

La medicalización y la autonomía de las mujeres: caso de mujeres embarazadas de San Cristobal de Las Casas, Chiapas México

Magdalena del Carmen Morales Domínguez

Estudiante de doctorado en antropología social del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, UNIDAD Sureste, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

Meleny151@hotmail.com

Este trabajo aborda brevemente la relación entre la medicalización y autonomía de la mujer en el proceso materno (embarazo, parto, puerperio). Con la finalidad, de observar los cambios que se están gestando no sólo es del corte de indicadores de salud sino en las prácticas y las representaciones de las mujeres que viven el embarazo, el parto y el puerperio con los efectos del proceso de medicalización. Se presenta entrevistas a profundidad de cuatro mujeres de diferente estado socioeconómico, es decir seguimiento desde su embarazo hasta su puerperio, así como también se utilizaron bases de datos del Sistema Nacional de Salud de Nacimientos para poder entender el contexto de las mujeres, con relación de la atención materna. Se obtuvo que las mujeres tienen menos posibilidades de tener autonomía, si son atendidas en un hospital, porque están sujetas al poder institucional donde manifiestan un abuso a su persona.

Palabras claves: autonomía de la mujer, embarazo, parto, puerperio, poder y medicalización.

Introducción

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (INEGI), Chiapas es el estado de mayor pobreza (74.7%) y pobreza extrema (46.7%) en el país (Levy et al., 2016). La pobreza se refleja en los índices de mortalidad materna y mortalidad infantil injustamente elevados; una de las estrategias para disminuir estas muertes se basa en la puesta en marcha de políticas de salud y de acciones médicas, al margen de enfrentar las condiciones estructurales que las ocasionan.

No podemos negar que las políticas públicas¹ han traído como resultado la disminución de las muertes maternas registradas², pero, por otro lado, también han traído consigo una serie de modificaciones en las representaciones y las prácticas alrededor de la salud materna. Entre las más importantes se pueden señalar el aumento de la atención hospitalaria, la segregación de la partería tradicional³, la inclusión limitada de nuevos actores (parteras profesionales⁴), el

¹ En la implementación del Seguro Popular (2003), se crean y refuerzan programas que venían funcionando décadas anteriores como Prospera (Progresá, 1988, Oportunidades, 1994), Arranque Parejo para la Vida (2002), Vida Mejor (2003) y Embarazo Saludable (2009). Sumado a estas intervenciones, se crea en Chiapas la Iniciativa Mesoamérica 2015, ejecutada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y financiado por la Bill & Melinda Gates Foundation, el Instituto Carlos Slim de la Salud y el Gobierno de España, la iniciativa buscaba reducir la brecha en salud materno infantil entre la población más pobre.

² Disminuyó 7.1% durante los periodos 2002-2006 a 2007-2011 (Freyermuth y Luna, 2014).

³ Esto se pudo registrar durante los trabajos de investigación realizados entre 2013 y 2014 en zonas indígenas Tzeltal, Chol, Tuliá. Como parte de un consultoría de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas

⁴ Partera profesional o técnica es la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico (NOM-007-SSA2-2016; pag.8).

incremento del costo de parto⁵, el incremento de cesáreas⁶ y el incremento de atención privada⁷, entre las más destacadas. Con estos cambios de exclusión e introducción de actores, la salud de la mujer y su atención se ha visto modificada y se desconoce el impacto en la calidad de la atención y el grado de satisfacción de propias las mujeres. El objetivo de este escrito es mostrar la relación de la medicalización con la práctica de la autonomía de la mujer embarazada, para ver como esto incide en su forma de atención del parto y puerperio.

Metodología

Para poder presentar este estudio primero se contextualizó la situación de la atención del parto a partir de los datos publicados en SINAC⁸. Vale la pena señalar que para la estimación de estos datos se utilizó la variable “quién atendió” con la etiquetas *parteras* o *médico*, tomando como base la población residente en San Cristobal de Las Casas.

Otra parte del trabajo se realizó con cuatro entrevistas a profundidad a mujeres embarazadas de rango de 30 a 38 años de edad. Estas fueron grabadas en audio y transcritas, con permiso de las participantes.

⁵ El costo del parto se ha incrementado por el creciente número de cesáreas, lo que conlleva que el Seguro Popular tenga que pagar más por la población afiliada (Cárdenas, 2014).

⁶ La OMS y OPS señalan que las cesáreas deben representar un 20% de los partos atendidos; México ocupa el primer lugar con 38.9% en la práctica de las cesáreas en América. Programas como Oportunidades son parcialmente responsables del incremento de las cesáreas en el país (Barber, 2010 citado por Cárdenas, 2014).

⁷ Wagstaff *et al* señalan que la atención de los servicios de salud privados se ha incrementado por la poca resolución de los públicos.

⁸ Sistema de nacimientos a nivel nacional de la Secretaría de Salud

Desarrollo conceptual

Como punto de partida entiendo a la medicalización no como un concepto sino como un proceso de un evento de la vida cotidiana cuando se convierte en problema y debe ser atendido y estudiado por la medicina (Foucault, 1989; Ilich, 1975). Antes del siglo XV, el embarazo, el parto, el puerperio y el cuidado de un recién nacido podían ser vistos como eventos naturales de la vida cotidiana de cualquier mujer, pero ahora, en siglo XXI, los agentes y actores de la medicina están enfocados en intervenir en estos eventos, buscando cuidar la vida de la mujer y elevar la sobrevivencia por complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. En este proceso entran en juego agentes y estrategias de políticas sociales y de salud para atender, estudiar y resolver “anormalidades” de la maternidad⁹. Entonces, partimos de que la medicalización es un proceso que representa la intervención de la medicina en la vida cotidiana de los seres humanos. En este sentido Foucault divide la historia del proceso de la medicalización a través de la medicina social inglesa en tres periodos: el primero se refiere a que la intervención del saber médico era exclusivo de la clase dominante, no para los pobres; después, al incrementarse la población en las ciudades, se recurrió a la medicina urbana para poder delimitar los asentamientos de la clase trabajadora y la clase dominante. Por último, la medicalización se extendió a la población trabajadora a la que, como base de la economía, se le comenzó a controlar mediante procedimientos como la vacunación y diversas estrategias de sanidad. En esta última etapa es visible la expansión de la medicalización con la entrada de la industria farmacéutica, para proveer y controlar los insumos a un mayor número de población.

En este proceso de expansión, el posicionamiento de Ilich (1975) cobra relevancia al indicar que la medicalización de la vida se manifiesta en la intrusión de la asistencia de la salud en el presupuesto de la dependencia hacia la atención profesional y a través del hábito de consumir medicamento. Este proceso se ve reflejado en la aparición de la iatrogenesis¹⁰, reconocida en las diferentes edades de los seres humanos, que forman parte de la cultura y que la gente toma

⁹ Uno de los ejemplos más evidentes de medicalización es la manera en que se ha atendido la infertilidad que padecen algunas mujeres, situación que en las sociedades llamadas desarrolladas aumenta por múltiples causas biosociales: el incremento de la contaminación, el uso de determinados anticonceptivos o el deseo de tener un hijo a una edad avanzada. Esta situación ha favorecido la reproducción asistida, adoptando en la práctica la inseminación artificial. En caso que la infertilidad sea masculina, por ejemplo, el semen del varón en la pareja será sustituido por semen de un varón donante, para lo cual ya existen bancos de esperma y una legislación en algunos países para preservar el anonimato. Con estas técnicas la medicina amortigua los desafíos que las relaciones extraconyugales pueden suponer para la estabilidad familiar: abre la puerta al milagro de la reproducción sin sexo (Montse, 1991).

¹⁰ Las prácticas médicas mal hechas por los profesionales de la salud.

como una verdad trivial. Es decir, ahora las personas se vinculan con el saber médico de manera sistemática por el simple hecho de que van a nacer, están recién nacidas, en la infancia, en su climaterio, en edad avanzada o la muerte. El ciclo de la vida se ha medicalizado al igual que el proceso de salud-enfermedad.

Illich (1975) realiza una severa crítica, ya que analiza la medicalización de la vida en el plano del campo de la medicina y de las prácticas del personal de salud y de las consecuencias negativas de estas prácticas. Es importante reconocer que las críticas de Illich se dan en el siglo XX y las realiza cuando la biomedicina tenía un amplio reconocimiento. Es así que sus planteamientos pusieron en tela de juicio la importancia de los avances médicos en la intervención de la salud. Considero que esta visión es limitada y radical. Limitada porque no toma en cuenta la manera en que el saber médico se impone en otros ámbitos, como el laboral, el demográfico, el estético, la sexualidad, el político y el educativo, analizados y documentados por Foucault. Radical porque no le da valor a los avances médicos. Por ejemplo: el cambio de la expectativa al nacer en el siglo XX, la disminución de la mortalidad materna con el avance de la cirugía y los antibióticos, las posibilidades de sobrevivencia en los accidentes, entre otros.

Foucault, a diferencia de Illich, hace un análisis desde la perspectiva histórica; esto permite construir el concepto de medicalización a partir del análisis del proceso a través del cual el saber médico se va apropiando de las prácticas culturalmente adecuadas en varios ámbitos de la vida cotidiana de las personas, es decir, a la complejidad del proceso de medicalización.

También muestra la relación de este proceso con las políticas de Estado, y sobre todo con las gubernamentalidades; estas se refieren a la acción sobre las acciones posibles que permite al conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones prácticas de una forma particular de ejercicio de biopoder a lo largo del tiempo (Foucault, 2011).

En este tenor, el proceso de medicalización desde la perspectiva de Menéndez (1990) se describe como algo aparentemente paradójico, que si bien es parte del desarrollo de la práctica médica -de una práctica y de un saber- que supone un distanciamiento creciente entre el saber y la práctica de los conjuntos sociales, dicho proceso se proyecta y va creciendo cada vez en más áreas de comportamiento físico, pero también psíquico y social, que implica un ejercicio de articulación para establecer un mínimo de correlación entre la teoría médica y los conjuntos sociales.

Por otro lado, la praxis médica traduce en sus propios términos la experiencia de la vida y construye un código de comunicación social que invade el lenguaje corriente, del cual Wittgenstein (1988) ha dicho que "es una parte del organismo humano y no menos complicado que él". Es decir, el proceso de medicalización ha ido incorporando en un campo de relaciones con diferentes actores y agentes¹¹ y a través de su propio lenguaje. Entendiendo por campo un espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas (Bourdieu, 1994).

Desde esta perspectiva entendemos la medicalización como un campo con un juego de lenguaje propio. El significado de las palabras o momentos de la reproducción se han adoptado, por ejemplo, el uso del término **embarazo** se refiere al proceso de reproducción que comienza en la implementación y termina en el nacimiento; el **parto** se refiere al momento del nacimiento; por último el **puerperio**, que también se llama posparto, es el tiempo después del parto con 6 semanas de duración (NOM-007-SSA2-2016, 8). Esta terminología creada y reproducida desde la medicina alópata, ya se encuentra socializada entre la población como un lenguaje natural de la vida cotidiana, aunque el término de puerperio está más relacionado para el discurso y documentos oficiales de la política de salud. Entonces, en este proceso de medicalización se instaura un lenguaje y este, a su vez, es implementado a través de los proceso de gubernamentalidad; esto permite comprender, de alguna manera, porqué la medicalización ya forma parte de la vida, sin que a veces ya no nos cuestionemos cómo entendemos nuestra salud. Porque si seguimos la explicación de Foucault, se representa como una postura de poder económico que se ha instaurado para controlar y vigilar los cuerpos. Con lo antes descrito, se puede preguntar: ¿El sujeto puede decidir en este campo de medicalización? ¿Quiénes son los agentes en el campo de la medicalización? ¿Cómo se relacionan los agentes en el campo de la medicalización?

Poder obstétrico

Esto me remite al concepto de poder. Foucault sostiene que hay que reducir el saber al poder, para hacer del saber la máscara del poder; en estructuras en las que el sujeto no tiene lugar, sólo puede ser una pura y simple criatura (Foucault, citado en Castro, 2011). Foucault se enfoca sobre el poder disciplinario como red y en las instituciones de control y vigilancia y la construcción de relaciones de poder que traducen tecnologías del yo, es decir, formas de

¹¹ El agente es el que desarrolla prácticas acordes, en buena medida, con la posición que ocupa en el espacio social. (Bourdieu,1994)

intervención sobre el cuerpo y la mente de los individuos que impactan en aprendizajes. Algunos autores proponen (Camacaro Cuevas 2009; Castrillo, 2014) desde la idea de Foucault, que la medicina ha establecido el poder obstétrico, entendido como un poder disciplinario enmarcado en el ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres que se ejerce en un territorio-género específico: los cuerpos que se embarazan y paren. Esta microfísica del poder dispone de ciertas tecnologías disciplinarias como la vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que establece la normalidad y las técnicas para la administración médico-jurídica del embarazo, el parto y el puerperio. El objetivo del poder obstétrico sería la producción de cuerpos dóciles femeninos que permitan maximizar la efectividad de los embarazos, los partos, el puerperio y del cuidado de los recién nacidos, lo que sólo es posible si estos procesos son construidos subjetiva y socialmente como problemas sociales y de alteración/desorden que deben ser vigilados (Castrillo, 2014).

Gubernamentalidad

En esta lógica de Foucault de la gubernamentalidad y tecnologías del poder algunos autores cuestionan que no desarrolló el concepto de gubernamentalidad pero también cómo entra en juego la subjetividad de los individuos (Agrawal 2005 y Giddens 1995). Es decir, dónde está la decisión del sujeto en estos intercambios de tecnologías, ya que se maneja como un contexto de naturalización de la inequidad de poder y las gubernamentalidades. En este sentido, el poder obstétrico en la mujer se manifiesta en que no tiene la posibilidad de decidir y, por ende, su proceso de autonomía¹² durante embarazo, parto y puerperio se va limitando.

Con ello, sí parto de que la medicalización está relacionada con la intervención del saber médico, ¿qué podemos encontrar en estos casos de la vida cotidiana sobre medicalización?

La medicalización vista como el establecimiento de salud, es el ámbito donde se materializa este conocimiento a través de los actores y la estructura política y legal que la representa, para la atención formal y especializada del embarazo, el parto y el puerperio.

La medicalización vista como una intervención del Estado, en esta categorización el ejemplo de la gubernamentalidad se ve reflejado con el programa PROSPERA¹³, para las mujeres es un actor vigilante en cómo atender su embarazo, su parto y su puerperio.

La medicalización vista como violencia obstétrica, las mujeres rechazan la atención de los establecimientos de salud o del médico, especialmente de los servicios públicos por no tener un trato digno. Al no respetar sus condiciones de persona que siente y tiene derecho a decidir

¹² Entendiendo la autonomía como la posibilidad de la mujer de decidir sobre su propio cuerpo.

¹³ Programa social mexicano que apoya a mujeres en la salud y educación de sus hijos.

sobre su cuerpo.

La medicalización vista como el medicamento, el uso de insumos como los medicamentos, para solventar las “necesidades de las mujeres percibidas por los médicos” sin considerar la necesidad del cuerpo de la mujer con relación al contexto, sino que está establecido como algo natural. Ejemplos: Inducir el parto de la mujer con oxitocina; y cesáreas programadas sin haber necesidad de la misma.

La medicalización vista como la reducción del gasto de bolsillo en la atención del parto, en este sentido, se piensa que en el establecimiento público se gasta menos, teniendo Seguro Popular.

Autonomía

La autonomía, a pesar de su uso universal en la ética médica, a menudo es objeto de una interpretación simplista. Según su etimología, significa: Facultad para gobernarse a sí mismo. Como concepto se plantea que es la capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales que les permite elegir y actuar de forma razonada, sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades, evaluadas en función de sus propios sistemas de valores.

Desde este punto de vista la autonomía es una categoría que emana de la capacidad de los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno. Ahora bien, debemos dejar claro que la simple existencia de la autonomía no implica de modo alguno que siempre pueda emplearse, y es cuando se habla de restricciones internas y externas para las decisiones autónomas.

Aunque el principio de autonomía exige el respeto a la capacidad de decidir de las personas, y el derecho a que se respete su voluntad, en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas. Queda, sin embargo, muchas prácticas clínicas basadas en el paternalismo que cada día se ven reflejadas en la vida cotidiana. Frases por parte de los médicos o profesionales de la salud: “Usted déjeme a mi criterio”; “Esto es lo mejor para usted” o simplemente “firme aquí” se siguen utilizando de manera profusa y autoritaria en el entorno sanitario.

En la medicina, el paradigma básico de la autonomía es el consentimiento Informado. La Ley de autonomía del paciente establece la obligación de recabar el consentimiento libre y voluntario del paciente con carácter previo a cualquier tipo de intervención tras ofrecerle la información adecuada. Esta norma básica concreta las situaciones en que el consentimiento informado se prestará por escrito, así como las excepciones a dicho consentimiento. Esto

implica que las mujeres atendidas en un hospital, tienen el derecho de ser informadas para que se les pueda realizar cualquier intervención, decidir sobre su cuerpo y de su futuro recién nacido. Practica difícil para para el personal médico.

Contexto de la atención del parto en San Cristóbal de Las Casas

La Ciudad de San Cristóbal de Las Casas es el único Centro Poblacional urbano de la región de los Altos de Chiapas. A través de los datos del SINAC sabemos que en el año 2015 se registraron en la ciudad 3 333 nacimientos, de los cuales 88.2% fueron atendidos en un establecimiento de salud, 9.5 % por una partera y 2.3 % no especificados con quien se atendió, entre las mujeres residentes de esta ciudad. En un periodo de 6 años, la atención al parto por parteras [PT] ha disminuido, a diferencia del parto institucional que se ha ido incrementado durante este mismo periodo (cuadro 1). Se considera que en a nivel nacional el 94.4% de los partos son partos institucionales (PI), mientras que en Chiapas el 60.5% de los partos son atendidos en un establecimiento de salud (Lazcano et al., 2013).

Cuadro 1.- Nacimientos ocurridos 2010 al 2015 atendidos por el médico y partera

Año	Nac	Parto institucional		Partera	
		N	%	N	%
2010	3 177	2 645	83.3	527	16.6
2011	3 318	3 036	91.5	277	8.3
2012	3 590	3 134	87.3	455	12.7
2013	3 800	3 324	87.5	472	12.4
2014	3 700	3 322	89.8	356	9.6
2015	3 333	2 940	88.2	317	9.5

SINAC, con base en la población residente de la CDSCLC, 2010-2015.

La disponibilidad de los servicios de atención del parto en la CDSCLC

San Cristobal de las Casas cuenta con dos hospitales públicos de segundo nivel que cuentan

con atención materna y neonatal, el hospital de la Mujer (2011) de la Secretaria de Salud y la Clínica de Campo del IMSS Oportunidades. En el Hospital de las Culturas, en 2011, se inauguró el área de medicina tradicional, teniendo como responsables a parteras tradicionales de la misma ciudad y un médico de la institución, y contando con espacio para la atención del parto; sin embargo, a inicios de 2016, éste último se cerró, quedando disponible sólo la atención de control prenatal por parte de las parteras. Esta medida provocó que algunas parteras dejaran de hacer guardia para dar atención, ya que mencionan que no se les notificaron las causas del cierre del espacio.¹⁴ También, se encuentran los servicios privados como el Hospital Colonial, el Sanatorio Dr. Bonilla, el Sanatorio Ornelas y el Hospitalito de Caridad, donde las mujeres pueden atender su parto con ginecólogos en el sector privado. En el cuadro 2 se muestra cómo ha evolucionado la atención del parto en los nosocomios, tanto públicos como privados, ubicados en la CDSCLC. Llama la atención, que se reportan pocos partos atendidos en el sector privado para el 2015, aspecto que valdría analizar en otro estudio.

Cuadro 2.- Evolución de la atención del parto en los nosocomios de la CDSCLC 2011-2015

Año	Públicos						Privados								No especificados		Total	
	Hospital de la Mujer		Clínica del IMSS-Oportunidades		ISSSTECH		Hospital Colonial		Hospital de Caridad		Sanatorio Ornelas		Sanatorio Dr. Bonilla		Otros noscomios fuera de la ciudad			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2011	1723	56.8	945	31.1	8	0.3	38	1.3	51	1.7	13	0.4	39	1.3	219	7.2	3036	100.0
2012	1750	55.8	952	30.4	11	0.4	25	0.8	75	2.4	11	0.4	129	4.1	181	5.8	3134	100.0
2013	1805	54.3	961	28.9	20	0.6	21	0.6	57	1.7	16	0.5	228	6.9	216	6.5	3324	100.0
2014	1763	53.1	1072	32.3	15	0.5	16	0.5	53	1.6	3	0.1	188	5.7	212	6.4	3322	100.0
2015	1534	52.2	986	33.5	12	0.4	NR		32	1.1	NR		73	2.5	303	10.3	2940	100.0

SINAC, con base a la población residente en la CDSCLC, 2010-2015.

Otra alternativa de atención son las casas de parto, como Luna Maya, primera casa de parto en San Cristobal de las Casas y que fue construida en 2004, y Casa Colibrí, que proporcionan parto humanizado y que brindan atención con parteras profesionales y cursos de preparación para el parto. También se encuentra, aunque no se reconoce como casa de parto, el “Hogar Comunitario” que apoya a mujeres en situación de violencia y abandono, proporcionándoles una estancia una semana antes y otra después del parto, atendido todo por parteras profesionales.

Todos estos espacios son donde una mujer de San Cristóbal puede recibir atención para su parto con el médico y por la partera profesional. En cambio, las mujeres que deciden atender

¹⁴ Entrevista con parteras tradicionales, 28 de julio del 2016. San Cristobal de Las Casas C

su parto con parteras tradicionales¹⁵, son atendidas en la casa de la partera o, bien, en su propio domicilio, ya que, como se ha señalado, el único espacio institucional que tenían en el Área de medicina tradicional del Hospital de las Culturas fue cerrado. Así, en San Cristobal de Las Casas, hay aproximadamente 25 parteras y un partero, que son personas que tienen entre 45 y 75 años de edad, que se dedican al trabajo en casa y a la partería tradicional, con bajos niveles de escolaridad (Datos obtenidos en un mesa de trabajo con parteras, 2016 CDSCLC).

Descripciones de casos

Se presenta la descripción de los cuatro casos de manera muy general, para poder identificar a que hacemos referencia con mecalización y autonomía de las mujeres en San Cristóbal de Las Casas.

Valentina, mujer de 30 años de edad. Primer embarazo. Decidió tener su parto en su domicilio con una partera autónoma. En la experiencia que me relató menciona que su parto fue traumático, porque tuvo un parto prolongado de 5 días de dolor. Rosa estaba presionada por su familia por no irse a un hospital privado a tenerlo por cesárea. Por fin llegó la hora de su parto, nació su hijo sin problema. Pero, al momento de expulsar la placenta, ésta estaba adherida al útero y la partera no pudo sacarla. Lo que le produjo hemorragia posparto. Se trasladó a un hospital público para que la asistieran, en el cual también le dejaron restos de placenta. Decidió pedir su alta voluntaria. La hemorragia se mantuvo por tres días, lo que llevo a una hemoglobina¹⁶ de 6 y con una emergencia de posparto. Tenía que ir a un hospital de urgencias, pero por el trato que recibió en el servicio público ella no quería regresar. Así que ingresa a un hospital privado, en un estado de emergencia y peligrando su vida. Le transfirieron dos unidades de sangre y le realizaron un legrado. Rosa gastó casi 30mil pesos, y sólo había programado gastar 6 mil pesos. Y todo el proceso del parto duró 12 días, con dolor, hemorragias y circulando entre diferentes servicios de atención tradicional, público y privado. (18 de octubre de 2016)

María, mujer de 32 años de edad, tercer embarazo, decidió tener su parto en el hospital, porque sus dos partos anteriores se complicaron y no se quería arriesgar con una partera.

¹⁵ Las parteras tradicionales reciben capacitación en la: “Casa de la Partera”, que lleva funcionado 15 años capacitando y asistiéndolas. Sin embargo, los centros de salud como “Los Pinos” proporcionan capacitación cada mes a las parteras registradas. Por su parte el DIF municipal está proporcionando capacitaciones mensuales a parteras tradicionales.

¹⁶ La hemoglobina es una proteína en los glóbulos rojas que transporta oxígeno. Intervalos en la mujer de 12.1 a 15.1 g/d. tener menos puede causar un choque séptico y paro cardíaco.

Además, se sentía presionada por el PROSPERA, porque tenía que justificar sus faltas y tener un comprobante de que fue atendida en un establecimiento médico. Llegó la hora del parto de María y se fue al hospital. Comenzó con amenazas, pero como apenas estaba cumpliendo 8 meses, entonces, la regresaron a su casa a estar en reposo. María paso tres semanas en cama y regresó de nueva cuenta al hospital con dolores soportables pero los médicos del hospital decidieron inducirle el parto con oxitocina. La tuvieron dos días en el hospital con medicamento sin ver a su familia. Al tercer día nació su hijo. Me relató que a la hora de tener su parto le realizaron una episiotomía, donde quedó toda lastimada y que tardó 15 días en poderse sentar. Con ello, su proceso fue de 4 semanas, de estar en cama, con medicamentos y dolores. Sus gastos fueron aproximadamente de 3000 pesos porque tuvo que pagar medicamentos y estancia de la familia mientras que estaba en el hospital, ella es de una comunidad rural a 30 minutos del hospital y pretendía gastar 500 pesos en la atención de su parto. (27 de julio de 2016)

Gloria. *Comencé a darle seguimiento a los seis meses y medio. Es originaria del municipio del Bosque, migro desde los 15 años de edad a San Cristóbal, indígena. Termino la carrera de contaduría. Ella vive sola en un cuarto de vecindad. No tiene más que una amiga-comadre y las personas del “Hogar Comunitario” donde trabaja macramé para poder mantenerse.*

Gloria es una mujer de 36 años que aparenta su edad, es muy baja de estatura y delgada. Es madre soltera el papa de su hijo no se hizo responsable. Todo su embarazo tuvo infecciones vaginales, se considera un embarazo de alto riesgo. Mari tiene una historia de abandono de su madre y su pareja muy triste que cuando se realice el relato en extenso se podrá entender mejor su historias. Pero en su momento del parto que fue en el mes de septiembre se complicó, ya que lo iba a tener en el Hogar comunitario con una partera, al final se le prolongo el parto y perdido líquido y la mandaron de emergencia en el hospital de la mujer. Al niño lo tuvieron que reanimar y al final se tuvo que quedar 25 días en la encubara hasta que se restableciera. En esos días como nadie podía entrar a cuidarlo solo tienen que ser la familia gloria, se encargó de ello, porque no tenía familia y la única comadre que tenía no la dejaban entrar. Pero esto provoco que Mari no cuidara su puerperio y que tuviera tres meses de sangrado. Gloria menciona que gasto más de lo que tenía programado ya que etnia que pagar su traslado y alimentación mientras cuidaba a su hijo en el hospital.

Yari. El seguimiento comenzó a sus nueve meses (Una semana antes de su parto). Su casa se encuentra sobre la carretera rumbo a Comitán de Domínguez a 30 minutos de San Cristóbal de Las Casas. Vive en la casa de sus padres, le prestan un cuarto muy pequeño donde duerme con sus hijos y su esposo. Es un terreno grande donde hay varias casas hechas que son de sus hermanos y hermanas y la de ella, pero aún no está terminada por eso vive con sus padres.

Yari es originaria de la comunidad de Racho Nuevo, mestiza. Su esposo es originario de Tapachula, Chiapas. No cuenta con Prospera porque le dicen que no hay espacio en el padrón para que le den beneficio. Ella no trabaja. Su esposo labora como chofer en una tienda de materiales en San Cristóbal.

Es una mujer que aparenta su edad, 32 años, es delgada, se cuida su persona aunque con gente ajena, pero conmigo no cuidó su aspecto como la encontraba me atendía. Sus partos no fueron complicados. Uno fue con parteara y este último por cuestiones económicas fue en la clínica de campo en San Cristóbal, menciona que entro el lunes a las dos de la tarde y egreso del hospital a las otro día a las 11 de la mañana, no gastaron más que la alimentación de la noche que se tuvo que quedar en el hospital. El posparto oscilo entre la salud del recién nacido y su vida sexual con su esposo. Ya que ella, menciono en las entrevistas durante el posparto que su esposo quería sabes si podían tener relaciones, porque ella se sentía bien, pero que en el centro de salud le habían dicho que se comenzara a inyectar para que no quedara embarazada antes de cumplir los 40 días del puerperio.

Aunque la narrativas son mucho más amplias, en este estudio el interés solo es en poder identificar esa relación de cómo el proceso e medicalización en los cuatro casos, que es evidente, es decir no podemos encontrar un caso totalmente medicalizado, pero tampoco autónomo.

También, la autonomía vista desde la relación con las prácticas hospitalarias, en los dos primeros casos se observa una total mecanismo, es decir, al ingreso del hospital las mujeres no decidieron, solo atendieron a lo que el personal de salud señaló, aunque Valentina al no seguir con ese mecanismo decidió salirse del hospital, porque ahí no podía decir “no”, o por lo menos acceder a la información de que procedimiento le hicieron y que faltaba. Solo le dijeron, que sí salía del hospital es bajo su responsabilidad por lo que le llega a pasar. Pero en la entrevista de Valentina menciona que nunca le dijeron o se detuvieron a explicarle sobre el riesgo que tenía por el sangrado que ella presentaba por la retención de placenta, en la que estuvo en riesgo su vida.

Reflexiones finales

Tomando en cuenta lo antes descrito, de qué manera podemos ver a la medicalización. Si se tiene una mirada desde la iatrogénesis y por otro lado como un proceso estructural de la sociedad, donde tenemos que enfrentar las necesidades que la propia cotidianidad que nos va presentando como un cúmulo de posibilidades para que la sobrevivencia del humano se vaya manteniendo.

Con ello, en algunos momentos podría pensar que la medicalización se ve reflejada no solo en estas instituciones como los hospitales sino en los programas como el Prospera y el Seguro Popular que tienen su estructura ya definida con su reglamento. Entonces en este sentido por la necesidad se da la aceptación de querer pertenecer y al final, las personas naturalizan sus prácticas al luego exigir estos tipos de beneficios.

En este sentido, la medicalización como un proceso de constante naturalización de sus elementos en la vida cotidiana, ayudada por las intervenciones del Estado. Se hace relevante evidenciar cómo se da la internalización en las mujeres: si es por presiones externas entendidas como la familia, personal de salud u otros personajes; o por presiones internas que tienen que ver con las subjetividades del sujeto. Giddens (1992) plantea que los seres humanos siempre hacemos un proceso de reflexividad, y no solo aceptamos sino que tenemos un sinnúmero de pensamientos en nuestras forma de actuar.

En suma, si partimos de entender a la medicalización desde Foucault se observa como un

proceso de gubernamentalización del saber médico, en el cual algunos de sus elementos se han naturalizado en la vida cotidiana, y ya no son cuestionados. Pero cuando la medicalización trae efectos adversos como la iatrogenia como menciona Illich la medicalización se hace evidente y es vista como algo malo. Pero ¿qué pasa en este proceso cuando se relaciona con el mercado y la creación de insumos?, que todo esto ya no solo resuelve necesidades sino que crea necesidades. Entonces estas dimensiones de ver a la medicalización, permiten no solo verlo desde una visión negativa sino como un proceso de contrariedades y aciertos a la hora de entrar en relación con la subjetividad de la mujer. En la cual la autonomía de las mujeres se va perdiendo en la gubernamentalización de la autonomía como paciente a través del consentimiento informado, que se da en su atención en un establecimiento de salud.

En este pensar a la medicalización del embarazo, el parto y el puerperio, nos invita a seguir explorando y evidenciar como se está dando la reproducción humana. Remitiéndonos a observar la vida cotidiana de las mujeres en su reproducción con relación a los procesos estructurales de la sociedad.

Bibliografía consultada

Agrawal, Arun. 2005 “Introducción: The Politics of Nature and the Making of Environmental Subjects”. En: *Environmentality. Technologies of Government and the Making of Subjects*. Duke University Press, pp. 1-24

Bourdieu Pierre. 1994. *Razones prácticas Sobre la teoría de la acción*. Editorial Anagrama, Barcelona, 1997 Traducido por Thomas Kauf. Editado por *letra e*. 255 p.

Castro Edgardo. 2011. *Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, Madrid, 432 pp.

Camacaro Cuevas, M. 2009, *Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico*. Improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de La Mujer – Caracas*. Enero/Junio 2009 - VOL. 14 / N° 32

Castillo Belem. 2014. *Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto*. I Jornadas de Género y Diversidad Sexual: Políticas públicas e inclusión en las democracias contemporáneas. Facultad de Trabajo Social Universidad Nacional de La Plata. La Plata, 24 y 25 de Octubre de 2014. <http://>

Unrecorridoporlosmodosdeestudiarintervenciónmédicaenelparto.org/wpcontent/uploads/201

[3/01/Ces%C3%A1reas-y-Lactancia-M%C3%A9xico.pdf](#). Consultado 20-2-2016.

Illich Iván. 1975. *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Editores Barral. 2018p.

Foucault, Michel. 1989. *La Vida de los Hombres Infames. Ensayos sobre la desviación y dominación*. España: La Piqueta. 220p.

Foucault, Michel. 2011. “Clase del 1 de febrero de 1978” y “Clase del 8 de febrero de 1978” En: *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires, FCE pp. 109-138, 139-159.

Foucault, Michel. 2000. *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad del Saber*. México: Editorial Siglo Veintiuno.

Giddens, A. 1995. *La constitución de la sociedad. Base para la teoría de la estructuración*. Amorro editores. Buenos Aires. Argentina. 40p.

Giddens, A. *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Editorial Cátedra, 1995

Levy D, Hausmann R, Santos MA, Espinoza L, Flores M. *Por Que Chiapas Es Pobre? (Why is Chiapas Poor?)*. 2015. Copy at <http://www.tinyurl.com/j8w3aah> 15-11-2016

Menéndez, E. 1990. *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuaderno núm. 179, México, Ediciones de la Casa Chata.

Montse Juan. 1991. *Crear el nacimiento: La medicalización de conflictos de reproducción*. En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. No. 53 (Jan. - Mar.), pp. 29-51

http://www.jstor.org/stable/40183575?seq=1#page_scan_tab_contents. 15-6-2015

Wittgenstein, Ludwig (IF) (1988) *Investigaciones filosóficas, Crítica, Barcelona*. 9-50;

TOMASINI BASSOLS A. “La superioridad del método de los juegos de lenguaje y las formas de vida” En: *Wittgenstein en Español*. Univ. Veracruzana. Pp. 11-40