Proyectos%20especiales/Proyectos/Graciela/MMChs_19dejulio_GFE_VF_conGraficas.pdf

2014 “Mortalidad materna en México. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres”, en: Sánchez Bringas (coord.), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y mortalidad materna en México*. UAM, México, pp. 21-69.

FREYERMUTH, Graciela y SESIA, Paola
2006 “Del curanderismo a la influenza aviaría: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica" en Desacatos nº20, CIESAS, México, Enero-Abril.

GARCÍA VÁZQUEZ, et al.
2012 “El parto en México, reflexiones para su atención integral”, ideas CONCYTEG, 7 (84), pp.811-844. En: http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_AL.pdf

GÓMEZ, Octavio
2004 El secuestro de Lucina (o cómo detener la epidemia de cesáreas). Salud Pública de México, vol. 46, núm. 1, enero-febrero, 2004, pp. 71-74 Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México.[Consultado en: http://www.redalyc.org/pdf/106/10646111.pdf]

GRAMSCI, Antonio
2006 (1971,1929,1935) “State and Civil Society”. En: Aradhana Sharma and Akhil Gupta (eds.) The anthropology of state. A reader. Blackwell, Publishing. Pp. 71-85.

HJORTH BOISEN
2007 Migración, globalización y flujos transregionales. Etnografía del proceso migratorio del sur de Veracruz a la frontera norte. Tesis de doctorado, UNAM, Facultad de filosofía y letras, Instituto de Investigaciones Antropológicas, México, D.F.

INEGI
2000 Censo General de Población y Vivienda 2000. Consultado el 18 de junio de 2014.

2010 Censo de Población y Vivienda 2010. Consultado el 18 de junio de 2014 En: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/.

2013 *Estadísticas a propósito del día de la madre” datos de Veracruz. Xalapa de Enríquez, Veracruz*. 10 de mayo de 2013 consultado en http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/madre30.pdf

JIMÉNEZ, Silvia; PELCASTRE, Blanca; FIGUEROA, Juan Guillermo
2008 “Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación”, en *Revista Chilena de Salud Pública*, vol. 12, no 3, pp. 161-168.

JODELET, Denise
2011 “Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación” en *Espacios en Blanco,* Series Indagaciones, núm. 21, Argentina, pp. 132-154.

KAZIANKA, Bárbara
2012 "¿El pluralismo medico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina “global” y la medicina indígena “local”? un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzáes en san José, Guatemala", en *Scripta Ethnologica,* Vol. XXXIV, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina. pp. 39-68.

KLEINMAN, Arthur,
1988 *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Book. New York.

MÉNDEZ-GONZÁLES et. al,
2002 “Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional”, en: *Salud Publica México*., 44(2), pp. 129-136, en http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000253

MENDOZA GONZÁLES, Zuanilda
2010-2011 "parir en la casa o en el hospital. Saberes acerca del parto de mujeres triquis migrantes a la ciudad de México", En AM Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica, ARGO, Italia, pp. 59-81.

MENÉNDEZ, Eduardo
1983 “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, características estructurales”, en Eduardo Menéndez, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención* (Gestión) en salud. Cuadernos de la Casa Chata, núm. 86, CIESAS, México.

1986 “Modelo Médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud”, en Nueva Antropología. Vol. VIII, num.29, México.

1990 *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuadernos de la Casa Chata 179, CIESAS, México.

1994 “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”, *en Alteridades,* Vol. 4, Núm. 7, UAM-Iztapalapa, México, pp.71-83.

1997 “El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad” En: Relaciones vol. XVIII, núm. 69, pp.237-270.

2003 Modelos de atención a los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, en ciencias y salud Colectiva, Vol.8. Fundación Osvaldo Cruz, PP. 185-2007.

2005 “El modelo médico y la salud de los trabajadores” en Revista Salud Colectiva, Vol. 1. Núm. 1. Universidad Nacional de Lanús, Argentina**.** pp. 9-30.

2009 Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas, en: Eduardo Menéndez, De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Editorial Lugar, Buenos Aires. Argentina.

2010 “Uso y desuso de conceptos”, en La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo, Prohistoria ediciones, Argentina.

MENÉNDEZ, Eduardo L. y DI PARDO, Renée
1996 *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización.* Colección Miguel Ángel Othón de Mendizábal. CIESAS. México. pp.328.

MONTES MUÑOZ, Jesús María
2007 Las culturas del nacimiento: representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis presentada para optar al título de Doctora en Antropología Social y Cultural. UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI FACULTAT DE LLETRES Departament d’Antropologia, Filosofia i Treball Social Programa de Doctorat en Antropologia de la Medicina. Tarragona, 2007.

MUCH, Guido
1983 *Etnología del Istmo Veracruzano*, UNAM, México.

ORDOÑEZ M.
2005 “Evaluación del riesgo materno-neonatal durante el embarazo”, en Investigaciones Andina, Vol. 7, num.10, abril-septiembre. Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, Colombia, pp. 38-47.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
2015 Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas consultado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1

ORTEGA CANTO, Judith
2006 Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los Mayas de Yucatán, México Salud Colectiva, vol. 2, núm. 1, enero-abril, Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina pp. 75-89.

OSORIO CARRANZA, Rosa María
2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles.* CONACULTA, INAH, CIESAS, México.

PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL (PDM)
2010 H. Ayuntamiento de Zaragoza, Veracruz 2011-2013. Diario oficial de la Federación, Xalapa, Veracruz.

ROSALDO, Renato
2004 "Reflexiones sobre la interdisciplinariedad" en Revista de Antropología Social, núm. 13, Universidad Complutense de Madrid. España, pp. 197-215.

SÁNCHEZ-BRINGAS, Ángeles
2009 "Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad" en Perinatología Reproducción Humana, vol. 23, núm. 4, México, pp. 237-246.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)
1995 "Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio", en: *Diario Oficial de la Federación*, México. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html [Consultado el 7 de abril de 2015].

2011 Dirección General de Información en Salud (DGIS), *Base de datos de certificado de nacimientos ocurridos en 2011, Sistema Nacional en Salud (Sinais), en* http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/certnac_sinac11.html

2012 Dirección General de Información en Salud (DGIS), *Base de datos de certificado de nacimientos ocurridos en 2012, Sistema Nacional en Salud (Sinais), en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/certnac_sinac12.html*

2013 Dirección General de Información en Salud (DGIS), *Base de datos de certificado de nacimientos ocurridos en 2013, Sistema Nacional en Salud (Sinais), en* *http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/certnac_sinac13.html*

2014 Dirección General de Información en Salud (DGIS), *Base de datos de certificado de nacimientos ocurridos en 2014, Sistema Nacional en Salud (Sinais), en* *http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/certnac_sinac2014.html*

SESIA, Paola
2006 "Mujeres indígenas que mueren en la maternidad: Pobreza, etnicidad e inequidad en Oaxaca", en Actas del XXVIII Congreso Internacional de Americanistas. Mérida.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty
1998 "¿Puede hablar el sujeto subalterno?", tr; por José Amícola, Orbis Tertius, III (6), PP.1-44.

STERN, Claudio y GARCÍA, Elizabeth
2001 "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente" en Stern y Figueroa (coord.), Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y retos para la investigación, El Colegio de México, México.

VÁZQUEZ CALZADA, José
1990 "El impacto de los partos por cesárea sobre la fecundidad en Puerto Rico" en Revista Puerto Rico Health Sciences Journal, Vol. 9. Núm. 1. Puerto Rico, pp. 69-73.

VÁZQUEZ SANDRIN, Germán
2010 *Fecundidad indígena,* Miguel Ángel Porrúa, Instituto de Ciencias y Humanidades. México.

VÉLEZ-PÉREZ E, y TOVAR-GUZMÁN et al.
2012 "Incidencia, indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora", en Revista Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora. Septiembre, Vol. 29, Núm. 2. México, pp, 58-64.

Índice de Tablas y Mapas

Tablas

Tabla 1. Informantes Entrevistadas y sus características…… 39

Tabla 2. Mujeres que tuvieron un parto eutócico y sus características……41

Tabla 3. Mujeres que tuvieron un parto por cesárea y sus características…….42

Tabla 4. Terapeutas entrevistados (médicos del Centro de Salud y parteras)……42

Mapas

Mapa 1. Municipio de Zaragoza y sus colindancias……..47

Mapa 2. Ubicación del Hospital General de Cosoleacaque y Minatitlán……..90

Abreviaturas

MMH	Modelo Medico Hegemónico
OMS	Organización Mundial de la Salud
SSA	Secretaria de Salud
AME	Atención a Mujeres Embarazadas
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
DGIS	Dirección General de Información en Salud
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud