

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE
MÉXICO Y CENTROAMÉRICA**

T E S I S

**ESCENARIOS, POSIBILIDADES Y RETOS DEL
EJERCICIO DE AUTONOMÍA Y CIUDADANÍA
REPRODUCTIVA EN MUJERES DE CRUZTÓN, CHIAPAS.**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**MAESTRÍA EN ESTUDIOS E
INTERVENCIÓN FEMINISTAS**

PRESENTA

LILIA ELENA IÑIGUEZ HERNÁNDEZ

COMITÉ TUTORIAL

DRA. MÓNICA ADRIANA LUNA BLANCO

CÁTEDRA CONACYT-CESMECA

DRA. GEORGINA SÁNCHEZ RAMÍREZ, ECOSUR

DR. JAIME PAGE PLIEGO CIMSUR, UNAM

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas

Marzo 2018

2018 Lilia Elena Iñiguez Hernández

Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas

1ª Avenida Sur Poniente núm. 1460

C.P. 29000, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México

www.unicach.mx

Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica

Calle Bugambilia #30, Fracc. La Buena Esperanza, manzana 17, C.P. 29243

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México

www.cesmeca.unicach.mx

ISBN: **978-607-543-039-3**

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DEL CESMECA-UNICACH



Escenarios, posibilidades y retos del ejercicio de autonomía y ciudadanía reproductiva en mujeres de Cruzton, Chiapas. Por Lilia Elena Iñiguez Hernández se encuentra depositado en el repositorio institucional del CESMECA-UNICACH bajo una licencia Creative Commons reconocimiento-nocomercial-sinobradervada 3.0 unported license.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
Dirección de Investigación y Posgrado



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
20 de febrero de 2018
Oficio No. DIP- 287/2018

C. Lilia Elena Iñiguez Hernández
Candidata al Grado de Maestra en
Estudios e Intervención Feministas
P r e s e n t e.

En virtud de que se me ha hecho llegar por escrito la opinión favorable de la Comisión Revisora que analizó su trabajo terminal denominado "**Escenarios, posibilidades y retos del ejercicio de autonomía y ciudadanía reproductiva en mujeres de Cruzón, Chiapas**". y que dicho trabajo cumple con los criterios metodológicos y de contenido, esta Dirección a mi cargo le **autoriza la impresión** del documento mencionado, para la defensa oral del mismo, en el examen que usted sustentará para obtener el Grado de Maestra en Estudios e Intervención Feministas. Se le pide observar las características normativas que debe tener el documento impreso y entregar en esta Dirección un tanto empastado del mismo.

Atentamente

"Por la Cultura de mi Raza"



Dra. Magnolia Solís López
Directora



DIRECCION DE INVESTIGACION
Y POSGRADO

C.c.p. Expediente

Unidad de Estudios de Posgrado
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México
Libramiento Norte Poniente No 1150. C.P. 29000
Teléfono: 61-70440 Ext.4360.
investigacionyposgrado@unicach.mx

*Gracias a todas las personas que abrieron un espacio en sus vidas,
sus montañas y corazones para permitir que
este cambio de piel fuera posible, no sin su dolor correspondiente,
pero sí plagado de gozo y satisfacción.*

A mis abuelas, madres, hermanas e hijas con amor.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Capítulo I. INTRODUCCIÓN.....	7
I.1 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	7
I.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: OBJETO Y OBJETIVO DE ESTUDIO.....	9
Capítulo II. MARCO TEÓRICO- METODOLÓGICO.....	13
II.1 ABORDAJE TEÓRICO.....	13
II.1.1 CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y CONCEPTOS.....	13
II.1.2 GÉNERO, FEMINISMO, SALUD Y DERECHO.....	17
II.1.2.1 GÉNERO.....	17
II.1.2.2 GÉNERO Y DERECHO.....	20
II.1.2.3 GÉNERO Y SALUD MATERNA.....	24
II.1.3 ANTROPOLOGÍA MÉDICA CRÍTICA: SU APORTE AL RECONOCIMIENTO DE UN PLURALISMO EN SALUD.....	26
II.1.3.1 LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y EL PARADIGMA MÉDICO VIGENTE.....	33
II.1.3.2 PARTERÍA INDÍGENA.....	34
II.1.4 CIUDADANÍA REPRODUCTIVA Y PODERÍO DE LAS MUJERES.....	36
II.2 ABORDAJE METODOLÓGICO.....	40
II.2.1 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
II.2.2 RETOS Y LOGROS METODOLÓGICOS.....	44
II.2.3 RECIBIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN LA COMUNIDAD.....	47
II.2.4 POSICIONAMIENTO DE LA INVESTIGADORA: DESDE LA CRÍTICA JURÍDICA FEMINISTA.....	50

Capítulo III. MARCO JURÍDICO EN MATERIA DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, INTERNACIONAL, NACIONAL Y LOCAL.....	54
III.1 OBLIGACIONES GENERALES DE LOS ESTADOS DE PROTEGER, RESPETAR, PROMOVER Y GARANTIZAR LOS DERECHOS HUMANOS.....	55
III.2 VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS.....	56
III.2.1 DERECHO A LA VIDA.....	56
III.2.2 DERECHO A LA SALUD.....	58
III.2.3 DERECHO A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA.....	62
III.2.4 DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN.....	64
III.2.5 DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA.....	65
Capítulo IV. CONTEXTO ETNOGRÁFICO.....	69
IV.1 CRUZZÓN, UNA COMUNIDAD CHAMULA.....	70
IV.1.1 ORGANIZACIÓN DEL GOBIERNO LOCAL.....	73
IV.1.1.1 ORGANIZACIÓN SOCIAL ENTORNO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN CRUZZÓN.....	74
IV.1.1.2 INFORMACIÓN RECAJADA CON LOS PRESTADORES DEL SERVICIO BIOMÉDICO DE LA CASA DE SALUD DE CRUZZÓN.....	77
IV.2 EVENTOS DOCUMENTADOS.....	82
IV.2.1 JUNTA GENERAL.....	82
IV.2.2 CERTIFICACIÓN DE COMUNIDAD SALUDABLE.....	83
IV.3 PARTERAS.....	85
Capítulo V. SALUD MATERNA Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN CRUZZÓN.....	91

V. DE LAS PARTICIPANTES.....	91
V.1 TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN, IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS.....	91
V.1.1 ANDREA.....	93
V.1.2 RAQUEL.....	103
V.1.3 CLARA.....	111
V.1.4 MARÍA.....	119
V.1.5 CARMEN.....	127
V.2 ANÁLISIS DE LA POSIBILIDAD DEL EJERCICIO DE CIUDADANÍA REPRODUCTIVA EN LOS CASOS DE ESTUDIO.....	132
Capítulo VI CONCLUSIONES: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO REALIDAD LATENTE Y LAS POSIBILIDADES FRENTE A LOS RETOS PARA CONSTRUIR CIUDADANÍA REPRODUCTIVA.....	139
BIBLIOGRAFÍA.....	154

Capítulo I. INTRODUCCIÓN

I.1 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

En cifras (OMS), para el 2015 a nivel internacional aproximadamente 830 mujeres mueren cada día por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. De esta cifra, el 99% de las muertes se dan en países en desarrollo, y específicamente en zonas rurales y comunidades con mayores factores de vulnerabilidad económica. La población etaria en mayor riesgo son las mujeres jóvenes y adolescentes, las cuales corren peligro de sufrir complicaciones a consecuencia del embarazo y morir.

Para efectos de la presente investigación, se entiende por muerte materna a todos aquellos decesos maternos prevenibles que ocurren durante el embarazo, el parto o a los 42 días posteriores al nacimiento, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, o su manejo, pero no por causas accidentales (OPS, 1995).

En el ámbito internacional, la medida generalmente utilizada para identificar y evaluar la existencia y gravedad de las barreras para el acceso a los servicios de salud materna es la Razón de Mortalidad Materna (RMM), que expresa el número de mujeres que mueren durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100,000 nacidos vivos.

La OMS señala que la razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo para el 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, por el contrario, en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Lo cual refleja que existen grandes disparidades entre los países, pero también que hay una diferencia significativa en las poblaciones de mujeres en un mismo país, esto es entre mujeres con ingresos altos y bajos, así como entre la población rural y la urbana, un ejemplo de diferencia entre estados también es que en el estado de Chiapas se tuvo una cifra de 47 muertes materna, mientras en el estado de Aguascalientes 6.

En México un gran número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio pertenecen a comunidades indígenas y/o viven en condiciones de pobreza. Puntualmente, el estado de Chiapas en las últimas décadas se ha caracterizado por encontrarse siempre entre los primeros lugares de muerte materna en el país. Actualmente es el segundo lugar

en porcentaje de muertes con relación a la Razón de Mortalidad Materna¹ (RMM) a nivel nacional, sólo se encuentra por debajo de Durango; y es igualmente el segundo lugar en número directo de muertes maternas con 47, por debajo de Estado de México con 94 (Observatorio de Mortalidad Materna, 2015).

De manera personal, el interés en realizar la presente investigación tiene su origen en el trabajo de documentación y litigio de violaciones a derechos humanos, específicamente derechos reproductivos, que desempeñé durante los últimos tres años como parte de la asociación civil Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). Dicho trabajo consistía en el acompañamiento, documentación y defensa jurídica de mujeres y familias que habían sido víctimas de múltiples violaciones a sus derechos humanos, y se encontraban en busca de justicia. Esta oportunidad me permitió observar la compleja problemática de salud materna que enfrenta la región, específicamente en los casos donde se suman factores de discriminación detonados por el origen étnico y la marginación económica.

Específicamente en el estado de Chiapas, dos son los casos que me dieron elementos para desarrollar la problemática aquí planteada. Por un lado, la muerte materna de Susana Hernández Pérez, indígena tsotsil de la comunidad de Cruztón; y por el otro, el caso de grave violencia obstétrica y doble pérdida infantil de Silvia Demecio Hernández. Ambos casos han sido acompañados frente a diferentes instancias jurisdiccionales y a la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), y fueron motivo de sendas recomendaciones² de derechos humanos en contra del estado de Chiapas, por las violaciones a derechos sufridas por las mujeres y sus familias.

Los hechos ocurridos a Susana Hernández Pérez se presentaron en el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, ella se apersonó presentando fuertes dolores de parto el día 4 de octubre del 2013, había tenido un embarazo sano. Al momento de ingresar al hospital no le permitieron estar acompañada por su suegra dado que la señora no hablaba castellano, por lo que tuvo que enfrentar el servicio prácticamente sola, teniendo breves charlas con su esposo el señor Romeo Pérez López, quien permaneció en todo momento fuera del Hospital.

¹ La RMM expresa el número de mujeres que mueren durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100,000 nacidos vivos.

² La recomendación 29/2014 es la concerniente a la muerte materna de Susana Hernández Pérez y se puede consultar en el siguiente enlace <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones>

Al ingresarla, el personal de salud le pidió que se desnudara y no le proporcionaron una bata, pues decían que en ese momento no contaban con más, y la hicieron esperar desnuda y expuesta a la mirada del personal de salud y el resto de las pacientes que esperaban en la sala de urgencias, lo cual resulto muy doloroso tanto para ella como para su familia, pues ella tuvo la oportunidad de compartírselos.

Susana permaneció internada y sin recibir atención médica el día 4 y 5 de octubre, siendo que se le había diagnosticado síndrome de Hellp, lo cual es indicador de cesárea inmediata. Fue hasta el día 6 de octubre por la mañana que se atendió quirúrgicamente a Susana, fueron tres las cirugías que se le realizaron: cesárea, oclusión tubaria bilateral y la extracción de la vesícula biliar, de esta última no se recabó el consentimiento informado de la paciente ni de la familia.

Finalmente, por una mala atención médica y por carencias en la infraestructura del Hospital Susana falleció tras las intervenciones. La familia fue informada horas más tarde sin darles una explicación real de los hechos, con un simple “los médicos no somos dioses”. El cuerpo de Susana fue entregado a la familia sin documentos, y la recién nacida Susana Alexander que le sobrevive fue dada de alta sin realizarle ninguno de los protocolos de salud indicado, ni una limpieza adecuada y sin indicaciones pertinentes para sus cuidados y alimentación. Horas más tarde fue necesario volver a internar a la menor, en esta ocasión en el servicio de salud privado, por presentar problemas respiratorios graves, finalmente logró sobrevivir pero con afectación a su salud.

Durante el acompañamiento desde el perfil jurídico, muchas interrogantes atravesaron mi desempeño como abogada, era claro que la cuestión trascendía el ejercicio de derechos positivos, la lucha por el reconocimiento de la autonomía y ciudadanía requería entender de una manera más cercana y profunda la vivencia de la salud materna en la comunidad. Fue la inquietud aquí plasmada, la que me impulsó a realizar esta investigación.

I.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: OBJETO Y OBJETIVO DE ESTUDIO

Este trabajo de investigación tiene como principal objetivo dar cuenta de las dinámicas presentes en la experiencia de la atención biomédica de salud materna de las mujeres de Cruzón Chiapas, analizando la existencia o no de violencia obstétrica y observando el impacto que esto ha tenido en la posibilidad para las mujeres de tener un ejercicio autónomo y ciudadano en materia de derechos y salud reproductiva. Sin perder de vista la coexistencia de distintos modelos de atención de salud,

como es el brindado por las parteras indígenas y las implicaciones que esto tiene en sus posibilidades de construcción de ciudadanía.

Para ello ha sido necesario construir un marco que conjunte distintas categorías teóricas que sean el piso académico sobre el cual esta investigación se sostenga, así como generar herramientas de análisis para observar la información recabada y generar conclusiones que se espera puedan ser de utilidad para la comunidad en la que se trabajó. Por principio, el enfoque teórico de género y su relación con la salud y el ejercicio de derechos de las mujeres, es adecuado para comprender las estructuras sociales y culturales, que en gran medida han sido de control sobre los cuerpos femeninos, y cómo esto impacta en su desarrollo individual, político y por lo tanto colectivo.

Se ha decidido hablar de los cuerpos femeninos basadas en la teoría desarrollada desde distintas académicas feministas, como Meri Torras o Judith Butler, las cuales hablan de la diferencia de la vivencia social marcada por la tenencia de un cuerpo masculino o femenino. Se dice entonces que “ser o estar mujer” remite a tener o vivir un cuerpo que está sexuado en femenino, es importante observar que no hace mucho tiempo el sexo-género era un atributo indisociable del cuerpo (Torras, 2007). Retomando a Butler, Torras señala que entonces no existe una diferencia entre el sexo y el género, sino que ambos se refieren a la materialización concreta de los cuerpos, y ésta surge de la diferenciación discursiva del orden cultural binario y dicotómico, que refiere a ver los sexos y géneros como masculinos o femeninos:

Un cuerpo no puede comportarse de cualquier manera en cualquier contexto: cada encrucijada sociocultural actualiza determinados cuerpos (Torras, 2007: 23).

Desde esta propuesta es que se habla de los cuerpos femeninos pensados como materializaciones político-culturales, que no tienen una existencia previa a la cultura o al lenguaje. “Ni el cuerpo ni el género poseen un origen previo, natural e inmaculado a partir del que posteriormente se transformen o alteren por mediación de determinadas prácticas discursivas. Discurso, género y cuerpo son inseparables” (Torras, 2007: 25).

Asimismo, para cumplir con el objetivo planteado ha sido necesario conocer de voz de ellas, sus experiencias de atención vividas en el servicio biomédico brindado en las Casas de Salud de la comunidad y los hospitales públicos a los que son derivadas, profundizando en las historias de violencia obstétrica, las cuales representan violaciones a sus derechos humanos. A la par, es

necesario conocer las opciones de atención en materia de salud reproductiva con las que cuentan en la comunidad, tanto las biomédicas como las tradicionales, como es el caso de la labor realizada por las parteras indígenas de la zona. Esto ayuda a cuestionarse sobre la libertad y disfrute en su ejercicio de derechos, así como en el poder electivo de las mujeres que tiene relación directa con la construcción de su autonomía y ciudadanía reproductivas.

Para dar cuenta de todo esto, ha sido preciso conocer los procesos curativos de las mujeres y familias de Cruztón, sus decisiones y el porqué de las mismas, esto es posible a través de las trayectorias de atención, tomando en cuenta lo mencionado por Osorio (2001: 39) "... nos referimos a la carrera curativa o trayectoria de atención como la secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto del padecer". Con ello podemos tener una visión más clara de la forma en que las mujeres y familias hacen frente a la atención de los procesos reproductivos, así como de los/as actores/as que influyen en la toma de decisiones y que tienen un impacto significativo en la forma de vivir de las mujeres.

Todo ello debe observarse a la luz de que el tema de salud es el interés central del sistema médico-científico, el cual puede considerarse como uno de los principales sistemas de generación y mantenimiento de las desigualdades sociales, así como de discriminación para las mujeres (Esteban, 1994). La antropología médica crítica guarda una postura analítica respecto de cómo la biomedicina reproduce las pautas relacionales de poder del sistema moderno. El discurso biomédico se proyecta de manera muy importante con la intención de tener control de los cuerpos, y el campo del cuerpo femenino y la reproducción humana es uno de sus principales intereses.

Ahora bien, al hablar de ejercicio de ciudadanía, autonomía reproductiva y violaciones a derechos humanos, el componente jurídico se vuelve fundamental para comprender la problemática analizada en esta investigación. El derecho, cuya función de regulación social trasciende a su mera capacidad punitiva, tiene como principal objetivo crear marcos regulatorios que procuren el bienestar máximo de los sujetos que se encuentran bajo su vigilancia. Por ello, como se apuntará más adelante, el gobierno, como administrador del Estado, se encuentra obligado a proteger, respetar, promover y garantizar los derechos humanos. Esto significaría que, en contraparte, los sujetos de derecho podemos gozar de las prerrogativas que el sistema nos debiera procurar, a cambio de una serie de obligaciones.

Sin embargo, esta dinámica en el contexto en el que nos encontramos, por muchos factores, entre ellos la imposición del poder patriarcal, las distinciones de raza, clase, etnia, edad, entre otras, no permiten que funcione como se plantea. Lo cual no quiere decir que no tenga ninguna utilidad o desaparezca la estructura en la que estamos insertos, un ejemplo sería el de que no porque exista una violación a derechos humanos, nosotros hemos perdido nuestros derechos, simplemente tenemos una autoridad que no respetó su deber de garantía. La obligación que esto genera en un ejercicio ciudadano, sería la exigencia del cumplimiento de sus deberes a esa autoridad, ejercicio que se puede realizar de manera plena una vez que conocemos y nos apropiamos de los derechos.

Para este trabajo de investigación resultó muy importante cuestionarse sobre estas dos instituciones, tanto el derecho como la biomedicina, que intervienen en los cuerpos y la vida social y política de las mujeres, específicamente las de Cruztón; las cuales también tienen a la mano la atención de las parteras indígenas, quienes dan un servicio apegado al sistema curativo tradicional. Entonces, las mujeres chamulas de Cruztón tienen por un lado a las parteras indígenas, y por el otro al sistema biomédico de salud, del cual reciben un trato específico que las lleva a tomar decisiones de atención, tanto a ellas como a sus familias, y el cuestionamiento es sobre cómo este escenario permite o no su ejercicio de ciudadanía y autonomía reproductivas.

Capítulo II. MARCO TEÓRICO - METODOLÓGICO

“El poderío de las mujeres es inseparable de su salud.”

Marcela Lagarde

II.1 ABORDAJE TEÓRICO

Para la construcción de esta investigación ha sido necesario integrar distintas categorías teóricas que sean de utilidad para abordar la problemática en materia de salud materna expuesta, y que a su vez sirvan para el análisis del trato que las mujeres de Cruztón reciben en el servicio biomédico de salud materna del cual tienen que hacer uso.

Se han utilizado pues, desde un posicionamiento feminista, las categorías de género, género y salud, género y derecho, por su pertinencia para analizar el impacto que la institución médica, como la del derecho, tienen en el control y vivencia de la salud, específicamente reproductiva, de las mujeres. Así mismo se recurrió a la Antropología Médica Crítica, basadas en la observación que hace de la salud desde su relación con el ámbito cultural y contextual. También se considera como indicador referente a la existencia de violaciones a derechos humanos, a la violencia obstétrica ya que nos ayuda a analizar el trato recibido por las mujeres en los servicios de salud públicos. Finalmente, se utiliza a la ciudadanía reproductiva por su componente jurídico, en la observación del ejercicio pleno de derechos que pueden realizar las mujeres en sus procesos reproductivos.

II.1.1 CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y CONCEPTOS

Para entender el transcurso de este proceso de atención a la salud tenemos el concepto de trayectorias de atención, que surge con Goffman (2009), él utiliza el término carrera para referir a la trayectoria recorrida por las personas en el curso de su vida, “esta noción la utiliza para referirse a la secuencia de cambios que la carrera introduce en el yo de una persona y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí misma y a los demás (2009: 39).” Para los efectos de esta investigación se seguirá lo aportado por Rosa María Osorio (2001) quien señala que “... nos referimos a la carrera curativa o trayectoria de atención, como la secuencia de decisiones y

estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer” (p.39).

En el caso puntual de la atención en salud materna, las trayectorias de las mujeres son expresadas en una sucesión de acontecimientos vividos en un periodo determinado donde se realizan acciones tendientes al cuidado del embarazo (Menéndez, 2009). Se observa entonces, el uso combinado y diferencial de los diversos recursos de atención curativa que adopta cada mujer, lo cual tiene una relación directa con el reconocimiento social de un ámbito “técnico-ideológico” (Osorio, 2001), en el que los distintos recursos sanadores se incluyen o se excluyen, lo cual también habla de la manera en que son establecidas las relaciones de los saberes en la comunidad.

Las respuestas adoptadas por las personas, consideradas por Mechanic (en Menéndez, 2009) como conducta del enfermo, sería la forma como las personas perciben, evalúan y responden a los síntomas, señala que se encuentran condicionadas por tres situaciones: “a) como producto de su condición sociocultural, b) como el repertorio de afrontamiento, y c) en términos de su utilidad (p.41). Para todo ello debe observarse que los sujetos se sirven de sus múltiples saberes que les ayudan a resolver sus problemas de salud, los que instrumentan mediante sus prácticas de atención en el recorrido del camino del padecer y atender su salud. Esto quiere decir que al tener un diagnóstico de presunción las personas buscarán solucionar su padecimiento con los recursos que le permite su marco económico, cultural o social, camino que cambia en función al contexto de cada individuo.

Con el fin de analizar la información sobre procesos curativos o itinerarios pedagógicos, se retomó también la propuesta de Osorio (2001), donde los explica de la siguiente manera:

... la primera fase es el inicio de algún proceso patológico (definido en términos biológicos o incluso culturales) que puede o no ser identificado o reconocido como patología, es decir, que puede haber enfermedad (como proceso objetivo) sin padecimiento (como experiencia subjetiva) y viceversa; una segunda fase refiere propiamente al reconocimiento o detección del problema, que conlleva a un proceso conductual o psicológico en donde ya intervienen directamente los aspectos socioculturales y el sistema de significados. La tercera fase implica una definición del problema o la emisión de un diagnóstico, con la serie de etiquetamientos, asunción de roles y sanaciones sociales derivadas del mismo, en la siguiente fase opera la selección del tratamiento y su aplicación a partir de los recursos

disponibles y, por último, se realiza una evaluación de los resultados obtenidos (Osorio, 2001:24).

En ese sentido, José Manuel Rangel (2009) siguiendo los enfoques de la antropología médica, entre ellos los de Osorio y Menéndez, aporta cinco etapas que se pueden distinguir en las trayectorias de atención dentro del proceso s/e/a las cuales se desarrollan de la siguiente manera:

- a) los síntomas o sintomatología expresada por las mujeres como primer signo manifestado;
- b) la o las instancias médicas a que acudieron para determinar en una etapa posterior el diagnóstico;
- c) diagnóstico, donde se determina a las mujeres qué tipo de enfermedad portan;
- d) tratamientos y cuidadores, los primeros prescritos por la instancia médica elegida para posteriormente dar seguimiento a un tratamiento, en tanto que los segundos suministrados por las personas que actuarán como cuidadores principales o secundarios en las distintas fases de la enfermedad, y;
- e) estado actual, el cual refiere a la situación de salud/enfermedad en que se encuentran las entrevistadas. (pp. 5 y 6)

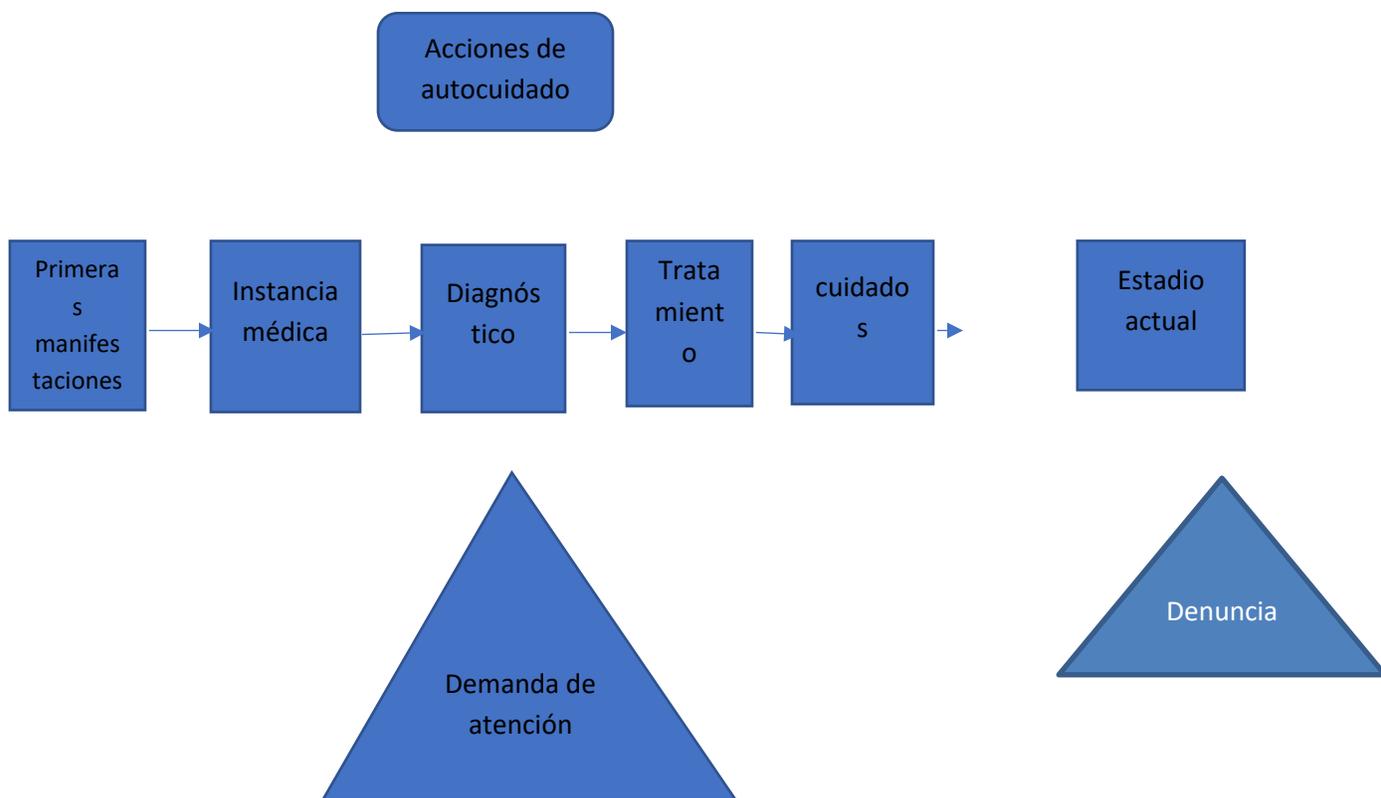
En lo referente a la primera etapa, al hablar de embarazo y no observarlo como un padecimiento, cambiaremos la palabra síntoma o sintomatología utilizada por Rangel, por el concepto “primeras manifestaciones”. El contenido de ese apartado será lo referente a las primeras muestras sensoriales durante el embarazo o la emergencia obstétrica en la que se profundizó.

Es necesario, además, siguiendo lo expuesto por Menéndez, observar y especificar cómo una de las etapas del proceso s/e/a las acciones de autocuidado o autoatención, que se pueden dar en el nivel doméstico, local o comunitario. Asimismo, con la presente investigación se pretende también aportar una etapa más en la trayectoria de atención que puede no presentarse en todos los casos, pero que está presente en muchos de ellos, esta sería el momento de **denuncia o demanda de atención**. Este se puede presentar en distintos momentos de la trayectoria de atención, como se precisará en el análisis de las narrativas recogidas.

Es importante explicitar que, por un lado se entiende a la demanda de atención como la petición del servicio mismo, y por el otro se utiliza el término denuncia en su sentido extenso. Es decir, la denuncia se puede presentar desde el mismo pronunciamiento público, familiar, ante el personal del servicio biomédico que brinda o niega la atención, a la sociedad en general ya sea forma local, estatal, nacional o internacional; también se puede presentar por distintos medios, como puede ser

a través de medios de comunicación, redes sociales o utilizando como voceras/os a organismos o actoras/es públicos sobre las temáticas en cuestión, que en este caso sería sobre salud materna. Finalmente, se puede recurrir también a la denuncia formal de carácter penal o administrativo frente a las instancias del sector salud, a las quejas de derechos humanos o frente a los sistemas de arbitraje médico. Con ello se busca explicitar que, cualquiera que sea la vía que las mujeres, sus familias o involucradas/os afectadas/os elijan al momento de denunciar el servicio inadecuado que han recibido, representa ya un proceso de denuncia, que puede contener una demanda de atención en el caso de que la acción se continúe, o simplemente busca hacer del conocimiento el trato que les fue dado, y en algunas ocasiones se busca el reconocimiento de la autoridad de dicha falla y/o el resarcimiento del mismo.

Proceso de atención en salud reproductiva:



El esquema aportado por Rangel se ha modificado agregando las otras etapas que él no integra, y será utilizado para el análisis de la información recabada en esta investigación. Como ya se ha señalado se utilizarán distintas herramientas metodológicas, pues con el uso de distintos instrumentos de campo se puede lograr tener una mayor comprensión de los fenómenos de salud en la comunidad.

II.1.2 GÉNERO, FEMINISMO, SALUD Y DERECHO

El tema de la salud materna, particularmente en los pueblos originarios, ha sido abordado desde muy distintas perspectivas, las cuales han ayudado a visibilizar la importancia y complejidad que representa para la vida y construcción de las sociedades. Como interés nodal de esta investigación se encuentra el análisis de las posibilidades que la autonomía y la ciudadanía reproductiva de las mujeres de la comunidad de Cruztón, tiene en el ejercicio libre e informado de derechos, particularmente en el goce del derecho a la salud materna. En el contenido de esta investigación se buscará dejar claro cómo los ejercicios de ciudadanía y autonomía reproductivas se pueden dar de manera diferenciada y escalonada, dependiendo de condiciones y recursos materiales, simbólicos y de redes de apoyo de las mujeres sujetas de derechos.

Es así que, ha sido fundamental retomar como categoría teórica de estudio el género como construcción social, que tiene repercusiones en la estructuración de instituciones que son pilares de nuestros ordenamientos culturales, como son la medicina y el derecho.

II.1.2.1 GÉNERO

Para esta investigación se retoma el concepto de Alda Facio (1999) sobre género, el cual expresa de la siguiente manera:

El concepto de género alude, tanto al conjunto de características y comportamientos, como a los roles, funciones y valoraciones impuestas dicotómicamente a cada sexo a través de procesos de socialización, mantenidos y reforzados por la ideología e instituciones patriarcales. Este concepto, sin embargo, no es abstracto ni universal, en tanto que se concreta en cada sociedad de acuerdo a contextos espaciales y temporales, a la vez que se refiere constantemente a la luz de otras realidades como la clase, etnia, edad, nacionalidad,

habilidades, etc. De allí que las formas en que se nos revelan los géneros en cada sociedad o grupo humano varían atendiendo a los factores de la realidad que concurra con éste (Facio, 1999).

Así entendemos al género como una construcción cultural que nos dice mucho sobre las conformaciones estructurales de una sociedad, pues el género no se construye de manera aislada a otras categorías sociales como son la de raza, etnia, clase o socioeconómica, edad, orientación sexual, grado de capacidad, nacionalidad, entre otras. De tal forma que no todas las mujeres, o ideas de ser mujer en el mundo, son construidas de la misma manera, no todas nos encontramos idénticamente subordinadas, como tampoco todos los hombres gozan de los mismos privilegios, lo que sí predomina es que en la mayoría de los contextos sociales las mujeres se encuentran subordinadas a las figuras masculinas en todos los órdenes.

En palabras de Teresita De Barbieri (1993):

“...el sistema de género/sexo son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que la sociedad elabora a partir de la diferencia sexual anatómico-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general al relacionamiento entre personas” (De Barbieri, 1993: 149).

Ha sido necesario para esta investigación, además de contener el género como elemento teórico, utilizarlo como categoría de análisis que nos ayuda no únicamente a analizar las relaciones de poder entre hombres y mujeres existentes en nuestra sociedad, también se pueden develar las relaciones culturales que se construyen con instituciones sociales como la médica y la jurídica. Esta visión se tomó en cuenta al desarrollar las distintas herramientas para levantar información en el trabajo de campo, un ejemplo es en la construcción de la guía de observación etnográfica, que también tenía por finalidad arrojar información sobre las dinámicas relacionales presentes entre hombres y mujeres en la comunidad.

En dichas dinámicas relacionales se insertan la medicina y el derecho, ambas instituciones son constructos que reproducen en su interior claramente estas jerarquías, representaciones, normas y valores de género, que apunta Barbieri (1993); por otro lado, como afirma Facio (1999) respecto al derecho, que nos dice que, pese a que las diferencias entre ambos sexos no tendrían por qué

implicar una desigualdad legal, y que es posible entender a mujeres y hombres como iguales aún en sus diferencias mutuas, esto no ha sucedido en los últimos 5 o 6 mil años. De ahí la importancia de mantener un posicionamiento fincado en la crítica feminista, la cual implica adoptar la noción de que el derecho es y seguirá siendo un espacio de lucha para el feminismo (Galicia, 2016).

Es así que, en la conformación de dos instituciones pilares de nuestra sociedad como son la médica y la jurídica, por este ordenamiento social que da jerarquía a la visión masculina o patriarcal, excluyendo la femenina, la mujer ha sido observada siempre como un sujeto menor, es decir bajo la tutela masculina o al servicio de las necesidades del hombre, o se le ha considerado siempre desde la mirada masculina, pues en los comienzos de la conformación de estas instituciones las mujeres no participaron. Así, se construye tanto el derecho como la medicina en torno a las necesidades, condiciones e intereses del Hombre, como el paradigma de lo humano, dejando a la Mujer como “lo otro” diferente a este sujeto universal dotado de poder.

En el caso del derecho, que como materia social se encuentra en constante cambio, podemos observar que en su construcción histórica se va modificando y adaptando a las dinámicas sociales del territorio en el que permea. Sin embargo, el derecho, al mismo tiempo, en su construcción tiene un impacto en las dinámicas sociales de una población, esto significa que influye en la forma en la que la sociedad entiende ciertos dilemas que se le presentan.

Es decir, la legislación en torno a la vida civil e íntima de las y los ciudadanas/os y sus libertades laicas, tiene un impacto directo en cómo ellos se desenvuelven. Un ejemplo, la tradición jurídica románica de la que se desprende nuestro derecho actual, sentó las bases de la sociedad en un núcleo de ordenamiento, la familia. La familia tradicional que primeramente reconoce es la integrada por padre (jefe de familia o *pater familis*), la madre como cuidadora y los hijos producto de esta unión, quienes a su vez formarán en un momento sus propias familias. Esta construcción ha servido milenariamente para generar en el imaginario colectivo la idea occidental de que ese es el orden social adecuado, basado en la fortaleza de su núcleo tradicional.

Sin embargo, esta idea no ha reflejado de manera veraz la realidad de las construcciones familiares en distintas sociedades. Poniendo a México en el centro del análisis, observamos que un alto número de familias no están integradas de la manera tradicional y esto las dejó por mucho tiempo en un espacio de marginación jurídica, restringiéndoles algunas prerrogativas. Esa primera construcción social fue dictada y reconocida en las leyes por los sujetos, todos hombres (al menos

de manera formal), que detentaban el poder y que se sentían favorecidos con que este orden social permaneciera. Poco a poco, en diferentes contextos se ha dado una lucha por el reconocimiento de otras formas de familia y vinculación sexo afectiva o parental. Esta lucha en su mayoría la han dado los grupos que permanecían en esa marginalidad jurídica. El trabajo de ese otro sector social que al momento de construir y reforzar el modelo tradicional fueron completamente excluidos, a donde pertenecemos de manera casi general las mujeres.

Entonces, estas construcciones tanto de la medicina como del derecho, como ya se mencionó con anterioridad, se encuentran atravesadas por otros componentes sociales, como son la raza, clase, etnia, orientación sexual, entre otras; que ponen tanto a hombres como mujeres en distintas escalas en sus respectivos géneros. Así se construye un sistema jerárquico de dominio social, el cual también viene de la estructura patriarcal que permea en el mundo, y que quita crédito a ciertos conocimientos, saberes y ordenamientos sociales, por considerarlos inferiores y distintos al pensamiento del sujeto universal único en torno al cual es que se estructura este orden social.

Es necesario recoger para esta investigación algo de lo que se ha trabajado teóricamente sobre la relación que tienen las construcciones de género respecto de la salud de las mujeres, específicamente materna, y del derecho como regulador social. Ya que al analizar la problemática planteada sobre el trato que reciben las mujeres de Cruztón en el servicio biomédico, intervienen factores también jurídicos que tocan el ejercicio de su derecho a la salud y ciudadanía, así como la salud misma de las mujeres.

II.1.2.2 GÉNERO Y DERECHO

Entendiendo que en los cuerpos es donde se expresan todas las formas de dominación pues son los que dan singularidad al mundo, se observa que, como expresa Facio (1999), el disciplinamiento para los cuerpos de las mujeres ha sido ejercidos tanto por los hombres, como por las instituciones que ellos han creado, entre las cuales se encuentran la medicina, el derecho y la religión, entre otros. Aunque el control reproductivo se ejerce para la sociedad en general, no se puede dejar de observar que estas instituciones realizan una función de control principalmente sobre las corporalidades femeninas, su sexualidad y su reproducción, esto lo hacen no siempre con su consentimiento informado someténdolas a intervenciones quirúrgicas, esterilizaciones y

anticoncepciones forzadas; lo cual no quiere decir que las mujeres en algunas ocasiones tengan y ejerzan el poder de resistir ante las intervenciones médicas con las que no están de acuerdo.

Para comprender cómo es que la mayoría de las instituciones que rigen nuestra vida fueron construidas por hombres y bajo una mirada excluyente de “las otras”, debemos señalar que una de las características fundantes más importantes de nuestra cultura y tradiciones es que son androcéntricas. Esto quiere decir que se encuentran centradas en el Hombre – sexo masculino-, y que hacen de este Hombre, con H mayúscula, el paradigma de lo humano, la medida universal del mundo, y es en torno a este sujeto hegemónico que se erigen instituciones que velan principalmente por sus necesidades y competencias. Es así que, el resto de los y las humanas quedan relegados y son contemplados por las instituciones y su reglamentación bajo la mirada del ser universal único, como meros sujetos de derecho³ que deben apegarse a los marcos regulatorios sin poder cuestionarlos.

El derecho es un discurso social que, como tal, dota de sentido a las conductas de sus regulados y los convierte en sujetos de derecho, como lo menciona Ruiz (2000), en la cita que retoma Cynthia Galicia “al tiempo que opera como el gran legitimador del poder que habla, convence, seduce y se impone a través de la palabra de la ley. Ese discurso jurídico instituye, dota de autoridad, faculta a decir o hacer y su sentido resulta determinado por el juego de las relaciones de dominación, por la situación de las fuerzas en pugna en un cierto momento y lugar” (2016).

El derecho funciona como un instrumento de articulación del sistema patriarcal:

A través de este se regulan las conductas de hombres y mujeres hacia un determinado modelo de convivencia, el patriarcal, y se modelan las identidades de género de forma tal que respondan a las funciones ideológicamente asignadas a hombres y mujeres. El derecho se entrama con otros sistemas normativos (social y moral) que, al igual que éste, contribuye al disciplinamiento de género. Sin embargo, el poder del derecho es más fuerte que el de cualquiera de estos sistemas, en tanto que hace recaer sobre sus regulados la amenaza de la fuerza y generar temor de su incumplimiento. Además, este sistema de normas contiene en

³ Para el derecho románico, que es nuestro antecedente en la tradición jurídica, los sujetos de derechos son todas aquellas personas que pueden tener derechos y ejercerlos, es decir, las personas dotadas de capacidad jurídica. Ésta puede ser definida como la aptitud de una persona para adquirir derechos y contraer obligaciones por sí misma, sin que medie la autorización de otro.

sí mismo sus propias reglas de legitimación las que consolidan el poder de quienes son en definitiva los sujetos creadores del derecho, los hombres (Facio, 1999).

El derecho ha servido históricamente para producir y reproducir relaciones de poder sobre los otros, entre esos sujetos “otros” se encuentran las mujeres. Pese a esta relación histórica del derecho en función de la reproducción del sistema de dominación patriarcal, en la actualidad existen cambios en la forma de legislar y en los marcos normativos, tendientes a lograr relaciones más igualitarias, pero estas nuevas regulaciones aún presentan deficiencias, aunque representan el esfuerzo que muchas mujeres juristas han hecho estas reformas a través de la crítica jurídica feminista. Pero sabemos que, si se buscara que el derecho fuera una herramienta integral para lograr relaciones sociales más igualitarias y justas, se tendría que hacer un examen a profundidad en todo el tramando jurídico para detectar y modificar las enraizadas expresiones de desigualdad que alberga.

El aporte que el pensamiento y la visión feminista puede hacer al derecho es muy importante, pues desde un posicionamiento crítico se puede perfilar nuestro trabajo para apropiarnos de estos espacios, dándoles contenidos distintos a las leyes y a las instituciones. Así, podemos ver a la crítica feminista como una opción catalizadora de transformaciones, que puede abonar a la democratización del derecho. Esta postura crítica que se propone desde el feminismo, no tiene únicamente una labor de denuncia sobre las discriminaciones vividas por las mujeres, sino que tiene un componente más abarcador, en su afán de dotar de contenidos democráticos a los principios e instituciones que nos rigen. Vale la pena apuntar que los conceptos abstractos de los sistemas jurídicos, como son la libertad, solidaridad y justicia, no son en sí mismos androcéntricos, el problema está en el significado y aplicación que se les ha dado en las sociedades.

En su conformación, la crítica jurídica feminista cuestiona todos los ámbitos del derecho, al punto de abrir el cuestionamiento de si el derecho de alguna forma puede servir para procurar los intereses de las mujeres, incluso problematizando sobre si debemos apostar por la reconstrucción del derecho, o de plano pensar en la construcción de un nuevo mecanismo de regulación social, en el cual participen desde su inicio las mujeres (Blázquez, 2016). Entonces podemos identificar dos posturas en la crítica jurídica feminista: la que considera que por el nacimiento del derecho no puede beneficiar de ninguna manera a las mujeres; y la que lo ve y utiliza como una herramienta de cambio social a favor de las mujeres y los grupos que han sido sometidos y marginados, siendo el segundo el posicionamiento desde donde se aborda la presente investigación.

Según Cynthia Galicia (2016) “Toda persona cuya vida está sujeta o estructurada por estas reglas (refiriéndose a las de derecho) debe ser escuchada, y estas estructuras de gobernación deben ser democratizadas y rendir cuentas” (p.37). De ahí la importancia de la apropiación individual y colectiva del derecho, para con ello poder tener una mayor participación en la construcción de los marcos que nos regulan, y que en ellos finalmente se reflejen las necesidades de todas las personas que conforman la sociedad y se procure así el bienestar de la colectividad, lo que debiera ser siempre la función del derecho, no la de sometimiento, represión o perpetuación del poder.

Con ello, desde la crítica jurídica feminista, he considerado fundamental para esta investigación, observar los componentes de derecho implícitos en la vivencia de la salud reproductiva de las mujeres de Cruzón, haciendo énfasis en aquellos casos donde se han sufrido violaciones a derechos humanos, pues se parte de la consideración de que existen mecanismos jurisdiccionales que pueden abonar a la transformación de los marcos normativos, de manera que estos procuren de mejor forma el bienestar de la colectividad.

Dado que el contacto con la comunidad dio inicio con la documentación y litigio de un caso de muerte materna, el cual se llevó frente a distintas instancias jurisdiccionales, una de ellas la Comisión Nacional de Derechos Humanos (en adelante CNDH), una de las razones para apostar por presentar una queja de derechos humanos fue porque las resoluciones que se obtienen de estos procedimientos son las recomendaciones de derechos humanos, las cuales están dirigidas a las autoridades, estados y gobiernos. Dichas resoluciones están integradas por distintos puntos recomendatorios, los cuales tienen diferente finalidad; por un lado, están las encaminadas a reparar el daño a las personas víctimas y a sus familias, y por otro, las tendientes a procurar que estas afectaciones no continúen ocurriendo, esas son las medidas de no repetición.

En lo que se refiere a las medidas de no repetición, se ocupan tanto de responsabilidades directas de funcionarios públicos, como puede ser presentar denuncias formales de carácter penal, civil o administrativas contra cualquier individuo que resulte responsable; como por otro, están las medidas tendientes a atacar problemas de orden más general como fallas estructurales, que en el caso de violaciones a derechos en materia de salud las recomendaciones son para los sistemas de salud locales, estatales y nacionales.

Es a través de estos mecanismos que se han obtenido algunos de los cambios legislativos en materia de derechos humanos, no en una relación directa causa- consecuencia, pero si abonando a la

visibilizarían de problemáticas sociales, diálogo, debate y protesta, entre otras. Además de que son las propias personas que han sido víctimas, y en muchos casos con el apoyo de sus comunidades, las que se enrutaban en un viaje en busca de justicia, lo que los/as ha vuelto luchadores de derechos humanos y en muchas ocasiones referentes de sus regiones para la defensa de los derechos de la colectividad, apropiándose de la materia jurídica como herramienta que pueden utilizar para buscar mejores condiciones de vida.

II.1.2.3 GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

Como bien apunta Lagarde en la presentación del libro *Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud* (1997), la salud de las mujeres no es en sí un estado natural, es más bien resultado de sus condiciones de vida, y, por lo tanto, de sus condiciones de género, que implican tanto el ambiente en el que transcurre su cotidianidad como los recursos externos utilizados con el fin de satisfacer sus necesidades vitales.

Asimismo, Carmen Valls-Llobet (2009) señala que:

A partir de los años 70-80 del siglo XX, una corriente científica, fundamentalmente feminista, empezó a plantear que la salud de las mujeres dependía de los problemas sociales y culturales, de la discriminación y la violencia que habían sufrido y que, por lo tanto, los problemas de salud eran fundamentalmente sociales. Aunque partían de la base de que biológicamente hombres y mujeres éramos iguales, que el problema diferencial estaba en la violencia social y en la discriminación social (p. 17).

Es por ello que uno de los retos que tenemos por delante desde el posicionamiento feminista, es el de avanzar en la construcción de modelos que entiendan a la salud y el cuerpo de las mujeres en su dimensión tanto biológica como social, observando todas sus variables y diferencias (Esteban, 1994).

El tema de salud reproductiva, que es el que nos ocupa, plantea distintas realidades a nivel tanto global como local que hace evidente que la salud de las mujeres es un reflejo de las problemáticas de su entorno. Al referirse a la salud materna, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) señala que comprende aspectos relacionados con la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y en el puerperio. Esta acotada definición deja de lado aspectos de la atención

ginecobstétrica, previa a la experiencia del embarazo, los cuales son trascendentes tanto para la salud materna, como para el máximo goce del derecho a la salud de las mujeres. El mismo organismo señala que pese a que la maternidad debiera ser una experiencia positiva para todas las mujeres, en muchas ocasiones lamentablemente es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso muerte, procesos en los cuales tiene mucha injerencia el contexto sociocultural que opera en la lógica de los ordenamientos de género en el cual se desarrollan estas mujeres.

En relación al sufrimiento, enfermedad y muerte que los procesos reproductivos pueden traer a las mujeres, Lagarde (1997) señala que las mujeres son sujetas del maltrato médico proveniente de la visión patriarcal y hegemónica⁴ que caracteriza a la cultura médica. Añade que las mujeres son infantilizadas e inferiorizadas, se las considera y educa como ignorantes de los procesos que viven, y con todo ello no son consultadas en decisiones de alta relevancia para ellas. En el caso particular de su reproducción y sexualidad son otros los que terminan tomando las decisiones sobre su salud, cuerpos y vidas.

El estado de Chiapas se ha caracterizado por ser una de las entidades del país con mayor número de muertes maternas a nivel nacional, es un estado con alta población perteneciente a pueblos originarios y con índices de pobreza elevados. Para fines de esta investigación, se señala a la muerte materna como una de las formas de maltrato obstétrico más grave. Considerando lo anterior, podemos decir que los escenarios de riesgo para la salud materna son comunes en regiones donde las carencias en infraestructura, la mermada capacidad del Estado para dar atención oportuna y pertinente, así como los contextos socioculturales donde grupos mestizos e indígenas interactúan, como sucede en Chiapas, colocan a la atención en salud materna como un punto nodal en esta investigación académica. Es importante tomar en cuenta que como apunta Gloria Sayavedra, en su artículo *Género, poderío y salud* (1997), existe una relación inminente entre la salud de las mujeres y su condición de género inscrita en su contexto vital. Pero también señala que la salud tiene que ver directamente con su capacidad, tanto individual como colectiva, de deconstruir el poder externo que le ha sido impuesto para apropiarse de sí misma, y con todo ello ejercer el poder de transformarse en autonomía.

⁴ Basada en el concepto de patriarcado acuñado por los estudios feministas, el cual es utilizado para describir una situación de distribución desigual del poder entre hombres y mujeres, en la que los hombres tienen preminencia en distintos aspectos de la vida.

Si la mujer es “ser-para-otros”, cuerpo para otros, al combatir esa enajenación su cuerpo va dejando de ser ocupado y expropiado, para ser territorio controlado por ella misma (Sayavedra, 1997).

Desde el posicionamiento feminista, es necesario entender también a la salud como un proceso de libertad, en el que las mujeres pueden potenciar su capacidad de decisión personal y comunitario, abona al empoderamiento de la colectividad, y a la búsqueda de recursos materiales para tener una mejor calidad de vida corporal y política. Entonces, a través del ejercicio y acceso al derecho a la salud, se puede convertir a las mujeres en agentes de cambio y no eternas víctimas en manos de agresores y agresoras, tanto físicos como simbólicos (Valls-Llobet, 2009).

II.1.3 ANTROPOLOGÍA MÉDICA CRÍTICA: SU APOORTE AL RECONOCIMIENTO DE UN PLURALISMO EN SALUD

Al introducir a la Antropología Médica Crítica como herramienta teórica de utilidad para la construcción de esta investigación, es necesario comenzar por señalar brevemente qué se entiende por Antropología Médica. Ésta se entiende como la subdisciplina que observa a la salud en el ámbito cultural, comprende a la salud en su trinomio salud-enfermedad-atención, “como nivel universal frente al cual cada comunidad humana ha debido desarrollar una respuesta específica, lo que otorga suficiente variabilidad. Estudia las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, que determinan el modo en el que las personas entienden y viven la salud y sus problemas de salud” (Díaz, Aguilar, 2015).

La Antropología Médica se preocupa por el estudio y análisis de los distintos sistemas de creencias y practicas referentes a la salud y los procesos salud-enfermedad-atención en las distintas sociedades.

Si bien al inicio la antropología médica le hizo el juego al paradigma positivista propio de las ciencias biológicas, poco a poco fue contribuyendo a mostrar la construcción cultural de la corporeidad humana y la variabilidad cultural del proceso salud-enfermedad-atención. Por otro lado, fue transformando su interés sobre las “concepciones compartidas” hacia las prácticas en salud y sus ejecutores, como expresiones concretas de dichas concepciones (Díaz, Aguilar, 2015: 1).

Es así que Zoe Díaz y Tania Aguilar, conciben a la Antropología Médica como una ciencia que funciona como interlocutora entre los diversos sistemas y formas de entender y conseguir el bienestar y salud humana.

Ahora bien, la AM (antropología médica) ha requerido a su vez reconocer los conceptos de hegemonía / subalternidad, que implica el compromiso de escudriñar la estratificación de los sistemas médicos que conviven en los contextos sociohistóricos. Metodológicamente, Menéndez (1994) propone que es posible analizar las relaciones existentes entre las partes “donde se debe analizar el proceso s/e/a, incluyendo, de ser posible, los diferentes niveles en que dicho proceso opera, así como la articulación entre niveles”, como las institucionales, las étnicas, las socioeconómicas, las de género. La hegemonía de la biomedicina se ha colocado en la parte más alta de la estratificación, subordinando y fragmentado al cuerpo, reduciendo los procesos de enfermedad a categorías patológicas, aislando al individuo de la colectividad.

Para ello, Menéndez nos habla también del Modelo Médico Hegemónico (MMH), el cual describe de la siguiente manera:

Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde finales del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por los criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, 1988: 451).

Así las cosas, al hablar de biomedicina y MMH, cuerpo y control del cuerpo, tomando en cuenta lo apuntado por el filósofo francés Michel Foucault (1977), en su trabajo sobre biopolítica, nos habla de ésta como la forma específica de ejercer poder y gobierno sobre los cuerpos, la cual aspira a la gestión de los procesos biológicos de las poblaciones. Nos dice que el biopoder, es un conjunto de estrategias de control corporal que se articulan para aplicarse sobre los seres humanos, a partir del siglo XVII en el Occidente, “Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población son los ejes alrededor de los cuales se despliegan los mecanismos de poder sobre la vida” (Foucault, 1978 -1979).

Entonces, las disciplinas del cuerpo y la regulación de las poblaciones son los ejes alrededor de los cuales se desarrollan los mecanismos de poder sobre la vida. La autonomía biológica, el individuo como inteligibilidad posible y las tecnologías que lo acotan, muestran cómo el interés del poder ya no es acabar con su vida, sino controlarla en su totalidad.

Señala que el control de la sociedad sobre los individuos no se realiza simplemente mediante el control de la conciencia o de la ideología, se ejerce en los cuerpos físicos. Añade que para la sociedad capitalista lo biológico era sumamente importante, lo corporal, lo somático. Ve al cuerpo como una realidad biopolítica, y a la medicina como una estrategia de la misma. Finalmente se cuestiona sobre ¿cómo se produjo esta socialización?, con lo que habla de la política médica, la cual ordena de la siguiente manera: a) Se construye un sistema de vigilancia epidemiológica y que dé seguimiento a las estadísticas vitales de nacimiento y mortalidad; b) la “normalización de los saberes y prácticas médicas (formación profesional de la práctica médica), que se dejó en manos de las universidades pero tiene una clara intervención de los Estados; c) la organización administrativa del sector salud que controle la práctica de los médicos; d) la creación de funcionarios médicos, señalados por los gobiernos, que tienen la responsabilidad sobre una región específica, apareciendo así el médico como administrador de la salud” (Foucault, 1977).

Con ello, Foucault señala al surgimiento de la tecnología individualizante y de esta medicina política como un ejercicio de poder, que analiza a los individuos, sus comportamientos y sus cuerpos, con la finalidad de producir cuerpos fragmentados y dóciles. Para lograr estos objetivos se crean herramientas de vigilancia y control, como el conteo o las pruebas constantes de capacidades corporales.

Como ya se había señalado, desde el posicionamiento feminista y en lo planteado en apartado anterior sobre la salud de las mujeres en función del género, el cuerpo femenino en particular, desde su aspecto reproductivo, ha sido constantemente objeto de control e imposición de voluntades externas, tanto de su contexto social más próximo, como es el comunitario, hasta los intereses biopolíticos del Estado, manifiesto en los controles de natalidad y mortandad. Pese a que se reconoce que el interés en el control de la natalidad se practica en la población tanto masculina como femenina de manera general, de la investigación realizada se desprende información suficiente para afirmar que al menos en

esta comunidad, los cuerpos femeninos son los que resisten este control de manera desproporcionada, siendo hormonados artificialmente de manera coaccionada⁵, intervenidos quirúrgicamente y hasta sometidos a esterilizaciones o anticoncepciones forzadas. Por ello, retomar la categoría de biopoder de Foucault resulta pertinente para esta investigación, ya que habla sobre el interés del Estado sobre el control de los procesos biológicos de los individuos que integran una sociedad.

Con todo ello, es importante para la integración de esta investigación señalar a la Antropología Médica Crítica (en adelante AMC), como herramienta adecuada para analizar cómo la biomedicina reproduce las pautas relacionales de poder del sistema mundial moderno. Este orden encuentra su legitimación en las leyes y marcos normativos que dan a la biomedicina el monopolio en materia de salud (Junge, 2001). Una fortaleza más en este enfoque lo identificamos justamente en la propuesta de Patricia Junge (2001), basada en una revisión de Baer et. al., quienes señalan que además de considerar temas de salud y sistemas médicos de minorías étnicas en su relación con los sistemas oficiales de salud, la AMC analiza dicha relación desde la perspectiva de los derechos humanos y la participación democrática:

Elementos teóricos y prácticos de la antropología médica se combinan así, cuestionando los aspectos políticos y éticos vinculados con los sistemas y las prácticas médicas, destacando la importancia de la participación de la comunidad en la definición de sus necesidades de salud, tanto en el nivel individual como comunitario, y de las alternativas terapéuticas a su alcance (Junge, 2001:18).

Para la autora, lo fundamental del enfoque de la AMC es que ésta posibilita la participación del colectivo en la definición de sus prioridades en salud, el rescate de su medicina tradicional y la resolución de problemas, en un diálogo horizontal con los servicios de salud institucionales” (ibidem:18). Esto es, la AMC posee un fuerte énfasis aplicado, con lo cual es posible vincular la

⁵ En la información recabada se constató que, en muchas ocasiones el uso de tratamientos anticonceptivos, como la aplicación del implante subdérmico, no parten de la voluntad de las mujeres; ellas se ven instigadas por el personal biomédico de los centros de salud para que se los apliquen. De la charla con el personal del servicio biomédico del estado, refirieron que ellos reciben la indicación de aplicar el mayor número de implantes posibles, aun sabiendo que pueden tener reacciones secundarias muy fuertes en los cuerpos de las mujeres. Ello abre múltiples cuestionamientos sobre las posibilidades de construcción de autonomía y ciudadanía reproductivas, que serán retomados en el capítulo de conclusiones.

apuesta feminista por la intervención – tanto de la investigadora hacia la comunidad, como desde las mujeres y la comunidad hacia la investigadora- en el proyecto de investigación.

Se parte del entendido de que el proceso S/E/A, constituye un fenómeno que ocurre en todas las culturas, que opera estructuralmente, aunque de manera diferenciada. Esto quiere decir que tanto los padecimientos como las respuestas a los mismos constituyen procesos estructurales en todos los sistemas y contextos, y que no sólo producen representaciones y prácticas, también manifiestan un saber para, como dice Menéndez, “enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos” (1994: 1).

Abonando al uso de la AMC en esta investigación se encuentra el argumento también señalado por Menéndez, quien explica que sobre el PSEA como una de las áreas de la vida colectiva “donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades” (1994: 71). Además, el autor enlista que enfermar, morir, atender las enfermedades y la muerte son “hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente”. Destaca que, en la lista de acciones, Menéndez no coloca “nacer”. ¿Acaso esta aparente omisión es porque este hecho en sí mismo no es una enfermedad? Donde sí hace hincapié es en el reconocimiento de que todos los sistemas médicos poseen sus curadores (sic) y especialistas en atender los procesos S/E/A, entre los cuales nombra a las parteras “empíricas”, en quienes reconoce que más allá de las prácticas técnicas o científicas, lo que estos curadores y especialistas representan son procesos sociales e ideológicos institucionales, ocupacionales, valores culturales e interpretaciones ideológicas que se articulan entre los especialistas y la comunidad (Menéndez, 1994).

Aunque no podemos olvidar que, como señala Valls-Llobet, “históricamente la naturaleza del poder médico se construyó negando la experiencia y la sabiduría de las matronas y sanadoras que fueron consideradas brujas, negando la presencia de las mujeres en la ciencia médica, aunque exista constancia de su ejercicio desde la más remota antigüedad” (2009: 30).

En ese sentido, la AMC ha colocado y cuestionado las relaciones de poder y las estructuras que posibilitan su reproducción y con ello las desigualdades sociales, así como las diferentes formas de violencia e injusticia social y su incidencia sobre la salud de las personas (Gómez Cardona, 2014:29). Este enfoque apunta a comprender las concepciones populares de los procesos salud – enfermedad y los itinerarios terapéuticos de las personas en el contexto macrosocial en el cual se

inscriben (ibidem: 30). A su vez, cuestiona la fragmentación corporal, el excesivo énfasis en la fisiopatologización y coloca a la biomedicina como un producto más del sistema capitalista.

Igualmente, Menéndez menciona que la denominada “medicina científica”, que en esta investigación hemos identificado como biomedicina, es una de las formas institucionalizadas de atención de los padecimientos de salud, la cual ha sido observada en la mayoría de las sociedades occidentales como la forma correcta de atender los procesos de salud enfermedad, y añade “pero desde nuestra perspectiva, tanto esta como las otras formas académicas y/o academizadas, o populares de entender los padecimientos, tienen el carácter de instituciones, es decir, instituyen una determinada manera de pensar e intervenir en las enfermedades y, por supuesto, sobre todos los enfermos” (1994: 2).

Por otro lado, se encuentra la medicina tradicional, la cual frecuentemente en los sectores académicos ha sido identificada, como lo menciona Menéndez, con los grupos “tradicionales”, y se les suele definir como parte de prácticas no científicas. Asimismo, se le piensa como no modificable, por lo que algunas fracciones radicales que apoyan la visión de la preeminencia de la medicina científica, proponen la desaparición ya que la consideran incompatible con los procesos dominantes; e incluso, según el criterio de objetividad científica la biomedicina tiende a ver a la medicina tradicional como negativa y hasta perjudicial. “Consideramos que el uso del término medicina tradicional, tiende constantemente a la exclusión de las prácticas, representaciones o sujetos comunitarios (Menéndez, 1994: 9)”, como podría ser el caso de las parteras en la comunidad de Cruztón.

Sin embargo, los recursos tradicionales de salud siguen y seguirán siendo utilizados en áreas donde los servicios médicos alópatas son escasos, ya sea porque el país carece de recursos para dar una cobertura total para su población, porque no existe la voluntad del personal del servicio biomédico de radicarse en un medio rural o comunitario, o porque no hay los recursos financieros para sostener adecuadamente los servicios brindados en las comunidades, sin olvidar la carencia de pertinencia cultural, calidad y calidez de los servicios ofrecidos por los sectores biomédicos de salud pública. Sin embargo, esta no es la única razón por la cual seguirán siendo utilizados estos recursos tradicionales, también por la pertinencia cultural, su efectividad y riqueza, la cual no ha querido ser reconocida por el MMH.

Finalmente, la AMC se propone impactar políticamente en el reconocimiento efectivo de un pluralismo en salud “a través del desarrollo del derecho ciudadano a elegir entre diversos sistemas médicos y la participación democrática de los grupos en la definición de prioridades en salud” (Junge, 2001: 21). Además, apunta Junge, porque la biomedicina debe reconocer que por sí sola no es capaz de satisfacer todas las necesidades de la salud de la población pobre (Junge, 2001:23). Más aún si consideramos que desde la AMC se critica además la excesiva medicalización de procesos humanos como el embarazo, el parto, el puerperio, entre otros. En esta medicalización y subordinación del proceso de embarazo, parto y puerperio es que colocamos las posibilidades de que una mujer indígena esté expuesta a la violencia obstétrica y además sea mermada su incipiente capacidad para decidir con quien atiende su parto.

Es importante precisar que la comunidad de Cruztón, así como en otras comunidades y localidades mayas de la región Altos de Chiapas, sus pobladores poseen sistemas de atención a la salud / enfermedad mixtos: propios de un sistema médico tradicional donde convergen cosmogonías mayas tsotsiles, y un sistema biomédico cuyos enfoques, explicaciones y formas de atender, entender y resolver el binomio salud / enfermedad se fundamenta en una visión mestiza, occidental y hegemónica. Así, resulta adecuado retomar lo señalado por Rodríguez (2004) sobre el reconocimiento de los saberes en los sistemas mixtos, donde apunta “No reivindico el derecho lírico a la ignorancia o al no-saber... sino la insurrección de los saberes no tanto contra los contenidos, los métodos o los conceptos de una ciencia, sino y sobre todo contra los efectos del saber centralizado que ha sido legado a las instituciones y al funcionamiento de un discurso científico organizado en el seno de una sociedad como la nuestra” (p.52).

Asimismo, vale la pena señalar que las carencias y rezagos históricos en los ámbitos sociales, económicos, educativos, productivos, entre otros, limitan a la población de Cruztón para acceder al sistema biomédico de salud pública, el cual por derecho como ciudadanos y ciudadanas les corresponde.

Es por ello que el enfoque de la antropología médica crítica (AMC) resulta pertinente para aproximarse al abordaje de la violencia obstétrica, ya que dicho enfoque cuestiona las formas en que se ejercen las relaciones asimétricas desde el poder biomédico y desde ahí es posible identificar cómo se limita o no el ejercicio electivo de las mujeres, como podría ser el caso de la partería, que se descarta como opción válida y pertinente para la atención de las mujeres en sus comunidades.

II.1.3.1 LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y EL PARADIGMA MÉDICO VIGENTE

Como plantean Castro y Erviti (2015), se debe entender a la violencia obstétrica, como una manifestación del poder obstétrico, que es en sí un poder disciplinario (en términos de Foucault), que genera cuerpos sexuales dóciles. Al respecto se puede considerar que:

“Las mujeres comparten el maltrato médico producto de una visión machista y misógina hegemónica en la cultura médica. Son tratadas como menores de edad, infantilizadas e inferiorizadas, consideradas y educadas como ignorantes de los procesos que viven, y no son tomadas en cuenta en decisiones de suma importancia para ellas, que son tomadas por otros sin consultarlas (Lagarde, 1997: 18).”

Laura Belli (2013) asegura que la violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en las regiones de Latinoamérica. Y la define como “el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto” (2013: 28).

Belli, al igual que otras autoras como Amorós (1990) y lo que se enmarca en leyes como la Ley General de Acceso para las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del estado de Chiapas, sitúan a la violencia obstétrica en la gama de violencias de género que son producto de las asimetrías existentes entre hombres y mujeres. De forma particular estas asimetrías impactan en las relaciones de saber / poder, donde las mujeres quedan sujetas a la regulación hegemónica de la biomedicina, sin dejar de observar que tanto trabajadoras como trabajadores participan de las mismas prácticas.

También es importante añadir que este tipo de violencia es una violación a derechos humanos. Ello hace evidente una problemática sistémica y estructural, donde la falta de observación del deber de garantía del derecho a la salud que tiene el Estado, se deja de observar, mostrando la falta de interés que tiene la autoridad de procurar los escenarios idóneos para el goce de derechos de las mujeres.

La violencia obstétrica como violación a derechos humanos, tiene implicaciones tanto en el plano físico como psicológico de la integridad de las mujeres. Ello quiere decir que sus afectaciones pueden trascender el mero derecho a la vida y la salud, además impacta en su vivencia igualitaria

libre de toda discriminación, en sus procesos autónomos de elección y en la capacidad y necesidad de tener información respecto de todas las intervenciones médicas que resisten.

Aunque se sabe que la violencia obstétrica no tiene lugar únicamente en los servicios de salud pública o privada, para efectos de la presente investigación nos centraremos en los eventos que tienen lugar en estos servicios de salud sufridos por las mujeres de Cruztón. Ello se considera pertinente dado las implicaciones en materia de violaciones a derechos humanos, ciudadanización y autonomía reproductivas que se problematizan en el trabajo.

II.1.3.2 PARTERÍA TSOTSIL

Como bien apunta Tarcila Rivera (Hernández – Castillo, 2008), en las comunidades indígenas la figura de la mujer realiza su contribución al ser depositaria de los conocimientos de la medicina de lo que ella llama “biodiversidad para la salud”. Igualmente se encarga de procurar la alimentación y la conservación del medio ambiente, el idioma y aspectos culturales, labores que le han valido el reconocimiento de la comunidad.

Para los fines de esta investigación, nos ocuparemos de hablar de la partería tsotsil ya que Cruztón es un pueblo originario en el que los pocos mestizos que laboran ahí se encuentran en la Casa de Salud y la escuela. Las parteras indígenas son personas muy importantes en sus comunidades ya que gran parte de la población las sigue prefiriendo por múltiples razones, entre ellas el compartir los mismos códigos culturales, a los médicos tanto en el momento del alumbramiento como en distintos rituales, todo ello durante el proceso de gestación y de manera posterior al nacimiento del hijo/a (Lastra, 2010).

Es difícil contar con datos que nos arrojen una noción real del número de parteras que hay en el país y la cantidad de mujeres a las que atienden, dado que su labor en comunidades de difícil acceso, que es donde son mayormente requeridas, no se ha levantado información de manera adecuada. Sin embargo, en los datos con los que se cuenta que se pueden calificar de conservadores (Sánchez, 2015), en el país se cuenta con al menos veintidós mil mujeres que ejercen la partería de manera empírica, las cuales estarían acompañando y atendiendo a 370 mil mujeres. La labor que desempeñan estas parteras, no se restringe a la atención de las mujeres embarazadas, también se encargan de la salud de las familias. Tienen conocimiento algunas de ellas del uso de métodos de

contracepción, alimentación, entre otros cuidados de salud, y realizan todas estas actividades en sitios donde muchas veces la población no tiene acceso a ningún otro servicio o el servicio con el que cuentan no es suficiente o idóneo.

Desafortunadamente, pese a esta enorme tarea que desarrollan, no existe un reconocimiento para sus labores que les permita trabajar libremente y sintiéndose seguras de no ser perseguidas. Existe una serie de prejuicios y estigmas sobre sus funciones, no cuentan con un reconocimiento de sus capacidades por parte del sistema de salud, por el contrario, en muchas ocasiones éste se encarga de difundir un mensaje adverso a la partería: “Empero, la figura de la partera tradicional pervive y son consideradas como tales todas aquellas mujeres que, en zonas rurales, indígenas y algunas zonas urbanas pobres, ejercen la atención del parto derivado de la atención de sus propios partos, o de la práctica aprendida con otras mujeres que atienden alumbramientos (Sánchez, Velasco, Rojo, Moreno, Pérez 2015).” Y nuevamente vale la pena recordar el texto de Rodríguez (2004) que plantea la insurrección de los saberes “no tanto sobre los contenidos, los métodos o los conceptos de una ciencia sino, y, sobre todo, contra los efectos del saber centralizados que ha sido legado a las instituciones y al funcionamiento de un discurso científico organizado en el seno de una sociedad como la nuestra” (p.52).

También es necesario poner en contexto el trabajo de las parteras originarias en un marco nacional que tiene una política pública neoliberal en materia de salud. Se puede observar que la administración federal, mediante la reforma al sector salud, ha propiciado el desarrollo y expansión del sector privado lo que ha puesto al país en una profunda crisis de seguridad social. La denuncia de esta situación se ha presentado en diversos terrenos, tanto de los usuarios como del propio gremio de los trabajadores de la salud, quienes quieren que se conozcan las condiciones en las que laboran y la escasez de recursos para el cumplimiento adecuado de sus funciones.

Pese a esta crisis de seguridad social y salud que se vive en el país, el mensaje dado por los prestadores del servicio biomédico a las personas en la comunidad sigue siendo el de sugerir que las mujeres atiendan sus embarazos y alumbramiento en la estructura del sector biomédico. Sin embargo, las ya mencionadas reformas, que han generado un sistema de salud que tiene una mezcla entre lo público y lo privado, han contribuido a agudizar la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, pues no todas las usuarias del servicio cuentan con los recursos económicos suficientes para sortear los gastos que representa atenderse en el servicio público. Dicha desigualdad genera

nuevas violaciones a derechos humanos en el incumplimiento de las funciones de deberes y garantías del Estado en materia de derechos a la salud, el derecho a la igualdad y no discriminación, entre otros.

En este contexto, las parteras originarias son mujeres en las comunidades que prestan servicios de salud, para efectos de esta investigación nos vamos a enfocar en su labor en materia de salud materna. Sus conocimientos les han sido heredados de sus ancestras y ancestros, además de la riqueza que les aporta el contacto con la naturaleza, lo que les permite tener manejo de la medicina tradicional. Su principal función es la de procurar el bienestar, salud y vida de las mujeres y los niños; y tienen un papel fundamental en la comunidad pues brindan atención de salud local, de manera gratuita o a un costo accesible para los y las pobladoras, en el idioma y los códigos culturales de las propias mujeres (Sánchez, Velasco, Moreno, Rojo, Pérez 2014).

Estas mujeres representan una opción de atención alterna al servicio de salud pública para las mujeres, y que en muchas ocasiones puede ser la más viable o incluso la única. Además de la oportunidad que ofrece en el desarrollo de ciudadanía para las pobladoras frente a los servicios de salud, así como para la construcción de autonomía corporal para las mujeres en la comunidad.

II.1.4 CIUDADANÍA REPRODUCTIVA Y PODERÍO DE LAS MUJERES

Para abordar el tema de la ciudadanía reproductiva y el poderío de las mujeres, me gustaría comenzar por incluir una cita de la OMS:

El poderío de las mujeres es un prerrequisito fundamental para su salud. Lo que significa promover el acceso de las mujeres a los recursos, la educación y empleo y la protección y promoción de sus derechos humanos y las libertades fundamentales para que ellas sean capaces de tomar decisiones libres de coerción o discriminación. Las mujeres deberán ser el objetivo de los programas de salud, pero como participantes activas de los programas de desarrollo, no como objetos de intervención sanitaria. La contribución de las mujeres al desarrollo humano debe reflejarse en su capacidad para compartir equitativamente los beneficios que el desarrollo pueda aportar. La salud de las mujeres es un principio que concierne tanto a los hombres como a mujeres, y a las generaciones del futuro (WHO, 1995).

Esta cita de la OMS, nos ayuda a observar la importancia que tiene la vivencia del cuerpo de la salud de las mujeres en su desarrollo pleno como seres humanas plenas. Dicho desarrollo no viene de un ejercicio meramente individual, requiere del compromiso de los Estados para generar las condiciones adecuadas para su disfrute; es decir, la implementación de planes, programas y proyectos que partiendo del conocimiento genuino de las condiciones de vida de las mujeres, marquen un horizonte de bienestar general al cual se aspire llegar.

Partiendo de la idea de Lagarde (1997) de que el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, principalmente, los derechos al desarrollo y a la democracia, que están íntimamente ligados a los derechos a la salud y por ende a los derechos reproductivos, es fundamental en su apropiación y vivencia de ciudadanía.

Según Castro y Erviti (2015), para la realización de investigación en materia de derechos de salud, el concepto de ciudadanía resulta ser de gran utilidad, ya que hace referencia al poder y/o deber, que tienen las personas de una sociedad determinada, de ejercer sus derechos, así como cumplir con sus obligaciones. Todo ello buscando alcanzar la plena realización de sus capacidades individuales y colectivas. Esto es, que las personas, en este caso las mujeres, al optar por el ejercicio de sus derechos, están apoyando a la realización, democratización y ciudadanización de la sociedad en la que viven.

Tomando en cuenta que los conceptos clásicos sobre ciudadanía (Horrach, 2009) hacen referencia al ejercicio de derechos que realizan integrantes plenos de una sociedad, esto es, las personas que cuentan y practican sus derechos: civiles, como son las libertades individuales de expresión, pensamiento, culto, propiedad privada, entre otras; políticos, que participan en el ejercicio colectivo de votar o ser votados, ser representados o participar directamente en el sistema; y, sus derechos sociales, como son la seguridad económica, medio ambiente, por señalar algunos.

Como se puede advertir, el ejercicio ciudadano se da de manera diferenciada, es decir, no por ser o pertenecer a un grupo que tiene mayores complicaciones para ejercer alguno de los derechos señalados, quiere decir que no se tiene ningún ejercicio ciudadano. La propuesta sería que todos lucháramos a través de los distintos mecanismos, políticos, sociales, culturales y jurídicos, para lograr tener ejercicios ciudadanos conscientes y plenos. Como lo señala Demetrio Valentín (2008) “El ejercicio de la ciudadanía es el campo propicio para la intervención consciente de las personas, de cara al proceso colectivo de transformación de la sociedad y de la regeneración de las estructuras

estatales. Ejerciendo la ciudadanía es posible redefinir los rumbos de la sociedad y rediseñar el Estado y convocarlo nuevamente a sus finalidades” (p.1).

Finalmente recordar que la ciudadanía representa una conquista que ha sido alcanzada a lo largo de la historia por algunos sectores sociales, pues el ejercicio pleno de ciudadanía refleja un ideal democrático de la vida política. **“Este ideal de ciudadanía representa a una persona propietaria de un cada vez más amplio repertorio de derechos que la comunidad política debe garantizarle”** (A.A.V.V., 2012).

Ahora bien, en el caso del ejercicio ciudadano en Cruztón, debemos recordar que la ciudadanía se ejerce localmente, valorando el conocimiento de la comunidad y, de ser necesario, articulándolo con instancias locales y estatales. La ciudadanía tiene como doble esfera de atención de manera simultánea en las circunstancias micro y macro, en el plano nacional y regional, pues tiene una finalidad de abonar a la respetuosa integración de los espacios en los que existe diversidad cultural o incluso jurídica. Podemos detectar estos goces diferenciados por ejemplo en el ejercicio de derechos que de manera local representan los derechos civiles como la propiedad de la tierra o las libertades individuales; los políticos donde hay un ejercicio colectivo que trasciende esferas de competencia territorial entre lo local, lo estatal y lo federal; o bien, los derechos sociales que pueden ser demandados directamente al Estado en sus diferentes niveles.

Con todo ello, para que el ejercicio ciudadano en materia reproductiva exista en la comunidad de Cruztón, uno de los requisitos es que se cuente con diversas posibilidades para satisfacer el derecho que se desprende de su necesidad, que en este caso es en materia de salud reproductiva, lo que representaría tener al menos dos posibilidades válidas de atención ante el caso de requerirla, lo que puede integrar a los servicios biomédicos públicos y las parteras indígenas de la localidad, ya que el ejercicio electivo consciente es una de las bases del proceso personal de ciudadanización, no siendo este el único.

En la comunidad de Cruztón la presencia de parteras, tanto tradicionales como capacitadas, da y representa para las mujeres un servicio de salud alternativo al servicio biomédico el cual en muchas ocasiones resulta de difícil acceso. Entonces, esto nos lleva a cuestionarnos si dicho acto electivo, que se supondría abona a la ciudadanización del ejercicio del derecho a la salud en la comunidad, ¿se manifiesta simplemente cuando las mujeres en un ejercicio de ciudadanía eligen entre las ofertas de atención que les brindan los distintos sistemas de salud que tienen a la mano?, tanto el

alópata como el tradicional. O si, ¿de no contar con opciones o que éstas se encuentren dirigidas por información brindada por factores externos como el personal del servicio de salud pública, es decir, al marginalizar, deslegitimar y condenar a la ilegalidad a los sistemas de salud tradicionales, o la atención brindada por las parteras en la localidad (empíricas principalmente), el ejercicio de ciudadanía y autonomía de las mujeres de Cruztón, se vuelven mucho más complicados o inexistentes?

Otra de las formas de ejercer ciudadanía se da al reclamar los derechos por medio de los distintos mecanismos jurisdiccionales con los que se cuenta, a través de los cuales se pueden defender derechos o intereses tanto individuales como colectivos. Es decir, la comunidad de Cruztón, al haber acompañado a la familia de Susana Hernández Pérez (el caso de muerte materna litigado) realizó un ejercicio de ciudadanía (el cual puede ser consciente o inconsciente) en el reclamo de sus derechos. En el camino de reclamo por la justicia, la comunidad se mostró interesada en tener mayores conocimientos sobre su derecho a la salud, por lo cual se pensó en que el desarrollo de esta investigación podría ser la oportunidad para trabajarlo de manera conjunta atendiendo al interés que tiene este posgrado en que los trabajos de investigación estén encaminados a realizar una intervención social. Finalmente, “la ciudadanía es la plaza que recoge la participación de las personas y la fuente que riega la actividad social y política” (ibidem, p.1).

Así, considerando lo anteriormente descrito, es con estas herramientas teóricas que se pretende abordar la temática planteada en el objetivo de la investigación, abordado desde las posibilidades que brindan la antropología médica crítica, los conceptos de ciudadanía y autonomía reproductivas, la observación de las diferencias étnicas y raciales, y el ejercicio de derechos humanos, los cuales tienen como fundamento la generación de las condiciones sociales idóneas, para que una persona pueda elegir de manera libre e informada con quién, cómo y dónde atender sus partos, que podría ser en el contexto de la comunidad con las parteras indígenas, o, si su decisión es en el servicio de salud pública, teniendo una atención respetuosa, con calidad, calidez y pertinencia cultural. Siempre pendientes de visibilizar las situaciones de violencias obstétricas o violaciones a derechos humanos en extenso, que se pudieran presentar, sabiendo que cuentan con la posibilidad de realizar acciones de denuncia en un afán de que las cosas se modifiquen y todos podamos disfrutar de mejor manera nuestra salud reproductiva.

II.2 ABORDAJE METODOLÓGICO

Es importante compartir que me resultó muy difícil metodológicamente construir para este trabajo el problema de investigación. Uno de los factores que volvió complicada esta labor fue conjugar la visión jurídica de derechos humanos, con el tema de salud reproductiva en una comunidad indígena para fines de un trabajo académico. Fue necesario acotar y reajustar en un par de ocasiones lo que se quería y podía trabajar en los tiempos establecidos por el posgrado.

De manera concreta, la metodología que se ha utilizado en esta investigación está basada en la metodología feminista. La cual pone a la mujer, con todas las implicaciones políticas, contextuales, sociales y culturales de su ser mujer, en el centro del interés del estudio; echando mano del método cualitativo, ya que para la metodología cualitativa “su preocupación básica es la comprensión del mundo social desde el punto de vista del actor... Esto supone que el investigador (sic) se involucra muy cercanamente con los sujetos de la investigación” (Martínez, 1992: 33). Otra de las virtudes de la metodología cualitativa, es que nos permite tener acceso a información que no es posible conocer por otros medios, este tipo de información, como lo menciona Osorio (2001), podría ser la relacionada con temas como violencia intrafamiliar, alcoholismo, sexualidad, conducta reproductiva, entre otras. Este enfoque cualitativo con perspectiva feminista es oportuno dada la existencia de una relación previa con algunas familias y mujeres de la comunidad de Cruzón.

Las y los actores con quienes se llevó a cabo la investigación son los siguientes: mujeres en etapa reproductiva, con quienes se desarrollaron las Trayectorias de atención y se identificaron eventos de violencia obstétrica; el personal médico asignado para trabajar en la Casa de Salud de la comunidad; y dos parteras que viven y desarrollan su labor en la comunidad. Asimismo, se mantuvo diálogo con otras personas pertenecientes a la comunidad. A continuación se da cuenta de las herramientas metodológicas que fueron empleadas con esos actores y actoras, y la relevancia de cada una: entrevistas a profundidad y trayectorias de vida.

II.2.1 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Para efectos de cumplir con el objetivo principal de esta investigación, fue necesario realizar trabajo etnográfico que no se acotara únicamente a material descriptivo de los rasgos físicos y culturales genéricos de la región, sino al mismo tiempo se han incorporado historias de vida,

entrevistas a mujeres de las comunidades, entrevistas a parteras/os y entrevistas al personal del servicio de salud pública. Para ello, fue necesario recabar el consentimiento de todas/os las/os habitantes en un par de juntas generales, las cuales también se documentaron y se logró contar con el apoyo de las autoridades y pobladores en general.

Es así que, específicamente en el caso de la **observación etnográfica**, siendo una de las herramientas fundamentales para la descripción y comprensión de diversos modelos culturales, se utiliza la etnografía para comprender tanto la organización social y las actividades, como los recursos simbólicos, materiales y las prácticas interpretativas que caracterizan a esta comunidad. Se utilizó para su construcción una guía de observación etnográfica en Cruztón que ayudó a recabar los datos generales sobre las dinámicas socioculturales de ambas comunidades. De manera particular e intencionada, se hace énfasis en el registro y observaciones de estereotipos de género para identificar: roles y valoraciones entre hombres y mujeres; creencias y prácticas en torno a la salud / enfermedad; prácticas de partería; interacciones sociales entre los miembros de la comunidad y el personal de salud. La observación etnográfica se focalizó en la Clínica de Salud y las unidades domésticas, en las cuales se logró realizar entrevistas a los familiares y las mujeres que han requerido de servicios de salud reproductiva.

Por otro lado, a través de **las historias de vida**, se buscó conocer la propia percepción de las mujeres sobre sí mismas y sobre la vida de las otras dentro de la dinámica social de su contexto. Se centra puntualmente en la vida reproductiva de las mujeres, develando cómo la misma ha marcado sus desarrollos y dinámicas relacionales familiares y comunitarias.

Las entrevistas a profundidad nos permiten tener encuentros cara a cara con las mujeres informantes; ello abona a tener una visión más clara respecto de sus perspectivas sobre la salud, la vida, sus experiencias en el servicio biomédico, con sus propias palabras. Rangel (2009) retomando a Gramtz, Gooder, Hatt, Mayer y Ovellet, señala:

Esto conduce a entender las entrevistas como procesos de comunicación verbal (Gramtz, 1984), que se presentan como parte de un proceso social (Goode y Hatt, 1991), para poder así analizar el proceso SEA en cada uno de los casos por medio de los relatos de vida de tipo biográfico, con los que se obtiene la reconstrucción de la vida de la persona destacando los momentos en que su enfermedad crónica aparece, así como “el estudio de la dialéctica de los cambios sociales y su interiorización en el cambio individual” (Mayer y Ovellet,

1991). De ahí la importancia del curso de vida cuando se entrelazan distintos eventos de crisis de enfermedad y la trayectoria de vida de sujetos que interaccionan con las mujeres, llámese médico, curandero, partera o bien familiares o vecinos pertenecientes o no al grupo doméstico (p.75).

Otra manera de recabar información con las mujeres de la comunidad ha sido a través de **entrevistas dirigidas**, encaminadas a la recolección de información oportuna respecto de sus procesos reproductivos.

Asimismo, se consiguió contactar a dos parteras tradicionales de la comunidad con quienes se realizaron entrevistas, haciendo posible identificar la importancia que tiene en su práctica el respeto y cuidado de las otras mujeres y sus cuerpos desde su perspectiva cultural.

Del mismo modo resultó importante, para contar con una radiografía sobre la comunidad en materia de salud reproductiva, recoger el punto de vista del personal del servicio biomédico que trabaja ahí. Se realizaron dos entrevistas al personal que atiende la Casa de Salud, una a la médica pasante que labora toda la semana y otra a una de las enfermeras que colaboran con ella. Esto se hizo a través de entrevistas directas a los prestadores de servicios de salud, donde se obtuvo información sobre sus actividades referentes a la salud materna, su relación con las mujeres de la comunidad, la forma que tienen de interactuar con los servicios de salud, así como las dificultades en el ejercicio de su trabajo. También se les cuestionó sobre su interacción con las parteras, así como sobre su conocimiento de las condiciones en que ellas laboran, identificando si el personal de salud sabe o tiene información respecto a si las parteras tienen todo lo necesario para realizar sus actividades de manera adecuada.

En el transcurso del levantamiento y análisis de la información obtenida, se privilegió poner atención a las experiencias de atención en los procesos reproductivos que adoptan las mujeres y sus familias, en busca de procurarse salud. Según Menéndez en el transcurso de los procesos de salud enfermedad atención (en adelante s/e/a), las personas utilizan y articulan distintos saberes para resolver su problemática, con ello se recurre a diversas prácticas que se emplean en sus contextos “Comprender estas prácticas y trayectorias ayuda a entender el uso real que hacen los sujetos de los sistemas de atención y no sólo desde la perspectiva del sistema biomédico” (2009: 39).

Se ha elegido el modelo narrativo ya que es muy útil para registrar cómo ocurrieron los hechos de manera natural, es decir, las acciones, los acontecimientos y las conductas, sin que se organice desde el inicio la información de manera esquemática, lo cual quiere decir que las mujeres nos relataron los hechos tal y como sucedieron, sin separarlos de los factores que pudieron influir o intervenir de manera externa. También se realizó un registro de aquellos detalles, externos a lo narrado verbalmente, que sirvieran para entender de mejor manera lo que las mujeres expresaban, ya que al haber una diferencia de idiomas muchas veces el lenguaje no verbal también es necesario para el análisis de la información. Con ello se puede evitar, como señala Gundermann (en Rangel, 2009), la descontextualización de las situaciones y la información.

Es entonces a través de las narrativas sobre sus eventos de salud reproductiva recabados en las entrevistas, que las mujeres nos han dado información sobre sus redes y relaciones familiares, comunitarias, aspectos socioeconómicos, recursos de atención y desatención, así como los procesos de denuncia en caso de haber recurrido a ellos. Se ha optado entonces por realizar un análisis de narrativas para el estudio a profundidad de los procesos de atención a la salud reproductiva experimentados por las mujeres partícipes de la investigación, poniendo especial atención en los casos en los que se vivió violencia obstétrica.

Como lo apuntan Bianca Vargas y Roberto Campos (2015), en su trabajo *Trayectorias de atención, desatención y denuncia en casos de mortalidad materna: perspectiva local-global*:

La trayectoria de atención permite un acercamiento a las representaciones y prácticas en torno al embarazo, parto y puerperio, que pueden ser experimentados como parte del ciclo vital y no como un proceso patológico que requiere un exhaustivo control médico, no obstante, dichos eventos desencadenan múltiples formas de atención y fuentes de información; como puede observarse se suele recurrir a dos o más recursos de manera simultánea con una predilección por los biomédicos, en donde a su vez se conjuntan los sectores públicos y privados (p.179).

Finalmente, esta herramienta de análisis es la que nos permitiría conocer de mejor manera la forma en que las pobladoras viven y enfrentan los acontecimientos de s/e/a relacionados con su salud reproductiva. Además de profundizar en aquellos casos en los que se ha optado por la denuncia de hechos que consideran inadecuados en el trato recibido por parte del servicio biomédico de salud. Pues como apuntan nuevamente Vargas y Campos (2015) "... el proceso de denuncia es motivado

por una transformación de la experiencia de la muerte como un hecho social, más que individual y, al mismo tiempo, alude a la acción de narrar como una forma de dar sentido y significado al evento disolutivo” (p.179). Ha sido importante también dar cuenta de cómo el proceso de denuncia ya experimentado en la comunidad, ha transformado o no la forma de vivir la salud materna para las mujeres.

II.2.2 RETOS Y LOGROS METODOLÓGICOS.

Dentro de lo vivido con el trabajo de campo realizado en Cruztón, en las primeras reuniones con las mujeres en las cuales pretendía presentar más detalladamente mi trabajo de investigación, así como explicarles que las herramientas principales de este trabajo se basan en el diálogo, las entrevistas y las charlas en confianza; de inicio observé incomodidad en sus expresiones y reacciones al saber que es importante hablar de temas del cuerpo y la reproducción. En más de alguna ocasión escuché “es que nosotras no hablamos de eso”.

Todo ello ha representado un reto para la investigación, dado que las herramientas elegidas, y que se consideran las más pertinentes para recabar este tipo de información, son, como ya se ha mencionado, definitivamente las basadas en el diálogo. Sin embargo, dichas complicaciones no fueron sorpresivas, pues desde los primeros acercamientos con las comunidades y familias se observó esta dinámica social en la cual las mujeres no eran quienes expresaban directamente los hechos de los que eran protagonistas, refiriéndome específicamente al caso de violaciones a derechos humanos acompañado. Esto es, cuando se comenzó en 2013 a realizar la documentación y litigio del caso de muerte materna de Susana Hernández, las personas de la familia y la comunidad con la que se tenía contacto eran únicamente hombres. La dinámica de relacionarse más con mujeres de Cruztón se dio hasta el desarrollo de la presente investigación.

Con la finalidad de sortear dichas dificultades, se procuró a través del contacto cotidiano, generar las condiciones de confianza adecuadas para construir las narraciones entre las mujeres de manera individual y yo como investigadora. Sin embargo, no se puede dejar de observar que la propia naturaleza de la investigación y mis limitaciones culturales, como el no hablar el idioma (aunque en el transcurso de la investigación he tomado clases para manejar las ideas básicas), las profesionales (como no tener una formación académica como antropóloga), y las diferencias de

cosmovisión generan un obstáculo que se procuró manejar de la mejor manera posible a través del contacto respetuoso y cálido.

No obstante, se logró tener acercamiento y aceptación por parte de 6 mujeres para platicar y ser entrevistadas. Aunque es necesario expresar que una de las preocupaciones principales de esta investigación fue que la relación con las mujeres y la información que con ellas se recabó no estuviera sujeta a una coacción y obligación que les fuera nuevamente impuesta. Esto se expresó ya que, en las reuniones generales, donde se planteó la aceptación de este proyecto de investigación, la participación de las mujeres fue muy reducida y eran los hombres quienes sugerían a las mujeres que compartieran conmigo. De ahí que el grupo con el que se logró trabajar resultó ser de mujeres voluntarias, en su mayoría de entre 20 y 30 años, las cuales se mostraron dispuestas y motivadas por sí mismas para participar.

Para la realización del trabajo de campo se optó por trabajar únicamente con aquellas mujeres que mostraran un interés personal en hablar sobre la temática de salud materna conmigo. Esto con la finalidad de reducir, en la medida de lo posible, las relaciones de poder e imposición de deberes de las que se hizo mención al hablar del recibimiento de la investigación en la comunidad.

De esto vale la pena destacar que percibí una brecha en el interés de diferentes grupos etarios. Es decir, las mujeres mayores, que se puede distinguir como arriba de los cuarenta, no se mostraron receptivas a la investigación, a diferencia de cómo se mostraron las mujeres entre los veinte y treinta años. Uno de los factores a destacar puede ser el idioma, pues es más frecuente que sean las mujeres más jóvenes las que tienen mejor manejo del castellano, así como ser las que han tenido mayor acceso a formación escolarizada. Estos dos factores pueden tener una influencia importante, así como el acceso a diferentes tecnologías, medios de comunicación, internet, smartphones, redes sociales, entre otros.

Las entrevistas se realizaron en su mayoría en las casas de las mujeres, en los días y horarios que ellas consideraban más adecuados, buscando no interferir con sus labores del hogar o trabajos. Únicamente una de las mujeres fue entrevistada mientras cumplía sus funciones en el Registro Civil de la comunidad, donde labora, pero expresó que se sentía cómoda para hacerlo ahí, ya que el espacio se lo permitía de mejor manera.

De todas las entrevistas realizadas dos fueron a mujeres que no habían tenido experiencias obstétricas, sus testimonios no aparecen en este capítulo de análisis, pero la información aportada fue importante para tener una mejor idea del contexto. Estas mujeres nos hablaron de sus vivencias en torno a la menstruación y los conocimientos con los que cuenta respecto de la salud reproductiva. También compartieron su visión sobre las experiencias de las mujeres de su entorno y la forma en que esto ha impactado su forma de ver la reproducción humana.

Para recabar información sobre la partería en Cruztón fue necesario en primer lugar conocer directamente a parteras que quisieran compartir su testimonio, lo cual se obtuvo vía recomendación de las propias mujeres entrevistadas. Ellas me hablaron de un par de parteras que las atendieron y que trabajan en la comunidad. Se realizaron dos entrevistas, una a la partera Rosario⁶, quien es partera tradicional y no ha recibido ninguna instrucción del servicio de salud, y a la partera Joaquina⁷, la cual ha sido capacitada en muchas ocasiones y aparece en la lista de parteras que tienen en la Casa de Salud.

También se recabo información sobre la partería en las entrevistas realizadas al personal de salud, indagando sobre la labor que las enfermeras desarrollan, la importancia que tienen para la comunidad, la pertinencia de su trabajo, y en el caso del personal del servicio biomédico, las posibilidades de colaboración. Es importante explicitar que de las cuatro parteras que las mujeres sugirieron para entrevistar, dos de ellas se negaron, una porque dijo que tenía mucho miedo que esto trajera consecuencias negativas a su trabajo, y otra porque vía su esposo, dijo que no participaría si no recibía un beneficio económico. A ella se le compartió que la participación era voluntaria y que desafortunadamente no se contaba con ningún tipo de apoyo para proporcionales a las participantes de este estudio.

Es así como este método cualitativo, asociado con los estudios antropológicos, nos ayuda a comprender e interpretar situaciones tanto particulares como estructurales y su posible relación con la toma de decisiones de las mujeres y sus familias. Finalmente, con todo ello se buscó tener una visión clara sobre el trato que reciben las mujeres en el servicio biomédico de salud, así como la

⁶ Se ha cambiado el nombre para proteger su identidad.

⁷ Idem

relación que esto tiene en la situación de la salud materna y la violencia obstétrica que enfrentan en la comunidad.

II.2.3 RECIBIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN LA COMUNIDAD

Haré un breve recuento del proceso de aceptación del proyecto de investigación en la comunidad, pues ello sirve para visibilizar los retos que se enfrentaron desde el componente de intervención social del posgrado en la investigación académica. Comenzaré por señalar que el primer acercamiento con las autoridades se dio a través del señor Romeo Pérez López, viudo de Susana Hernández Gómez, con el cual he tenido contacto desde el acompañamiento del caso de violaciones a derechos humanos sufridas por su hoy finada esposa y familia. Fue en su recorrido en busca por obtener justicia, que él y su familia manifestaron la inquietud por realizar un trabajo más profundo en la comunidad, para que su realidad en materia de salud cambiara. En repetidas ocasiones distintos miembros de la familia expresaron el deseo de que casos como el sufrido por ellos no se siguieran repitiendo, para las mujeres en general, pero sobre todo para las mujeres de Cruzón.

Es así que, al expresarle a Romeo y la familia de Susana mi interés por realizar esta investigación, se mostraron muy motivados y dispuestos a colaborar para que ello se pudiera dar de mejor manera y ser aceptado por la comunidad.

Fue entonces Romeo el primer interlocutor con las autoridades para informarles mi interés por hablarles para exponer mi proyecto y saber si tendría su autorización para realizarlo. Desde el primer día que nos comunicamos telefónicamente, hasta la primera reunión pasaron alrededor de dos semanas y media, dado que se atravesaron festividades de Chamula y Cruzón, por lo que los agentes se encontraban ocupados. La primera reunión tuvo lugar el lunes 27 de junio del año 2016, a las 4 de la tarde. En esa ocasión tuve la oportunidad de exponerles mi trabajo de investigación a los dos agentes principales y al resto de los hombres que ocupan cargo. Fue necesaria la participación de, quien hizo las veces de traductor en aquellos detalles que no quedaron claros, y además les habló del acompañamiento que se había dado en la defensa del caso de su familia. Lo último, me parece que lo expresó para hablar del compromiso que había existido de mi parte para con él y su familia; con esto los agentes tuvieron una respuesta positiva y de entrada dijeron que

no tenían objeción en que trabajara en la comunidad, pero que sería bueno que se compartiera en la Junta General que tendría lugar el domingo siguiente. Fueron muy puntuales en expresar que no estaban seguros de que habría tiempo para tratar este tema porque tenían otros asuntos que resolver en dicha junta. Finalmente me presenté ese domingo, la junta se extendió hasta muy entrada la noche y por ser el último en la agenda no fue posible tratar mi punto.

Al saber que tomaría un tiempo antes de que existiera la posibilidad de que se abordara el proyecto en otra reunión, decidí entrar en contacto con los médicos de la comunidad, para conocernos y poder explicarles mi tema de investigación y saber si podría contar con algún tipo de apoyo con ellos. Tuvimos una reunión muy provechosa en el centro de la ciudad de San Cristóbal de las Casas en los siguientes días. Durante los primeros momentos pude apreciar que existía una cierta tensión y desconcierto de los médicos, los cuales creo que estaban muy extrañados de saber que yo quería hablar con ellos, sobre todo porque entiendo que sabían que yo fui la abogada que acompañó el caso de Susana y que esto tuvo consecuencias legales para algunos de los médicos que la trataron. Sin embargo, ellos no tenían ninguna responsabilidad al respecto, por lo cual puntualmente sobre ellos no se fincó ninguna responsiva.

En el transcurso de dicha charla logramos tener claridad y entendimiento sobre la separación entre este nuevo trabajo de investigación, y mis antiguas funciones como abogada de la familia Pérez Hernández. Intenté ser muy puntual al expresar mi interés por conocer la situación real de salud reproductiva de las mujeres de Cruztón, y hacer un reconocimiento de la importancia de su labor aún en condiciones tan adversas. Finalmente logramos tener acuerdo de que se podría tener una colaboración armónica con ellos al momento de desarrollar el trabajo de campo. Por último, me invitaron al evento de certificación de la comunidad, por parte de la Segunda Jurisdicción Sanitaria, para hacer constar que Cruztón es una “comunidad saludable”.

En el mencionado evento, tuve la oportunidad de hacer contacto con algunas de las promotoras de salud, las cuales tenían un papel protagónico en esta fecha. Más adelante volví a ponerme en contacto con una de ellas telefónicamente y pactamos una reunión con todas para que les explicara de manera puntual mi trabajo.

El día 14 de julio de 2016, a las 11 de la mañana nos reunimos en la escuela de Cruztón. Dicha charla giró en torno a explicar de diversas maneras el objetivo de mi trabajo, he debido repetirlo varias ocasiones pues me expresaban que no entendían bien de lo que les hablaba. Un par de mujeres jóvenes me decían entender, pero explicaban que era complicado para las demás pues no todas hablaban castilla. Finalmente llegaron a un acuerdo entre ellas y me expresaron que necesitaban que el trabajo fuera aprobado por toda la comunidad, pues ellas no podían tomar decisiones solas. No las encontré muy cómodas ni convencidas de querer seguir hablando conmigo y cerramos la reunión con el acuerdo de que sería llevado a la reunión general de la comunidad.

Del mismo modo entré en contacto con mujeres del Comité de Salud y acordamos que se esperaría la reunión general. Desafortunadamente ocurrieron los hechos violentos del 23 de julio de ese mismo año en Chamula y la reunión se postergó un par de semanas más.

Como ya se mencionó, el poblado de Cruztón pertenece al municipio de Chamula, donde en la fecha señalada, aparentemente por inconformidades en gestión y manejo de recursos del entonces alcalde Domingo López González, fue asesinado junto a un grupo de personas de su equipo de trabajo y otros civiles. Dicho acontecimiento trajo una situación de alarma y riesgo en las comunidades pertenecientes a este municipio. Por lo cual se me pidió, por un tiempo, que tomara distancia física y me mantuviera pendiente de lo que el Primer Agente de Cruztón mencionó como “una espera en lo que las cosas se estabilizan”.

Entretanto se tuvieron un par de reuniones con los médicos de la comunidad, con los que se ha tenido una buena comunicación y apoyo. Su colaboración ha sido de gran utilidad ya que, por comunicación con Romeo Pérez López, supe que en la comunidad existía confusión sobre mi proyecto, y en algún momento se creyó que yo quería tener el puesto de uno de los médicos (quitándoselo). Fue necesario que los propios médicos les aclararan que esa no era mi intención ni mi función, y que ellos se encontraban de acuerdo con el desarrollo de la investigación.

Finalmente, el día 13 de agosto del 2016 volví a tener noticias del primer agente de Cruztón, el cual me llamó para anunciarme que al día siguiente, domingo 14, tendría lugar la reunión general de la comunidad y que se trataría mi proyecto como segundo punto. Me presenté ese domingo

como se había acordado, a las 2 de la tarde de su horario (conservan el horario de invierno). Expuse mi trabajo, el señor Romeo me ayudó con la interpretación, y la comunidad general lo aprobó después de varias intervenciones de un par de hombres que apoyaban el proyecto, e invitaban a las mujeres a participar conmigo. Esto último me generó mucha inquietud, ya que el tono de aquel llamado podía, desde mi perspectiva, parecer una nueva imposición, y eso es algo que verdaderamente me pareció incompatible con la visión y objetivos de esta investigación.

De lo observado para lograr esta autorización, las dinámicas y los tiempos en la comunidad obedecen a las necesidades de la propia población. Las cuales tienen procesos resolutivos muy particulares, para los que no pareciera haber la premura que caracteriza la forma de vida citadina de la que yo provengo, y que por supuesto no se adaptan a las dinámicas dictadas por la academia. Con ello he logrado darme cuenta de que, si verdaderamente se intentaba obtener información de calidad para la presente investigación y que en algún momento fuera de utilidad para la comunidad, era necesario replantearme el cronograma, las metas y los alcances originales del trabajo.

La reflexión anterior ha dado pie al cuestionamiento sobre los tiempos marcados por el posgrado. Es fundamental tener claridad sobre su suficiencia para integrar un estudio profundo, de calidad y utilidad para la comunidad. Teniendo en cuenta el proceso hasta ahora recorrido en Cruztón, donde desde el primer acercamiento en vías de hacer procedente la investigación, el solo permiso de trabajar en la comunidad llevó aproximadamente dos meses, sin tomar en cuenta el largo recorrido que ya se ha hecho con las familias acompañadas en la documentación y litigio de casos, el cual haría suponer que ya hay un reconocimiento y, de alguna manera, confianza. Ello nos indica que el tiempo para lograr los objetivos de calidad y profundidad, rebasaban con mucho la temporalidad con la que se contaba.

II.2.4 POSICIONAMIENTO DE LA INVESTIGADORA: DESDE LA CRÍTICA JURÍDICA FEMINISTA

Me resulta importante explicitar que para la conformación del presente trabajo de investigación partí desde mi postura personal y política feminista. Ello quiere decir que mi postura es claramente la de asumir ser mujer, occidentalizada, con estudios superiores en materia de derecho, con un posicionamiento fincado en la crítica jurídica feminista; no como sujeto universal único, sí

reconociendo todos los elementos que me hacen diferente de las mujeres con las que se trabaja para la integración de esta investigación. A favor de la deconstrucción y reconstrucción de nuevas relaciones sociales con menores desigualdades que las que el sistema actual de opresión plantea, no únicamente por cuestiones de género, también por factores de raza, etnia, clase, edad, entre otras.

Ante el posicionamiento aquí planteado también quiero explicitar que, en el transcurso de este posgrado y la presente investigación de tesis, mi visión respecto de diversas problemáticas sociales, mi propio ser mujer, la forma de ver mi salud sexual y reproductiva, la manera de desarrollar mi trabajo como abogada, así como veía la vivencia de los derechos reproductivos de las mujeres de los pueblos originarios con las que he trabajado, se ha transformado profundamente. Considero que con anterioridad no alcanzaba a observar todos aquellos elementos culturales que nos hacían distintas, como es la convivencia y construcción comunitaria y colectiva. Desde mi perspectiva anterior, la apuesta era siempre por construir desde la individualidad, como el vivirse como mujer independiente, libre de tomar las decisiones corporales de manera personal.

Ahora, creo que comienzo a observar la importancia que tiene para estas mujeres, distintas a mí, el vivir, construir, decidir y respetar los intereses colectivos. La realidad de mi visión distinta sobre el mundo y las relaciones humanas con toda seguridad aparece en la interpretación y análisis del trabajo realizado con la comunidad, pero debo explicitar que he intentado en todo momento mantener una visión abierta e imparcial, desafortunadamente el trabajo de la investigadora no puede escapar totalmente de su mirada subjetiva.

Asimismo, atendiendo al componente de intervención social del posgrado y con el que convengo, la investigación se construyó siempre con la intención de lograr un impacto benéfico para la vivencia de derechos de las mujeres de Cruztón. Por esto se mantuvo una comunicación abierta en los casos en los que las mujeres requirieron ser acompañadas al servicio biomédico de salud, cuando se les negó el servicio o no fue el adecuado. Además de realizarse una charla en materia de derecho a la salud, lo cual surgió de la propia idea de las mujeres de la comunidad.

Entrando de lleno en el posicionamiento teórico feminista necesario para la investigación, se parte del trabajo de Valls-Llobet (2009) quien apunta que la investigación feminista en su metodología, se ha caracterizado por la observación en la que el/la investigador/a, está necesariamente implicado/a en el proceso de producción de datos, información y conocimientos. En el caso de la

investigación realizada con y por mujeres, las sujetas centrales de interés son ahora ellas y en muchas ocasiones también la propia investigadora. No está de más recordar que en la ciencia androcéntrica los datos relacionados con las mujeres han sido invisibilizados o poco observados. Por ello me es pertinente en esta investigación, remarcar que la forma de abordar la temática será desde esta observación feminista que da reconocimiento al hecho de las dinámicas sociales que surgen en los procesos biológicos y culturales de ser mujer, y lo que ello implica en la problemática planteada.

Asimismo, la autora señala que la relación entre el feminismo y la ciencia en el actual momento histórico refleja la discriminación hacia las mujeres y crítica el androcentrismo latente en la ciencia médica y en otras disciplinas; como podría ser el derecho, lo cual es un trabajo pendiente si se quiere construir relaciones sociales igualitarias.

Otra de las cuestiones que vuelve pertinente el posicionamiento feminista frente a la temática de salud y derechos reproductivos, es que no se puede dejar de lado que “los puntos de partida básicos y fundamentales de la teoría crítica feminista han sido la insistencia en la necesidad del control del cuerpo por parte de las mujeres y su derecho a decidir sobre todos los procesos relacionados con el mismo” (Esteban, 1994: 27). Dicho control social se ha llevado a cabo por medio de instituciones como la medicina hegemónica y el derecho clásico, y es a través de la crítica feminista que se cuestionan estos mecanismos de control y propone relaciones diversas que sean más equitativas y justas. Pues, así como lo plantea Cynthia Galicia (2016), el derecho no sólo tiene un sesgo machista, sino que toda su construcción histórica y como materia misma es masculino. Por ello la necesidad de que los feminismos jurídicos vean al derecho como un lugar de lucha y resistencia feministas, y que no sea visto como una mera herramienta. Es necesario entonces ocupar los espacios de la formulación del derecho a través del conocimiento de las necesidades de los cuerpos de las mujeres y desde sus diversidades.

El posicionamiento feminista igualmente ha servido para romper esquemas en la movilización sociopolítica, esto lo ha hecho en gran medida desde la politización de la corporeidad, reinterpretando entonces el cuerpo como un territorio que es afectado por las circunstancias históricas y políticas donde se desenvuelve, pero que éste mismo puede ser partícipe y afectar el propio desarrollo del entorno, como lo señala Alejandra Restrepo (2016). Todo ello permite afirmar

que la salud, cuerpo y decisiones de las mujeres están profundamente ligadas con su ejercicio ciudadano, participación social y política.

Capítulo III. MARCO JURÍDICO EN MATERIA DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, INTERNACIONAL, NACIONAL Y LOCAL

“Los valores democráticos deben vivirse tanto en la esfera pública como en la esfera privada”

Alda Facio

Como ya se adelantó en el capítulo de marco teórico, para el desarrollo de la presente investigación, es fundamental conocer el marco regulatorio en materia de derechos reproductivos en los cuales se encuentran insertas las mujeres de la comunidad de Cruztón, Chiapas. Partiendo del entendimiento que el ejercicio de ciudadanía reproductiva va de la mano con el conocimiento y apropiación del derecho por parte de la población, sólo de esta manera se pueden ejercer los derechos reproductivos de una manera libre e informada.

Es necesario también señalar que, dada la función de regulación social del derecho, es fundamental conocerlo, apropiarse de él y analizarlo desde una postura crítica, para con ello poder intentar adecuarlo a las necesidades reales de la población y que cumpla su función de procurador del bienestar social. Si bien el feminismo y los estudios de género han señalado, como ya se desarrolló, el origen patriarcal de la construcción del derecho, también han aportado una alternativa para la reinterpretación y reconfiguración del mismo, desde un posicionamiento crítico que propone realizar una inspección minuciosa de las estructuras de poder patriarcal que se reproducen al interior de las regulaciones jurídicas.

En este apartado se desarrollarán las normativas en el plano internacional, nacional y local que competen al ejercicio de derechos reproductivos, comenzando por explicitar las obligaciones de los Estados frente al ejercicio de derechos humanos de la ciudadanía. Asimismo, se desarrollarán los distintos derechos que tienen relación con los derechos reproductivos, siendo enfáticas en la violación a derechos humanos que su incumplimiento por parte de la autoridad implica.

Es así que, la integración de este capítulo se vuelve un componente fundamental para la presente investigación; por un lado, por la claridad que nos da en la construcción y ejercicio de ciudadanía

reproductiva de las pobladoras de Cruztón; y por otro lado, da cuenta de cómo el derecho tiene la función social de mostrarnos las necesidades de las sociedades y su necesidad por regularlas y garantizarlas.

III.1 OBLIGACIONES GENERALES DE LOS ESTADOS DE PROTEGER, RESPETAR, PROMOVER Y GARANTIZAR LOS DERECHOS HUMANOS.

Es importante comenzar por señalar que, tanto a nivel nacional como internacional, se han reiterado las obligaciones por parte de los Estados en materia de derechos humanos. Estas pueden y deben ser cumplidas de diferentes maneras, en concordancia con el derecho específico que el Estado deba garantizar y de las necesidades específicas de protección (Corte IDH, 2009).

La propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece dichas obligaciones en su artículo primero, párrafo tercero, donde se señala: “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

Con ello, el Estado mexicano tiene las obligaciones constitucionales de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos. Lo que implica la obligación de promover es el deber de propiciar las condiciones para que los titulares de derechos tengan acceso a ellos. En cuanto a la obligación del Estado de respetar, se entiende como su deber de no injerir, obstaculizar o impedir el acceso al goce de los bienes que constituyen el objeto del derecho. Implica básicamente una obligación negativa o de abstención. Por el contrario, la obligación de proteger está relacionada con impedir que terceros interfieran, obstaculicen o nieguen el goce de los derechos de otros, ello implica una actuación positiva por parte del Estado, y constituye un deber de actuar. Finalmente, la obligación de garantizar, implica la participación activa del Estado para que el titular de bienes y derechos pueda gozar de ellos cuando no pueda acceder por él mismo (Abramovich, 2002).

Como se observa, las obligaciones que requieren la adopción de un accionar por parte del Estado implican deberes de hacer, proveer de servicios o generar condiciones para que las personas puedan gozar y ejercer plenamente sus derechos humanos. Se caracterizan entonces por establecer una

relación directa entre el Estado y la persona beneficiaria de dichas prestaciones o derechos. Estas obligaciones implican el deber de adoptar todas las medidas estatales necesarias (administrativas, judiciales y legislativas) para generar dichas condiciones de ejercicio de los derechos, así mismo contar con una estructura adecuada que garantice el disfrute de los mismos.

La falta de atención médica oportuna y adecuada, así como la falta de prevención del Estado en los casos de violencia obstétrica y muerte materna, constituyen una transgresión a los deberes constitucionales del Estado mexicano de promover, respetar, proteger y garantizar. Los derechos que se vulneran en este sentido son: los derechos a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la información, a la libertad y autonomía reproductiva, a la igualdad y a la no discriminación.

III.2 VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

III.2.1 DERECHO A LA VIDA

El derecho a la vida se encuentra reconocido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y de manera expresa en el artículo 4° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el cual ha sido recurrido en diversas sentencias por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH). En ese sentido la CoIDH, ha argumentado que el Estado tiene un conjunto de obligaciones, tanto negativas como positivas para garantizar el derecho a la vida. Sobre estas obligaciones, su alcance y contenido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que:

153 [...] el derecho a la vida juega un papel fundamental en la Convención Americana por ser el corolario esencial para la realización de los demás derechos. **Al no ser respetado el derecho a la vida, todos los derechos carecen de sentido.** Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él. El cumplimiento del artículo 4, relacionado con el artículo 1.1 de la Convención Americana, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados tomen todas las medidas apropiadas para proteger y

preservar el derecho a la vida (obligación positiva), bajo su deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción. **Esta protección activa del derecho a la vida por parte del Estado no sólo involucra a sus legisladores, sino a toda institución estatal y a quienes deben resguardar la seguridad, sean éstas sus fuerzas de policía o sus fuerzas armadas.** En razón de lo anterior, los Estados deben tomar las medidas necesarias, no sólo para prevenir y castigar la privación de la vida como consecuencia de actos criminales, sino también prevenir las ejecuciones arbitrarias por parte de sus propias fuerzas de seguridad. (CorteIDH, 2004)

En concordancia con esto, dicho tribunal también ha sostenido que el derecho a la vida de las personas es un presupuesto fundamental para el disfrute de los demás derechos. Y es por ello que no puede ser suspendido por ningún motivo y que el deber de respetarlo incluye además “adoptar las medidas necesarias para crear un marco normativo adecuado que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y salvaguardar el derecho a que no se impida el acceso a las condiciones que garanticen una vida digna”. (CorteIDH, 2012)

En cuanto al contexto nacional, el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación se ha pronunciado de la siguiente manera:

El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, en tanto que no sólo prohíbe la privación de la vida (que se traduce en una obligación negativa: que no se prive de la vida), sino que también exige que, a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho en el ámbito legislativo, judicial y administrativo. En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado no sólo cuando una persona es privada de la vida por un agente del Estado, sino también cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias aludidas, como son las tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado o de otros particulares, y las necesarias para investigar efectivamente los actos de privación de la vida. (SCJN, 2010)

Por tanto, como ha sido establecido por la jurisprudencia interamericana y la Suprema Corte de Justicia de la Nación, las obligaciones del Estado en materia de protección y garantía del derecho

a la vida, son superiores a la simple actitud de abstención por parte del Estado. En este sentido es importante retomar la resolución del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW⁸) en el caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil*⁹ ya que se trata de un caso paradigmático en materia de salud materna. En ésta, el Comité identificó que la falta de servicios de salud materna apropiados, que satisfagan las necesidades de salud y los intereses específicos y diferentes de las mujeres, no es sólo una violación de su derecho a servicios de salud reproductiva, también conlleva una discriminación y tiene efectos diferenciales sobre el derecho a la vida de las mujeres. (Comité CEDAW, 2011)

De las circunstancias encontradas en los casos de mortalidad materna y violencia obstétrica de los que se parte para la realización de la presente investigación, se desprenden violaciones específicas al derecho a la vida, derivadas del incumplimiento por parte del Estado de sus obligaciones en materia de derechos humanos. En específico en el sector salud y de atención a la salud materna, tal como lo señaló el Comité CEDAW en el caso *Alyne da Silva Pimentel*, en el sentido de garantizar el derecho de las mujeres a una maternidad sin riesgos y a proporcionar el tratamiento médico adecuado y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio (Comité CEDAW, 2011).

III.2.2 DERECHO A LA SALUD

Este derecho se encuentra reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4º, igualmente el artículo 1º de la Ley General de Salud nos habla del derecho y la protección que tienen todas las personas en el territorio nacional en materia de salud, así como en múltiples tratados y ordenamientos internacionales a los que México se ha adherido, tales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁰ (PIDESC) el cual en su artículo 12 reconoce “el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud

⁸ Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés).

⁹ El caso ocurrido a *Alyne da Silva Pimentel Teixeira*, es un caso de mala atención médica que derivó en la muerte materna de la misma.

¹⁰ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

física, mental y social”. Asimismo, el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), que se desprende del PIDESC, ha señalado como elementos básicos del derecho a la salud los siguientes:

Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.

Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

Calidad: Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.¹¹

Asimismo, el Comité DESC en la Observación General No. 14 delineó los alcances del derecho a la salud al apuntar que:

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genética, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos

¹¹ Observación N° 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. *Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud*, E/C.12/2000/4 (2000), párrafo 12.

figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

30. [...] Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho **será ejercido sin discriminación alguna** (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud.¹²

El Comité DESC ha sido reiterativo al establecer que, como parte de las obligaciones del Estado, se encuentran las de tomar medidas que se encaminen al pleno ejercicio del derecho a la salud. También reconoce que el derecho a la salud incluye la salud reproductiva. En esta temática, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha retomado la interpretación del Comité al señalar que:

Con respecto al derecho a la salud reproductiva y la no discriminación de las mujeres la Corte ha señalado que: “el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre las primeras, la relativa a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales; y entre los derechos, el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Asimismo, la protección del derecho a la salud incluye, entre otras, las obligaciones de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con ella (SCJN, 2008).

Así mismo, la CEDAW también se ha pronunciado respecto a la discriminación en materia de salud para las mujeres, lo ha hecho de la siguiente manera:

11.3 El artículo 12:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en

¹² Observación N° 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. *Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud*, E/C.12/2000/4 (2000), párrafos 8 y 30.

condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia (CEDAW, 2006).

Al referirse al derecho a la salud libre de discriminación la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se pronuncia de esta forma:

Del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que **el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él** (SCJN, 2011) subrayado propio.

Finalmente, la protección de la salud materna también contiene el derecho a beneficiarse del progreso científico y de sus aplicaciones, de acuerdo a lo que señala el artículo 15 del PIDESC. El Comité DESC puntualizó la obligación de los Estados de reconocer de igual forma a hombres y mujeres el derecho “a disfrutar de los beneficios del progreso científico”.¹³ Dicho derecho se vincula con la obligación de los Estados de aumentar “el apoyo a la investigación, básica y aplicada, biomédica, tecnológica, clínica, epidemiológica y social para reforzar los servicios de salud reproductiva”.¹⁴ Con ello, los Estados tienen la obligación de propiciar el acceso a los avances científicos en materia de salud reproductiva, lo que conlleva destinar recursos suficientes para

¹³ Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General número 16, La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Párr. 31. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/435/42/PDF/G0543542.pdf?OpenElement> [consulta: 7 de febrero de 2012]

¹⁴ Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (CIPD) en Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre, 1994, Doc. De la O.N.U. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995), párr. 12.12.

desarrollar mayor investigación médica, que aborden las diversas causas de mortalidad y morbilidad materna, así como sus posibles alternativas de prevención y atención.

III.1.3 DERECHO A LA LIBERTAD Y AUTONOMÍA REPRODUCTIVA

El derecho a la libertad y autonomía reproductiva, igualmente se encuentra reconocido en el artículo 4 constitucional, así como en el artículo 16 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Dicho derecho está también profundamente relacionado con los derechos a la vida privada y a la familia recogidos en los artículos 11 y 17 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

El contenido de este derecho implica la facultad que tienen tanto mujeres como hombres, para tomar decisiones libres e informadas sobre su reproducción. Estas no refieren únicamente al número y espaciamiento de sus hijos e hijas, también contemplan cómo y dónde tenerlos. Asimismo, este derecho contempla tanto el derecho de tener hijos como el de decidir no tenerlos de acuerdo con el proyecto de vida personal. Esté encierra la obligación de garantía por parte del Estado de asegurarle a las mujeres y hombres, el poder llevar a cabo este proyecto de manera libre y autónoma.

Por tanto, todos los derechos relacionados con la autodeterminación y libertad reproductiva, que pueden incluir tanto la maternidad libre y deseada, como el derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos e hijas, sin pasar por alto el cómo y dónde tenerlos, están relacionados con otros derechos humanos, como son el derecho a la vida privada y familiar, el derecho a casarse y fundar una familia (Cook, 2003). **La protección de la maternidad** constituye un elemento importante en el respeto y garantía de los derechos reproductivos de las mujeres. Siendo así, el Estado se encuentra obligado, por un lado, a informar, educar y proveer los medios que coadyuven al ejercicio y disfrute de la maternidad, y por otro, a respetar las decisiones, hábitos y configuraciones de las mujeres, promoviendo la toma de decisiones libres e informadas en materia reproductiva, para con ello evitar las muertes de mujeres en el embarazo, parto o puerperio.

Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*¹⁵ resolvió respecto de la violación de los derechos a la vida privada y a la familia con relación a la libertad y autonomía reproductiva, se manifestó que la intervención del Estado en las decisiones reproductivas implica una injerencia arbitraria y por lo tanto una violación de los derechos reconocidos en los artículos 11 y 17 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

En el ámbito nacional, la Suprema Corte de Justicia de la Nación en materia de libertad y autonomía reproductiva ha manifestado:

[...] el artículo 4º constitucional [...] contiene[...] el derecho de las personas a decidir el número y espaciamiento de sus hijos, en forma libre, responsable e informada”(SCJN, 2010). Al respecto “[...] se advierte que estamos ante un derecho fundamental, de los denominados de libertad, como es el **decidir libremente sobre el número y espaciamiento de los hijos que se deseen tener, lo cual implica también la decisión de no tenerlos** (SCJN, 2010) subrayado propio.

Al respecto, la Corte también ha señalado que:

la dignidad humana, como derecho fundamental superior reconocido por el orden jurídico mexicano, deriva, entre otros derechos personalísimos, **el de todo individuo a elegir en forma libre y autónoma su proyecto de vida**. Así, acorde a la doctrina y jurisprudencia comparadas, tal derecho es el reconocimiento del Estado sobre la facultad natural de toda persona a ser individualmente como quiere ser, sin coacción ni controles injustificados, con el fin de cumplir las metas u objetivos que se ha fijado, de acuerdo con sus valores, ideas, expectativas, gustos, etcétera. Por tanto, el libre desarrollo de la personalidad comprende, entre otras expresiones, la libertad de contraer matrimonio o no hacerlo; **de procrear hijos y cuántos, o bien, decidir no tenerlos** [...], en tanto que todos estos aspectos son parte de la forma en que una persona desea proyectarse y vivir su vida y que, por tanto, sólo a ella corresponde decidir autónomamente. (SCJN, 2009)

¹⁵ El caso de *Artavia Murillo vs Costa Rica*, es referente a la negación de parte del Estado de servicios de salud de reproducción asistida. El mismo llegó a la Corte Interamericana de Derechos Humanos y obtuvo sentencia en noviembre de 2012.

De ello podemos concluir que, las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación directas contra la mujer.

III.2.4 DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN

Es necesario comenzar por señalar que, la igualdad y la no discriminación constituyen uno de los derechos fundamentales del sistema jurídico mexicano. El reconocimiento de estos derechos se encuentra principalmente plasmado en el artículo 1º de la Constitución y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos se consagran disposiciones que establecen la obligación del Estado de garantizar los derechos humanos contenidos en dichos tratados sin discriminación alguna, incluyendo la discriminación por razones de sexo, etnia, condición social y condiciones de salud.

Debido a que el párrafo primero del artículo 1º incorpora a la Constitución las normas de derechos humanos contenidas en los tratados internacionales de los que México sea parte, es que las regulaciones internacionales cobran importancia en el ejercicio de derechos humanos para las/os mexicanas/os. Es decir, que se establece un bloque de constitucionalidad en materia de derechos humanos, que implica la obligación de todas las autoridades de aplicar todo el conjunto normativo de derechos humanos (nacional e internacional).¹⁶

Con respecto a la obligación general de garantizar el disfrute de los derechos humanos contenida en los instrumentos internacionales, la Corte Interamericana ha manifestado que “todo tratamiento que pueda ser considerado discriminatorio respecto del ejercicio de cualquiera de los derechos garantizados en la Convención es *per se* incompatible con la misma” (CIDH¹⁷, 1984).

Asimismo, la segunda disposición que incluye el PIDCP y el PIDESC, señala la obligación que tienen los Estados de asegurar que los hombres y mujeres gocen de todos los derechos que ahí se

¹⁶Artículo 1, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece: “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.”

¹⁷ Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

contemplan.¹⁸ De la misma manera, la tercera disposición comprendida en dichos Pactos se refiere a la igualdad en el acceso a la justicia de las personas frente a los tribunales.¹⁹

Finalmente, tanto la Convención Americana como el PIDCP y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establecen la igualdad ante la ley.²⁰ También, el Comité de Derechos Humanos ha referido que dicha obligación es autónoma, dado que “prohíbe la discriminación de hecho o de derecho en cualquier esfera sujeta a la normativa y la protección de las autoridades públicas”, y con ello impone obligaciones a los Estados referentes a sus leyes y a la aplicación de las mismas (Comité de Derechos Humanos, 1989).

Es importante también tomar en cuenta que, la manifestación de la igualdad sustantiva es una condicionante para que se cumpla y avance en materia de derechos humanos. Esto tiene una particular importancia en el ámbito de la salud de las mujeres, pues como señala la Convención CEDAW existe una obligación por parte de los Estados de “adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica”.²¹

Con ello podemos concluir que, la falta de acceso a servicios de salud reproductiva debe ser considerada, como lo ha sido por algunos organismos internacionales, como una violación al derecho de las mujeres a la igualdad y no discriminación por razones de sexo (Corte IDH, 2008), dado que las mujeres enfrentan riesgos a su vida y su salud, por falta de servicios de salud materna adecuados y atención de emergencias obstétricas, que los hombres nunca tendrán que enfrentar.

III.2.5 DERECHO A VIVIR UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

Con respecto al derecho que tienen todas las mujeres a gozar de una vida libre de violencia, se confiere en el artículo 1º Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de la Convención Belém do Pará ratificada por el Estado Mexicano en 1998. En esta Convención se

¹⁸Artículo 3 de Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

¹⁹Ver, artículo 14, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; artículo 8, Convención Americana de Derechos Humanos.

²⁰Ver, artículo 24, Convención Americana de Derechos Humanos; artículo 26, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

²¹Artículo 12.1, CEDAW.

define a la violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. También establece en su artículo 7° el deber del Estado para investigarla y sancionarla:

Artículo 7.- Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente: [...]

c. incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso; [...]

Por su parte, la Corte IDH, interpretando el artículo 7° de la Convención Belem do Pará en la sentencia “*Campo Algodonero*”, consideró que el Estado tiene un deber estricto de prevenir, sancionar e investigar la violencia contra las mujeres y que es su obligación adoptar las medidas adecuadas para actuar con la debida diligencia en los casos que se presenten.

... Los Estados deben adoptar medidas integrales para cumplir con la debida diligencia en casos de violencia contra las mujeres. En particular, deben contar con un adecuado marco jurídico de protección, con una aplicación efectiva del mismo (...) (Corte IDH, 2009)

En el contexto nacional, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 1°, establece que:

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.²²

²²Artículo 1, párrafo tercero, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Asimismo, el artículo 9 de la Convención Belém Do Pará establece que:

Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.

En este orden de ideas, en 2012 el Comité CEDAW recomendó a México:

b) Establecer mecanismos efectivos en los planos federal y estatal para supervisar la aplicación de leyes sobre el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia y la legislación relativa al acceso de las mujeres a los servicios de salud y a la educación. (Gómez, 2014)

Ahora bien, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Chiapas, contempla en su artículo 6° fracción VII a la violencia obstétrica de la siguiente manera:

Violencia Obstétrica.- Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.

Y, en su fracción VIII, hace mención de la violencia a los derechos reproductivos de la siguiente manera:

Violencia de los derechos reproductivos.- Es toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como los servicios de atención prenatal, y obstétricos de emergencia.

De esta manera se puede concluir que todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación contra la mujer.

En este sentido, atendiendo a la realidad de Cruzón y el estado de Chiapas, que es uno de los tres estados con más muertes maternas en el país, reconociendo a la muerte materna como la más grave expresión de la violencia obstétrica y como una violación de derechos humanos, se vuelve fundamental tener claro estos marcos regulatorios que se estructuran desde la esfera de lo internacional, lo nacional y lo local, para poder promover el ejercicio correcto y completo de ciudadanía reproductiva en este territorio.

Capítulo IV. CONTEXTO ETNOGRÁFICO

“¡Aquí están en su casa, con nosotras!”

Partera Rosario

Como se mencionó con anterioridad, se reconoce que el ser mujer y la construcción del género femenino implica una desventaja en la organización social que coloca en precariedad la atención a los derechos de salud, pero también a otros aspectos como el acceso a la educación, oportunidades laborales, ejercicio de sus derechos, entre otros. En ese sentido, en Cruztón además se coloca la pertenencia étnica como otro elemento que se configura en el ser mujer en dicha localidad, con ello se intenta resaltar que la vivencia de derechos de salud de los hombres en dicha comunidad sea la óptima, pero por el interés de la investigación hacemos énfasis en la vida de las mujeres de la comunidad. Esta configuración genérica indígena debe ser entendida en su justa dimensión, ya que, de acuerdo con Rivera:

La concepción que tiene la mujer indígena de su rol en la vida familiar, comunitaria, así como en la sociedad le ha permitido desarrollar creatividad, ingenio, sabiduría, así como desarrollar su propia capacidad para enfrentar retos en su doble función de productora y reproductora. Bien podemos decir que aún estos dos aportes no son reconocidos ni visibilizados en su justa dimensión (Rivera, 2008).

En este sentido Álvarez (2006) señala, que sobre la base del pensamiento maya existen esquemas filosóficos y de orden social que tienen fundamento en la idea de reciprocidad, de la responsabilidad y el respeto, pero que no obstante es necesario tener presente que en lo cotidiano existe una clara subordinación de las mujeres hacia los hombres, como ocurre de manera puntual en este pueblo chamula²³. Con ello las relaciones entre hombres y mujeres son marcadamente jerárquicas, asimétricas o desiguales, y así los hombres tienen un mayor poder de decisión, y aunque compartan ciertas labores domésticas éstas no son en las mismas condiciones. Sin embargo,

²³ Ello quedó ejemplificado en la toma de decisión de la comunidad sobre permitir que la investigación se realizara o no. Pese a que se recogió el voto de toda la población, fueron los hombres los que se mostraron insistentes en la importancia del desarrollo de este proyecto.

es importante señalar que cada pueblo y comunidad tiene sus señas particulares, las cuales marcan su forma de organización social, y por supuesto su orden en el sistema sexo género.

Para los intereses de la presente investigación, resulta fundamental hacerse de las herramientas antropológicas, como puede ser el trabajo etnográfico, que nos ayuden a develar las encrucijadas socioculturales presentes en la reproducción humana en este contexto comunitario; las cuales se encuentran en consonancia con las creencias culturales del grupo social en torno a la figura femenina y el cuerpo: los procesos de embarazo, parto y puerperio que en él suceden. Nos permite también, la identificación de las/os actoras/es cruciales en la atención materna, como lo son las parteras. Asimismo, observar cómo afectan la vida y la salud de las mujeres en materia reproductiva, aquellas dinámicas de subordinación que plantea Álvarez, las cuales tienen un impacto directo en sus procesos de ciudadanización y autonomía reproductivas.

Vale la pena especificar que no se encontró un documento etnográfico específico sobre la localidad de Cruztón, así que este trabajo se nutre de otras investigaciones de comunidades aledañas, así como de lo observado en el trabajo de campo en el levantamiento de entrevistas, en las observaciones de los eventos en los que se participó y los recorridos por los espacios físicos que las/os pobladores tienen que realizar en busca de atención en materia de salud.

IV.1 CRUZTÓN UNA COMUNIDAD CHAMULA

La comunidad de Cruztón, pertenece al municipio de Chamula, el cual cuenta con una extensión territorial de 82 km cuadrados y se encuentra ubicado entre los 16° 55” y 16°51” latitud norte, y en su longitud oeste a los 92° 32’ y los 92°51’. Cruztón significa “Cruz de piedra” y toma la palabra Cruz prestada del castellano, y está situado en una geografía predominantemente montañosa, tiene una altura promedio de 2300 metros sobre el nivel del mar.

La mayoría de los habitantes del municipio de Chamula, así como los de Cruztón, pertenecen a la etnia tsotsil:

Desde la antigüedad y hasta la fecha los tsotsiles-tseltales se denominan a sí mismos “hombres y mujeres verdaderos”, *bats’il viniv*, *bats’il ants*, y se dice que adquirieron la denominación tsotsil a partir de su dios tutelar, *sots’* murciélago, adoptado por ese grupo

cuando en algún momento inmemorial de su devenir, en un río hallaron un murciélago de piedra al que tomaron por dios. Desde ahí fueron conocidos como los *sots'il-vinic*, u hombres murciélago (ibidem: 31).

El poblado de Cruztón se encuentra ubicado en el municipio de Chamula, Chiapas. En la región del Altiplano Central, en la zona conocida como los Altos de Chiapas, con una geografía predominantemente montañosa. A 2472 metros sobre el nivel del mar, Cruztón cuenta con una población de 1805²⁴ habitantes, de los cuales el 58.44% son mujeres.



De San Cristóbal de las Casas se llega a Cruztón por la carretera con dirección a Tenejapa, saliendo de la ciudad por el barrio de La Garita. La comunidad se encuentra atravesada por esta misma carretera, lo cual divide a Cruztón en los barrios altos, barrios bajos y barrio de Jechtik, que está a la orilla de la comunidad en dirección Tenejapa.

De las observaciones realizadas para la investigación se concluye que las familias habitan de forma vecinal, de manera que predios grandes están divididos en casas de distintos miembros (con sus respectivos núcleos familiares) de una misma familia. Las casas tienen, en su mayoría, patios de cemento donde por las mañanas es común ver a las mujeres dedicándose a las tareas del tejido o peinado de lana. Muchas de las casas también cuentan con un espacio de siembra al costado, es frecuente encontrar bloqueada la vista hacia la montaña, cuando se camina por las calles gracias a las altas paredes que forman las milpas.

²⁴ Según los datos proporcionados por los médicos en el documento Pirámide Población de Cruztón.

²⁵ Imagen 1, pobladores chamulas en la montaña.

El pastoreo de borrego es otra de las actividades en las que se observa que se ocupan las mujeres, pueden encontrarse o mujeres muy jóvenes o de edad avanzada en la tarea del cuidado de los animales.

Cruztón cuenta también con un Registro Civil de reciente apertura, aproximadamente tres años. En él se dedican a la realización y renovación de actas básicamente, y no cuentan con información estadística de la población. Esta oficina es atendida por una mujer local.

Tienen una escuela primaria donde hay un salón por cada grado y un amplio patio con canchas de basquetbol, así como un espacio donde hay un quiosco, que es mayormente donde se realizan las juntas generales cada mes, si la lluvia no lo impide y es necesario pasarse a las canchas techadas. También cuenta con un auditorio muy grande, donde tienen lugar muchos de los eventos de importancia de la comunidad, y una pequeña capilla católica que comúnmente permanece cerrada.

Desde el inicio del trabajo con la comunidad en el año 2013 a la fecha he observado muchas obras públicas en construcción, las cuales tienen que ver con pavimentación de las calles, aulas destinadas a la educación de adultos mayores y muchos locales comerciales, los cuales pertenecen a los pobladores y aún no se establece cuál será su función, a la orilla de la carretera. La imagen física de la comunidad de Cruztón se ha ido transformando hasta asemejarse mucho a la de centros poblacionales más grandes que comparten la característica de encontrarse atravesadas por alguna vía de comunicación terrestre importante.

Esta población también es conocida en el exterior por su producción local de pox, bebida alcohólica realizada con el destilado de maíz, caña y trigo. El origen de la bebida es reconocido por los pobladores como medicinal, actualmente la consumen en festejos y ceremonias tradicionales. También la comercializan en otros centros urbanos como la ciudad de San Cristóbal de las Casas, y algunas personas visitan la comunidad con la intención de conseguir el pox directamente de los pobladores que lo trabajan, obteniendo un mejor precio y reconociendo la calidad de la producción local.

IV.1.1 ORGANIZACIÓN DEL GOBIERNO LOCAL

La autoridad de Cruztón reposa en la figura de dos agentes principales, nombrados primer y segundo agente, y otro grupo de hombres (alrededor de cinco) que tienen cargo, lo cual implica que tienen responsabilidad de mantener servicios importantes para la comunidad, como caminos y carreteras, servicio de agua, entre otros. En estos puestos principales de autoridad no participan mujeres, aunque las mujeres sí desempeñan cargos de responsabilidad, como en los Comités de Salud o Educación.

Los señores autoridades se reúnen todos los días a las cuatro de la tarde para tratar los asuntos de interés para la comunidad. Los pobladores que tienen alguna situación que tratar se apersonan para plantear su problemática, cuando no se logra resolver se lleva a junta general. Pocos son los casos que tampoco encuentran solución en junta general y requieren ir a la instancia mayor en Chamula. En caso de ser temas criminales o de una cuantía mayor a la tazada (que oscila alrededor de los treinta mil pesos), van a justicia ordinaria, en la jurisdicción correspondiente o en las especializadas en asuntos indígenas.

El último domingo de cada mes, se realizan reuniones generales a las cuales asiste toda la comunidad. Tienen lugar en el patio de la escuela, los autoridades o personas que tienen cargo, se acomodan en el quiosco que se encuentra en el centro del patio y los habitantes se distribuyen alrededor, las mujeres del lado donde hay una pequeña banqueta se sientan pareciera que en fila, los hombres ocupan las bancas y la mayor parte del espacio.

En las reuniones de comunidad se tratan problemáticas que requieren la decisión o consenso de los habitantes. Generalmente son problemas o situaciones que conciernen a todos los habitantes, se abordan temas económicos, de gestión de recursos, de servicios, y algunos casos particulares que no pudieron ser resueltos entre las autoridades y los pobladores directamente.

Las mujeres toman la palabra en pocas ocasiones, cuando se trata de algún tema personal relacionado con los mandos o administración de cuestiones de la comunidad, o las mujeres que formar parte de algún comité, fungen como promotoras de salud o cumplen alguna otra labor. Sin embargo, en los temas que se discuten de manera general, las mujeres suelen limitarse a opinar entre ellas y pocas veces levantan la voz.

Pese a esto, es importante señalar que, en mi contacto directo con las mujeres de la comunidad, se puede observar en algunos grupos, sobre todo de jóvenes, un interés genuino por participar, hablar y realizar cosas en materia de derechos y salud reproductivas. Con ello podemos retomar las palabras de Rivera (2008) sobre las formas de organización y participación de las mujeres indígenas, las cuales han ido evolucionando con el tiempo, de acuerdo con las exigencias de las circunstancias en sus contextos. Así vemos que la forma de participar colectivamente en la comunidad, en el ejercicio y apropiación de derechos, dentro de las mujeres se encuentra en constante movimiento.

IV.1.1.1 ORGANIZACIÓN SOCIAL EN TORNO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN CRUZTÓN

En materia de servicios de salud, los habitantes de Cruztón cuentan únicamente con una Casa de Salud, para la cual no está asignado/a un/a médico/a permanente. El personal médico se encuentra atendiendo únicamente los días martes y jueves de ocho de la mañana a dos de la tarde, aunque en el transcurso del mes de septiembre del 2016 a la fecha, cuentan con una médica pasante haciendo su servicio social de lunes a viernes en los mismos horarios. En dicho servicio, por la información que he obtenido de las entrevistas realizadas a las mujeres en la comunidad, se atiende bajo el criterio de dar prioridad a las mujeres que se encuentran registradas por programas de asistencia social, pero no se obtuvo información sobre si son los médicos o las promotoras de salud las que influyen para respetar este orden. Se hace mención a las promotoras de salud porque también en las entrevistas formales y pláticas informales, han hecho de mi conocimiento que son las promotoras de salud las que se encargan por completo de organizar todo lo relacionado con los programas de asistencia social, tales como Oportunidades y Progresas, entre otros.

Con anterioridad a la llegada de la médica pasante, el resto de los días de la semana la casa de salud operaba en el mismo horario, pero con supervisión únicamente de las enfermeras y con asistencia, para actividades administrativas, de las tres mujeres del Comité de Salud. En general estos no eran días en los que se prestaban servicios de revisión médica completa, se realizaban más actividades administrativas y algunas relacionadas con toma de presión, toma de peso de los pobladores, para toda la población, pero la realidad es que por los horarios la atención mayormente es para las

mujeres, niños y adultos mayores, pues rara vez se encuentra a un hombre esperando atención fuera de la Casa de Salud.

Resulta importante hacer la diferenciación de cómo se atendía antes de la llegada de la médica pasante, ya que la población no cuenta con información de cómo será el servicio después de que ella termine su labor que corresponde a un año en la comunidad (agosto 2016 – 2017). La población señala que no saben si volverá a ser como siempre, con únicamente dos días de atención médica en los horarios ya señalados.

La Casa de Salud de Cruztón depende de la cabecera de la microrregión, que cubre cuatro comunidades con población mayoritariamente indígena, la cual está ubicada en la población de Chimiljobeltik, a una hora de camino a pie por un sendero agreste con cuevas pronunciadas y terracería que, en época de lluvia, se vuelve muy difícil transitar y en condiciones de salud menguada puede ser muy complejo realizar.

Uno de los aspectos a señalar sobre la distribución de los servicios de salud en esta región, es que Chimiljobeltik es una comunidad con una población aproximadamente tres veces menor a la de Cruztón. Por lo cual se pensaría que, según la lógica del sistema de salud que considera que la densidad poblacional es suficiente argumento para distribuir sus centros de servicios de salud, Cruztón sería un poblado más apropiado para ser la cabecera de la microrregión, pero no lo es.

En el caso de requerir servicios de salud mayores, los/as pobladores/as deben trasladarse a Chamula, por ser el servicio de salud que les corresponde según el criterio de distribución que les marca la Secretaría de Salud del estado. El traslado en transporte público es el siguiente: primero se viaja a San Cristóbal de las Casas, con un costo de \$24.00 pesos, y posteriormente se toma otro transporte con un costo de \$19.00 pesos a Chamula, esto si el viaje es antes de las seis de la tarde, ya que después se tiene que pagar viajes especiales el cual de Cruztón a San Cristóbal tiene un costo de \$75.00 pesos. El tiempo de traslado promedio es mayor a una hora, cuando no se cuenta con los medios para hacer el traslado directo Cruztón – Chamula, es importante pensar las implicaciones que estos viajes tienen en condiciones de salud menguada.



Mapa elaborado por Jaime Ramírez, Laboratorio de Sistemas de Información Geográfica, El Colegio de México. ²⁶

*En el mapa Cruztón se encuentra en la salida de San Cristóbal de las Casas con rumbo a Tenejapa.

Se cuestiona pues, la pertinencia de que el servicio de salud asignado para las habitantes de Cruztón sea en Chamula, siendo que el municipio de San Cristóbal de las Casas (SCLC), que les queda a veinte minutos de distancia, cuenta con un Hospital de la Mujer y el Niño, el cual supondría que tiene mucho más próxima una atención especializada para mujeres, sobre todo aquellas que requieren atención durante el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, según testimonio de pobladores, en repetidas ocasiones se han presentado con urgencia en los servicios biomédicos públicos de SCLC, y han sido rechazados diciéndoles que este no es el servicio que les corresponde y enviándolos a Chamula, representando esto dilaciones en el servicio y generándoles mayores erogaciones.

Los pobladores me han compartido que la comunidad por más de 12 años ha estado gestionando ante el gobierno del estado Chiapas la construcción de una clínica que les ofrezca mayores y mejores servicios. Los pesados y costosos traslados (según como ellas y ellos lo expresan), han

²⁶ Imagen 2, mapa región Altos del estado de Chiapas.

hecho que el tema de salud sea una de sus principales demandas. Incluso han logrado, con el acuerdo del total de la población, donar un terreno de aproximadamente una hectárea para la construcción de dicha clínica. La constante respuesta negativa del gobierno encuentra argumento en que, según la visión de la autoridad, tienen atención médica apropiada a una distancia aceptable y la comunidad no tiene, en cifras, el número de habitantes suficiente para construir una clínica, la cual dicen debe ser mayor a 2500 personas²⁷.

Es importante tomar en cuenta la información precedente al momento de vincular la estructura en servicios de salud brindados por el Estado y las dificultades que las pobladoras de Cruztón enfrentan, en materia de salud en general, pero, para efectos de la presente investigación, agravados en materia de salud reproductiva. Dado que, en caso de presentarse alguna emergencia obstétrica, tienen que forzosamente trasladarse aproximadamente a una hora de distancia para ser atendidas. Más preocupante aún, teniendo en cuenta que no todas cuentan con los medios físicos o económicos para acceder a un traslado adecuado, pertinente e inmediato en caso de necesitarlo.

Asimismo, en el transcurso de la investigación, la Casa de Salud de la comunidad vio su espacio físico profundamente reducido. Ya que en la parte frontal del terreno que ocupa, en lo que era un espacio donde las mujeres, niñas/os y adultas/os mayores aguardaban el servicio, se comenzó la construcción de tres aulas destinadas a la alfabetización de adultos mayores. Al entrevistar a la médica pasante que labora en la Casa de Salud me expresaba su profunda preocupación por la forma en la que esto iba a afectar el servicio que ellas brindaban. Incluso llegó a compartir que, aunque no era información corroborada, el servicio de salud tendría que salir de ahí, pues era un terreno particular que el dueño quería darle otro uso y que a la fecha no sabían a dónde trasladarían la Casa de Salud.

IV.1.1.2 INFORMACIÓN RECADADA CON LOS PRESTADORES DEL SERVICIO BIOMÉDICO DE LA CASA DE SALUD DE CRUZTÓN

Como ya se hizo mención en el apartado de metodología, se realizaron dos entrevistas al personal que atiende la Casa de Salud, una a la médica pasante que labora toda la semana y otra a una de las enfermeras que colaboran con ella. Respecto de las condiciones en que atienden la dra. D²⁸ nos

²⁷ Actualmente Cruztón tiene un número de habitantes ligeramente superior a esta cifra. No se cuentan con cifras actualizadas, el dato se obtuvo de charlas con los agentes de la comunidad.

²⁸ Con el fin de resguardar su identidad, en el texto se hará referencia a la médica de la comunidad que participó de la investigación con la letra D en lugar de su nombre.

compartió que en Cruztón no tienen un área suficientemente estéril como para suturar a alguien, o para valorar bien a los pacientes, pero dice que se las ha ingeniado para hacer maravillas con muy poco, ha tenido que suturar en casas, en campos, etc. Habla de que no tienen material, ni anestesia, “lo haces con cosas que no te imaginas”.

Cuando se le preguntó cuáles son las actividades que realiza en la comunidad, su respuesta es que “todo”. Tiene dos personales de enfermería, una es pasante y otra de base “la pasante tendría que dedicarse a vacunación”, pero comparte que finalmente realiza de todo. Apunta que el hecho de que su personal de enfermería cuente con carreras técnicas dificulta que sepan de algunas cosas que son más complejas, por lo que ella misma tiene que estar presente en casi todas las atenciones.

En lo referente a la atención en materia de salud sexual y reproductiva la Dra. D señala que eso también le toca a enfermería, pero que ella igual intervine en esta atención, señala: “cuando las mujeres son puérperas, las mujeres en la comunidad se ven con parteras, entonces tú tienes la obligación de decirles a las pacientes que apliquen un método de planificación familiar... Hay pacientes que acceden, implante es lo que yo ofrezco más. Pero lo que ya lo venía usando con el doctor son las inyecciones bimestrales. El implante se los pongo y se los quito yo, y si la paciente se quiere volver a embarazar o tiene un efecto adverso ya se los quito”.

Reconoce que hay muchos efectos adversos, como amenorrea o hemorragias. Dice que se altera todo el periodo hormonal y provoca dolores de cabeza, de espalda, “porque como tal estás alterando tu cuerpo” (D), pero finalmente reconoce que lo hacen porque es el método anticonceptivo que más les proporciona el sector salud. Sobre el Papanicolau señala que lo realizan, pero no a todas las mujeres, “se supone que se le debe de ofrecer a toda la comunidad, pero no muchas quieren... las pacientes no se dejan revisar bien, de todo el tiempo que llevo aquí, sólo he revisado quince pacientes” (Ídem).

Dentro de las pláticas informales con las mujeres de Cruztón, el tema del cuerpo siempre resultó difícil de abordar, como ya se ha hecho mención, en un inicio incluso me dijeron que de eso ellas no hablarán. Sin embargo, en el trato cotidiano con las mujeres que participaron de la investigación ahondamos un poco más, logrando abordar temas como la menstruación, sus conocimientos sobre la reproducción femenina, y en los casos en los que se sintieron cómodas incluso hablar de los inicios de su vida sexual. Aunque fueron temáticas que hablamos en un escenario muy íntimo, pude

advertir que las mujeres chamulas de Cruztón comparten información entre ellas transmitiendo sus conocimientos de madres, abuelas y tías a hijas, sobrinas, primas y demás relaciones familiares o vecinales, sobre la visión de sus cuerpos y reproducción. Ahora también toman en cuenta la información que reciben del servicio biomédico lo cual refieren que era distinto para las mujeres más grandes, pues me decían que ahora les dan talleres donde también les explican todo el tema de la anticoncepción.

Al preguntarle a la médica sobre si le ha resultado fácil trabajar en la comunidad respondió: “No, porque no hablan español, y porque la gente es muy apegada a sus costumbres y es difícil hacer que te entiendan que no tienen que hacer algunas cosas, son muy cerrados a sus costumbres, a la herbolaria y a diversos pensamientos” (Ídem). Ella cree que sí recibió la formación adecuada para trabajar en comunidad,

 Mi escuela es católica y recibimos una formación muy humana, por ejemplo, yo no le tengo asco a nada. Sí, es muy diferente trabajar en un hospital de paga en México y venir a una comunidad acá, con gente que está una semana sin bañar así y todo, es muy diferente, no porque huelan feo sino la manera de atención es muy diferente. No recibí como tal una formación para trabajar aquí, pero para no discriminar ni ser racista ni ver mal a la gente de bajos recursos, me ayudó La Salle a ser humana (D).

Ella dice ser católica. “No era cómo tal de hablar de Dios, pero te ayudaban a eso del machismo feminismo” (Ídem). Respecto a las condiciones en las que realiza su trabajo, ella expresó ser benéfica en asuntos de la cooperación de la comunidad hacia La Casa de Salud:

 Mi casa de salud a comparación de otras casas de salud donde mis compañeros están, ¡sí está muy bien! Tengo un comité que me hace la limpieza todos los días y pues les agradezco mucho, me ayudan mucho con eso, ordenan muy bien las cosas y lo que yo les indico lo hacen muy bien. El comité son mujeres de la comunidad, se eligen entre ellas y duran un año (D).

No obstante, resalta que ella no tiene claro las funciones de las mujeres del Comité ni las promotoras de salud. Por lo tanto, para ella, las labores que realizan son positivas porque se encargan de la limpieza. Por otra parte, afirma no tener todo lo que necesita para desempeñar sus labores correctamente “de hecho todo el material que traje yo, estetoscopio, de sutura,

baumanómetro...” (Ídem). Muchas veces las deja en la comunidad para no tener que cargarlas todos los días, pues ella vive en SCLC. Si bien el material médico ha sido solicitado a la Jurisdicción, la respuesta resulta absurda e ineficiente

Las suturas están caducadas, pero aun así utilizo esas suturas, no tengo alcohol, Isodine, gasas. Yo me moví y viene a pedir a la jurisdicción y apenas hace como un mes me dieron Isodine... el algodón lo trajo una de mis enfermeras, porque como ella vacuna, pues no iban a vacunar a los niños así (Ídem).

Al respecto, de las dificultades que encuentra para realizar sus funciones comparte

No contar con el material la carencia de medicamentos, el idioma, el dialecto, perdón, lo de que la gente no acepta tu consulta, que soy nueva. Hay quien me dice -yo no voy a vacunar a mis hijos ni me voy a vacunar yo porque las vacunas matan-. Piensan aquí que los medicamentos te matan. Realmente no sé si los problemas aquí tienen solución. Para mí el idioma sí, creo que tengo que aprenderlo, porque como yo vine a hacer mi servicio, mi deber es ayudar, no que ellos me ayuden a mí. Ya entiendo muchas cosas, ya estoy aprendiendo muchas cosas, dando medio mi consulta en tsotsil. Y no sé si tenga solución por el gobierno, no sé hay suficiente economía, no sé en qué gastan todo el dinero que mandan, no sé. Por ejemplo, en abastecimiento de medicamentos no sé a quién le toque, pero el caso es que no llega (D).

Por otra parte, en la entrevista con la enfermera M. J.²⁹ se obtuvo información sobre las actividades que desarrolla en el área de Prevención y promoción a la salud:

“Con campañas de vacunación, con pláticas de higiene, limpieza, orientándolos sobre la alimentación también, y el uso de anticonceptivos. Ahora está de moda lo de la muerte materna también, que las mujeres le den seguimiento y que tomen sus vitaminas y minerales también. Aquí se les da a las mujeres ácido fólico, fumarato ferroso y lo que es el nutri-vida (es un suplemento alimenticio), se les da desde que están embarazadas y en la lactancia.”

Sobre los servicios de salud sexual y reproductiva señaló que:

²⁹ Se utilizarán estas siglas para resguardar su identidad.

Se les da orientación, se realiza el Papanicolau. El uso de los preservativos porque a veces no lo saben usar, o se les orienta, si no han planificado, se les orienta para ver cuál es el más adecuado para ellas. A veces tiene mucha reacción los métodos, pero ya se les lleva un control. Lo que había mucha duda era con el implante, mucha gente piensa que le va a dar cáncer, o que se va a morir o que ya no va a poder tener hijos, y se les saca de duda. En lo que no hemos tenido mucha aceptación, es en lo del Papanicolau. Los métodos que más se usan son las inyecciones bimensuales, el parche en algunas ocasiones cuando tenemos y el implante, colocamos mucho lo que es el implante. El oral casi no lo damos, el mensual muy poquito, más por la lactancia. No se les obliga a hacerse el Papanicolau (en adelante Pn), eso es un acuerdo, de que si ellas no se dejan hacer el Pn o la detección del examen de mamas se van con su falta, en lo de Prospera, y ya les bajan creo que la mitad, sí viene menos pago. Pero son muy pocas las que se lo hacen, haremos como mucho unos 80, en toda la comunidad al año. Los hacemos aquí en la casa de salud. Las cosas que las mujeres tienen que hacer antes del Pn es que no deben de estar menstruando, no deben tener relaciones sexuales 3 días antes, no se debe hacer ducha vaginal tampoco y venir bañadas, pero a veces no vienen así pues, pero sí se les toma. Se les pregunta si están embarazadas, se les hace un cuestionario antes, y como llevamos un control de las embarazadas, de hecho ellas no acuden. Las mujeres de patio libre³⁰, pasan por barrios para checar las casas y ellas sondean las mujeres embarazadas, a las cuales les indican que asistan a la Casa de Salud (JM, mayo 2017).

Al cuestionársele sobre si le resulta sencillo trabajar en la comunidad responde, “Sí, la única limitante es el dialecto. He tratado de aprender un poco, pero es difícil la pronunciación. Me ayuda bastante cuando hay alguna promotora o algún auxiliar de base. Sino con señas, o les hablo un poquito de dialecto, y sí me entiende. Hablo muy poquito tsotsil.”

Respecto de lo que le hace falta para desarrollar bien su trabajo dijo, “Que hubiera más recursos, más medicamento, más personal, porque no es suficiente. Si tuviéramos mejor apoyo acá, daríamos mejores servicios a la gente. Como tenemos bastante gente, a veces sí el tiempo de espera es

³⁰ Las mujeres que integran el grupo de “Patio Libre”, recibieron charlas y talleres relacionadas a temas de salud e higiene, durante el periodo de preparación de la comunidad para recibir el certificado de comunidad saludable otorgado por la Secretaría de Salud del estado.

bastante para la gente... Hay temporadas en las que se escasea el medicamento, al igual que las vacunas” (Ídem).

Estas dos entrevistas con el personal de salud, permitieron tener una visión desde el interior del servicio que atiende en la comunidad. Fue importante para tener un panorama claro del contexto de salud en el que se inscribe el servicio biomédico ofrecido por la Casa de Salud de Cruztón. Son evidentes, a través del testimonio de la médica y la enfermera, las carencias y limitaciones tanto materiales como físicas a las que se enfrentan, así como los mecanismos que implementan para sobrellevarlas, incluso poniendo de sus propios recursos para poder dar un mejor servicio a los pobladores.

También nos permitió tener un panorama sobre la forma en que perciben las costumbres, tradiciones y creencias de la población con respecto a la salud, y forma en la que creen influye en sus propios trabajos. Además de profundizar en el elemento coercitivo sobre el tratamiento médico de los cuerpos femeninos en la comunidad. Como es claro, por lo dicho por la enfermera MJ, las mujeres son coaccionadas para realizarse revisiones médicas como el Papanicolau. Ello abre una serie de cuestionamientos respecto de las políticas en materia de salud reproductiva operativizadas por el Estado, y la oportunidad que deja a las mujeres de desarrollarse autónomamente de manera corporal, esto se analizará más adelante a la luz de las herramientas teóricas y metodológicas aportadas.

IV.2 EVENTOS DOCUMENTADOS EN LA COMUNIDAD

En el trabajo de campo realizado en la comunidad se tuvo la oportunidad de participar en algunos eventos trascendentes en materia de salud que tuvieron lugar en el periodo de tiempo que duro la investigación. Fue necesario recabar el consentimiento de todas/os las/os habitantes en un par de juntas generales, las cuales también se documentaron.

IV.2.1 JUNTA GENERAL

Otro de los eventos en los que fui invitada a estar presente han sido dos juntas generales de comunidad, que tienen lugar el último domingo de cada mes. Se considera pertinente integrar en el

contenido de la investigación la información recabada en dicho evento, pues muestra patrones sobre dinámicas relacionales entre hombre y mujeres. Las reuniones también son en el patio de la escuela, los autoridades o personas que tienen cargo, se acomodan en el quiosco que se encuentra en el centro del patio y los habitantes se distribuyen alrededor, las mujeres del lado donde hay una pequeña banqueta se sientan pareciera que en fila, los hombres ocupan las bancas y la mayor parte del espacio.

La autoridad de Cruztón reposa en la figura de 2 agentes principales, nombrados primer y segundo agente, y otro grupo de hombres (alrededor de 5) que tienen cargo, lo cual implica que tienen responsabilidad de mantener servicios importantes para la comunidad, como caminos y carreteras, servicio de agua, entre otros. En estos puestos principales de autoridad no participan mujeres, aunque las mujeres sí desempeñan cargos de responsabilidad, como en los Comités de Salud o Educación.

En las reuniones de comunidad se tratan problemáticas que requieren la decisión o consenso de los habitantes. Como ya se mencionó anteriormente, generalmente son problemas o situaciones que conciernen a todos, temas económicos, de gestión de recursos, de servicios, y algunos casos particulares que no pudieron ser resueltos entre las autoridades y los pobladores directamente.

Los señores autoridades se reúnen todos los días a las cuatro de la tarde para tratar asuntos de la comunidad. Los pobladores que tienen alguna situación que tratar se apersonan para plantear su problemática, cuando no se logra resolver se lleva a junta general. Pocos son los casos que tampoco encuentran solución en junta general y requieren ir a la instancia mayor en Chamula. En caso de ser temas criminales o de una cuantía mayor a la tazada, van a justicia ordinaria, en la jurisdicción correspondiente o en las especializadas en asuntos indígenas.

IV.2.2 CERTIFICACIÓN DE COMUNIDAD SALUDABLE

Este fue otro evento que arrojó información importante sobre las dinámicas entre el sistema biomédico y estatal y la comunidad. Tuvo lugar el día martes 5 de julio del año 2016, fui invitada por los médicos a la certificación, por parte de la Secretaría de Salud, de Cruztón como comunidad saludable. El evento fue en las canchas de basquetbol de la escuela primaria, y la comida que le siguió se dio en el auditorio de la escuela. Por lo que me explicaron los médicos, la certificación fue el último paso de una campaña que ellos coordinaron en la comunidad, que constaba de pláticas

y talleres que se les dieron a los habitantes donde se les explicaba la importancia de seguir normas de higiene en el tratamiento y consumo de alimentos, mantener sus casas y patios aseados, procurar tener una alimentación sana y balanceada, entre otras.

El día de la certificación el equipo médico junto con gente de la Segunda Jurisdicción Sanitaria y pobladores, recorrieron las calles de la comunidad para hacer constar que se seguían las normas de higiene señaladas, incluso entraron a hogares, previamente elegidos, para verificar que las familias han adoptado las medidas de higiene que se les compartieron, tales como mantener sus patios libres de basura, evitar el estancamiento de líquidos, lavar los alimentos que se consumen, entre otras cosas.

El evento en la escuela comenzó alrededor de las 11 a.m., pese a que fuimos citados dos horas antes. Las promotoras de salud jugaban un papel muy importante, dirigían una feria de la gastronomía tradicional, donde mostraban la comida que se consumía en la comunidad y cómo se preparaba, pero esta exposición era sólo para el personal de la Secretaría de Salud, pues en ningún momento vi que gente de la comunidad fuera invitada a ver de qué se trataba esa feria; también organizaban la distribución de las sillas, las cuales eran ocupadas en su mayoría por hombres, las mujeres se sentaban en el piso. Las promotoras estaban a cargo también del cronograma de los actos que habría en el evento: hubo poesía por parte de los niños de la escuela (en español), bailables, un acto simbólico de juramento por parte de los niños de 5to de primaria sobre su compromiso con mantener la comunidad sana, y una comida. Durante un pequeño receso, momento en que normalmente se reparten los refrescos (generalmente del grupo Coca Cola), se repartió agua de jamaica, la cual tenía una cantidad de azúcar muy alta, y la gente de la Secretaría de Salud aprovechó para felicitar a la comunidad por haber cambiado sus hábitos y comenzar a tomar agua. Esto me sorprendió mucho porque todas las veces, antes y después de dicho evento, en el que yo he estado en la comunidad, sobre todo en los actos que convocan a toda la población, la toma de refresco se presenta en algún momento.

La ceremonia de certificación terminó con el regalo de unas botellas de pox, que se fabrican en la comunidad, para los médicos y personal de la secretaría de salud. Posteriormente fuimos invitados a la comida en el auditorio, había una mesa en una tarima designada para el personal de salud y muchas mesas abajo para la población en general. Pude observar que primero pasaron a comer todos los pobladores hombres, una vez que ellos acabaron fueron pasando poco a poco las mujeres.

IV.3 PARTERAS

Para recabar información sobre la partería en Cruztón fue necesario en primer lugar conocer directamente a parteras que quisieran compartir su testimonio, lo cual se obtuvo vía recomendación de las propias mujeres entrevistadas. Las parteras entrevistadas ofrecieron un rico panorama sobre su trabajo y visión respecto de la salud de las mujeres.

La información que nos proporcionó la partera Rosario fue a través de su hija T, pues ella habla muy poco castellano. Respecto de su trabajo compartió que ella comenzó a ser partera porque su mamá lo era, y un día que no se encontraba en casa llegó un hombre a buscarla diciendo que necesitaba ya ir a ver a su mujer porque estaba a punto de parir y no estaba bien. Rosario le dijo que ella no sabía y que su mamá no estaba, pero el hombre insistió, ella finalmente le acompañó y con lo que había visto de su madre atendió a la mujer. Así comenzó su trabajo como partera y todo lo fue aprendiendo en el camino, dice que, pese a que su madre fue partera muchos años, ella lo aprendió todo con la práctica.

Otra de las formas en las que expresa que entendió su vocación y obtuvo el don de la partería, lo identificó narrando un sueño. Soñó que en el patio había muchos pollitos y una mujer le dijo que tenía que recogerlos todos en el rebozo, que si no lo hacía recibiría una serie de varazos en la espalda, ahí entendió que ser partera era su deber.

Sobre las actividades que realiza en el cuidado de las mujeres comparte que son primero las mujeres o su esposo las que se acercan a Rosario para “pedirle favor”, hablan del embarazo y piden que ella trate a las mujeres. Durante el embarazo las visita periódicamente para ver que todo esté bien, las soba, les acomoda a la niña/o en caso de ser necesario. Después las atiende durante el parto, a la hora que éste se presente, sea en la madrugada o a la hora que se presente, y tarde el tiempo que tarde; después del parto también sigue procurando cuidados a la madre y el/la recién nacida.

Durante el parto Rosario hace mención de que necesita gasas, Gillette (navaja para cortar), aceite de oliva y algunas plantas que se dan en forma de té a las mujeres. Sobre el material dice que le gustaría que se lo proporcionaran en la Casa de Salud, porque no todas las atenciones que brindan son pagadas, pero es muy enfática en que ella no quiere trabajar con la casa de salud. Expresa que los médicos no las dejan trabajar y no les gusta como ellas hacen.

Durante el parto Rosario acompaña a las mujeres dándoles té, dejándolas caminar cuando lo necesitan, indicándoles cómo hacer fuerza y sobre todo muy pendiente de la expulsión de la placenta. Durante la entrevista, pude percatarme que hay un gran interés y preocupación por la expulsión de la placenta, pues saben que si ésta no se da correctamente la salud de la mujer está en riesgo y hay que trasladarla a un hospital.

De su experiencia con los hospitales T, hija de Rosario, contó que en un par de ocasiones ha sido necesario trasladar a una mujer al hospital, eventos en los cuales Rosario ha acompañado a las familias, pero que las familias para protegerla nunca dicen que ella es la partera que la estaba atendiendo, porque “hasta la pueden meter a la cárcel”. Al preguntarle sobre quién les dijo que la podían criminalizar, T dice que el resto de los pobladores, porque se los han dicho los médicos. Pero que la gente de la comunidad sabe la importancia de su trabajo, por eso muchas veces son los mismos pobladores los que las protegen.

Sobre la atención posparto señala que días después del nacimiento se sigue visitando a las mujeres, se les mete al temazcal para que vuelvan a agarrar fuerza y se ve cómo va la/el bebé.

La paga como ya se mencionó, no siempre llega “en veces hay, en veces no, sólo un refresco de medio³¹” (Rosario). Todo depende de las posibilidades de la familia, pero Rosario reconoce que es un trabajo extenuante, pues muchas veces ocupa que se quede toda la noche con las mujeres que están en labor, además de compartir que con cada atención que va a dar se pone muy nerviosa, que días antes no duerme bien esperando la llegada del parto.

Sobre la atención que reciben las mujeres en los hospitales dicen que no las tratan bien, que les quitan la ropa, no les hablan en su idioma y están fuera de su casa, que eso no hace feliz a las mujeres, “**¡Aquí están en su casa, con nosotras!** (ídem)”.

Cuando le pregunto a T si ella quiere ser partera me responde que no, que es mucho trabajo y son muchos los riesgos. Ella manifiesta que tiene mucho temor de que un día lleven a su mamá a la cárcel, pese a que hace un trabajo que la cansa tanto y muchas veces lo hace sin recibir un pago a cambio, sólo para ayudar a las familias y a las mujeres. Doña Rosario se ríe y le dice en tsotsil que no diga esas cosas.

³¹ Se refiere a una bebida gasificada de medio litro.

La entrevista con la partera capacitada, Joaquina, también se realizó con su hija S como interprete. La entrevista tuvo lugar en el paraje La Curva, camino a Cruztón, porque ahí la partera Joaquina y su familia tienen un pequeño comedor, que atienden entre todas sus hijas y ella.

Sobre cómo aprendió a ser partera, Joaquina dice que con la práctica, su abuela era partera pero ni fue ella quien la enseñó. También en un sueño le dijeron que ella tenía que encargarse de la salud de las mujeres; además de ser partera es curadora herbolaria y está enseñando a su hija el mismo trabajo. Y comparte que ha recibido tres o cuatro capacitaciones, en la Casa de Salud de Cruztón, en Chamula y en San Andrés.

Joaquina atiende a las mujeres que vienen a pedirle que las cuide en sus embarazos, está presente en los partos y días después sigue revisándolas a ellas y a sus hijas/os. Comparte que ahora que vive en la Curva (a 7 km de Cruztón), es más difícil porque tiene que hacer el viaje y pagar su pasaje, y como no siempre le pagan al final ella tiene que poner su esfuerzo y su dinero.

Sobre la atención directa del parto S, haciendo la traducción de su mamá nos dice: “Las mujeres no muy quieren ir al médico, a veces son sus esposos o sus suegras las que deciden llevarlas.” Dice que con ellas las mujeres deciden cómo quieren parir, luego entran al temazcal. Ellas mismas les receta las hierbas que necesitan. Conoce muy bien las plantas, dice su hija que Rosario tiene la cocina llena de plantas que ella las recolecta de la montaña o las manda traer con un tío de tierra caliente.

Al preguntarle si ha tenido alguna complicación que requiera llevar a las mujeres al hospital refiere que no, dice que su relación con los médicos siempre ha sido buena, que nunca ha tenido ningún problema con ellos. Es muy cuidadosa al hablar del sector salud. Comparte que su trabajo es muy bien recibido por la comunidad, incluso goza de fama en otras poblaciones lo que hace que vengan a buscarla de muchos sitios, también para su trabajo como curadora con las plantas.

Para su trabajo utiliza ollas (para esterilizar), tijeras, hierbas, alcohol, gasas. Hace una pequeña mención de que le gustaría que al menos le proporcionaran en la Casa de Salud el material suficiente para atender, pero que prefiere no pedirselos. Al intentar seguir indagando por qué prefiere no pedirselos se muestra reservada.

Respecto de la atención que reciben las mujeres en los hospitales expresa que es buena, pero que es mejor con las parteras, porque las atienden cuándo y cómo lo necesitan.

Ahora bien, respecto a la información recabada sobre las parteras con el personal de salud de la comunidad, la enfermera M.J nos compartía que, “algunas están capacitadas y saben qué hacer en caso de una emergencia obstétrica, y están al día con lo de que no se debe usar la oxitocina. Hay **algunas que sí ponen de su parte pues y otras que no, que son clandestinas**, que llevan muchos años en la práctica pero que no están capacitadas.” Sobre las parteras no capacitadas, la enfermera es insistente en que no ponen de su parte para aprender nuevas cosas.

J.M. afirma tener un directorio de parteras, el cual se realizó preguntando a las personas quién las atendió y dónde vive. Estas preguntas las realizan generalmente a las mujeres que traen a las/os recién nacidas/os a revisión. “Las parteras que no están en el control, ya se les va invitando y se les da un botiquín de primeros auxilios, para que tengan material, ligadura, Isodine, lo que tengamos para apoyar, pero sólo cuando tenemos. De hecho, algunas de ellas ya tienen su credencial de que son parteras certificadas.” Sería muy importante cuestionarse qué significa para el sector salud que estas parteras cuenten con credenciales de que están certificadas. Si con estas credenciales están o no autorizadas para brindar la atención completa a las mujeres, o ¿qué implicaciones tiene? Pero estas preguntas escapan del objetivo de la investigación, por lo que quedan abiertas para la indagación.

Reconoce la importancia del trabajo realizado por las parteras capacitadas en la comunidad, pues dice que cumplen prácticamente la función de un médico ya que ellos no pueden estar todo el tiempo. Por el contrario, con las parteras tradicionales, o clandestinas como ella las llama, dice que pueden tener mucha práctica pero que desconocen muchas cosas que son fundamentales.

Comparte la enfermera mencionada que podrían trabajar de manera coordinada con las parteras, el único problema son los horarios, ya que en la Casa de Salud trabajan sólo por las mañanas y las parteras atienden mujeres todo el día, incluso en las madrugadas.

Por otro lado, la médica D compartió un reconocimiento al trabajo de las parteras en la comunidad, “Es la tradición, el noventa por ciento de las mujeres se atienden con parteras y les dan atención posterior al parto”, pero también señaló que algunas de sus prácticas no le parecían adecuadas:

Estoy un poco en contra de algunas, porque, por ejemplo, hace poco una niña de 13 años estaba embarazada y la partera le empezó a dar unas plantas, para que abortara, la que ocupan es la ruda. Les empiezan a dar ruda, mucha; y la ruda lo que hace, aparte de que según es venenosa, hace un efecto de vasoconstricción, el útero empieza a hacer contracciones hasta que abortas, pero les dan mucha, y la ruda se va a tu sistema y te puede dar un infarto y causan una hemorragia horrible, puedes sangrar 15 días o un mes. Esto me lo contó una señora de acá de la comunidad (Médica D).

Cuando se le pregunta si tiene alguna dificultad con el trabajo de las parteras en la comunidad responde que:

Eso que te dije, y que creo que están en contra de la medicina y pues no se dejan conocer. Yo por mi parte he intentado buscarlas, les he dicho a las mujeres que van a parir que le digan a su partera que me deje estar presente y no quieren, las mujeres sí quieren. Entonces están muy cerradas en sus costumbres, es su tradición pues (Ibidem).

Posteriormente dice que le impresiona mucho que las mujeres que llegan a la atención de las/os recién nacidas/os, siempre tienen a los niños en buenas condiciones, “No sé qué hagan las parteras, pero el bebé siempre me lo llevan bien. Muy pocos son los que han tenido una patología y todos son como a nivel de vías aéreas. Me encantaría ver cómo le hacen”. (D)

Las mujeres de la comunidad se expresaron de manera general muy positiva de las parteras. De la totalidad de las mujeres entrevistadas, todas recibían atención en algún momento de las parteras. Se destacaba la ventaja de que fueran mujeres de la comunidad lo cual hacía fácil recibir atención cuando ellas lo necesitaban, hablaran su idioma, respetaran sus costumbres, las atendieran en su casa y les explicaran qué era lo que estaban viviendo.

Josefina: “Cuando hacen bien su trabajo que bueno, porque ayudan a las mujeres a la hora que sea. Valoro mucho el trabajo que hacen con las mujeres. Se quedan con la mujer hasta que nace el bebé.”

María: “Yo creo que está muy bien lo que hacen, te atienden bien, te dicen si está bien el bebé o no. Si no está bien el bebé te dicen que vayas al doctor. Yo digo que está bien.”

Carmen: “Ellas tienen mucho valor, para cuidar a las mujeres, porque es muy difícil.”

La integración de este apartado ha sido de capital importancia para poder contextualizar el escenario y las alternativas en materia de salud materna, con las que cuentan las mujeres de Cruzón. Con esto se puede entrar a un análisis más profundo sobre las posibilidades materiales y simbólicas que las mujeres tienen de vivir de manera autónoma, ciudadana o no, sus procesos reproductivos. Observar el entorno y las/os actoras/es que intervienen en la toma de decisiones, propias o por agentes externos, nos ayuda a profundizar en las relaciones de poder que intervienen en las vivencias corporales de las mujeres que asumen la maternidad, pero igualmente esta comunicación puede ser absorbida, interiorizada y/o cuestionada por las mujeres cercanas. De tal forma que la información aquí vertida ha sido piedra angular del proceso reflexivo que se desarrollará en los siguientes capítulos.

Capítulo V. SALUD MATERNA Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN CRUZZÓN

“Ay de veras ustedes los chamulas” (prestador del servicio biomédico de salud)

V. DE LAS PARTICIPANTES

Comenzaré por mencionar que, para la realización del trabajo de campo en la investigación se optó, como ya se mencionó en el apartado metodológico, por trabajar únicamente con aquellas mujeres que mostraran un interés personal en hablar sobre la temática de salud materna conmigo. Esto con la finalidad de reducir, en la medida de lo posible, las relaciones de poder e imposición de deberes de las que se hizo mención al hablar del recibimiento de la investigación en la comunidad.

Con el uso de las herramientas metodológicas diseñadas, se recabó la información que a continuación se desarrolla. Las entrevistas se realizaron en su mayoría en las casas de las mujeres, en los días y horarios que ellas consideraban más adecuados, buscando no interferir con sus labores del hogar o trabajos. Únicamente una de las mujeres fue entrevistada mientras cumplía sus funciones en el Registro Civil de la comunidad, donde labora, pero expresó que se sentía cómoda para hacerlo ahí, ya que el espacio se lo permitía de mejor manera.

Las mujeres que se entrevistaron con el perfil de usuarias del servicio biomédico de salud reproductiva, oscilaban entre los 20 y 30 años de edad, la mayoría casadas o viviendo en unión libre. A excepción de una, todas eran mujeres chamulas, cuyo primer idioma era el tsotsil. Clara, la única mujer mestiza, se encuentra casada con un habitante de Cruzón, vive con su familia y ha sido asimilada por la comunidad como parte de ella.

Dentro de las actividades que realizan, todas se encuentran encargadas del trabajo doméstico, tres se dedican además al tejido de ropas y tapetes, y una es encargada del registro civil.

Todas las mujeres entrevistadas tenían conocimiento del caso de muerte materna de Susana Hernández, e invariablemente hicieron mención de éste durante la entrevista. Tres de las mujeres formaban parte del entorno familiar de Romeo López. Como familia mostraron mucho interés en participar de la investigación lo cual fue de gran utilidad para la aceptación de la comunidad y las mujeres.

De todas las entrevistas realizadas dos fueron a mujeres que no habían tenido experiencias obstétricas, sus testimonios no aparecen en este capítulo de análisis, pero la información aportada fue importante para tener una mejor idea del contexto. Estas mujeres nos hablaron de sus vivencias en torno a la menstruación y los conocimientos con los que cuenta respecto de la salud reproductiva. También compartieron su visión sobre las experiencias de las mujeres de su entorno y la forma en que esto ha impactado su forma de ver la reproducción humana.

Sólo dos de las participantes vivieron en algún momento de sus vidas en un contexto de ciudad. Carmen quien realizó varios viajes viviendo incluso en el estado de Puebla, siendo la única que ha vivido fuera de Chiapas; y Clara que es mestiza, nació y vivió en la ciudad de San Cristóbal de las Casas hasta que decidió casarse. El hecho de haber vivido fuera lo identifican en algunos momentos como que las hace ver las cosas diferente de las mujeres de la comunidad. Se intentó indagar en qué sentido era esta sensación de diferencia, pero no se obtuvo mayor información.

De la totalidad de las narrativas de mujeres con experiencias obstétricas recabadas, todas refirieron haber hecho uso alternado de los servicios de salud biomédicos (públicos y privados) y de los servicios tradicionales. Se destaca que algunas de ellas mencionaron que los servicios eran complementarios, y ninguna refirió que fueran incompatibles.

V.1 TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN, IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS

A continuación, se presentarán los casos atendiendo al esquema expuesto en el apartado metodológico sobre las trayectorias de atención. Se integrarán los apartados de *primeras manifestaciones, atenciones iniciales, instancia médica, diagnóstico, tratamiento, cuidados y denuncia o demanda de atención*. Se intercalará la información directa de los testimonios, con la propia narrativa y análisis de los hechos; se incorporará igualmente un análisis de la presencia de violencia obstétrica y violaciones a derechos humanos, así como sobre las posibilidades del ejercicio de ciudadanía reproductiva en los casos presentados.

Como ya se mencionó en la sección metodológica, los nombres de las mujeres entrevistadas, médicos y parteras han sido cambiados con la finalidad de resguardar sus identidades.

V.1.1 ANDREA

Ella es una mujer tsotsil de 22 años, originaria de Cruztón, casada, actualmente reside en la comunidad de Romerillo (a ocho kilómetros de Cruztón rumbo a Tenejapa), a donde pertenece su esposo. Cuenta con Seguro Popular. Su núcleo familiar está formado por su esposo y ella. Fue entrevistada en dos ocasiones, en la primera entrevista aún estaba soltera, la segunda entrevista fue posterior a su matrimonio y al evento obstétrico que vivió el mes de febrero del 2017.

Andrea es hermana de Romeo Pérez López, viudo de Susana Hernández Gómez. Tuvo un embarazo ectópico y requirió atención médica de emergencia en el servicio de salud público del estado. Ella y su familia me solicitaron que les acompañara en la búsqueda de la atención requerida.

La segunda entrevista fue realizada en la casa de sus padres en Cruztón, donde se encontraba recuperándose a la semana siguiente del evento obstétrico que a continuación se plasma.

Primeras manifestaciones:

De voz de ella:

No sabía que estaba embarazada, porque estaba reglando bien, ya luego cuando empezó el dolor nos fuimos al hospital, y supimos que había un embarazo (Andrea).

En el hospital le dijeron que tenía aproximadamente un mes de embarazo, pero que éste era ectópico. Informa que previamente no había tenido ningún tipo de atención médica en materia de salud reproductiva, tampoco estaba tomando ningún método anticonceptivo. Se había unido en matrimonio en fechas recientes.

Fue primero el dolor que ya me estaba matando. Estaba en la cocina, cuando llegamos a la casa, yo estaba preparando la comida, ya luego me empezó un dolor que ya ni me podía levantar con ese dolor, ¡ya me estaba matando! Ya fue que le dije a mi esposo que llamara a mi papá para pedirle un viaje para que nos llevara a San Cristóbal (Ídem).

Pero el primer servicio biomédico al que acudieron fue el del Hospital General de Chamula (HGC), por ser al que le corresponde brindar servicio a su comunidad según la distribución territorial que ha hecho la Secretaría de Salud del Estado, pese a que, como ya se asentó en el capítulo etnográfico, esto representa un viaje más largo que al Hospital de la Mujer en San Cristóbal de las Casas

(HMSCC). El trayecto desde Cruztón a San Cristóbal de las Casas es aproximadamente de veinte minutos en auto, mientras que a Chamula es de una hora.

Instancia médica:

El primer contacto biomédico que tuvo Andrea fue en el HGC, donde, de entrada, dijeron no contar con las herramientas suficientes para atenderla de manera adecuada.

Ya entonces fue que nos llevaron rápido a San Juan Chamula y ahí me dijeron que no tenían suficientes medicamentos ni equipo, porque no les habían pagado. Entonces fue que nos mandaron para San Cristóbal a que me hicieran el ultrasonido, para ver exactamente qué era (Andrea).

Cuando estuvieron en la clínica de Chamula aún no había sangrado, pero cuando llegaron al ultrasonido en San Cristóbal ya había hemorragia. El ultrasonido se lo hicieron en un servicio privado. El doctor de Chamula les sugirió ir ahí, el Dr. U (que es el médico de la Casa de Salud de Cruztón) les había recomendado ir a Chamula porque cuentan con Seguro Popular. De Chamula al lugar donde realizarían el ultrasonido se trasladó en carro particular, de hecho, hizo todos los recorridos en carro particular. Fue hasta que regresó a Chamula, después del ultrasonido, donde ya venía sangrando, que le proporcionaron una ambulancia para trasladarla a SCLC.

Demanda de atención:

Durante el desarrollo de estos acontecimientos, su papá y Romeo se comunicaban con las autoridades en materia de salud (con el jefe de la jurisdicción sanitaria número dos y con el director del HMSCC), con las que ya tienen contacto desde el cumplimiento de la recomendación de derechos humanos (RDH) emitida por el caso de Susana, es por ello que se agilizó la atención. Al mismo tiempo, en el HMSCC, se habló con las enfermeras y médicos, los cuales se mostraron en un inicio un poco reticentes a dar información, pero en el transcurso de la atención fueron brindando informes a la familia y a mí sobre el estado de salud de Andrea.

Diagnóstico:

Señala que el doctor que realizó el ultrasonido en SCLC le dijo “tienes que hacerte una cirugía, pero de inmediato porque ya tienes un derrame”. Al parecer se refiere a la hemorragia vaginal que ya estaba sufriendo.

Fue que en Chamula nos dijeron que tampoco había doctores para hacerme la cirugía y nos mandaron al Hospital de las Mujeres (Andrea).

Es decir, después de enviarla del HGC, a SCLC a realizarse un ultrasonido en un servicio privado, regresaron a Chamula para pedir la atención inmediata que requería, y ahí le dijeron que no contaban en ese momento con los médicos que la atendieran y la trasladaron en ambulancia al HMSCC, de regreso a SCLC.

Tratamiento:

En el transcurso del viaje a SCLC, únicamente le proporcionaron medicamento para controlar un poco el sangrado. Ella dice que en ese momento sí le explicaron su situación, le dijeron que no tuviera miedo, que si la atendían a tiempo nada malo le iba a pasar. “Yo me sentí muy mal, con mucho miedo... de no poder despertar de... (Andrea)”, después de expresar esto cerró los ojos y guardó silencio con un claro gesto de aflicción.

En la ambulancia la acompañaba su esposo y dos enfermeras. Cuando llegó a SCLC la prepararon, Me quitaron mi ropa, me pusieron la bata, y ya estuve preparada para entrar a cirugía... Sí, pero ahí no me atendieron rápido, que porque no había mucho dolor. Llegué como a las ocho (pm) y creo que me atendieron hasta las once (pm). Yo estaba consciente y les decía que tenía mucho dolor, pero como estaba lleno donde me iban a hacer la cirugía, tuve que esperar en una sala que estaba llena de mujeres (Ídem).

Ella se encontraba sola, pidió que alguien la acompañara, pero le dijeron que no se podía.

Luego, cuando se desocupó uno (refiriéndose al quirófano) me llevaron ahí, donde me iban a hacer la cirugía, pero ahí también estuve esperando un buen rato, porque estaban

preparando todo su equipo... porque esto era algo que no era fácil, tenían que lavar y costurar lo que se rompió, que era una de las trompas de Falopio (A).

Durante la cirugía nos mantuvimos en la sala de urgencias don Juan (el papá de Andrea), dos de sus hermanos menores y yo. Estuvimos esperando información, cada media hora aproximadamente don Juan se acercaba a preguntar si ya había noticias de su hija. Permanecíamos sentados junto a los demás familiares de las mujeres internadas en el hospital, muchos de ellos estaban tendidos en el piso durmiendo, nosotros sentados en las escaleras bebíamos café en silencio.

Ya luego a la una de la mañana, cuando llegué a despertar, todavía no sentía dolor. Luego cuando la anestesia se fue, tenía un dolor muy fuerte, y los doctores todavía no me creían que tenía mucho dolor, pero una de las enfermeras hizo todo lo posible por darme medicamentos para el dolor, pero aun así el dolor no se iba. Los médicos no me creían porque dicen que han visto dolores en los que las mujeres están gritando por el dolor, pero yo no, pero sí tenía mucho, mucho dolor. Ya después se suponía que a las dos y media (am) iba a pasar a piso para estar con mis familiares, pero no fue así porque el dolor seguía, a las dos, tres, ya a las cuatro de la mañana llegué a pasar a piso. ¡Pero aun así tenía mucho dolor! Pero me dijeron que ya tenía que pasar a piso, porque mi familia estaba preguntando por mí, y me dijeron que ya tenía que pasar a piso para que ya no se preocuparan. Fue que ya descansé un rato. Cuando pasé a piso, me dieron ahí otro medicamento que se me pasó el dolor... (Ídem).

Cuidados:

Cuando Andrea finalmente fue trasladada a piso, donde se deja a las pacientes en recuperación, su esposo fue llamado en la sala de urgencias para acompañarla. Ella refiere que pasó en el hospital un día y dos noches. Cuando se le preguntó por el trato que recibió y cómo se sentía respondió:

Una enfermera no muy me daba los medicamentos para el dolor, se supone que los dolores me daban cada ocho horas, pero no era así, era cada instante, a cada rato. Había otra enfermera que sí me daba los medicamentos, pero no todas atienden bien. La otra enfermera cuando le pedía medicamento me decía que las otras pacientes no pedían, pero la otra

enfermera decía las otras no piden porque sólo tuvieron cesárea, -pero lo tuyo fue mucho peor-. Como te decía, la enfermera que no me daba medicamento me hacía que me levantara sola, que me esfuerce sola... los médicos sí me visitaron, me preguntaron si todo estaba bien, y pues gracias a dios sí todo estaba bien... Me dieron de alta al tercer día, me preguntaron si todo estaba bien, si mi estómago, cómo iba al baño, ya les dije que sí, me dijeron que me iban a dar de alta, pero que tenía que permanecer en reposo en casa. Me dieron de alta a las dos de la tarde. Regresé a casa, descansé y luego tuve el problema de inflamación, se me inflamó mucho el estómago. Pero como tenía la cirugía me lastimaba mucho y por eso tuve que regresar otra vez al hospital, porque tenía un problema para ir al baño, no podía ir al baño. Por eso tuve que regresar al hospital [regresó al Hospital de la Mujer el mismo día que la dieron de alta por la tarde] y ya fue que nos dieron medicamento ahí. [Regresó a las siete pm]. Nos atendieron luego, luego, porque llevábamos un papelito que nos dieron, si no lo hubiéramos llevado no nos hubieran atendido.

El papel referido era el Alta, ahí se exponía la atención que había recibido en ese mismo hospital. Después de que la atendieron regresó a su casa esa misma noche. No les proporcionaron todo el medicamento, por lo que ellos tuvieron que comprar algunas de las medicinas recetadas. Desde ese evento, ella no ha vuelto al hospital. No obstante que quedaron puntadas por el procedimiento que le realizaron.

Respecto de las puntadas señala:

Me costuraron diferente a las otras (durante la atención que recibió en el hospital las enfermeras le dijeron en repetidas ocasiones que el tratamiento para ella fue distinto, pues fue necesario hacerle otro tipo de cirugía, sin embargo, ella se encontraba en la misma sala de recuperación en la que estaban las mujeres que habían parido), y era complicado de sacarlas (Andrea).

Se las quitaron en un consultorio médico privado, dice que decidieron esto pese a que les dijeron que en ocho días se los iban a quitar, dijo:

... no llegó ni a los ocho días, como ya se había sanado, lo lavamos, tomé hierbas para las heridas, los puntos ya estaban entrando dentro de mí. Entonces la noche del sábado

llamamos a un doctor que conoce mi hermano Andrés y le dijo que nos fuéramos en su consultorio para que nos quiten la costura pue (sic), y ya me sentí bien, porque lo que me estaba haciendo mal era la costura que ya se estaba entrando, me picaba... (Ídem).

Las hierbas, dice que se consiguen ahí en la comunidad y que son especiales para curar las heridas, “sana bien rápido y me las preparó mi mamá”.

En el servicio biomédico se le indicó a Andrea que era necesario que utilizara un método anticonceptivo por los próximos tres años, si no quería que se repitiera la situación médica que acababa de enfrentar. Sin embargo, dados los dolores que presentaba le pidieron que volviera más adelante.

Sí, sí me preguntaron de que debía ponerme métodos anticonceptivos, que era muy grave lo que me pasó y que en cualquier momento podía quedar embarazada y que de nuevo me darían una cirugía como la que me dieron. Porque puede que el bebé entre en la trompa de Falopio, que pase por ahí, entonces que era mejor que me pusiera un método anticonceptivo, que me cuidara. Me dijeron que dentro de tres años para que me recupere bien bien, para que me pueda embarazar bien, sin hacerme otra cirugía. Porque si me embarazo luego luego, me vuelve a pasar lo mismo. En ese momento no me lo pusieron porque aún tenía mucho dolor, pero me dijeron que en cuarenta días volviera a regresar para que me pongan el método (Andrea).

Andrea manifestó que sí quería regresar a que le pusieran el método a los cuarenta días, pues dijo que le preocupaba mucho volver a pasar por una situación de riesgo. Sin embargo, el personal del servicio biomédico no le explicó qué método le pondrían, ni qué opciones tenía para cuidarse en los cuarenta días indicados de espera.

Estado actual:

“Ahora ya me siento mucho mejor.” Comparte que ahora empezó a tomar otro medicamento porque tenía un problema de flujo vaginal. Dice que ahora fueron con otro doctor a preguntarle y ya les

dio ese medicamento, el médico es del servicio de Farmacias del Ahorro³². Señala que se decidieron por este servicio porque ya les pareció más cercano, al preguntarle porque no fue al HMSCC y esa fue su respuesta. Cabe destacar que en el HMSCC no le pidieron que regresara a revisión, dice que irá hasta la cita para que le pongan los métodos anticonceptivos. Tampoco en la Casa de Salud de Cruztón le pidieron que fuera a revisión.

En la primera entrevista realizada antes del embarazo ectópico, al preguntarle a Andrea si había algo que consideraba debiera cambiar en el servicio biomédico público, ella dijo que en ese momento no se le ocurría nada. En esta ocasión expresó lo siguiente:

Yo pienso que sería bueno que me pudieran atender aquí, que hubiera todos los equipos para poder atender cosas como ésta rápido, para no tener uno que viajar así, sintiendo mucho dolor y que no lo atiendan donde va. Que lo atendieran a uno más rápido (Andrea).

Dice que se siente muy bien en casa, que es diferente al hospital donde no la trataban bien los demás “pero como aquí todos me tratan bien y me cuidan, pues ya me recupero y estoy bien animada” (Ídem).

Durante su convalecencia ella estuvo viviendo en Cruztón, en casa de sus padres. Pero finalmente, tenía claro que debía regresar a Romerillo con su esposo, y cómo esto implicaba otro tipo de cuidado, “me quiero cuidar mucho porque no quiero regresar al hospital. Aunque uno no está acostumbrada a no hacer nada.” (Andrea)

Análisis de los hechos:

Secuencia de atención: como lo vemos en los hechos narrados, la primera decisión de Andrea y su familia al presentar un fuerte dolor en la parte baja abdominal, fue presentarse al servicio biomédico de salud ofrecido por el HGC De ahí fueron enviados a realizarse un ultrasonido en el servicio privado, regresaron a Chamula donde fueron trasladados al HMSCC, finalmente le realizaron la cirugía correspondiente y permaneció dos días. Fue dada de alta y por una inflamación regresó el mismo día al servicio biomédico, donde fue atendida y recetada de manera inmediata.

³² Farmacias particulares de bajo costo que ofrecen también servicio de atención médica gratuita a cambio de que se compren las medicinas en sus locales.

También recurrió al conocimiento de plantas de su madre, quien le proporcionó un té que le ayudaría a sanar las heridas. Para el retiro de los puntos acudió a un servicio privado. Asimismo, para el tratamiento de una molestia causada por flujo vaginal.

Violencia obstétrica y violaciones a derechos humanos:

Relacionando a la violencia obstétrica con su componente de derechos humanos que se manifiesta en la falta de observación o interés por parte del Gobierno o autoridades de procurar los escenarios idóneos para el ejercicio de los derechos reproductivos. De esta manera, el hecho de no procurar que los servicios de salud públicos cuenten con los recursos suficientes para dar atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio, representa una violación de derechos humanos y vuelve a las mujeres propensas a vivir violencia obstétrica.

A Andrea le fue negado el servicio de salud en Chamula por decirle que no contaban con el material necesario para realizarle un ultrasonido, y le pidieron que se presentara en un servicio privado en la ciudad de SCLC, sin tampoco proporcionarle el traslado. De no contar ella con el apoyo de su familia para realizar estos traslados y para asumir la erogación que se desprendía del uso de estos servicios, la vida de Andrea se habría puesto en mayor riesgo del que ya estaba enfrentando.

El riesgo enfrentado por Andrea representa violaciones a sus derechos a la vida, la salud y la integridad física, lo cual supone graves violaciones a sus derechos humanos, reconocidos en diversos tratados internacionales y en el marco regulatorio mexicano en los artículos 1, 4, 22 y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En lo tocante al derecho a la vida, recordemos que la garantía de este derecho es un presupuesto fundamental para el disfrute del resto de las prerrogativas; e incluye la obligación de los Estados de adoptar las medidas necesarias para crear condiciones que disuadan cualquier amenaza que atente contra el derecho a tener y gozar de una vida digna. En este sentido, el Comité CEDAW ha dicho que la falta de servicios de salud materna apropiados que satisfaga las necesidades e intereses

específicos y diferenciados para las mujeres, no solo atenta contra su salud también es una falta de cumplimiento de su deber de garantía del derecho a la vida de las mujeres.

El hecho de que para Andrea haya sido necesario realizar diversos traslados para poder obtener la atención médica adecuada, los cuales pudo hacer en parte gracias a que su familia contaba con los medios materiales para realizarlos, representó por un lado, una falta del elemento de *accesibilidad* que deben tener los servicios de salud otorgados por el Estado, señalado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Y, por otro lado, a la falta de procuración de otorgarle los medios adecuados para el disfrute del más alto nivel posible de salud física, mental y social, al que se encuentra obligado el Estado mexicano por el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), del cual forma parte.

Andrea, entre los traslados y el servicio de salud en el HMSCC, debió esperar un par de horas para recibir la atención adecuada, lo cual le generó angustia y preocupación tanto para ella como para su familia, que impactó su integridad física, pues se vio expuesta a sufrir una hemorragia que pudo significar un desenlace fatal para su vida. Recordemos que la integridad física no sólo se traduce en una afectación corporal, se toma en cuenta su componente integral que habla sobre la salud física, psíquica y moral, afectación que ella manifiesta al decir que sentía mucho miedo de no poder salir con vida dados los dolores que enfrentaba provocados por la hemorragia a la que dio lugar el desgarre de la trompa de Falopio que fue resultado del embarazo ectópico.

También es necesario abonar al análisis de la violencia obstétrica en el plano emocional vivida por Andrea, el hecho de la falta del suministro adecuado de medicamento y el maltrato de parte de una de las enfermeras que la atendió. Dicha prestadora del servicio biomédico le decía que el resto de las mujeres no se quejaban tanto y que por lo tanto ella no tendría por qué estar diciendo que sentía tanto dolor.

Otro de los puntos a analizar, es el hecho de que a mujeres que han sufrido una pérdida del embarazo se les pone en la misma sala de recuperación que al resto de las mujeres que han tenido embarazos o cesáreas exitosas. Con ello a Andrea se la comparaba diciendo que el resto no sentía tanto dolor, siendo que ella se encontraba en una situación completamente distinta. Ante ello, cabe

el cuestionamiento sobre si esto genera o no más sufrimiento o dolor a las mujeres del que ya enfrentan, por su condición física o emocional ante la pérdida del embarazo.

Desde el aspecto cultural también es importante tomar en cuenta que algunas de las explicaciones dadas a Andrea por parte del personal del servicio de salud, no le quedaron claras, lo cual pudo resultar para ella muy estresante y le generó angustia. Andrea narra que sentía mucho dolor en todo momento, y no cada ocho horas como entendió de la explicación que le dieron sobre el suministro de medicamentos. Cuando cuestionó a una de las enfermeras al respecto ésta no le daba mejores explicaciones.

Otro aspecto fundamental a analizar es el tema de la anticoncepción, la cual le dijeron que sería necesaria utilizar por los próximos tres años. Pese a que el personal de salud estaba consciente de que, para la procuración de la salud y bienestar de ella no debía embarazarse, y de que no era el momento para ponerle un anticonceptivo que la afectara más, no se pensó en ningún momento en tener una charla con su pareja para explicar cuáles podrían ser los métodos que él debía utilizar para el cuidado de su esposa. Una vez más observamos el patrón de responsabilidad y carga sobre los cuerpos femeninos respecto de su reproducción. El cuerpo de Andrea tendría que ser nuevamente intervenido cuarenta días después del proceso que enfrentó. Tampoco se le explicó a ella cómo podría procurar durante este periodo no quedar embarazada, ni algún otro tipo de cuidados necesarios para su salud sexual y reproductiva.

En lo referente a los cuidados posteriores en casa, resulta muy interesante que ella reconoce que está bien cuidada por su familia, que es importante que por esos días no realice muchas actividades, pero que pronto necesitará regresar a su nueva casa donde cohabita con su actual pareja. Las obligaciones que a ella le han sido asignada en su rol como mujer no desaparecen y esto queda claro cuando menciona “sé que me tengo que cuidar, pero una no está acostumbrada a no hacer nada (Andrea)”.

En la narración de los hechos realizada por Andrea se puede observar la cantidad y variedad de servicios de salud utilizados durante su evento obstétrico. Ella decidió desde un primer momento presentarse en el servicio biomédico por considerar que se encontraba en una situación emergente.

Los traslados fueron realizados en su mayoría en transportes familiares, únicamente se le proporcionó un transporte del servicio de salud en una ocasión, cuando ella ya presentaba una hemorragia que ponía en riesgo su vida.

El uso de recursos médicos alternativos se hizo presente al echar mano de los conocimientos de plantas de su madre para curar la herida producto de la intervención quirúrgica. Ella habla de su eficacia, pues comparte que sanó más rápido de lo que se le había indicado.

De la trayectoria de atención también se hace evidente lo alternado de las atenciones, mostrándonos que ella echó mano de distintos recursos para atender su padecimiento. Si bien buscó el servicio médico público del cual sabía que era derechohabiente, no se quedó con esa única opción, pues no le resultó desde el principio en una respuesta inmediata o cómoda. Esto se puede verificar al constatar que, al necesitar nuevamente la atención médica por otro padecimiento como el flujo vaginal al que refiere, decidió presentarse a un servicio privado de salud por encontrarlo más práctico.

Finalmente, la demanda de atención realizada frente a diversas instancias, como lo fueron las llamadas directas a los encargados de la jurisdicción sanitaria número dos y al responsable del HMSCC, pudieron servir para agilizar la atención recibida por Andrea; con la conciencia de que no todas las mujeres de Cruztón tienen a la mano el contacto con tomadores de decisión en el estado o del servicio de salud. Siendo así, me surge la pregunta para el trabajo futuro con la comunidad, ¿cuáles serían los mecanismos a generar para poder demandar una atención adecuada sin necesidad de llamar a las autoridades de los servicios biomédicos?

V.1.2 RAQUEL

Mujer tsotsil de 24 años de edad, originaria de la comunidad de Romerillo, actualmente vive en Cruztón porque su pareja pertenece a esta comunidad. Es hablante de tsotsil como primer idioma y tiene un español fluido. Vive en unión libre, su núcleo familiar consta de ella, su esposo y un hijo. Cuenta con Seguro Popular.

Dice que se ha visto beneficiada en dos ocasiones por el Seguro Popular, la primera al requerir una intervención quirúrgica de extracción de vesícula (no precisa en qué servicio biomédico), la segunda en su embarazo y en la atención del parto, sólo ha tenido un embarazo.

Primeras manifestaciones:

Embarazo. Días antes del nacimiento de su hijo presentó fuertes dolores abdominales que la hicieron acudir al servicio de salud, donde le dijeron que aún no estaba en tiempo.

Instancia médica:

Durante el embarazo no recibo atención del servicio biomédico,

... por eso creo que se complicó el embarazo ...Fui, pero ya a los ocho meses. A los seis meses estuve con una partera. Pero como ellas sólo nos tocan la parte de acá (señala la parte frontal del abdomen) y no nos toman la presión, nada que ver con eso...Me atendí a los seis meses porque yo tengo una cuñada que sí sabe más o menos tocar la panza, entonces yo me atendía con ella. Luego busqué una partera para ya dar a luz y pues ya de por sí yo tenía en mi cabeza eso de ir al hospital, pero ya te digo, fui a los ocho meses. Me decían pues que sí estaba bien, y yo lo sentía bien, fue por eso que no llegué a ninguna atención médica (Raquel).

Fue hasta los ocho meses de gestación que acudió al servicio biomédico de salud en SCLC. Se presentó en la Clínica de Campo IMSS (CC IMSS) para recibir consulta.

Fui al IMSS en la Clínica de Campo, enfrente del Chedraui. Me atendieron muy bien, porque tengo entendido que ahí atienden mejor, (hablando del momento de parir) pero no me atendieron ahí, ya después me negaron la entrada, ya cuando estaba yo a punto de parir (Raquel).

Raquel se comenzó a sentir dolores de parto y se presentó con la intención de ser atendida, como se le había dicho que ocurriría.

Fui una vez, ya tenía mis citas ahí y todo eso; llegué como a las seis de la tarde un día domingo y me checaron, pero me dijeron que me regresara a mi casa, porque me dijeron que sólo era dolor en la parte abdominal y no de parto. **Me dijeron que era porque no sabía todavía cómo eran los dolores de parto que no estaba todavía.** Pero cuando regresé ya no me atendieron, me negaron. Aunque ya me habían dicho que me iban a atender ahí, pero cuando regresé ya nada (Ídem) (subrayado propio).

Diagnóstico:

Pasados un par de días Raquel decidió trasladarse al servicio privado de salud, ahí le dijeron que su salud estaba en riesgo, pero que la atención con ellos sería costosa y le recomendaron que regresara al servicio público.

A los tres días volví a ir (se refiere a que regresó a SCLC por atención médica), me fui al Ornelas³³, el doctor que se llama Almicar, me dijo que si no me atendían a tiempo me moría. [No le especificaron qué era lo que tenía]. Pasé ahí de rápido, y el doctor me dijo que iba a ser caro, dijo -mejor que te den un pase para irte al Hospital de las Mujeres-, y me fui allá y fue que me pasaron rápido (Raquel).

En el HMSCC le dijeron que tendrían que hacerle una cesárea inmediata, no dieron mayores explicaciones del motivo de la intervención.

Fue hasta la atención al parto que le diagnosticaron síndrome de Hellp³⁴. Pese a que en reiteradas ocasiones preguntó qué implicaba éste, nunca se le dio una explicación adecuada. Se enteró del diagnóstico durante el tratamiento que recibió en el Hospital de las Culturas (HCSCC), posterior al nacimiento de su hijo en el HMSCC.

³³ El Sanatorio Ornelas es un hospital privado en la ciudad de San Cristóbal de las Casas.

³⁴ Síndrome de HELLP, es una complicación relacionada con la hipertensión arterial que representa una de las más graves complicaciones maternas y fetales durante el embarazo. El 10% de los embarazos complicados con preclamsia severa y eclampsia se ven afectados por el SH. La presencia del SH es indicador de cesárea inmediata para la paciente. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022005000100002

Tratamiento:

En el HMSCC, detectaron que Raquel tenía síndrome de Hellp, el cual es indicador de cesárea inmediata ya que representa una amenaza tanto para la vida en gestación como la de la madre.

Como fue cesárea pues, fue rápido. Faltaba para el día que naciera, se adelantó por lo que me subió la presión, faltaban como dos semanas. Cómo ya no llegué a la fecha no me saqué el último ultrasonido que tenía que hacer, pero de ahí se complicó. Por preclamsia. Estuve mucho tiempo internada. Mi bebé nació en el Hospital de la Mujer, luego me pasaron al Hospital de las Culturas porque ya estaba con síndrome de Hellp, ya llegué a un extremo en el que ya sí estaba a punto de morir. No sé cuándo me detectaron el síndrome de Hellp. Dicen que fue igualito al caso de Susana. Ya cuando salí de cesárea, cuando desperté, me mandaron al otro cuarto, ahí me enteré que tenía síndrome de Hellp (Raquel).

Al comenzar a hablar sobre este padecimiento y las dudas que ella tenía al respecto, Raquel manifiesta que le hubiera gustado mucho saber qué era lo que le ocurría, saber si estaba relacionado con la sintomatología que presentó días antes cuando acudió a la CC IMSS en busca de atención.

Nos aíslan, yo tenía duda de por qué me dio o qué es. Dije, serán por los dolores que me dieron, será por eso. Entonces ya cuando amaneció, me mandaron al Hospital de las Culturas, estuve internada cuatro días allá. En el Hospital de las Culturas ya sólo me estuvieron preguntando si se me caía el cabello, que, si me cansaba rápido, yo decía que no, porque de por sí no es así. **Todos me decía qué raro, todo estaba raro conmigo** (Raquel).
(subrayado propio)

Las explicaciones que Raquel recibió sobre lo que le ocurría nunca fueron suficientes ni claras, lo cual habría sido necesario para al momento de pedirle su autorización para todos los procesos que se le realizaron recabara un consentimiento que verdaderamente fuera informado, para tomar una decisión consiente y responsable.

A mí los doctores no me llegaron a decir qué tenía, sólo cuando que llegué a choque en las Culturas (Raquel pasó por terapia intensiva en el HCSCC), que tenía muchas máquinas alrededor, entonces entendí que si latía rápido mi corazón podía ser eso. Entonces me

explicaron ahí que era por el corazón o algo así, el mío no llegaba a los sesenta latidos, llegaba sólo hasta los cuarenta y ocho (Raquel).

A pesar de que Raquel dice que deseaba tener mayor información y que no se la proporcionaron ni los médicos, ni el personal de enfermería, ella afirma que la trataron bien, aunque padeció mucho las molestias ocasionadas por la canalización de las venas y haber pasado tanto tiempo en hospitalización.

Las enfermeras me trataban bien. Estuve mucho tiempo sedada, tenía muchos piquetes en los brazos y uno se hincha. Estuve once días hospitalizada.

La atención médica brindada por el HCSCC no cubrió todos los gastos médicos de Raquel, pues fue necesario que su familia realizara una fuerte erogación en la compra de medicamentos.

En el Hospital de las Culturas sí tuvimos que comprar medicamentos, y fue caro. Nos decían qué medicamentos tenía que comprar (Ídem).

Cuidados:

Cuando Raquel preguntaba a médicos y enfermeras cuál era el motivo de que siguiera hospitalizada ellos referían que era a causa de la hemorragia interna que había tenido.

La doctora me decía que no me daban de alta porque tenía que expulsar yo toda la hemorragia que tenía en mi vientre, porque se formaban coágulos, a cada rato me hacían ultrasonidos. **La verdad, nunca me explicaron qué era lo que yo tenía, siempre fue mi duda, pero no me explicaron por qué me dio eso. Al menos un familiar que le dijeron, las enfermeras me decían si quieres saber ve a preguntar con los doctores, pero como nunca estaban los doctores, y la verdad es que yo no podía caminar, y como estaba yo todo el tiempo acostada, pues me mareaba.**

Durante este periodo de atención médica, Raquel estuvo acompañada por su pareja, el cuidado de su recién nacido estaba en manos de una tía de su esposo. Su hijo no tuvo ninguna complicación, por lo que fue dado de alta al día siguiente de la cesárea.

Sobre su búsqueda de información comparte **“Yo busqué después en internet lo que tenía, porque era mi duda.** Decía que si el bebé tenía más de 2 kilos y medio sí podía estar bien.”

Estado actual:

Esto fue hace 1 año, ahora me siento bien, creo estar bien. Desde que me dieron de alta hasta ahora, ya no me he revisado. Pero me dijeron que tenía que tener cuidado con el corazón. Pero no muy me dijeron cuáles eran los cuidados. Yo voy a veces a la clínica a checar me por mi presión más que nada (Raquel).

Ella manifiesta que quiere tener un/a hijo/a más, pero que tiene mucho miedo del embarazo y de lo que le ocurrió.

Violencia obstétrica y violación a derechos humanos:

En los hechos relatados por Raquel, uno de los primeros momentos en que opera el maltrato médico del que se habló en el apartado de *género y salud materna*, es al momento de negar que el malestar con el que se presentó al servicio de salud en la CC IMSS, correspondiera a los dolores de parto. El personal de salud le dice que tiene que regresar a su casa porque ella aún no sabe cómo identificar dolores de parto pues nunca los ha tenido; la infantiliza e inferioriza, se la trata como ignorante del proceso de salud que vive, negándole el reconocimiento sobre los saberes de su cuerpo. Posteriormente, ella se cuestiona si todas las complicaciones salud que vivió tenían relación con aquellos dolores que experimentó al presentarse y no recibir atención.

Raquel tuvo atención de cinco diferentes servicios de salud. Comenzó por el acompañamiento alternativo de mujeres cercanas de quienes reconoce que tienen un conocimiento sobre procesos reproductivos, como saber tocar el estómago de una embarazada para saber si se encuentra bien. Posteriormente se hizo revisar por una partera de la comunidad, y en un tercer momento acudió al servicio biomédico ofrecido por la Clínica de Campo del IMSS. En este último servicio se presentó

en dos ocasiones, negándole en el segundo momento la atención del parto, lo que la hizo recurrir en su desesperación al servicio privado, donde claramente le dijeron que por costos era mejor que se atendiera en un hospital público. Así fue que recurrió al HMSCC, de donde fue derivada por su delicado estado de salud al HCSCC. Finalmente, en la línea de atención también se observa que actualmente acude a la Casa de Salud de Cruztón, únicamente para llevar un control sobre su presión arterial, pues no están capacitados para ofrecerle una atención de mayor nivel que pudiera ayudarla a saber cuál es su estado de salud actual.

Durante su tratamiento en el servicio biomédico, Raquel enfrentó una medicalización constante sin darle mayor información sobre lo que contenía, los efectos en su cuerpo, la necesidad del uso de los mismos, y la situación de salud que guardaba forma parte del tipo de violencia catalogada como violencia física y psicológica. Además de reflejar la actitud que el MMH tiene sobre los pacientes, los cuales no tienen poder de decisión frente a los eventos de salud que vivencian. Es la/el medica/o o el personal de salud los que deciden sobre la vida y procesos curativos de las personas, detentando un poder que no manifiesta la necesidad de responder frente a los cuestionamientos de las mujeres en sus procesos reproductivos.

Esta misma falta de información constituye igualmente una violación a su derecho humano a la información en materia de salud, el cual se encuentra reconocido en el artículo sexto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo trece de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, y en el diez inciso h) de la Convención Sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.

Este derecho contiene a su vez, la obligación de los prestadores del servicio de salud de brindar toda la información a las mujeres sobre el estado que guardan y los procedimientos posibles a realizarles. Sólo contando con la mayor información posible es que las mujeres y sus familiares podrán tomar decisiones libres e informadas. La forma de demostrar que se ha ofrecido la información adecuada y que se ha respetado la decisión de las mujeres es al recabar el consentimiento informado.

La negativa de atención en la CC IMSS para Raquel, expuso su vida, salud e integridad física, configurándose también violaciones a estos derechos humanos, ya explicitados en el marco jurídico integrado.

En la entrevista con Raquel ella manifestó con signos de angustia en el rostro y en su lenguaje corporal, que siempre quiso saber qué era lo que le había pasado. Se lo preguntaba a las enfermeras y ellas respondían que se lo preguntara a los médicos, pero éstos no estaban mucho tiempo cercanos y ella estaba imposibilitada para desplazarse.

Igualmente, cuando le pregunté cómo fue el trato que recibió, ella expresaba que fue bueno. Sin embargo, cerraba los ojos y hablaba de la falta de información por parte de las enfermeras y médicos, el miedo que sintió de perder la vida y su postura iba cambiando poco a poco hasta mencionar que pocas veces regresa a ese recuerdo, precisamente porque es muy doloroso y no lo puede compartir con muchas personas. La experiencia de Raquel me ha llevado a reflexionar sobre la normalización de muchas violencias, dolores y sufrimientos en el contexto de las mujeres de Cruzón. Es decir, ella comienza la entrevista diciendo que no ha tenido problemas en los servicios de salud y hasta dando las gracias porque se ha visto beneficiada en dos ocasiones, pero poco a poco, al ir entrando en su narración y recuerdos, va cambiando su forma de verlo, recordando que no fue nada placentero todo lo que vivió, pero que finalmente está viva y que por ello no tiene por qué quejarse.

A pesar de su cara sonriente y su actitud bromista en distintos momentos de la entrevista, Raquel manifiesta que todo lo vivido le provocó sufrimiento, al grado de que ahora comparte tener y sentir miedo a embarazarse, pese a que ha estado investigando para conocer un poco sobre lo que le sucedió. Lo ocurrido a ella representa una violación a su autonomía reproductiva, la cual implica el derecho de decidir respecto de cuándo, cómo, dónde, con quién, tener hijos o no, y en contraparte obliga al estado a generar las condiciones óptimas para el ejercicio de esta prerrogativa recogida en el artículo 4 constitucional, lo que en el caso de Raquel incumplió.

El caso de Raquel tiene particularidades que conviene no obviar. Ella es una mujer que tiene un nivel educativo medio, tiene acceso a internet y otras tecnologías, además de desempeñar un trabajo en el registro civil de la comunidad que le da ciertas características de independencia y suficiencia.

La falta de información, la negativa en el servicio de salud y el no otorgarle todos los medicamentos requeridos al momento de la atención médica representan violencia obstétrica y violaciones a los derechos humanos de Raquel, la cual manifiesta incluso temor a volver a enfrentar un proceso reproductivo.

V.1.3 CLARA

Mujer mestiza de 22 años, originaria de San Cristóbal de las Casas, casada, actualmente vive en Cruztón con su pareja e hijo de 1 año de edad. Habla únicamente español, cuenta con Seguro Popular y ha tenido un solo embarazo.

Primeras manifestaciones:

Embarazo. Comenta que cuando estaba embarazada le dio preeclampsia³⁵ y en la clínica de Cruztón ya no la atendieron. Tenía ocho meses, se les hincharon las manos y los pies. La doctora se fue de vacaciones y las enfermeras no podían tratarla, y no la canalizaron a ningún otro servicio. Fue su mamá que le dijo que le dio preclamsia. “Las enfermeras también lo vieron en el Hospital de la Mujer y sólo me lo vendaron y esperaron a que bajara la hinchazón (Clara).”

Diagnóstico:

Inicialmente preclamsia durante el embarazo (pero no fue una detección que se siguiera de un tratamiento adecuado), posteriormente a causa de la mala atención y sutura realizada al corte perinatal, sufrió una infección que tuvo que atender en el servicio biomédico privado.

³⁵ Preeclampsia es una complicación médica que puede surgir durante el embarazo, se encuentra asociada con hipertensión. Es una de las complicaciones más frecuentes y peligrosas durante el embarazo, pues en casos graves pone en riesgo la vida del feto y de la mujer embarazada.

Instancia médica:

Durante su embarazo recibió atención prenatal en la Casa de Salud de Cruztón, “la atención es más o menos (Clara)”, explica que cuando ella iba tenía que esperar a que pasaran todas las que tienen Oportunidades³⁶, ella no cuenta con el programa. “No tengo Oportunidades porque según que la promotora avisa, pero nunca nos avisó. Tampoco mi cuñada tiene, nadie de esta familia tiene. No muy sé qué implica tener oportunidades, creo que les pagan un dinero (Ídem)”. Con ello se refiere a que las promotoras de salud, que son mujeres de la comunidad que se encargan de la organización del reparto de programas de asistencia social, son quienes avisan a las mujeres y sus familias cuándo hay oportunidad para inscribirse en los programas y recibir lo que les ofrecen.

Ella comparte que tenía tres meses de embarazo cuando empezó a ir a la Casa de Salud para que la atendieran, pero señala que “no tienen siempre el medicamento y la doctora no va todos los días. Cuando me sentía mal no estaba la doctora.” Cuando se siente mal y no está la doctora se va al servicio biomédico particular, precisa que en el Sanatorio Ornelas “pero es muy caro.” Dice que en Cruztón la doctora atiende muy bien, pero si no está la doctora no se hacer revisar por nadie más.

También se hizo revisar periódicamente en la comunidad por partera. Pero señala que no quiso que la atención final fuera con ella porque tuvo la experiencia de una cuñada que sufrió una muerte neonatal atendiéndose con una partera y esto la hizo sentir miedo, además de que la doctora de la comunidad le decía que no era seguro atenderse con ellas.

Tratamiento:

Respecto de la atención que recibió al momento del nacimiento de su hijo el cual fue en el HMSCLC, Clara comienza refiriendo que la atención que recibió fue buena, aunque también identifica que el corte perineal que le realizaron sin su consentimiento le ocasionó problemas físicos de los cuales aún padece sus consecuencias.

Me atendieron muy bien, pero pasó un problema después de que me alivié, me sentía muy mal cuando caminaba. Me hicieron el corte perineal (esto ocurrió durante el parto), o no sé

³⁶ Programa nacional de asistencia social

cómo se llama, pero este... me sentía muy mal, y **ya mi esposo me volvió a llevar en el Ornelas, porque ya ahí (en el Hospital de la Mujer) ya no me querían atender... me dijeron que no, que hasta que estuviera yo bien grave.** Fui con el Ornelas y me dijo que no me habían suturado bien (Clara; subrayado propio).

Hablando de cuando salió de la primera atención en el HMSCC:

Me dieron de alta y yo me empecé a sentir muy mal. Me parecía extraño, porque mis hermanas y cuñadas se aliviaron ahí, y ellas caminaban perfectamente, pero yo no. Yo me sentía mal... al caminar me dolía mucho, cuando me movía. Prácticamente estaba abierto me dijo (en el hospital Ornelas) ... me dijo que él no podía ya hacer cirugía, me dio tratamiento para que me tratara la herida... Cuando empecé a caminar, sentía muy feo en mi parte, porque sentía que se abría... **No me pidieron mi consentimiento, yo sentí el tijerazo (Ídem).**

Para el tratamiento de la infección ocasionada por el corte y la mala sutura, pasó dos días en el sanatorio Ornelas y únicamente recibió una receta para tratar la infección y para el dolor.

Respecto de la atención que recibió por parte de la partera, Clara comparte que no se sintió con la tranquilidad para atender su parto con ella a causa de lo que a continuación narra:

Me iba yo a atender aquí, pero la verdad yo no tuve la confianza, no me daba confianza de la partera. La doctora de acá me dijo que no, que es mejor ir al hospital, porque ellas no tienen el equipo, para saber si viene bien el niño, no sabe. Pueden equivocarse.

Comparte que a ella la sobaba y se sentía bien, le acomodaba al niño, la veía cada mes. Ella, como casi todas las mujeres entrevistadas, tenía las dos (biomédica y alternativa) atenciones de salud.

Cuidados:

Hablando del tiempo después de la atención en el HMSCC, cuando empezó a tener las complicaciones por la mala sutura realizada en el corte perineal, pasó quince días antes de regresar

al hospital. En dicho hospital le negaron el servicio tanto en consulta como en urgencias, apunta “sólo atienden los casos hasta que vengas grave me dijo.” Así se fue al Sanatorio Ornelas. Ellos pagaron la atención, una pomada y medicamentos para la infección.

Estado actual:

Aún no se siente recuperada, “A veces cuando camino o corro siento como que se vuelve a abrir.” No ha vuelto a que la revisen, no sabe cómo está actualmente.

Denuncia o demanda de atención:

No inició ningún proceso de denuncia o demanda de atención.

Violencia obstétrica y violación a derechos humanos:

Son muchos los aspectos a analizar de la información recabada con Clara, desde situaciones que reflejan dinámicas de poder dentro de las mujeres de la comunidad, como en el caso de las promotoras de salud y el manejo del programa Oportunidades, que no sobra mencionar que tiene una función de control por parte del gobierno hacia las mujeres y su salud; el impacto del discurso de la Dra. R. (o D.) respecto de las parteras, hasta el trato recibido en el servicio biomédico.

Comenzando por la distinción que hacen las promotoras de salud con las mujeres que reciben Oportunidades, es muy interesante observar las implicaciones que estos programas de asistencia social alcanzan en las comunidades. A través del registro de las mujeres, se controla su participación en actividades sanitarias con el servicio de la Casa de Salud de Cruztón. Por ejemplo, prácticamente están obligadas a realizarse el Papanicolau so pena de ser sancionadas económicamente si no lo realizan; el control es recortando lo que reciben periódicamente al acumular cierto número de registros negativos, como cuando no asisten a alguna reunión convocada por los prestadores del servicio de salud.

Entonces, las promotoras de salud son agentes que participan con el Estado en la regulación de ciertas actividades físicas de las mujeres en la comunidad. Sin embargo, pese a que el concepto de estas promotoras es referente a la salud comunitaria, la realidad es que ellas mismas no asumen

que tengan un rol relacionado con temas específicamente sanitarios, fueron claras en decir que sólo se encargan de transmitir a las mujeres lo que los trabajadores del Estado les piden que hagan.

Las mujeres más vigiladas y obligadas a someterse al control sanitario del sistema biomédico, son las embarazadas. A ellas se les pide que se presenten para registro en la Casa de Salud y que después asistan periódicamente a revisión; pese a que dicho monitoreo no siempre sea realizado de manera adecuada, ya que esta atención de primer nivel no cuenta con la infraestructura y herramientas necesarias para realizar sus funciones adecuadamente, como se verificó con el personal del servicio biomédico entrevistadas.

La trayectoria de Clara muestra que de inició recibiendo atención tanto del servicio biomédico brindado por la Casa de Salud de Cruztón, como por una partera de la comunidad. Sin embargo, en parte gracias al mensaje emitido por el personal biomédico, decidió atenderse en un hospital y no con las mujeres de su entorno. Esto ocasionó que sufriera violencia obstétrica al realizarle el corte perineal sin su consentimiento; lo cual no solamente le provocó una afectación a su derecho a decidir de manera libre e informada sobre su proceso reproductivo, además trajo consecuencias físicas que finalmente la institución biomédica no asumió responsablemente, por el contrario, fue necesario que se presentara en el servicio privado para solucionar su problemática, pero tampoco fue así.

Los hechos narrados por Clara manifiestan la existencia de distintas violaciones a derechos humanos. Entre ellos se encuentra la negativa del servicio de salud condicionándola a que se presentase en una situación grave, se destaca que el criterio de gravedad adoptado por los prestadores del servicio biomédico no es claro para las pacientes. La poco atinada detección de preclamsia en la Casa de Salud de su comunidad y la falta de atención o canalización por parte de las enfermeras que realizaron la inspección; y, finalmente, el no haber sido consultada respecto de la realización del corte perineal, no haberse procurado recabar su consentimiento informado, lo cual constituye grave violencia obstétrica.

Por un lado, la negativa del servicio representa una violación al derecho a la salud de Clara, consagrado en el artículo cuarto constitucional y demás convenios y pactos internacionales

ratificados y sancionados por el Estado mexicano. La atención recibida por Clara faltó a los elementos básicos que recogen el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los cuales se desarrollaron en el apartado de Marco Jurídico y que son: accesibilidad, aceptabilidad, calidad y no discriminación.

Clara no contó con un servicio que le resultara accesible como debiera ser para todos, bajo el pretexto de que debía esperar a que su estado de salud se encontrara en un riesgo grave. No se le procuró una atención adecuada para alcanzar su mejor estado de salud. Tampoco se respetó el elemento de calidad al no proporcionársele los medicamentos necesarios para curar un padecimiento desprendido de una mala praxis médica. Con todo ello su derecho a la salud se vio vulnerado en el servicio biomédico de salud pública estatal ofrecido por el HMSCC.

Asimismo, el hecho de que en la Casa de Salud de su comunidad detectaran que tenía claros signos de padecer preeclampsia³⁷ y que no se le haya procurado una atención médica adecuada, representa una actitud negligente por parte del personal de salud de este servicio, que puso la vida de Clara y de su gestante en riesgo. El derecho a la vida se encuentra reconocido en el artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el cual ha sido interpretado en diversas sentencias por la Corte Interamericana de Derechos Humanos. En este sentido la Corte ha señalado que el Estado tiene una serie de obligaciones tanto negativas como positivas para garantizar el derecho a la vida de las personas en el territorio nacional. Los servicios de salud en todo el país deberían a garantizar la procuración este derecho.

Por otro lado, también se vio impactado su derecho a la integridad física que se encuentra reconocido en los artículos 22 y 29 de la Constitución mexicana y en el artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Dicho derecho, como ya se mencionó, tiene dos implicaciones, por un lado, el respeto a la integridad física, psíquica y moral de las personas, en este caso las pacientes; y, por otro, la prohibición de la tortura y/o de penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

En lo referente a la violencia obstétrica experimentada en el momento del parto, ésta se expresa al realizar una práctica invasiva como es el corte perineal, sin previamente anunciarlo y procurar tener su consentimiento informado. Se considera pues un trato deshumanizado ejercido por los profesionales de la medicina, sobre el cuerpo de Clara en un momento de vulnerabilidad tal, como es en el proceso del parto. Dicho trato constituye también una violación a sus derechos humanos, por un lado, a su derecho a la salud, del cual ya se habló de sus fundamentos jurídicos, así como del derecho a la información en materia de salud que se encuentra reconocido en el artículo 6 de la Constitución, el artículo 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y los artículos 10, inciso h) de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Asimismo, podemos observar el poco respeto de la integridad física y las decisiones sobre su cuerpo por parte del personal de salud, quienes consideraron que podían realizarle el corte perineal sin siquiera consultárselo. ¿Qué nos dicen estas conductas del esquema de razonamiento del MMH respecto a la individualidad, autonomía y poderío de las mujeres sobre sus cuerpos? En el caso de Clara, ella fue despojada del derecho a decidir sobre su primer territorio, su cuerpo. La violencia del acto realizado en el momento del parto queda plasmada al ella misma decir que no le consultaron nada, que ella solo sintió “el tijerazo”. Dicho acto dejó secuelas de daño físico que hasta la fecha acarrea impidiéndole tener una movilidad libre, además de la afectación emocional que refleja en sus ojos llenos de lágrimas contenidas cuando habla del tema.

Otra interrogante sobre el ejercicio autónomo de decisión de Clara, se abre al profundizar en las razones por las que tanto ella como su pareja decidieron presentarse en el servicio biomédico de salud al momento del parto y no realizarlo con partera en la comunidad. Si bien ella narra que uno de los motivos fue el impacto que le provocó la pérdida neonatal sufrida por su cuñada, también se observa la opinión de la médica R. fue determinante para la toma de esta decisión. Y, pese a que en su contexto familiar existen otras pérdidas que se han dado en el servicio biomédico por distintas razones, la palabra de la médica tuvo mayor resonancia y la hizo pensar que el acompañamiento brindado por las parteras no era el adecuado, aunque la elección del servicio biomédico la expuso a la vivencia de las violaciones a derechos y la violencia obstétrica ya señaladas.

Clara no optó por seguir un proceso de denuncia o reconocimiento en materia de derechos humanos, pero fue enfática en mencionar que las mujeres no deberíamos pasar por procesos así de invasivos. También manifestó que no sabe cuál es el estado actual de su salud reproductiva, pero que sigue sufriendo las consecuencias de aquella intervención, pues las molestias permanecen y no le permiten desarrollar sus actividades cotidianas de la manera que lo hacía antes del evento obstétrico.

El ejercicio ciudadano de Clara queda plasmado al momento de tomar la decisión de atenderse en el servicio biomédico, por el temor de que de hacerlo con partera su salud y la de su hijo se pusieran en riesgo. Como tal, se puede observar que al tener las dos posibilidades se decantó por una siguiendo lo que la información recibida le hacía sentir y pensar. Sin embargo, la información otorgada por el servicio biomédico no hacía referencia a que, una vez en manos del personal del hospital, sus decisiones y autonomía corporal quedarían supeditadas a lo que ellos consideraran mejor o, en el peor de los escenarios, más cómodo para el cumplimiento de sus labores.

El caso de Clara es un ejemplo importante de los distintos niveles de ejercicio ciudadano, que pasa tanto por la posibilidad de decidir, allegarse información, optar y acudir al servicio de salud electo, y que posteriormente vendría la exigencia de un servicio adecuado, lo que permitiría tener servicios que se adapten a las verdaderas necesidades de las usuarias. El ejercicio ciudadano de Clara llegó hasta la elección del servicio y su utilización, que pese a tener consecuencias negativas en su cuerpo, identifica como bueno, pues las consecuencias no impactaron de manera grave o paralizante el desarrollo de su vida y la de su hijo.

Con todo esto, Clara señala, para terminar, que lo que le sucedió no tendría que pasarle a más mujeres. Se toma unos minutos para reflexionarlo al final de la charla y me dice con voz indignada que no es justo que no les avisen a las mujeres lo que les van a hacer. Su gesto de enojo me hace preguntar si hay algo más que quiera expresar al respecto, si algo le hubiese gustado hacer para que esto no se repita (más en el plano de procedimiento), mueve la mano de manera negativa y dice que tiene que pensar algunas cosas, que por el momento no puede expresar más.

Como resulta evidente, los procesos de ciudadanía y politización de las y los individuos/os, son largos, son procesos de vida que se extienden en el tiempo. Para efectos de los límites temporales de esta investigación, es imposible esperar a ver qué consecuencias tendrá en el futuro para las mujeres que participaron, las reflexiones que se despertaron en las charlas tenidas. Sin embargo, para mí fue muy claro observar cómo a lo largo de las entrevistas, las mujeres cambiaban su forma de percibir sus procesos obstétricos y el trato recibido. En el caso de Clara, su actitud en la entrevista final, me hizo percibir su indignación respecto del hecho narrado y pese a que es muy aventurado lanzar una predicción a futuro, si puedo decir que existe la posibilidad de que esto cambie su actitud al momento de exigir su derecho a la salud y el de los suyos, lo cual hablaría de un paso más en el fortalecimiento de su ciudadanía reproductiva y la de su entorno.

V.1.4 MARÍA

María es una mujer chamula, proveniente y habitante de la comunidad de Cruztón, monolingüe, hablante únicamente del tsotsil, de 28 años de edad, este fue su cuarto embarazo. Ante la emergencia obstétrica documentada, María se hizo acompañar por su prima Josefina, por temas de idioma, ella fue quien nos compartió la información.

Josefina ha sido entrevistada en dos ocasiones para efectos de la investigación; una en la que comparte sus experiencias respecto de los procesos reproductivos de las mujeres de su entorno, la segunda para compartirnos la experiencia de María.

Josefina también una mujer chamula, de 25 años de edad, habitante de Cruztón, habla tsotsil y español, soltera, cuenta con Seguro Popular.

Primeras manifestaciones: María comenzó con una hemorragia vaginal en su casa, no sabía que estaba embarazada.

Instancia médica: Al presentarse acompañada de su prima en el servicio biomédico ofrecido por la Casa de Salud de Cruztón, el personal le dijo que tendría que trasladarse al HGC para ser tratada.

Josefina narra:

Nos fuimos porque ya por poco lo iba perder su bebé, lo iba abortar, y los doctores pues la enfermera que está aquí en la escuela (refiriéndose a la Casa de Salud que se encuentra al

lado) la mandó ya hasta Chamula. María vino aquí a mi casa a pedir viaje, y me preguntó si yo pudiera ir para acompañarla a ella, ya de ahí pues nos fuimos a Chamula. Llegamos y nos preguntaron que qué tenía y la pusieron a esperar en una sala de urgencias, porque no había llegado la doctora. Ya después por fin llegó la doctora, ya después de una hora yo creo, y ya le dijeron pues lo que tenía María (se refiere a que le dijeron a la doctora que María venía con un sangrado vaginal profuso), y ya después lo fue a checar. La llevaron a un cuarto para checarla pues y ya le preguntaron cuántos meses de embarazo tenía y ella como no sabía si tenía bebé, **la doctora le dice -¿cómo que no sabes si tienes bebé? -, y así la doctora se enojó pue (sic), -¿cómo es posible que no sabes si estás embarazada?-** y todo eso le dijo, y después le dijo que tenía que ir hasta San Cristóbal a hacer el ultrasonido (Josefina, subrayado propio).

Diagnóstico:

Hemorragia transvaginal, se le dijo en el servicio biomédico de Chamula (HGC) que tenía un embarazo de alto riesgo.

Denuncia o demanda de atención:

En el acompañamiento brindado por Josefina, ella intervino con los prestadores del servicio de salud con la finalidad de que dieran a María el tratamiento público adecuado. Se tuvo que reclamar por el hecho de que quisieran hacerla pagar un servicio privado para realizarse estudios necesarios para la detección de la problemática presentada.

Dicen que no se lo hacían ahí (el ultrasonido) porque no estaba el personal o el doctor que se lo iba a hacer, entonces pues la iban a mandar a hacer un ultrasonido en particular ahí en el puente blanco (referencia de lugar), y yo le pregunté que por qué no lo hacían ahí en el Hospital de la Mujer (SCLC) si tiene Seguro Popular y me dice **-¡No! Si quiere la señora que viva su bebé tienen que ir ahí, sino pos (sic) no me importa-**. Yo no sé cómo se llamaba porque no tenía su credencial ni nada. Entonces dice -Pues tienen que ir, la ambulancia ya los va a llevar-, yo le contesté que estaba bien, pero ella ya se estaba enojando pue (sic). Ya después como la doctora R ya sabía que ya la habían mandado allá en Chamula, ya después es que me marcó la doctora, ya me preguntó cómo estaba María, yo le dije pues que la mandaron a hacer ultrasonido, ahí en el puente blanco, en particular, y

me dice -¿y eso por qué? Para eso tiene su Seguro Popular-, le digo sí pue (sic) pero no la atienden, dicen que tiene que ir a un particular, -No, busca al doctor (menciona que ya no se acuerda el nombre) ahí en Chamula, porque la tienen que mandar al Hospital de la Mujer para que le hagan el ultrasonido- dice (Josefina).

Cabe mencionar que en pláticas durante los hechos con la doctora R, me decía que no era la primera vez que sabía que actuaban así en el HGC, que ella sabía que al parecer tenían un acuerdo económico con el lugar de ultrasonidos para que se mandaran a los pacientes del hospital a hacerse los estudios ahí. No me ha sido posible corroborar esta información.

Fueron distintos los agentes del servicio biomédico de los cuales recibieron violencia tanto María como Josefina. Respecto del maltrato realizado por parte del chofer de la ambulancia y la enfermera que las asistía en el traslado, Josefina comparte:

Entonces el chofer de la ambulancia ¡uy! ya estaba enojado con nosotras porque como les dije que no era posible que quisieran mandarla a un particular si tenía seguro popular, pues ahí en el Hospital de la Mujer tienen equipos y toda la cosa pue, y no lo mandaron ahí, y me dice el chofer **-No, pero tú para qué te estas metiendo si tú no sabes nada, los que mandamos es nosotros-** dice, **-Ay de veras ustedes los de Chamulas-** dice. Y ya se estaban ahí hablando entre ellos con una enfermera, que por qué, que nosotros queremos que se vaya ahí en Hospital de la Mujer. Pues este, ya me dice R (Dra.) -No, tienen que venir aquí, dile al chofer que los lleve al Hospital de la Mujer- me dice. Y ya les digo otra vez, ya me estaban regañando mucho, que si llegamos ahí que con quien iba yo a hablar me dice, yo le digo que íbamos a ver, a buscar un doctor que le haga el ultrasonido le digo, - **¡No! pero tú no sabes, por eso te mandamos a un particular-** me dice él, el chofer (Ídem).

En ese momento ella ya me había informado a mí de lo que estaba ocurriendo. Romeo (que es hermano de Josefina y primo de María, viudo de Susana), también estaba en comunicación conmigo, con las autoridades de salud del estado (encargados de la jurisdicción sanitaria número dos), y yo estaba en comunicación con el equipo de GIRE en México, por si había necesidad de hacer algo de manera urgente.

Josefina logró hacer que el traslado en ambulancia fuera al HMSCC. Al llegar ahí, el chofer y la enfermera la siguieron amedrentando indicándoles que fuera ella quien se dirigiera con el personal del hospital a solicitar la atención.

Ya después de que llegamos al Hospital de la Mujer, me dice **-Baja y ve a preguntar, a ver si te atienden, sino pos (sic) ya es tu culpa si ya no encontramos el ultrasonido ahí en el particular. Baja pue, ve a preguntar al doctor, que si tú sabes mucho, que si tienes contactos-** me dice, yo le contesté que no tenía contactos ahí, solo que la doctora R me dijo que tenemos que ir ahí pues, la doctora aquí va a llegar, que ya nos habían dicho la doctora R y el doctor U (ambos responsables de la Casa de Salud de Cruztón) que ahí iban a llegar pue. Me dice **-No, pero ve a preguntarle si eres tan valiente-**. Ya después como la María ya estaba grave pues, a punto de perder su bebé, me dice después la enfermera que ya pue que ella iba a ir a preguntar a ver si nos atendían, me dice que sino pos ya iba a ser mi culpa.

...me dice **-Que aquí no van a atender a ninguna persona. ¡Ya ves! No has hablado con ningún doctor, no que sabías que aquí iban a atender a María y no es cierto. Ahora la tenemos que llevar a un particular-, y en eso llegaron todos, el Dr. U, su esposa, ustedes. Y ya después el doctor le dijo a los del hospital que le hagan el ultrasonido ahí porque ella tiene Seguro Popular. Y ya de ahí, hablaron con el director del Hospital, y como ya habían hablado también Romeo, lo del asunto que no la atendían, ya después preguntó quiénes eran sus familiares y ya dijeron que era prima de Romeo (Ídem).**

Tratamiento:

Finalmente, después de lograr que se le hiciera el ultrasonido a María en el HMSCC, fue regresada a Chamula para el resto de la atención.

... y ya después de ver todo esto, los del Hospital de la Mujer se asustaron y la atendieron pues, y rápidamente hablaron a los de la camilla y se la llevaron a hacer el ultrasonido. Y me dicen **-¡Ah! pero ¿cómo es posible que la han atendido ahora, con quién habló o cómo hizo?-** dice el chofer de la ambulancia. Él estaba bien furioso, y la enfermera también, porque como estaba ahí el Dr. U, les dijo que la tenía que atender y cuidar, que era su responsabilidad, le dijo a la enfermera. Y por eso se enojó muchísimo con nosotras, **nos**

decía -¿cómo es posible que ustedes tienen contactos?- decía. Ya después estuvieron esperando un buen rato cuando hicieron los ultrasonidos, y ya ves que yo estaba hablando contigo, y me dicen otra vez la enfermera -¿y con quién es que hablas pues?-, yo le dije que contigo que ya nos has acompañado en otros casos como este, y se enojó mucho más, todo el camino con la enfermera que iban bien enojados (el camino de regreso a Chamula después de la atención del ultrasonido en el HMSCC). Ya después ahí el doctor nos preguntó que -¿con quién han hablado para que regañaran a la enfermera y al chofer?-, yo lo hice porque no nos atendían bien, y porque son así nada más porque nosotros hablamos tsotsil, ya por eso no nos atienden como a los demás, y el doctor me dijo -¡no, pero tampoco ustedes se deben andar quejando así!- yo le conteste que sí podemos, porque tenemos derechos le digo, pero él quería insistir que en estos casos no (Josefina).

Para reclamar que María tuviera una atención correcta, también se presentó en el HGC su esposo con otro grupo de hombres, entre ellos algunos con cargo de autoridades en la región.

Y ya después llegó mi primo, el esposo de María, y fue a hablar con ellos también. **Llegaron con uno señores autoridades para exigir también que atendieran bien a su esposa,** porque dicen que ya hay varios casos así en el hospital de Chamula, **que no las atienden bien y que solo los regañan,** y llegaron estos señores a amenazar pues, para que los atiendan. Cuando llegaron estos señores los doctores también se habían asustado. Pero fíjate nos atendieron después de hablar con los doctores U y R, contigo y con estos señores que llegaron, luego ya los doctores de Chamula, la enfermera y el chofer ya estaban bien asustados, y ya después sí la atendieron bien. Pero nunca nos pidieron una disculpa, y nosotros tuvimos que comprar todos los medicamentos (Ídem).

Ella manifiesta que la trataron mal por hablar tsotsil, porque este es el único idioma que manejaba María, Josefina en todo momento estuvo haciendo la interpretación de cómo se sentía su prima. Además, fue quien se encargó de la solicitud y demanda de atención.

Estado actual:

María decidió atenderse finalmente en “parto normal aquí en su casa, con una partera”, tuvo un niño. No ha regresado al servicio biomédico y tampoco ha presentado ningún problema de salud.

En un principio manifestaron desear interponer una queja por el trato que recibieron en el servicio biomédico, pero por la condición delicada de salud y la orden de estricto reposo por el diagnóstico de embarazo de alto riesgo, María prefirió que por el momento no se hiciera.

Igualmente quería participar de forma que su testimonio y lo sucedido apareciera en la investigación, pero manifestó que prefería que se hiciera a través de la narrativa de Josefina.

Violencia Obstétrica y violaciones a derechos humanos:

En los hechos narrados por Josefina podemos identificar una serie de actos que constituyen violaciones a derechos humanos y violencia obstétrica contra María, en su búsqueda por obtener atención en materia de salud reproductiva.

Por principio, desde el momento de presentarse al servicio de salud brindado por el HGC, y que este no cuente con las herramientas suficientes para darle una atención adecuada, va en contra de su deber de contar con un servicio que tenga los elementos básicos señalados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Los cuales son: *accesibilidad*, el hecho de que ella tenga que viajar una hora para ser atendida en un lugar que no es adecuado para el tratamiento que requiere ya va en contra de este elemento; *aceptabilidad*, el cual implicaría que brindaran un servicio adecuado de manera ética e intercultural, con el que no se cuenta pues no había personal hablante de tsotsil; *calidad*, también carecen de este elemento pues no son apropiados desde el punto de vista científico y médico, ya que no cuentan con el equipamiento necesario para atender a una mujer que viene con una emergencia obstétrica como la presentada; *no discriminación*, el hecho de que en diferentes ocasiones el personal de salud hiciera mención del hecho de ser chamulas desde el prejuicio de ser conflictivos habló claramente, así como no ofrecer servicios en su idioma ni con pertinencia cultural refleja una falta de observación voluntaria hacía este principio. De todo ello se puede desprender una violación al derecho humano a la salud de María.

Por otro lado, su derecho a la integridad personal reconocido en los artículos 22 y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, también se vio impactado al no procurar el respeto a la integridad física, psíquica y moral de María, que se evidencia en la dilación en la atención que pudo significar una repercusión importante para su bienestar físico y emocional. Así como la coacción para que se atendiera para la realización de estudios en un servicio de salud

privado, que al no contar con los recursos económicos suficientes quizá hubiera provocado que ella no pudiera atenderse más, lo cual habría puesto en grave riesgo su vida, impactando esto también en su derecho a la vida digna.

Al final de la entrevista, Josefina fue muy insistente en que el maltrato que reciben se encuentra relacionado con el hecho de que María hable sólo tsotsil y que de ella el español sea su segundo idioma, así como el hecho de ser chamulas, lo cual queda claro con el dicho del chofer de la ambulancia **“Ay de veras ustedes los chamulas”**. Como se mencionó en el marco jurídico integrado en la investigación, el derecho a la igualdad y la prohibición de todo tipo de discriminación constituye uno de los derechos fundamentales del sistema jurídico mexicano consagrado en el artículo primero de la Carta Magna. En él se manifiesta la prohibición para todas las autoridades públicas y sus representantes, que en este caso el personal de los servicios de salud (en general³⁸), de realizar cualquier acto discriminatorio por motivos de sexo, etnia, raza, condición social, preferencia sexual, religión, postura política o condición de salud. Prohibición que no se les respetó a María y Josefina.

Además, es importante traer a colación lo señalado por la Convención CEDAW la cual establece como condición para los Estados:

...adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica (CEDAW, art. 12).

Si bien sabemos que existe una falta de atención pública adecuada en materia de salud para la población en general, la falta de acceso a servicios de salud reproductiva para las mujeres ha sido considerada como una violación específica al derecho de igualdad de nosotras, pues somos el sector de la población que requiere de servicios médicos especializados para la atención prenatal, durante el parto y en el periodo del puerperio.

La violencia ejercida por parte de los profesionales de la salud que atendieron a María queda manifiesta en todos los regañones, ordenes e insultos que recibieron tanto ella como su prima Josefina. Desde el primer contacto que tuvo con la doctora que le atendió en el servicio de Chamula,

³⁸ Es decir, los prestadores del servicio de salud privado también son sujetos de observar y procurar los derechos humanos del paciente, ya que les ha sido concesionado el cumplimiento de una de las obligaciones básicas del Estado.

fue reprendida por el hecho de no saber si estaba embarazada ni por lo tanto el número de semanas de gestación, **¿Cómo es posible que no sabes si estás embarazada?**

Fue infantilizada, reprendida y ridiculizada por no estar completamente segura de estar embarazada, lo cual se puede deber a muchos factores. Recordando que este era el cuarto embarazo de María, ella ya tenía un conocimiento previo de lo que era estar embarazada y conocía su cuerpo. Sin embargo, las cargas de trabajo comunitarias y otros factores de salud pudieron hacer que María en ese momento no supiera de su embarazo, pero ello bajo ninguna circunstancia da al personal del servicio biomédico el derecho a reprender a ninguna mujer en estado gestacional.

Asimismo, el acto de enviarla a un servicio privado de salud diciéndole que debía ser así si quería que su bebé sobreviviera, que sino al personal ya no le importaba, generó un nivel importante de angustia y sufrimiento para María que, por encontrarse en una situación de emergencia obstétrica, se sentía profundamente vulnerable. Y que el hecho de tener cargas de trabajo fuertes, estrés o malas condiciones para realizar su trabajo, así como malas condiciones laborales, no da derecho ni justifica el trato inadecuado o deshumanizado brindado por ningún servidor público, menos en el campo de la salud.

Del mismo modo, Josefina y María eran constantemente infantilizadas e inferiorizadas por el chofer y la enfermera de la ambulancia, pues él les señalaba que ellas no sabían nada, **que ellos eran los que mandaban.**

Es importante también tomar en cuenta la identificación realizada por los servidores públicos, de la etnia chamula como una etnia que les ha traído problemas al reclamar servicios adecuados. -Ay ustedes los chamulas- esta expresión del chofer refleja el disgusto que sentía al haber sido señalado por Josefina que no estaban actuando de manera adecuada con el servicio dado a María. La actitud de este agente refleja un desprecio étnico hacia ellas, además de mantener una conducta masculina de superioridad queriendo poner en la cabeza de estas dos mujeres que eran ignorantes, que no sabían nada, que debían permitir a los que “si sabían” decidir sobre sus vidas, aunque existiera la consciencia de que no se estaba actuando de la manera adecuada.

Pese a que Josefina estaba cierta en que lo que reclamaban formaba parte de sus derechos, personal del HGC quería insistir en que en este caso ellas no tendrían por qué haber reclamado, porque esto les costó una reprimenda al personal que actuó de manera inadecuada. Ella manifiesta que se

encuentra conforme con lo que hizo, pues en realidad fue lo que impulsó que atendieran a María donde le correspondía conforme a derecho.

En su trayectoria de atención podemos observar que ante la emergencia obstétrica María optó por el servicio biomédico por creer que ahí encontraría el tratamiento adecuado. En realidad, es posible pensar que ante la hemorragia que enfrentaba, lo conveniente era recibir atención del hospital; sin embargo, el nivel de maltrato que recibieron tanto María como Josefina posiblemente ocasionó que ella decidiera finalmente atenderse con partera, pese a la advertencia médica de tener un embarazo de alto riesgo.

Dicho proceder electivo, también se puede entender como un ejercicio político de ciudadanía que parte de la vivencia personal y su sentir al respecto. Recordando una de las máximas feministas “lo personal es político”, la experiencia de María y Josefina las llevó a tomar la decisión de recurrir a un esquema de cuidado entre las mujeres de su comunidad, desafiando el discurso y recomendación del sistema estatal de salud.

María tomó su decisión de manera informada (a través de la experiencia), librándose de la tentativa de imposición de cuidados del MMH. Ella consideró que lo mejor para su parto, cuerpo y vida, era quedarse en Cruztón para hacer nacer a su hijo en un contexto comunitario y no exponerse a volver a sufrir maltrato, esto también es un ejercicio ciudadano.

V.1.5 CARMEN

Mujer tsotsil de 25 años de edad, originaria de Cruztón y actualmente reside ahí después de haber vivido en varios lugares del estado y en Puebla. Vive en unión libre, con sus dos hijos, su pareja y de manera vecinal con la familia de él. Cuenta con Seguro Popular y ha tenido dos embarazos atendidos con parteras.

Con ella igualmente se tuvieron dos documentaciones, la primera constó de una entrevista a profundidad y en la segunda se vio la posibilidad de realizar una historia de vida. El trabajo realizado con Carmen fue de gran provecho para esta investigación, pues permitió indagar más profundamente sobre los significados y percepciones respecto de los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres de Cruztón. Por los propios objetivos de la investigación, no fue

posible que toda la información recabada con ella se plasmara en este documento, pero si fue de gran utilidad al momento de analizar la información recogida en el campo.

Primeras manifestaciones:

Nauseas profundas durante sus embarazos

Instancia médica:

Combinación de sistema biomédico público, privado y tradicional.

“Con parteras y también iba a mis citas a la clínica, aquí en Cruztón. Me llevaban mi control de embarazo y todo (Carmen).”

Diagnóstico:

Le han dicho que tiene un problema circulatorio que afectan a las venas de los ovarios. Ella manifiesta que se hinchan, pero no tiene un diagnóstico certero, únicamente el dado en los servicios privados de salud que ofrecen las farmacias del Ahorro.

Tratamiento:

Sus partos los realizó con partera. Respecto de cómo los vivió nos dice que se sintió muy bien, pero regresa a hablar de su problemática con las náuseas.

Bien, tranquilo. Pero yo con mis embarazos tengo mucha nausea y se me han complicado mucho, no quiero ni viajar ni sentir nada. Se me han complicado mucho, me han mandado a Chamula, pero es un viaje muy largo, no puedo viajar mucho tiempo. Mejor me atiendo en Sancris (sic). En lo más económico, en la farmacia Similares, a que me vea el doctor. Porque a mí se me inflaman los ovarios, se me ponen como venas, y me dicen que mi vida está en riesgo, que tengo que tratarme. Pero que es normal. Yo lo sentía como a los siete meses, y con el otro como a los dos meses. Me dijeron que estaba entre la vida y la muerte, que tenía que ser una cesárea y una operación en las venas. Pero como mis bebés nacieron muy rápido pues aquí los tuve. Pero me dijeron que se me podía reventar las venas y que podía morir. Pero eso sólo me pasa al tener el bebé, ya después todo bien (Ídem).

Pese a lo narrado, nos cuenta que ella decidió atenderse con partera en la casa. Cuando se le cuestiona sobre cómo fue la atención comparte “Con partera, fue muy rápido. Y fue bueno que haya llegado rápido, no se me complicó.”

Carmen viene de una familia de parteras, tanto su madre como su abuela lo fueron, ella manifiesta que no se sintió atraída para serlo pues le parece una labor muy difícil. Me compartió que conocía a la partera que la atendió dado que previamente ella había sido atendida por su madre.

Bien. Yo conocía a la partera porque antes era mi vecina, y ella cuando se embarazaba le pedía favor a mi mamá, por eso yo ahora le pedí favor. Ella te revisa, primero en su casa, ya cuando tú no puedes caminar ya ella viene a verte, y se tiene aquí en la casa. Estaba yo con la partera, mi suegra y mis cuñadas... Yo me sentí bien, con la partera... (Carmen).

Narra que en su primera atención en cuanto sintió los dolores su esposo fue a buscar la partera, llegó a su casa y ahí la atendió. Le dio té, la tocaba y la sobaba. En esa ocasión sentía mucho miedo y le costó más trabajo que su hijo naciera porque, según lo que comparte, no pujaba con suficiente fuerza, sin embargo, su hijo nació en el transcurso de la noche sin mayor problema.

Con el segundo hijo se atendió igual en casa, pero con una partera más joven. El niño nació muy rápido y sin complicaciones. En ambos momentos días después llevó a sus hijos a revisar a la Casa de Salud, y el personal le dijo que era mejor que no se atendiera más con parteras, pues ellas no contaban con todo el equipo necesario para darle una buena atención durante el parto.

Estado actual:

Sobre su problema de salud en los ovarios no tiene un diagnóstico al respecto. “Hasta ahorita no me he checado mi problema, no sé de qué se trata, eso sólo me pasa cuando estoy embarazada.” Pero manifiesta que se le complica irse a revisar porque ahora tiene a sus dos hijos menores que cuidar, y no puede hacer el viaje para la atención con ellos.

También comparte: “Yo pienso tener otro bebé, pero tengo que checarme porque cada embarazo se me complica. Me siento luego con las labores de la casa muy cansada. Y ya me atendería en hospital, porque ya quiero ver cómo es la experiencia (Ídem).”

Cuidados:

Carmen habla sobre los cuidados de las mujeres de su entorno que le permitió el hecho de haber decidido tener un parto en casa. Lo que implica respecto de las actividades del hogar que desempeña y cómo se sintió con ello.

Aquí en la casa me cuidan, estoy casi como un mes sin hacer nada, luego ya empiezo con mis labores normales. La partera viene tres días a revisarnos a mí y a mi bebé y luego ya que ve que estamos bien ya uno va luego. Luego al día siguiente se entra al temazcal para que te amacices rápido el primer día, y ya luego el tercer día. ¡Se siente bien! Le ponen sólo una hierba para llamar el vapor (Carmen).

Otro de los puntos a destacar del testimonio de Carmen es la referencia que hace a la ventaja de atenderse con partera por el hecho que se encuentren dentro de la comunidad, lo cual le ha facilitado recibir su visita y seguimiento constante.

Me gustan las dos atenciones. Pero en la clínica sólo tienes cita cada mes, con la partera puedes ir todas las veces que quieras. Te soba la panza, checa que todo está bien. En mi primer hijo me dolía la sobada, pero con el segundo no sentía nada. Las parteras no te dan medicinas ni hierbas (Ídem).

Manifiesta que consideraba a las dos atenciones complementarias. Sin embargo, para una mujer como ella, que presenta náuseas agudas durante el embarazo, el servicio biomédico que requiere traslados largos es complejo, aunque quiera atenderse en los servicios del Estado.

Decidí que fuera con partera, porque una partera la puedo encontrar aquí nada más cerquita, y los hospitales no, si estuviera aquí cerquita sería diferente. Porque hay que ir hasta Chamula (Carmen).

Violencia obstétrica y violaciones a derechos humanos:

En el caso de Carmen, por las características de la atención por la que ella optó, nos podemos dar cuenta de una serie de fallas estructurales que repercuten en una violación a su derecho a la salud. El hecho de que el servicio de salud pública que le corresponde represente para ella un traslado que le resulta imposible por su condición física, en la cual presenta mareos, y que por lo tanto prefiera acudir al servicio ofertado por las farmacias de bajo costo en SCLC. Siendo que ahí existe un servicio de salud adecuado, pone en evidencia que la distribución de los hospitales de referencia para las comunidades no ha sido planificado de manera que atienda de mejor forma sus necesidades, de forma inmediata, más cómoda y que represente menores erogaciones. Ello muestra una falta de observación de los elementos de accesibilidad, aceptabilidad, calidad y no discriminación que deben ser observados por el Estado al momento crear los programas para garantizar el derecho a la salud de las ciudadanas.

Al mismo tiempo, Carmen señala atinadamente que las parteras brindan un servicio para las mujeres de la comunidad que es más accesible, pues ellas están en la comunidad, hablan su idioma y atienden a las mujeres en los horarios en las que sus procesos biológicos se manifiestan. Y, pese a haber tenido una atención adecuada por ambas parteras, el personal del servicio biomédico en las dos ocasiones le dijo que sería preferible atenderse en los hospitales de referencia, dado que las parteras no contaban con el material suficiente para atender correctamente. Sin embargo, el mismo personal no le dio la orientación adecuada para atender el padecimiento circulatorio del que ella hace mención, por lo tanto, tampoco han procurado de la mejor manera su salud, se han encontrado más preocupados por emitir un mensaje adverso a la partería que por atender adecuadamente su salud.

Es posible que el vínculo y la familiaridad que Carmen tiene con la partería hayan hecho que, pese a los mensajes recibidos de alarma y en contra de la labor de las parteras, ella optara por el servicio brindado por estas mujeres de su comunidad.

En la observación de la trayectoria de atención en sus procesos reproductivos, observamos la intervención de menos agentes que en el resto de los casos. No es factible aventurarse a decir que se tenga claridad respecto a que gracias a haber optado por el servicio de las parteras en la comunidad el proceso fue más sencillo, pero de su charla y expresiones se advierte mayor tranquilidad al hablar de los eventos del parto en sí.

Por otro lado, la actitud es distinta al tocar el tema del padecimiento en los ovarios y su estado actual de salud; donde se vuelve claro que es una situación que la pone inquieta, pero que no se siente con las posibilidades, por sus deberes domésticos, de atenderse y procurarse cuidado. Aquí podríamos hablar de otros tipos de violencia que operan en los contextos sociales y culturales en las que se desarrollan las mujeres, como su principal deber de cuidadoras hacia el exterior pero que en muchas ocasiones genera un descuido del primer territorio, su cuerpo. Sin embargo, pese a la importancia de realizar ese análisis, no es motivo de esta investigación, por lo cual sólo se apunta para fomentar su visibilización.

V.2 ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA FEMINISTA, DE LA POSIBILIDAD DEL EJERCICIO DE CIUDADANÍA REPRODUCTIVA EN LOS CASOS DE ESTUDIO

Como se menciona en el apartado de ciudadanía y autonomía de las mujeres correspondiente al primer capítulo de esta tesis, el estudio de la ciudadanía es de vital importancia al tratar temas referentes a derechos humanos y ejercicio del poder de los/as personas que integran una sociedad, partiendo de que nos encontramos regidos y enmarcados en un estado de derecho. El asumir la ciudadanía permite a las personas, por medio del ejercicio pleno de derechos y cumplimiento de obligaciones consciente, transformar las realidades sociales en las que se desarrollan.

También se hace mención de que el ejercicio de ciudadanía puede tener distintos niveles. Es decir, el ejercicio de ciudadanía puede comenzar desde el momento en el que se hace uso de los servicios de salud ofertados por el Estado, como es el que presta la Casa de Salud de Cruztón. Ello, aunque no exista una conciencia plena de que este servicio se desprende de una obligación estatal para garantizar el derecho humano a la salud. En otro momento se puede manifestar también en la participación en los programas de organización del sistema de salud que tiene la comunidad, como las mujeres que integran el Comité de Salud, las promotoras de salud o cualquier otra que sea su función.

Otra de las manifestaciones del ejercicio de ciudadanía se da al exigir servicios de salud adecuados, lo cual se puede presentar también en diferentes escalas. Esto es, desde la exigencia inmediata ante una negativa de atención, o una demanda de información al estar siendo atendida; hasta al trascender el reclamo entre los propios prestadores del servicio de salud tratando de hablar con los superiores jerárquicos. Lo que se puede traducir en: una respuesta positiva y finalmente obtener la atención; la negativa tácita que configura una violación a derechos humanos la cual puede provocar la toma de decisión por parte de la paciente o su familia, de llegar a la implementación de alguno de los mecanismos de queja de los que se encuentran contemplados por el sistema administrativo; otro podría ser una queja de derechos humanos o algún proceso propiamente jurisdiccional.

La implementación de los mecanismos establecidos para reclamar el cumplimiento de la obligación de las funciones del Estado en materia de salud, entrañan diversas repuestas que pueden ser positivas para la usuaria del servicio directamente o incluso para la colectividad de beneficiarios del sistema de salud. Es decir, los mecanismos de reclamo y defensa existentes van desde la queja administrativa, hasta los procesos de derechos humanos frente a las comisiones tanto nacionales como estatales, o la presentación de denuncias penales en el caso de que se quiera fincar responsabilidad directa sobre los prestadores del servicio de salud que con su mala praxis, incumplimiento o negligencia causaron algún daño a la salud, vida o integridad física de las usuarias.

A través de la documentación y litigio de casos en el territorio nacional diversas organizaciones de derechos humanos, se detectó que algunos de los mecanismos a disposición de las usuarias de los

servicios de salud son más o menos accesibles y útiles que otros, dependiendo de lo que se quiera lograr con éstos. Por ejemplo, en el caso de las quejas administrativas que se presentan directamente en los buzones destinados a este servicio de los hospitales, la realidad es que no reportan ninguna utilidad en la satisfacción de atención a las usuarias o mejora en el servicio. Tampoco en los casos que se presentan después del servicio para reportar algún mal trato o praxis indebida de los prestadores de atención, se llega a saber si la comunicación tuvo alguna consecuencia, repercusión o provocó algún cambio al interior del hospital.

En 2014 se presentaron decenas de solicitudes de información oficial vía los mecanismos de acceso a la información federal y local, para saber qué ocurría con estas quejas administrativas interpuestas por las usuarias y/o sus familias en contra del mal servicio recibido. Una de las quejas administrativas de las que se habla fue interpuesta frente al caso de muerte materna de Susana Hernández Pérez. La respuesta de la autoridad fue que dichos reclamos son motivo de una investigación interna de los hospitales y que no se encuentran obligados a dar información a quien las presenta sobre sus resoluciones. Esto claramente no abona a la construcción de ciudadanía plena, pues por un lado no se obtiene una respuesta clara de la autoridad sobre los hechos demandados; y por el otro, no se logra saber si esto abona o no a la transformación de manera interna del sistema de salud con la finalidad de apegarse a las necesidades reales de las/os usuarias/os.

Por otro lado, a través de la presentación de denuncias formales de carácter penal, en los casos en los que la atención recibida por el paciente le generó un daño a su integridad física, y que se presume que hay responsabilidad directa de alguno de los prestadores del servicio, se obtiene una respuesta del aparato judicial estrictamente individual. Esto quiere decir que, el sistema penal acusatorio de nuestro país sólo tiene la posibilidad de fincar responsabilidades individuales sobre la presunta comisión de un delito, lo cual se traduce en sanciones pecuniarias, penas corporales como la privación de la libertad, o la suspensión de licencias del ejercicio profesional del inculcado. Sin embargo, esto no suma de manera directa a generar un cambio al interior del sistema de salud que se pueda traducir en un beneficio real para el ejercicio del derecho a la salud de la población. Podría, en todo caso, como lo señalan las teorías a favor del sistema punitivo, únicamente

desincentivar la comisión de conductas irresponsables, dolosas o negligentes por parte de los prestadores de servicios de salud que se pueden traducir en delitos.

Las quejas de derechos humanos presentadas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos o ante las comisiones estatales, tienen la posibilidad de fincar responsabilidades contra las autoridades. Que, aunque son meramente orientadoras (lo cual quiere decir que no cuentan con un poder coercitivo), generan la obligación de acatar los puntos recomendatorios que las integran. Esto es, al presentar una queja frente a la posible comisión de violaciones a derechos humanos, por un lado, se exige a los Estados que reparen de manera integral el daño a las personas víctimas, y por el otro se obliga a los mismos a realizar las modificaciones estructurales, necesarias en su operar para asegurar la no repetición de los actos violatorios a derechos humanos.

Los medios específicos de reparación integral del daño son los siguientes: *restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición*. En derecho internacional³⁹, por restitución se entiende devolver a la víctima a la situación anterior a la violación. La indemnización considera los perjuicios económicamente evaluables. La rehabilitación incluye la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales. La satisfacción cubre, de ser posible, las medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones. Finalmente, las garantías de no repetición tienen como interés contribuir a la prevención de violaciones futuras por medio de la adopción de medidas legislativas, judiciales o administrativas.

Lo antes señalado supone gestionar cambios al interior de un sistema que estructuralmente ha dejado de observar su deber de garantía, promoción y protección de los derechos humanos de las usuarias. El tomar estas herramientas en propia mano representaría un ejercicio ciudadano fortalecido que abona a la construcción de sociedades más justas, equilibradas y equitativas.

³⁹ Ver, Corte IDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7, párr. 25; *Caso Anzualdo Castro Vs. Perú*, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de Septiembre de 2009. Serie C No. 202, párr. 170, *Caso Dacosta Cadogan Vs. Barbados*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de Septiembre de 2009. Serie C No. 204, párr. 94; *Caso González y otras "Campo Algodonero"*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 16 noviembre de 2009, párr. 446.

En cuanto a los ejercicios de ciudadanía que se pueden observar del análisis de las narrativas recabadas con las mujeres, van desde la utilización simple de los servicios de salud al asistir a la casa de salud de la comunidad; la demanda de atención, o en los casos necesarios de una atención adecuada, cuando se consideró que no se estaba recibiendo el trato debido; la solicitud de información en materia de salud sobre el tratamiento recibido, aunque la respuesta fuese negativa; hasta la voluntad de participar en esta investigación mostrando un interés genuino de vincularse con el tema de salud reproductiva con la intención de que mejore la condición de vida de las mujeres en la comunidad.

En lo referente a quien se presentó en el servicio de salud para recibir una atención de manera simple, como es el caso de Clara; se observa que pese a que al preguntarle sobre la calidad del trato que recibió en un primer momento señaló que había sido bueno, posteriormente mencionó que tuvo un problema, contando el corte perineal que le realizaron sin su consentimiento y por el cual aún tiene molestias. En el transcurso de la entrevista mencionó algunas otras fallas en el sistema de salud, como la falta de atención adecuada en la Casa de Salud de la comunidad al detectarle preeclampsia, lo cual la llevó a concluir diciendo que le gustaría tener servicios de salud adecuados a la mano. Esto constituye un ejercicio reflexivo consiente que puede considerarse parte de un proceso de ciudadanización.

La entrevista con Raquel, quien al presentar complicaciones de salud, entre ellas síndrome de Hellp tuvo que permanecer en el hospital internada once días en los cuales no le informaron sobre su condición de salud o lo que implicaba su diagnóstico pese a preguntarlo en múltiples ocasiones, configurándose en contra de ella violaciones a su derecho a la información en materia de salud. Al salir de la hospitalización Raquel decidió investigar sobre lo que significa el síndrome que le detectaron, qué implica y qué es lo que ella tiene que cuidar a partir de ello. Este ejercicio autónomo de búsqueda de información en materia reproductiva permite a Raquel tener la capacidad de posteriormente tomarlo en cuenta si es que decide volver a ejercer su derecho a la maternidad vía los servicios biomédicos que oferta el Estado. Con ella no se registró en ningún momento la voluntad de presentar una queja por lo ocurrido en su contra, pero al final de la plática mencionó que era algo que no había hablado con nadie más y que ahora le hacía pensar en muchas cosas.

El caso de Alicia tiene otros componentes, como es el hecho de ser hermana de Romeo, viudo de Susana, el cual ha tenido una experiencia muy profunda en la demanda de derechos y la exigencia de reparación por violaciones a los mismos. Frente a la emergencia obstétrica vivida por ella, tanto su padre, su hermano, como yo, estuvimos dando acompañamiento a la atención en el servicio biomédico de salud estatal, exigiendo que recibiera la atención. Finalmente, el servicio tuvo dilaciones, pero la salud de Alicia quedó resguardada. Ella me compartió los temores que sintió al recordar el caso de su cuñada y pensó poder sufrir el mismo fin, por ello solicitó en todo momento estar acompañada por nosotros porque identifica que el trato en el servicio de salud no es el adecuado. Aunque nunca habló de ser ella misma quien exija el derecho o demande un trato distinto.

De la charla con Josefina referida a la atención recibida por María, se desprenden muchos elementos importantes. Josefina decide enfrentar y cuestionar las imposiciones del personal de salud al querer enviarlas al servicio privado para realizarle estudios, ella les dice que su prima cuenta con Seguro Popular y es por eso que deben atenderla en una institución pública. No se deja intimidar por el trato violento de la enfermera y el chofer de la ambulancia en la que realizan los traslados y les pide que cumplan con su obligación de llevarlas al HM SCLC. Identifica como uno de los causantes del trato que reciben el hecho de que María no hable español y que de ella sea su segunda lengua, observa un patrón de discriminación que señala como una diferenciación injusta.

Finalmente, Josefina, al ser interpelada por un médico del HGC sobre su actitud de acusar al personal del servicio médico, señala que lo hizo porque es su derecho y que mientras no les den el servicio adecuado ellas pueden reclamar, lo cual representa un importante ejercicio de ciudadanía reproductiva con conciencia y demanda de derechos.

Posteriormente, María decide tener el resto de su atención reproductiva en la comunidad al no querer volver a presentarse en el servicio de salud donde sufrió maltrato. La atención de su parto, al no volver a presentar complicaciones, fue realizada con una partera en una práctica que podría ser interpretada como de autonomía reproductiva, desatendiendo a las indicaciones de los integrantes del servicio biomédico de salud.

Si bien no es fácil concluir si estamos o no en presencia de un ejercicio escalonado de ciudadanía tendiente a la ciudadanización de la comunidad de Cruztón, sí se puede observar que en la experiencia que se recogió, al menos en estos cuatro casos, hay pruebas de un ejercicio ciudadano en distintos niveles. Y, atendiendo a uno de los principales intereses de este posgrado, valdría la pena cuestionarse sobre las posibilidades de generar ejercicios ciudadanos fortalecidos, ¿a través de qué mecanismos es posible impulsar el ejercicio de ciudadanía plena? Viendo a ésta como posible motor de cambio social que impacte de manera positiva en la salud y vida de las mujeres de la comunidad.

Capítulo VI. Conclusiones: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO REALIDAD LATENTE Y LAS POSIBILIDADES FRENTE A LOS RETOS DE CONSTRUIR CIUDADANÍA REPRODUCTIVA.

“¡Sí podemos, porque es nuestro derecho!” (Josefina)

1. Violencia obstétrica, el manejo de cuerpos y voluntades.

El primer aspecto a reflexionar, por ser el objetivo central de esta investigación, es el trato recibido por las mujeres al decidir atender su parto en el servicio biomédico de salud, intentando develar si en el trato recibido había indicios de violencia obstétrica o no, con qué frecuencia se presentaba y qué implicaciones tenía en su ejercicio autónomo de ciudadanía reproductiva.

En el trabajo de campo se detectó que, en la totalidad de los casos en que las mujeres acudieron al servicio biomédico estatal presentaron eventos de violencia obstétrica. La violencia contra sus cuerpos se ejerció en el plano físico y psicológico, lo cual impactó su vida de muy distintas maneras, siguiendo la línea de interés de esta investigación, el cuestionamiento ha girado en torno al impacto que tuvo en el ejercicio de sus derechos, y en su desarrollo pleno como ciudadanas. Pues como se apuntó en el apartado teórico, el estado de salud de las mujeres tiene una relación directa con su vivencia social, cultural, política y ciudadana.

Respecto de las violencias experimentadas se entiende que no son los prestadores del servicio de salud los únicos responsables, por el contrario, se reconoce que forma parte de una visión biomédica hegemónica que se refleja en la política sanitaria y la estructura del sistema de salud, en este caso el mexicano. Sin embargo, pese a que se entiende que forma parte de una problemática estructural y sistémica, se encontraron algunos comportamientos de servidores públicos particulares que fácilmente podrían encajar en el tipo penal de violencia obstétrica y ameritarían ser llevados a procesos jurisdiccionales.

Claramente los hechos de violencia obstétrica recogidos en este trabajo muestran una realidad que, si bien sería muy aventurado decir que es generalizada por haber sido una muestra relativamente pequeña, refleja lo que un importante número de mujeres de esta comunidad han experimentado con el sistema biomédico público. Algunas de las participantes de la investigación al relatar los

hechos dicen que formularon preguntas y peticiones al personal del servicio de salud, las cuales no fueron respondidas o acatadas y en la mayoría de los casos fueron ignoradas o motivaron severos regaños; muchas de las solicitudes tenían que ver con su derecho a saber qué era lo que les estaba pasando, si podrían ser acompañadas o si se les podía proporcionar algún medicamento para dejar de sentir dolor; manifestaciones incluso que tenían que ver con ellas mismas, de expresar lo que les estaba pasando en su cuerpo, pero que el personal “experto” quitaba crédito por venir de estas mujeres, a las cuales consideran ignorantes incluso de su propio sentir corporal.

El hecho de haber obtenido una respuesta a sus cuestionamientos las habría dotado del poder de tomar una decisión consiente e informada, y a través de dicho poderío habrían sido participes y protagonistas de sus eventos de salud, sacando de dichas experiencias el factor de angustia por ignorar lo que les ocurría expresado como sufrimiento. Por el contrario, desconociendo la capacidad de entender y del poder sobre sus cuerpos, las mujeres se sintieron vulnerable, expuestas, y despojadas de la posibilidad de comprender la pertinencia de las decisiones que agentes externos tomaban sobre sus cuerpos. Es decir, esta reflexión nos lleva a pensar en cómo el poder de conocer y decidir sobre el propio cuerpo, tiene implicaciones directas en la vivencia salud plena de las mujeres; y en sentido contrario, como el goce de una salud integral tiene repercusiones directas en su ejercicio de derechos y ciudadanía.

Entonces, en la experiencia reproductiva en el servicio biomédico de salud de las participantes, con el cuerpo y la mente en condición de vulnerabilidad, enfrentando violencia física, emocional, simbólica y estructural, resulta casi imposible pensar en actos de autonomía y ciudadanía reproductiva. Sin embargo, partiendo del análisis diferenciado (esto es, por niveles) del ejercicio de derechos, fue posible detectar -a través del desarrollo de las entrevistas- que estas mujeres reflexionan y generan un análisis de los hechos en los cuales concluyen que el trato que recibieron no les hizo “sentir bien”, muchas dicen que “debiera ser diferente porque las mujeres no tenemos que someternos a tales sufrimientos”, otras incluso exigieron un trato distinto reclamando directamente frente a los prestadores de servicios, otras se adentraron en una reflexión sobre escalar el reclamo a procesos jurídicos o de derechos humanos.

Esto en lo que se refiere a la violencia obstétrica al momento de presentarse en el servicio biomédico para atender sus partos, pero: ¿qué hay de los actos de imposición en materia reproductiva vividos por las mujeres incluso de manera previa al embarazo?, ¿es posible calificar

a las exámenes ginecobstétricos obligados o a la anticoncepción forzada como violencia obstétrica?, ¿de qué manera la medicalización, terapia hormonal artificial y exceso de regulación de los cuerpos femeninos en la comunidad impacta en su ejercicio autónomo de ciudadanía reproductiva? Quizá las preguntas aquí arrojadas no hayan sido el objeto central de la presente investigación, pero en el desarrollo de la misma, surgió información muy importante que puede abonar a la reflexión del ejercicio de derechos reproductivos plenos, más allá de lo sancionado por los marcos normativos, el cual siempre es necesario tener claro como herramienta de exigencia y lucha.

1.1 De los cuerpos regulados y la autonomía reproductiva

En el desarrollo de la investigación hubo un tema que surgió en distintos momentos, la medicalización de los procesos reproductivos de las mujeres de la comunidad en el sistema biomédico público. De las entrevistas directas con la médica y enfermera que participaron de manera formal de la investigación, tanto como en otras charlas informales con personal del servicio biomédico que ha trabajado durante más de cinco años en la comunidad, se obtuvo información sobre las llamadas Campañas de Planeación Familiar en la comunidad, campañas de higiene, de salud sexual y reproductiva, entre muchas otras. En dichas conversaciones obtuve conocimiento sobre lo que estos prestadores del servicio de salud y el sistema al que representan, hacen en las comunidades para cumplir con el objetivo de “procurar” la salud sexual y reproductiva de las mujeres, lo cual tiene un importante acento en los programas de planificación familiar, que más parecería tener tintes de control demográfico. Vale entonces la pena recordar lo que se señaló sobre cómo el sistema de opresión de género se manifiesta en el control de los cuerpos femeninos, su sexualidad y reproducción; con ello no se quiere decir que dicho control demográfico se piense únicamente contra las mujeres, pero sí que es a través del manejo de sus cuerpos que se opera.

Una de las herramientas utilizadas por el sistema público estatal en sus campañas de salud sexual y reproductiva, es la difusión de información a través de las charlas o talleres dados por la Casa de Salud de Cruztón. El personal de la Casa de Salud también nos compartió que esta información se proporciona de igual manera en las consultas particulares con mujeres, las cuales en muchos casos son obligatorias para las que cuentan con programas de asistencia social, como Oportunidades o

Prospera; ya que de no asistir pueden ser sancionadas económicamente restringiéndoles parcial o totalmente estos “apoyos” económicos.

La participación en campañas de salud sexual y reproductiva son prácticamente obligatorias para un número importante de pobladores (siendo únicamente las mujeres las que acuden), la información no es adecuada en pertinencia cultural, la mujeres manifiestan haber recibido tanto en estos espacios como en las charlas directas con médicos/as y enfermeras mensajes adversos al uso de la medicina tradicional o a la atención que reciben por parte de las parteras, además existe una insistencia fuerte en el uso de anticonceptivos, esto a pesar de que con los que cuentan en la comunidad hayan generado muchos casos de desórdenes hormonales en las pobladoras usuarias. En tal escenario, la pregunta obligada es: ¿qué posibilidades quedan de ejercer autonomía reproductiva en la comunidad, sin que esto tenga consecuencias perjudiciales en otros servicios o asistencias del Estado?

No obstante, no se puede afirmar que la implementación de dichos programas haya generado una afectación directa al ejercicio de ciudadanía reproductiva de las mujeres en la comunidad, pero si se advierte la incomodidad de algunas de las entrevistadas por las obligaciones que les genera e incluso por el trato que reciben de parte del personal biomédico.

Dentro de estos programas, las promotoras de salud, que son mujeres de la comunidad que ayudan a operativizarlos, tienen como una de sus funciones observar cuando una de las mujeres de la comunidad se encuentra embarazada para sugerirle que se presente en el servicio biomédico; de no hacerlo de manera voluntaria, ellas dan aviso a la Casa de Salud para que el personal de este sistema se apersona directamente en el domicilio de la mujer a pedirle que acuda a sus servicios, enviando un mensaje claro de que la atención y conocimiento o saberes de otras prestadoras de servicios de salud, como pueden ser las parteras, no es adecuado y por el contrario puede resultar dañino para su embarazo e incluso poner en riesgo su vida y la de su hija/o, buscando imponer una mirada salud acorde al Modelo Médico Hegemónico.

Las promotoras de salud, integrantes de la comunidad, son instrumentalizadas por el sistema biomédico, para cumplir funciones de fiscalización y reproducción de su discurso en materia de salud materna. Contrario a recibir capacitación en el tema, que pudiera ayudarlas a tener un ejercicio ciudadano pleno, se dedican casi exclusivamente a organizar con la comunidad la forma en la que recibirán los programas asistenciales utilizados para imponer esta lógica externa. A través

de dichos programas, las mujeres son obligadas a realizar una serie de acciones a condición de restringirles el apoyo económico de no hacerlo, las obligaciones tienen que ver con las decisiones sobre su propia salud y vida; así vemos, cómo este biopoder condiciona el actuar de las mujeres con respecto de decisiones que debieran ser personales y autónomas.

1.2 Las parteras, una opción, otro trato.

Importante comenzar este punto mencionando que, de los casos documentados de atención directa en el parto con parteras, no se registró violencia obstétrica ni física ni psicológica, tanto en lo referido por las mujeres atendidas como en mi percepción sobre el trato recibido.

Las parteras también compartieron su visión sobre la salud y reproducción humana, el respeto de los cuerpos de las mujeres, así como la importancia de su trabajo en la comunidad; y aunque laboran en un contexto donde no existe reconocimiento de su trabajo siguen prestando sus servicios a veces sin recibir una remuneración por ello, quizá sólo un refresco o el agradecimiento de las mujeres y/o sus familias.

Pese a que las dos parteras que participaron de la investigación compartieron tener una relación filial con la partería, por ser hija y/o nieta de partera respectivamente, afirman haber obtenido el don a través de los sueños. Con ello manifiestan el entendimiento de que las capacidades para atender partos en la comunidad se encuentran latentes y no están vinculadas en su totalidad a la capacitación o intervención que pueda realizar el sector biomédico.

La relación de estas mujeres con su labor de acompañar a las mujeres durante el embarazo parto y puerperio, va más allá del desarrollo de un oficio. Manifestaron que tienen un deber, un deber que les fue concedido en ese sueño junto con el conocimiento que es necesario para ejercitarlo, y que de no desarrollarlo podrían recibir un castigo. Compartieron sentir miedo por realizar su trabajo, pues están conscientes de la gran responsabilidad que implica, e incluso el riesgo de ser criminalizadas por el desconocimiento de sus saberes como válidos, impulsado por el Modelo Médico Hegemónico, pilar del sistema biomédico de salud imperante y que dicta las pautas normativas de la materia; además de hablar de todo el desgaste físico que implica estar presente a la hora en que el cuerpo de la mujer esté listo para el parto y durante el tiempo que éste dure y sea necesario el acompañamiento de la partera.

El total de las mujeres entrevistadas dijeron que las parteras en Cruztón cumplen una labor muy importante, pues son una oportunidad de tener atención dentro de la comunidad, a bajo costo, en su idioma, las veces y a las horas que lo necesitaran.

Otra información importante para comprender el escenario de atención en materia de salud reproductiva de las mujeres de Cruztón, fue que todas las entrevistadas en algún momento de sus embarazos, visitaron a las parteras de la comunidad y aunque no se decidieran a atender sus partos con ella, plantearon que se sentían cómodas en sus consultas. Algunas compartieron haber escuchado historias de parteras que regañaban a las mujeres o que eran más enérgicas en su trato, pero ninguna refirió haber vivido maltrato directo.

De lo charlado con el personal biomédico en la comunidad, vale la pena enfatizar la gran sorpresa que manifestaba la médica pasante al decir que un porcentaje bastante elevado de los partos en la comunidad eran atendidos por parteras, y lo que más le admiraba era que finalmente cuando llevaban los niños a revisión se encontraban en muy buen estado de salud. En la charla directa reconocían la labor de las parteras, pero esto no se ve reflejado en lo que en el trabajo cotidiano dicen a las mujeres en la comunidad, pues las entrevistadas compartieron haber recibido un mensaje por parte del servicio biomédico que desincentivaba que recurrieran a las parteras, e incluso las ponía en alarma con respecto a los riesgos de salud y vida que corrían ellas y sus hijas/os de hacerlo.

Sin embargo, al cuestionar al servicio de salud que tan útil y necesario era el trabajo de las parteras en la comunidad respondían que mucho, ya sea por hablar el idioma de las mujeres, por encontrarse en la comunidad todo el tiempo y/o poder atender a las mujeres a la hora que lo necesitaran, como por el acompañamiento posterior al parto que dan a las mujeres. Esto también deja la puerta abierta a otro cuestionamiento que por no ser motivo de la investigación no se continuó, pero que en mi interés por la vivencia de la salud reproductiva, queda abierta: ¿Qué nos dice este doble discurso del personal del sistema biomédico respecto de la partería, en cuanto a su valoración de los otros saberes en materia de salud? Y, con ello, ¿de que forma las miradas distintas de la disciplina, como la Antropología Médica Crítica, pueden tender puentes en la construcción de modelos de salud incluyentes y con pertinencia cultural?

Aún en escenarios complejos para el ejercicio de la partería, las parteras siguen siendo una opción para las mujeres de Cruztón, y en muchas ocasiones la principal opción. El hecho de ser una opción alterna al sistema de biomédico, o que incluso en algunos de los casos sean la única opción, y que

brinden un trato reconocido por las mujeres como bueno, comprensible y accesible, es un elemento fundamental para abrir una ventana de posibilidades para el ejercicio libre e informado de derechos, que no siempre está ligado a los servicios ofertados por el Estado. Lo cual no quiere decir que su sola existencia sea suficiente, o que el hecho de poder optar sea todo en el ejercicio de la ciudadanía reproductiva, pero si es una condición indispensable para que la ciudadanización reproductiva pueda ocurrir.

2. Posibilidades

Por ser esta una investigación con un fuerte componente jurídico, y no desde una postura clásica y positivista del derecho sino desde la crítica jurídica feminista, fue necesario reflexionar sobre los marcos normativos locales, nacionales e internacionales que posibilitan o no el ejercicio de derechos reproductivos de las mujeres de la comunidad. El marco jurídico es necesario al hablar de los mecanismos de exigencia de derechos que se pueden activar en busca del cumplimiento de las obligaciones de garantía, lo cual es indispensable si se piensa en un ejercicio de ciudadanía reproductiva fortalecido.

Sin embargo, la propia existencia de marcos jurídicos garantes de derechos no implica en sí su aplicación, por eso fue necesario realizar un análisis crítico sobre lo que en los hechos (de facto) ocurre para las mujeres de la comunidad.

2.1 Del derecho al hecho.

En el proceso de construcción de este trabajo de tesis, resultó fundamental cuestionarse acerca de las posibilidades, dadas las condiciones de vida y contextos socioculturales de los/as habitantes de Cruzón, de construir una autonomía en materia corporal que atañe particularmente al ejercicio de su reproducción y que con ello puedan disfrutar de sus derechos humanos.

Partiendo de la idea de que las obligaciones de las autoridades en materia de garantía de los derechos humanos, no siempre refieren una conducta activa, también puede implicar una obligación de no hacer. Es decir, en la construcción de autonomía, la obligación del Estado sería la de no intervenir en los procesos que los pueblos o las comunidades han generado, o intervenir

únicamente de la manera que la comunidad le solicite. Para garantizar un ejercicio de ciudadanía reproductiva fortalecido, las obligaciones serían la de procurar los servicios necesarios, si es que la mujer decide atenderse en un esquema biomédico público; y, por otro lado, no obstaculizar y respetar los servicios tradicionales con los que se pueda contar en la comunidad, en concordancia con el reconocimiento jurídico de multiculturalidad que, en el caso del Estado mexicano, se ha hecho en la propia Constitución.

Si bien nuestra Constitución en su artículo primero reconoce el goce, respeto y procuración de todos los derechos humanos para las personas que se encuentren en el territorio nacional, y prohíbe toda discriminación motivada por *origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana*. Y en su artículo segundo reconoce a la pluriculturalidad de la Nación mexicana, la cual se sustenta en sus pueblos indígenas reconocidos como las poblaciones que descienden de los habitantes del territorio actual previo a la colonización; asimismo señala que:

A. Esta Constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para:

I. Decidir sus formas internas de convivencia y organización social, económica, política y cultural.

...

III. Elegir de acuerdo a sus normas y prácticas tradicionales, a las autoridades o representantes para el ejercicio de sus formas propias de gobierno interno... su derecho a votar y ser votados en condiciones de igualdad...

...

B. ... para promover la igualdad...

...

III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, **aprovechando debidamente la medicina tradicional**, así como apoyar la

nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

Con ello vemos que, al menos de jure, está reconocida la integralidad cultural de nuestra Nación. Se asume la autodeterminación de sus pueblos en materia social, económica, política y cultural, en donde se inscribiría el ejercicio de su derecho a la salud. Es de destacar que se señala el aprovechamiento de la medicina tradicional, pero de facto, nos encontramos con la deslegitimación, desprestigio y persecución de los curadores tradicionales, como es el caso de las parteras tradicionales o empíricas.

Esto nos lleva a formular un primer cuestionamiento sobre las posibilidades, no legales, pero sí fácticas, de apropiarse del cuidado de la salud y construir desde su propia visión contextual y cultural. ¿Es posible para las mujeres de pueblos y comunidades originarias apropiarse de su derecho constitucionalmente reconocido, resignificarlo y dotarlo de contenido sustantivo? Se asume que la presente investigación no tenía la capacidad para dar una respuesta concluyente a esta pregunta, pero sí pretendió aproximarse desde el campo del ejercicio de ciudadanía a través de la vivencia, la cual se experimenta de manera diferenciada, y que incluso se podría pensar en distintos niveles de ejercicio de derechos reproductivos de las mujeres de Cruztón, en un marco del servicio biomédico en el que ha quedado clara la reiterada presencia de violencia obstétrica en la atención que reciben las mujeres.

2.3. Lo que es viable /posible cuando la Violencia Obstétrica es una constante.

Partiendo de un escenario en que la violencia obstétrica en el servicio biomédico es una práctica constante y desafortunadamente en muchos de los casos hasta normalizada, surge el cuestionamiento fundamental sobre la manera en que estos actos de violencia inciden en el ejercicio pleno de derechos y autonomía de las mujeres, en un momento tan vulnerable como es durante el parto.

Los mencionados actos de violencia, sometimiento e invasión de sus cuerpos, claramente pueden dejarlas en estado de indefensión frente al manejo de poder ejercido por estos agentes del sistema biomédico. Sin embargo, el que estos hechos ocurran y que durante tales episodios hayan o no podido actuar para impedirlos, no invalida su capacidad para reclamarlos vía procedimientos de

queja (cualquiera que sea la vía que decidan elegir), ni tampoco las condena a que estos se repitan en el futuro anulando por completo su posible ejercicio de ciudadanía y autonomía reproductiva, la cual abre la posibilidad de volverse agentes de incidencia social y política, con el componente especial y específico de conocer de manera directa las necesidades de las mujeres usuarias del servicio biomédico de salud.

2.4 De las posibilidades acotadas por el contexto.

Por otro lado, hay circunstancias del contexto sociocultural que también llevaron a cuestionarse sobre la posibilidad de hablar sobre autonomía y ciudadanía reproductiva, cuando ello implica tratar temas del cuerpo e involucran a la sexualidad, desde el tabú que puede representar la temática.

En ese sentido, otra circunstancia del entramado social que resulta fundamental al momento de cuestionarse sobre las posibilidades de construir autonomía en el cuerpo y la reproducción de las mujeres en la comunidad de Cruztón, es el orden sexo genérico de la propia población. Esto nos habla de los niveles jerárquicos en la toma de decisiones en la sociedad y sus pobladores, en este caso la subordinación de las decisiones que atañen a las mujeres y sus cuerpos, las cuales pueden quedar supeditadas a las determinaciones de la colectividad, de sus familias, o de los hombres que las acompañan, sean padres, parientes, esposo o concubinos.

Esta cuestión que tiene que ver directamente con el entramado social y que, por mi propia formación profesional, no resultó fácil descifrar, son fundamentales para cuestionarse sobre las posibilidades que existen de construir una autonomía corporal, en un contexto en el cual es difícil incluso hacerse dueñas de un espacio para su palabra, como se observó en los eventos en los que pude participar.

Sin embargo, al permitir que la participación en la investigación fuera libre y voluntaria, sin ejercer ninguna presión por parte de autoridades e intentando manejar un perfil relajado al dialogar con las mujeres, fue interesante observar que hubo interés por participar, sobre todo de mujeres con un perfil etario entre los veinte y treinta años de edad. En la mayoría de los casos de mujeres que se entrevistaron el acercamiento fue por parte de ellas. Incluso en las reuniones de comunidad eran ellas quienes se acercaban a preguntarme cómo sería el trabajo que yo haría, y ahí mismo empezaban a darme información, contarme inquietudes e invitarme a su casa a platicar.

Las mujeres del grupo de edad con las que se hizo la entrevista (que de entrada no fue un criterio marcado en las líneas de la investigación,) mostraron interés no sólo por la temática, además fueron muy enfáticas al expresar su deseo de que en el servicio de salud público hubiera cambios, porque sus necesidades fueran escuchadas y por no sufrir los tratos discriminatorios y degradantes por los que todas las que habían sido usuarias del servicio biomédico durante sus eventos obstétricos pasaron.

En la mayoría no se detectó que hubiera un reconocimiento claro sobre las vías de actuación de las cuales podrían echar mano para exigir un trato adecuado en el servicio. Sólo en dos de las entrevistadas hubo un reclamo directo al servicio biomédico, sin embargo, en ellos se pudo distinguir el reconocimiento de las propias mujeres, no sólo de tener derecho a recibir un buen trato en materia de salud, también el derecho de exigirlo.

Se detectó también el deseo de recibir mayor información en materia de derecho a la salud. Pese a que en las charlas que se tuvieron de manera constante se brindó información a este respecto, las mujeres expresaron querer saber más sobre el tema. Esto puede ser leído como un campo fértil, donde hay la voluntad y el deseo de cambiar su realidad en materia de salud.

2.5. La puerta que se abre con las parteras.

Muchas mujeres y familias con las que se ha hablado compartieron las múltiples ventajas que tiene el contar con parteras en la comunidad, pues aprecian su cercanía tanto geográfica como la comprensión en códigos sociales y culturales.

Las parteras que participaron en la investigación compartieron que su trabajo se adapta a las necesidades de las mujeres y sus familias; pues son ellas quienes se desplazan a casa de las embarazadas para revisarlas, acompañarlas y, en caso de ser necesario, darles tratamiento mediante hiervas o sobadas. La intervención que realizan de los cuerpos femeninos a los que atienden queda restringida al uso de plantas medicinales, masajes y aceites naturales, todo hecho por ellas mismas.

Las parteras entrevistadas afirmaron tratar a las mujeres de mejor manera que en los hospitales. Subrayaron la importancia de no obligar a las mujeres a desnudarse mientras las trataban, lo cual compartieron que las hace sufrir mucho y que eso no es bueno para una mujer en el momento del parto.

Pese a que en las entrevistas a las dos mujeres que se atendieron por parteras no se detectó que ejercieran violencia obstétrica; por no ser objeto de esta investigación, no se ahondó en la búsqueda intencionada de detección de posibles casos de este tipo de violencia ejercida por parteras en la comunidad.

Con lo aquí referido, no es posible concluir que el ejercicio de las parteras en la comunidad de Cruzón se encuentra exento de violencia obstétrica, pero sí se puede señalar que su existencia y labor abre a las pobladoras la posibilidad de tener un tratamiento distinto en sus procesos reproductivos, lo cual es un requisito indispensable para poder tener un ejercicio pleno de ciudadanía.

3. De los retos en la construcción de ciudadanía reproductiva cuando la Violencia Obstétrica es una constante.

Una de las características fundamentales de la investigación acorde con el componente de intervención social que integró el posgrado en Estudios e Intervención Feministas, fue el que en el transcurso de la misma se pudieran aportar a la población con la que se trabajó, herramientas o información que fuera de utilidad, en este caso, que abonara al disfrute de sus derechos. En este sentido, si bien se detectó la inconformidad que las mujeres sentían del trato recibido en el servicio biomédico, organizado acorde al Modelo Médico Hegemónico; también se evidenció que se requeriría tener información bien difundida e incorporada sobre qué es un trato en materia de salud adecuado y garante en derechos, comprender cuáles son los derechos de las mujeres en materia de salud, en salud reproductiva, para finalmente ahondar en qué es la violencia obstétrica y en qué momentos se vive, así como las formas de exigencia o reclamo de un trato digno.

A lo largo del trabajo de campo con la comunidad se tuvieron distintas pláticas individuales y en pequeños grupos, reflexiones que fueron muy fructíferas tanto para la investigación, como para las mujeres, lo cual se constató en los casos en los que posterior a las pláticas las mujeres que se presentaron en el servicio de salud pública exigieron un trato adecuado. Sin embargo, en este trabajo de investigación se reconoce que el aporte pudo ser puntual y muy limitado; que el verdadero reto es la apropiación del enfoque de derechos por parte de las autoridades y prestadores del servicio y quienes diseñan la política pública en materia de salud, además de la apropiación de

las mujeres y población en general las cuales pueden tener como herramienta la exigencia colectiva a través de la denuncia pública, ya sea jurídica o por el mecanismo políticos que decidieran optar, para buscar tener una incidencia social que repercuta de manera favorable en su realidad.

3.1 Hacia la ciudadanía reproductiva: la importancia de dibujar horizontes jurídicos incluyentes y apropiados.

Pese a las posibilidades en materia de atención reproductiva que ofrecen las parteras, una realidad es que se encuentran laborando fuera de un marco legal regulatorio, lo que las deja desprotegidas y expuestas a la criminalización. Con ello no se quiere decir que sea deseable contar con leyes que las sobre regulen, sobre todo tomando en cuenta lo excluyente que es el ámbito jurídico, en este caso de producción legislativa, en el sistema y estructura local, nacional e internacional, problemática ya abordada en el desarrollo de las herramientas teóricas metodológicas utilizadas para este análisis.

Las parteras entrevistadas compartieron sentir miedo cuando realizan su trabajo, tanto por lo que implica tener la salud de las mujeres y sus bebés en sus manos, como por la amenaza latente de ser criminalizadas por el sistema biomédico y jurisdiccional que no reconoce sus capacidades y la legalidad de su trabajo. Sin embargo, hacen frente a este riesgo a sabiendas de que es una labor que les fue encomendada y que deben desempeñar para ayudar a las mujeres y sus familias.

Uno de los principales retos en materia de reconocimiento de derechos, ciudadanía y autonomía tanto en los sistemas de salud como en la regulación jurídica, una vez asumida la pluralidad étnica en el país, es: ¿cómo generar marcos normativos que permitan y reconozcan de manera adecuada la importante labor que se hace por parte de curadoras y curadores en el país desde sus múltiples conocimientos? Ya que eso, finalmente podría traducirse en un beneficio directo en la posibilidad de elección con respecto de la forma en que desea y/o le es posible procurarse salud.

Es importante ser enfática en el hecho de que tener una sobre regulación, o una regulación que no haya sido pasada por el filtro intercultural y de género, puede resultar contraproducente en cualquier escenario. En materia de salud reproductiva y de la labor de las parteras, sean tradicionales (tsotsiles) o capacitadas, resultaría altamente riesgoso tener una legislación que acote aún más su labor o que ponga en riesgo su integridad personal, libertad corporal o laboral. Así las

cosas, se insta una vez más a la reflexión colectiva, a la escucha de los cuerpos invisibilizados por el sistema en razón de su género, raza o etnia, condición socioeconómica, preferencia y/u orientación sexual o sexo genérica, entre otras diversidades, para lograr construir nuevos sistemas regulatorios más incluyentes y que tengan como horizonte el de generar una sociedad que procure la justicia social.

Este enfoque de análisis para la construcción jurídica puede ser integrado desde el posicionamiento que plantea la crítica jurídica feminista. Con ella podría abordarse la situación en materia de salud y las herramientas tanto con las que se cuenta, como las que hay que desarrollar desde un enfoque humano, incluyente y pertinente culturalmente, más allá de lo contemplado por el derecho positivo existente.

Desde el enfoque de la crítica jurídica feminista, es que se puede observar a las parteras de Cruzón como mujeres que trabajan por otras mujeres, sin tener la certeza de una paga, en los horarios dictados por el cuerpo de las embarazadas, conscientes de que su labor tiene gran valor para la vida de la comunidad y, desafortunadamente, con la preocupación constante de la posibilidad latente de ser criminalizadas.

Pese a los ejercicios de derechos documentados a través de las entrevistas, no es posible concluir afirmando que se está frente a un proceso de ciudadanización reproductiva en la comunidad de Cruzón. Sin embargo, a lo largo de estos cuatro años acompañando, primero el proceso de lucha por reivindicación de derechos de una familia y más personas de la comunidad que les apoyaban, y en un segundo momento realizando la presente investigación, hay algunas actitudes en mujeres y en la población en general que han modificado su forma de interactuar con los prestadores del servicio biomédico público cuando se sienten atravesadas por algún trato injusto o discriminatorio. He podido observar en un par de casos el ánimo de reclamar sus derechos en conjunto, acompañándose entre primas, hermanas, vecinas y otros hombres que también han estado presentes, buscando recibir un trato distinto, que no les haga sentir tan mal o discriminadas, según las propias palabras de Josefina “Sí podemos, porque es nuestro derecho”.

BIBLIOGRAFÍA:

ABRAMOVICH, Víctor, Courtis, Christian. *Los derechos sociales como derechos exigibles*, España, Editorial Trotta, 2002, pp. 29 y 30.

ALMAGUER, José Alejandro, Hernán José García y Vicente Vargas Vite, “La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud”, en *Género y salud en cifras*, México, vol. 8, núm. 3, septiembre-diciembre 2010, pp. 3-20.

ÁLVAREZ M, C, 2006, “Cosmovisión maya y feminismo ¿camino que se unen?” Otras miradas.

ARGUEDAS Ramírez Gabriela (2014); “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”. Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe. Vol. 11, No. 1 enero – Junio, 2014. Pp. 145- 169.

A.A.V.V., (2012), El concepto de ciudadanía y su evolución histórica, Mc. Graw Hill.

BARBIERI, Teresita (1993), “Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica”, Debates en sociología.

BELLI F., Laura (2013) “la violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, en Revista Redbioética /UNESCO, Año 4, 1 (7) 25-34, enero – Junio 2013.

BERNIS, Cristina, López Rosario, Prado Consuelo y Sebastián Julia, (2001), Salud y género, La salud de la mujer en el umbral del siglo XXI, Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.

BLAZQUEZ, Norma, Flores Fátima y Ríos Maribel, (2012), Investigación Feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.

BLAZQUEZ, Norma y Castañeda Patricia, (2016), Lecturas críticas en investigación feminista, Universidad Autónoma de México.

CAMUS, M. 2001, Mujeres y mayas: sus distintas expresiones. Indiana, num 17-18, p.p 31 – 56, Ibero-Amerikanisches, Berlín, Alemania.

CASTILLO, Ángeles, Herrera Morena y Trayne, (s/f) “Género y salud reproductiva: una reflexión para la cooperación” Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears (APFCB). Disponible en <http://www.observatori.apfcib.org/docs/12/GENEROYSALUD.pdf>

CASTRO, Roberto (2009) “Violencia contra las mujeres durante el embarazo. Algunos hallazgos de un estudio en Morelos” en Freyermuth y Sesia, La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una paternidad segura. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Pp. 191-201. Disponible en http://maternidadsinriesgos.org.mx/wp-content/uploads/2009/03/muerte_materna.pdf

CASTRO Roberto; Erviti Joaquina (2014). “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”; en Revista CONAMED, vol. 19, núm 1, enero – marzo 2014, pags. 37-42.

COOK, Rebecca *et al.*, *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la Medicina, la Ética y el Derecho*, Colombia, Oxford University Press y Profamilia Colombia, 2003, pp. 166 y ss.

CORREA, Sonia y Rosalind PETCHESKY. "Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista", en *Mujeres al timón. Cuadernos para la incidencia política feminista*. Lima, Flora Tristán, 1995.

DÍAZ, Zoe, Aguilar, Tania, (2015), *Antropología médica aplicada a la salud pública*, Escuela Nacional de Salud, La Habana, Cuba.

ESTEBAN, Mari Luz, (1994/96), *Antropología Cultural/ Relaciones entre feminismo y sistema médico científico*, Serie Antropología Cultural, Bilbao.

FAJRELDIL Chuaqui, Valentina, “Antropología médica para una epidemiología con enfoque Sociocultural. Elementos para la Interdisciplina”, en *Revista Ciencia & Trabajo*, Año 8, número 20, abril / junio 2006. Pgs. 85 – 102.

FREYERMUTH, Graciela, “La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad.”, en *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XII, no. 2, julio – diciembre 2014, p. 30-45. Disponible en <http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf/Freyermuh-11.pdf>

FOUCAULT, Michel, (1977), *Historia de la medicalización*, <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>

FOUCAULT, Michel, (1978, 1979), *El nacimiento de la biopolítica*, Fondo de la Cultura Económica.

Galicia, en BLAZQUEZ, Norma, Flores Fátima y Ríos Maribel, (2012), *Investigación Feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*, Universidad Nacional Autónoma de México.

GARCÍA, Jazmine y Potts, Malcom, (2015), *De prácticas tradicionales a la reducción de muertes maternas: Parteras indígenas tradicionales en Chiapas, México*, en Sánchez, *Imagen instantánea de la partería*, El Colegio de la Frontera Sur y Asociación Mexicana de Partería. Pp. 175-198.

Disponible en <http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/imagen%20parteria.pdf>

GÓMEZ Cardona, Liliana, “Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá”. En *Maguaré*, Vol. 27, no. 2 (Jul- Dic), 2013. Pp21-65.

GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA A.C.(GIRE), Informe “Omisión e Indiferencia” Derechos Reproductivos en México, abril 2013.

GARCIA, Julio, Figueroa, Claudia, Padilla Marcela, (2016), *Trayectorias de atención de mujeres con preclamsia en Hermosillo Sonora*, *Revista de Ciencias Biológicas y Salud*.

HERNÁNDEZ – CASTILLO, (2008), *Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes*. Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia e Instituto de la Mujer. Madrid.

HORRACH, Juan, (2009), *Sobre el concepto de ciudadanía: historia y modelos*, *Revista Filosófica Factótum*.

JUNGE, Patricia (2001) *Nuevos paradigmas en la antropología médica*. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile, a.G. Santiago de Chile.

LASTRA, Elda, (2012) *Entre lo divino y lo científico, la partera sigue vital*.

MARTÍNEZ, Carolina, (1992), *Introducción al trabajo cualitativo de investigación*, en Szasz y Lerner, *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva*. Pp. 33-56.

MENÉNDEZ Eduardo, “La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional? En *Alteridades*, 1994. 4 (7):pgs. 71-83

MOLYNEUX, Maxine. "Género y ciudadanía en América Latina: cuestiones históricas y contemporáneas", en *Debate Feminista*, México, 23 (12), 2001, pp. 3–66.

OSORIO, Rosa, (2000), Entender y atender la enfermedad: los conocimientos maternos frente a los padecimientos infantiles, Instituto Nacional Indigenista.

PAGE, Jaime, (2005), El mandato de los dioses. Etnomedicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas. Universidad Autónoma de México.

PAGE, Jaime, (1998), La medicina tzotzil en el complejo de la interrelación entre las medicinas: un acercamiento, en *Quehacer Científico en Chiapas*, Vol. 1 no. 2.

PEÑA, Guillermo, Vázquez, Luis, La antropología socio cultural en el México del milenio. Búsquedas, encuentros y transiciones, Instituto Nacional Indigenista, CONACULTA, Fondo de la Cultura Económica.

SÁNCHEZ, Héctor Javier y Arana Marcos, "Maternal mortality in Chiapas: unfinished story", en *Social Medicine*, vol. 9, no. 1, febrero 2015, p. 48-50. Disponible en <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/822/1527>

SÁNCHEZ, Georgina, (2015), Imagen Instantánea de la partería, El Colegio de la Frontera Sur.

SÁNCHEZ, Georgina, Velasco Santos, Moreno, Rojo, Pérez (2011), Parteras en Chiapas... Un mar de conocimientos, El Colegio de la Frontera Sur.

SÁNCHEZ, Georgina, (2016), Espacios para parir diferente, un acercamiento a Casas de Parto en México, El Colegio de la Frontera Sur.

TORRE, Jesús, "El derecho como arma de liberación en América Latina", CENEJUS, Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México, 2006.

VALLS-LLOBER, Carmen, (2009), "Mujeres, salud y poder", Ediciones Cátedra de la Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer.

VALLS-LLOBER, Carmen, (2006), "Mujeres invisibles", DEBOSILLO.

VALENTIN, Demetrio, (2008), Política participativa, ejercicio de ciudadanía, Agenda Latinoamericana. Disponible en <http://www.servicioskoinonia.org/agenda/archivo/obra.php?ncodigo=62>

VARGAS, Bianca, Campos, Roberto, (2015), Trayectorias de atención, desatención y denuncia en casos de mortalidad materna: perspectiva local y global, CONAMED.

WALKMER, Antonio, “Introducción al pensamiento jurídico crítico”, Colección en Clave Sur. 1º ed. ILSA. Bogotá D.C. Colombia, octubre de 2003.

Women’s Health. Improve our Health, Improve the World. Position paper. IV World Conference on Women. Beijing, China.

Abramovich, Víctor, Curtis, Christian. *Los derechos sociales como derechos exigibles*, España, Editorial Trotta, 2002, pp. 29 y 30.

Corte Interamericana de Derechos Humanos [Corte IDH], *Caso González y Otras (“Campo Algodonero”) vs México. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia*, 16 de noviembre de 2009, párrafo 236.

Corte IDH. Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2004. Serie C No. 109, Párrafo 153.

Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257, Párrafo 172.

SCJN. DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO. Novena Época; Registro 163169; Pleno; Tesis Aislada; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; Tomo XXXIII, Enero de 2011; Materia Constitucional; Tesis: P. LXI/2010; p.24.

Comité CEDAW, *Caso Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil. Comunicación N° 17/2008*, 49º período de sesiones (2011), [CEDAW/C/49/D/17/2008], párr 7.6.

SCJN, Amparo en revisión 173/2008, Ministro Ponente: José Ramón Cossío Díaz, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXVIII, abril de 2008, p. 457.

CEDAW, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Comunicación N°4/2004*, 36 período de sesiones, 29 agosto 2006, p. 14.

SCJN, Tesis aislada XVI/2011, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXXIV, agosto 2011, p.29.

Cook, Rebecca *et al.*, *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la Medicina, la Ética y el Derecho*, Colombia, Oxford University Press y Profamilia Colombia, 2003, pp. 166 y ss.

SCJN, *Acción de Inconstitucionalidad 2/2010*, ministro ponente: Sergio A. Valls Hernández, 16 de agosto de 2010, párrafo 231.

SCJN, “**Derecho al libre desarrollo de la personalidad. Aspectos que comprende. Tesis Aislada**”, **Tesis aislada**, Pleno, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, 9ª época, tomo XXX, diciembre de 2009, p. 7.

CIDH, *Propuesta de Modificación a la Constitución Política de Costa Rica Relacionada con la Naturalización*. Opinión Consultiva OC-4/84 del 19 de enero de 1984. Serie A No.4, párrafo 53.

Comité de Derechos Humanos, Observación General No. 18, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, No discriminación, 37º período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 168,1989, párrafo 12.

Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena XákmokKásek. Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010 Serie C No. 214, párr. 232 y 233; Comité sobre Discriminación de la Mujer (Comité CEDAW), *Caso Alyne da Silva Pimentel v. Brazil*, Communication No. 17/2008, (2011), párrafos 7.2, 7.3, 7.6 y 8.2a, y CIDH, *Acceso a los servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010, párrafos 11, 20, 23, 27, 28, 32 y 53.

Corte IDH, *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México. Excepción Preliminar, fondo, reparaciones y costas. Sentencia*, 16 de noviembre de 2009, párrafo 258.

Gómez González, María José (Coord.); *México ante la CEDAW*; ONU-Mujeres; p. 16. Disponible en: <<http://goo.gl/nP5Ksq>> [consulta: 17 de junio de 2014].

