

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

**INDICADORES ESTRUCTURALES E INDIVIDUALES DE VARIACIÓN EN LAS  
INCISIONES DE CESÁREA**

**Dr. Jaime Antonio Hidalgo Carrera**  
**Investigador Principal, Centro Médico ABC**

**Dra. Vania Smith-Oka**  
**Profesora e Investigadora Externa**

**University of Notre Dame**  
**Department of Anthropology**  
**248 Corbett Family Hall**  
**Notre Dame, IN 46556**

**vsmithok@nd.edu**  
**WhatsApp: +1-404-933-8642**

## INDICE

<b>TEMA</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1. Marco Teórico</b>	<b>3</b>
<b>2. Definición del Problema</b>	<b>5</b>
<b>3. Antecedentes</b>	<b>6</b>
<b>4. Justificación</b>	<b>7</b>
<b>5. Hipótesis Científica</b>	<b>7</b>
<b>6. Objetivos General y Específico</b>	<b>7</b>
<b>7. Materiales y Métodos</b>	<b>9</b>
<b>7.1 Diseño del Estudio</b>	<b>9</b>
<b>7.2 Ubicación Espacio-Temporal</b>	<b>9</b>
<b>7.3 Muestreo</b>	<b>9</b>
<b>7.4 Métodos de Recolección de Datos, y Análisis de los Datos</b>	<b>10</b>
<b>8. Logística</b>	<b>20</b>
<b>9. Equipo de Investigación</b>	<b>20</b>
<b>10. Bioética</b>	<b>21</b>
<b>11. Referencias Bibliográficas</b>	<b>27</b>

## 1. Marco Teórico

Dentro de la antropología de la reproducción, los académicos han vinculado cuestiones de medicalización, conocimiento autorizado, tecnología, jerarquía médica y el refuerzo de las jerarquías sociales a cómo las mujeres viven el embarazo y el parto (Lazarus 1994; Sargent y Bascope 1996; Jordan 1997; Van Hollen 1998; Davis-Floyd 2003; Brauer 2016; Deomampo 2016). Gran parte de esta investigación se centra en la reproducción estratificada (Colen 1995; Deomampo 2016), los sistemas racializados de atención clínica (Vega 2018; Davis 2019), la discriminación (El Kotni 2018) y la gobernabilidad reproductiva (Morgan y Roberts 2012).

Como se ha señalado (Williams 2018), existe una inmensa presión sobre los funcionarios de salud, los médicos y el personal hospitalario para mejorar los resultados de salud materna. Pero los médicos están exhaustos, mal pagados y con exceso de trabajo; gran parte de este estrés da lugar a un gran número de intervenciones clínicas (Smith-Oka y Marshalla 2019). Estas situaciones proporcionan el sustrato para examinar las decisiones médicas.

Las cesáreas reflejan los valores y actitudes de la sociedad, desde su capacidad de salvar vidas (Khan 2018), la rutina (Pfundner et al. 2013; Betrán et al. 2016) y la demanda social (Heredia-Pi et al. 2014; Soto-Vega 2015; Aranda-Neri et al. 2017). Las estadísticas mundiales muestran una marcada disparidad en el acceso y la utilización de cesáreas (Althabe et al. 2006; Ronsmans et al. 2006; D'Souza y Arulkumaran 2013; Soto-Vega 2015; Wang 2017) y el efecto de esta distribución dispar sobre la morbilidad (Palatnik y Grobman 2015; Heller 2018) o mortalidad materna (Jaffré 2012). Debido a que existen impactos físicos, sociales y económicos en el tipo de incisión de la cesárea (Tully y Ball 2014), es importante cuestionar el papel de los médicos, en particular los elementos temporales o físicos de la incisión (Topçu 2019). Hay dos incisiones de cesárea primarias: una incisión media y una transversal en "la línea del bikini" (con algunas variaciones quirúrgicas), que es la incisión más común en todo el mundo y se considera más "estética". Cada una tiene diferentes tasas de curación y morbilidad asociada. Las incisiones medias brindan un acceso más fácil a la cavidad abdominal, pero se consideran estéticamente desagradables (especialmente por el estilo de sutura y el material utilizado). Además de la cicatriz, la incisión media puede causar daño al músculo, mayor tiempo de curación (de López 2018), morbilidad neonatal asociada (Wylie et al. 2010), mayor riesgo de infección (Sood et al. 2018) y posible ruptura uterina en embarazos posteriores (Kan 2020), lo que podría causar morbilidades para madres (p. ej., infección, transfusión de sangre) y neonatos (por ejemplo, puntajes de Apgar más bajos, cuidados intensivos) (Wylie et al. 2010; Palatnik y Grobman 2015). La media

suele estar reservada para emergencias ya que es un procedimiento más rápido; sin embargo, también se utiliza en situaciones que no son de emergencia.

Los materiales de sutura pueden ser naturales o sintéticos, absorbibles o no absorbibles, de un solo filamento o trenzados, así como grapas, cada uno con diferentes resultados y posibles morbilidades (Buresch et al. 2017). Las cicatrices marcan los cuerpos de formas muy específicas; pueden indicar urgencia, reflejar curación o incluso estigmatizar. Poca investigación ha documentado las decisiones detrás de los tipos de incisión que conducen a diferentes posibles resultados con cicatrices. Sin embargo, está claro que las cicatrices tienen un impacto; por ejemplo, las mujeres que se han sometido a una cirugía por cáncer de mama viven su supervivencia de manera diferente según su nivel de cicatrización (Gass et al. 2019).

Dentro de este marco también aparecen cuestiones de violencia obstétrica (Chadwick 2017; Savage y Castro 2017; Castro y Frías 2020; Dixon 2020; Diniz y Chacham 2004; Castro y Erviti 2014), provocada por dinámicas de poder entre mujeres y personal médico (Irwin y Jordan 1987; Hopkins 2000; Castro y Savage 2019; Davis 2019; Williams 2018). Investigaciones sobre la violencia obstétrica unen los estudios de medicalización con los estudios de desigualdad de género (Savage y Castro 2017; Briceño Morales et al. 2018). Los datos demuestran que los obstetras en México son capacitados para pensar en las cesáreas como un procedimiento relativamente benigno, estándar y de bajo riesgo que puede acelerar el parto y salvar vidas. Existe un conjunto complejo de mecanismos para decidir realizar una cesárea, que involucra factores clínicos (p. ej., placenta previa, pre eclampsia) y sociales/no-clínicos (p. ej., antecedentes de la paciente, elección, conveniencia). El camino hacia las decisiones no es ni lineal ni directo.

Este proyecto se basa en enfoques de comunidades de práctica (Lave 2011; Downey et al. 2015) —cómo piensan y practican los profesionales en contextos situados— así como en la naturaleza incorporada del aprendizaje (Jaye et al. 2006; Prentice 2013) y jerarquía y poder dentro de la medicina (Consejo y Viesca-Treviño 2008; Holmes et al. 2011; Feldman y Chawla 2015). Las comunidades de práctica ofrecen un marco poderoso para reconocer y explicar paradojas e incongruencias en la práctica clínica (Egan y Jaye 2009). Los médicos están capacitados para combinar el conocimiento de los libros con la práctica y a aprender de manera incorporada a practicar sobre el cuerpo de un paciente, tomando decisiones basadas en lo que saben, así como en la información recopilada de las interacciones del paciente y los exámenes físicos (Smith-Oka y Marshalla 2019). En la mayoría de los casos, los modelos explicativos de los médicos son muy diferentes a los de sus pacientes (Kleinman 1980;

Lupton 2012). Puede haber una disyuntiva entre lo que se supone que deben hacer los médicos y lo que realmente hacen. Este currículo oculto (“hidden curriculum”) es una forma poderosa mediante la cual la información, las actitudes o las ideas se aprenden y dan forma a las decisiones (Michalec y Hafferty 2013; Taylor y Wendland 2014; Hafferty y O'Donnell 2015).

## 2. Definición del Problema

¿Por qué, si el estándar en gran parte del mundo es la incisión transversal, las incisiones verticales todavía se realizan comúnmente en algunos países, como, por ejemplo, México? Existe una discordancia entre lo que los obstetras aprenden sobre las incisiones y los factores que intervienen en sus decisiones reales. Si bien los médicos deben ser objetivos, sus decisiones pueden basarse en factores no clínicos, como los antecedentes del paciente, el número de pacientes en la sala, el turno en el que se encuentran o la solicitud del paciente. Los métodos en etnografía y análisis del dominio cultural pueden permitirnos comprender esta brecha entre la teoría y la realidad (Dressler et al. 2005; Gravlee et al. 2005). Se plantea hacer nuevas preguntas sobre la disyunción entre un dominio cultural compartido del conocimiento y la forma en que el contexto impacta en las decisiones.

Las medidas de salud pública se han centrado en alentar a más mujeres, especialmente de los grupos vulnerables, a utilizar los hospitales para abordar y mejorar los resultados de salud materno-fetal, como la mortalidad y la morbilidad atribuidas a la falta de acceso (Williams 2018). *Lo que ha recibido menos atención es el proceso y mecanismo mediante el cual se alcanzan estos resultados reproductivos deseados dentro de estos entornos biomédicos.* Es decir, cuando el parto en hospital se ve como una forma de minimizar un riesgo inminente asociado con el parto (Colas 2017; Williams 2018), ¿cómo toman los médicos decisiones destinadas a alcanzar los resultados deseados mientras, sin darse cuenta, reproducen e inscriben desigualdades en sus pacientes? Los antropólogos de la reproducción han estudiado específicamente estas desigualdades presentes en las prácticas obstétricas, como los riesgos, las necesidades y las razones que rodean a las cesáreas y su papel dentro de la atención reproductiva, particularmente cómo pueden ser un indicador de la desigualdad presente en el parto, como la atención brindada o la agencia de pacientes. Los datos muestran que existen disparidades significativas en las tasas de cesáreas en todo el mundo, subyacentes a interacciones complejas entre clase, etnia, ubicación y cultura (Castro 1999; Cavallaro et al. 2013; Khan 2018). Las cesáreas se pueden realizar por una variedad de razones, desde necesarias y para salvar vidas hasta

electivas o convenientes. Esta complejidad subyacente crea una brecha teórica y metodológica significativa porque no se comprende bien la mecánica implícita en la toma de decisiones.

Reconociendo que las tasas de cesárea pueden ser un indicador de desigualdad muy complejo y ambiguo, se recurre en cambio al tipo de incisión de cesárea (vertical u horizontal) como un indicador más exacto y preciso de la desigualdad social reproducida en tales entornos para comprender los mecanismos de toma de decisiones dentro de entornos hospitalarios y para probar si el tipo de incisión se correlaciona con las limitaciones estructurales y el entorno social del paciente. Se explorará esta tensión particular dentro de hospitales en México y si el tipo de incisión es o no un indicador de desigualdad. *El enfoque de este protocolo es una forma elegante e innovadora de operacionalizar e identificar los procesos subyacentes a la toma de decisiones.*

### **3. Antecedentes**

A pesar de la información anecdótica que sugiere que existe una distribución desigual en quién recibe cada tipo de incisión (Wylie et al.2010) y en su prevalencia dentro del tipo de hospital (público vs privado), más allá de lo señalado por algunos antropólogos (Roberts 2012; Colas 2017; de López 2018; Williams 2018), la distribución social de las incisiones por cesárea ha recibido poca atención sistemática. Con base en los datos piloto en México, se argumenta que las incisiones pueden ser una forma sencilla de medir la desigualdad, ya que cada tipo se basa en diferentes grados de estética, limitaciones estructurales, habilidad médica y agencia del paciente, condiciones de vida y "comprensión" (Colas 2017).

Este estudio se enfoca en México, donde prevalece una alta estratificación social y tasas de cesárea (Sañudo y Melo-Martín 2009; Smith-Oka 2013a, 2015; Dixon 2015; de López 2018; Williams 2018; Castro y Frías 2020). El Banco Mundial (2021) considera a México como un país de ingresos medios altos, aunque la realidad es una distribución severamente desigual e injusta de los patrones de salud, donde la clase/raza, las tasas de cesáreas, las políticas y la agencia de los pacientes están firmemente entrelazados (Castro 2004). Importante para este estudio, los antecedentes de los pacientes generalmente se relacionan con el tipo de hospital, es decir, los pacientes que reciben asistencia social del estado suelen ser atendidos en hospitales de bajos recursos (públicos/de caridad), mientras que los pacientes que pagan suelen ser atendidos en hospitales de altos recursos (privados).

#### **4. Justificación**

El interés por comprender las incisiones de cesárea como predictores de desigualdad surgió de la investigación que los miembros del equipo de investigación (Smith-Oka, Dixon, Marshalla, Colas, Soto-Vega) han llevado a cabo en las salas de obstetricia de hospitales públicos y privados de México. Los miembros del equipo han investigado el riesgo y las interacciones médico-paciente (Smith-Oka 2012), la violencia obstétrica como violencia de género (Dixon 2015), la toma de decisiones de los médicos (Colas 2017) y las altas tasas de cesáreas en hospitales privados (Soto-Vega et al. 2015).

Un factor importante en las investigaciones pasadas fue la distinción entre indicaciones absolutas y relativas para las incisiones; la primera consiste en factores (por ejemplo, emergencia obstétrica, macrosomía fetal) en los que se considera que una incisión vertical es la única forma de salvar a la madre y al bebé; mientras que la segunda consiste en factores (por ejemplo, elección, no progresión del trabajo de parto, edad de la madre), que caen en un área gris de la toma de decisiones y donde hay más espacio para que los factores no clínicos desempeñen un papel. Aproximadamente el 85.6% de los partos ocurren por cesárea en los hospitales privados de México, correlacionados con la edad, la clase y el nivel educativo de la madre (Soto-Vega 2015). En los hospitales públicos, nuestros datos indicaron que las cesáreas eran más frecuentes cuando la sala estaba llena y al final de un turno; parecía haber una tendencia hacia un mayor número de incisiones verticales. La investigación adicional con una muestra mayor y con observaciones detalladas permitirá comprender cómo estos factores juegan un papel en las decisiones.

#### **5. Hipótesis Científica**

La hipótesis central es que en circunstancias en donde no haya emergencia, otros factores (limitaciones estructurales, antecedentes sociales de las pacientes) serán fuertes predictores de las decisiones de los médicos de realizar cada tipo de incisión. Este enfoque permitirá responder a preguntas sobre cómo se promulgan las desigualdades sociales en los espacios médicos. Con base en datos piloto sólidos, se planea probar la hipótesis utilizando una etnografía en profundidad y un análisis de dominio cultural con obstetras y pacientes en México.

#### **6. Objetivo General y Específicos**

**Objetivo 1:** Identificar las características estructurales predictivas clave que influyen en el desempeño de los médicos del tipo de incisión en cesáreas que no son de emergencia. La hipótesis es

que en hospitales de bajos recursos con mayores restricciones estructurales (fondos, suministros, espacio, tiempo), los médicos realizarán más incisiones de cesárea verticales, mientras que en hospitales de altos recursos con menores restricciones estructurales, los médicos realizarán más incisiones transversales. (H0: No existe correlación entre tipo de incisión de cesárea y tipo de hospital).

**Objetivo 1a.** Realizar entrevistas y observaciones con obstetras y residentes para identificar cuáles son los factores estructurales que forman sus decisiones.

**Objetivo 1b.** Recolectar datos anónimos de los expedientes de los tres años del estudio para identificar cuáles son las variables que tienen mayor correlación con cada tipo de incisión.

**Objetivo 2:** Identificar las características predictivas clave del paciente que influyen en el tipo de incisión en las cesáreas que no son de emergencia. La hipótesis es que la clase, el origen étnico, la raza o el color de piel de las pacientes serán los predictores más sólidos de las incisiones por cesárea, con una mayor proporción de incisiones verticales realizadas en pacientes que tienen la tez más oscura y/o sean de más bajos recursos. (H0: No existe correlación entre los antecedentes de la paciente y el tipo de incisión de cesárea).

**Objetivo 2a.** Realizar entrevistas y observaciones con obstetras y residentes para identificar cuáles son los factores de las pacientes que forman sus decisiones.

**Objetivo 2b.** Utilizar listas libres y agrupamientos para entender la distribución del conocimiento de los obstetras y residentes acerca las cesáreas e incisiones.

**Objetivo 2c.** Llevar a cabo entrevistas con pacientes postparto para comprender sus experiencias vividas.

## 7. Material y Métodos

### 7.1. Diseño del Estudio

Este es un estudio mixto cuantitativo y cualitativo, etnográfico, observacional, multicéntrico, y transversal. Sobre la base de varios años de investigación etnográfica en hospitales mexicanos, se recopilarán datos de los expedientes y se realizarán entrevistas semiestructuradas, observaciones y análisis de dominio cultural (listas libres, agrupamientos) con médicos y pacientes para identificar las características estructurales predictivas clave (1) que influyen desempeño de los médicos del tipo de incisión, y (2) características del paciente que influyen en el tipo de incisión.

## **7.2. Ubicación Espacio-Temporal**

La ubicación de esta investigación son varios hospitales públicos y privados en México. Este protocolo es específicamente para el Hospital ABC. Los datos se obtendrán en las salas de obstetricia del Hospital. Los datos se recolectarán a lo largo de tres años, desde 2023 hasta 2025. La diversidad de la infraestructura, la atención, la base de pacientes y el personal médico de estos hospitales son contextos ricos para investigar la toma de decisiones sobre incisiones. Los posibles sitios de campo secundarios incluirán los hogares de las mujeres participantes en el posparto, que servirán como espacios seguros y familiares para las entrevistas sobre sus partos.

## **7.3. Muestreo**

### **7.3.1. Definición de la Unidad de Población.**

Los participantes consistirán en obstetras y residentes de mayor jerarquía (tercero y cuarto año) en el Hospital ABC. Usando nuestras redes incluiremos pacientes posparto (de cesárea y parto vaginal).

### **7.3.2. Selección de la Muestra, Muestreo, y Tamaño de la Muestra**

Obstetras/Residentes: Una vez que se hayan identificado los grupos dentro del Hospital (según el rango y el género), se realizará un muestreo aleatorio estratificado dentro de él, para inscribir una muestra representativa de aproximadamente 20 participantes (o hasta que se obtenga saturación de datos). Como bien se sabe, en los estudios cualitativos se centra el proceso de saturación; es decir, el tamaño de la muestra debe de ser suficientemente grande para que conceptos importantes sean captados; si la muestra es demasiado grande los datos empiezan a repetirse y no añaden al estudio de manera significativa. Los participantes serán reclutados al comienzo de la primera temporada de campo a través de correo electrónico, WhatsApp e invitaciones verbales.

Pacientes: Usando nuestras redes, se utilizará una combinación de muestreo de conveniencia y bola de nieve para inscribir aproximadamente a 20 mujeres posparto (o hasta que se obtenga saturación de datos) que dieron a luz en el Hospital (10 cesáreas y 10 vaginal).

### **7.3.3. Criterios de Selección de las Unidades de Muestreo**

#### **7.3.3.1. Criterios de Inclusión.**

Obstetras: Ser obstetra de base o residente de obstetricia de tercer o cuarto año en el Hospital. Tanto mujeres como hombres serán incluidos.

Pacientes: Ser posparto, primíparas, que hayan dado a luz en el Hospital por cesárea o por vía vaginal en los últimos 12 meses, y cuyos partos no fueron observados por los investigadores. Aunque se centrará en las incisiones por cesárea, se incluirán explícitamente a las mujeres que no se han sometido a una cesárea para comprender cuándo se toma la decisión de realizar este procedimiento.

### **7.3.3.2. Criterios de Exclusión**

Obstetras: Personas que no hayan atendido cesáreas o partos vaginales en los últimos 12 meses; personas que se nieguen a dar el consentimiento informado.

Pacientes: Personas que se nieguen a dar el consentimiento informado.

## **7.4 Métodos de Recolección de Datos, y Análisis de los Datos.**

**Objetivo 1:** El enfoque será el siguiente: (1) entrevistas estructuradas y semiestructuradas con residentes y obstetras; (2) estadísticas hospitalarias anónimas sobre los nacimientos para cada uno de los años del estudio; y (3) si la situación del COVID permite observaciones etnográficas, estas también se llevarán a cabo; el proyecto se puede llevar a cabo sin ellas. La justificación de este enfoque es que antes de que se pueda entender por qué los obstetras deciden realizar las incisiones de cesáreas, primero se debe que entender qué factores no clínicos dentro de las salas del Hospital pueden influir abiertamente o inadvertidamente en sus decisiones.

*Entrevistas Semiestructuradas.* Se harán entrevistas semiestructuradas con los participantes para recopilar datos demográficos (nombre, educación, rango, número de cesáreas y partos vaginales atendidos, número de años de trabajo, etc.), así como datos sobre sus percepciones sobre el entorno de los hospitales (preguntas para comprender las perspectivas de los médicos sobre lo que constituye una emergencia obstétrica, qué incisiones de cesárea se realizan, qué factores del hospital dan forma a las decisiones, cuestiones de recursos y limitaciones estructurales, tipo de suturas utilizadas, a quién preguntan para consejos sobre decisiones, etc. Se prestará especial atención a cómo los médicos deciden sobre la incisión, indagando sobre qué factores estructurales (fondos, suministros, espacio o tiempo) utilizan en la decisión de la incisión, así como quién formó parte de la discusión y el proceso de toma de decisiones. Estas entrevistas tomarán entre 30-45 minutos y se llevarán a cabo en lugares

donde los participantes puedan sentirse cómodos (si es necesario, fuera del Hospital). También se pueden llevar a cabo por videoconferencia, si es necesario. Análisis: los datos se recopilarán mediante grabaciones de audio y notas escritas, organizados mediante un protocolo de transcripción (McLellan et al.2003; Kuckartz 2014) y una matriz de perfiles (Bernard et al.2017), y se cargarán en el software analítico cualitativo MAXQDA para su almacenamiento y identificación de temas (por ejemplo, repeticiones de palabras, similitudes / diferencias, metáforas, palabras clave en contexto, esquemas) (Bernard et al. 2017). Se creará un libro de códigos (MacQueen et al. 1998) para uso de múltiples codificadores para mayor confiabilidad, validez, definición de criterios de inclusión / exclusión para códigos e identificación de citas ejemplares. (Estos métodos de análisis se utilizarán para todos los datos cualitativos recopilados en esta investigación).

Estadística Hospitalaria. De preferencia se seleccionarán el 50% de los expedientes para recopilar datos anónimos sobre los nacimientos para cada uno de los años del estudio para analizar los patrones y si estos resultados son estadísticamente significativos. Esta muestra global nos permitirá identificar a través del análisis de regresión si la hipótesis es correcta. Los datos que se recopilarán incluirán: número de cesáreas por día, número de pacientes en la sala, edad de la paciente, estado civil, paridad y otra información demográfica que pueda indicar el origen social de la paciente, también tipo de incisión, tipo de sutura, hora y día del procedimiento, género/rango del médico que realiza el procedimiento y del médico tratante. También se incluirán "eventos catastróficos" (por ejemplo, muerte materna o fetal, código de emergencia) en el conjunto de datos para determinar si estos eventos determinan la toma de decisiones inmediata.

Se recolectarán variables demográficas, obstétricas y estructurales las cuales permitirán comprender las variaciones entre grupos, hospitales, etc. En especial cual es el papel de factores como edad, código postal, educación, peso y talla maternas, tipo de seguro, edad gestacional, posición fetal, genero o rango del médico, o eventos catastróficos en predecir el tipo de incisión. La lista completa de variables se encuentra en la Tabla 1.

<b>Variables Demográficas Maternas</b>	<b>Datos para Recolectar</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Operacionalización</b>
Edad (años)	<escribir edad >	Intervalo	Qué papel juega la edad materna en predecir tipo de incisión; si mujeres que son menores de 25 o mayores de 35

			reciben tipos de incisiones diferentes a mujeres de 25-34 años de edad.
Raza/Etnia	Mestiza, Indígena; Afrodescendiente, Blanca, Otra	Nominal	Qué papel juega la etnia o la raza materna en predecir tipo de incisión; si mujeres de etnia indígena o con piel más oscura reciben tipos de incisiones diferentes a otras mujeres.
Estado Civil	Casada; Soltera; Divorciada; Unión Libre; Otro	Nominal	Qué papel juega el estado civil materno en predecir tipo de incisión.
Código Postal de la Paciente	<escribir código>	Nominal	Qué papel juega el código postal de la paciente en predecir tipo de incisión.
Código Postal de la Estancia Durante el Embarazo	<escribir código>	Nominal	Qué papel juega el código postal de la estancia durante el embarazo en predecir tipo de incisión. Si tiene un impacto diferente/igual al código de la paciente.
Código Postal de la Institución Hospitalaria	<escribir código>	Nominal	Qué papel juega el código postal de la institución hospitalaria en predecir tipo de incisión. Si hay patrones generales para este código.
Ciudad/Pueblo donde vive	<escribir nombre>	Nominal	Qué papel juega el origen materno en predecir tipo de incisión. Si pacientes con cierto origen reciben incisiones diferentes a mujeres de otros orígenes.
Estado donde vive	<escribir nombre>	Nominal	Qué papel juega el estado de origen materno en predecir tipo de incisión. Si pacientes de diferentes estados reciben incisiones diferentes a mujeres de otros estados.
Educación	Primaria, Secundaria, Preparatoria, Universidad, Posgrado, Ninguna, Otra	Ordinal	Qué papel juega la escolaridad materna en predecir tipo de incisión; si alta escolaridad o baja escolaridad tiene efecto en incisión.
Seguro Médico Antes del Embarazo	Privado; ISSSTE; IMSS; Sedena/PEMEX; Bienestar; Sin Seguro; Otro	Nominal	Qué papel juega el tipo de seguro médico de la paciente en el tipo de incisión; si hay patrones respecto a seguros médicos privados, estatales, federales.
Seguro Médico Durante el Embarazo	Privado; ISSSTE; IMSS; Sedena/PEMEX; Bienestar; Sin Seguro; Otro	Nominal	Qué papel juega el tipo de seguro médico de la paciente en el tipo de incisión; si hay patrones respecto a seguros médicos privados, estatales, federales.
Seguro Médico Durante el Nacimiento	Privado; ISSSTE; IMSS; Sedena/PEMEX; Bienestar; Sin Seguro; Otro	Nominal	Qué papel juega el tipo de seguro médico de la paciente en el tipo de incisión; si hay patrones respecto a seguros médicos privados, estatales, federales.

Peso (kilos)	<escribir peso en kilos>	Intervalo	Qué papel juega el peso de la paciente; si hay tendencias hacia un cierto de incisión si la mujer es más obesa.
Altura (centímetros)	<escribir altura en centímetros>	Intervalo	Qué papel juega la altura de la paciente. Combinado con el peso, la altura puede indicar obesidad. Si hay tendencias hacia una incisión dependiendo de esta variable.
<b>Variables Obstétricas de la Paciente</b>			
Número de Partos	Nulípara; Multípara	Intervalo	Qué papel juega el número de partos en predecir tipo de incisión; si mujeres nulíparas reciben tipos de incisiones diferentes a mujeres multíparas. Investigar la distribución dentro de la muestra; si el número de partos influye en el tipo de incisión.
Cesárea Previa	Sí una; Sí más de una; No	Ordinal	Qué papel juega la cesárea previa en predecir tipo de incisión; si mujeres con cesárea previa (y cuántas previas) reciben tipos de incisiones diferentes a mujeres sin previas cesáreas. Investigar la distribución dentro de la muestra; si la cesárea previa influye en el tipo de incisión.
Inicio del Trabajo de Parto	Espontáneo; Inducido; No hay Trabajo de Parto	Nominal	Qué papel juega el inicio del trabajo de parto en predecir tipo de incisión; si mujeres con trabajo de parto espontáneo reciben tipos de incisiones diferentes a mujeres que son inducidas o no tienen trabajo de parto. Investigar la distribución dentro de la muestra; si el inicio del trabajo de parto influye en el tipo de incisión.
Urgencia/No Urgencia	Urgencia; No Urgencia	Nominal	Qué papel juega la urgencia del parto en predecir tipo de incisión; si las urgencias reciben tipos de incisiones diferentes a las no urgencias. Investigar la distribución dentro de la muestra; si la urgencia obstétrica influye en el tipo de incisión.
Orden Fetal	Único; Múltiple	Ordinal	Qué papel juega el orden fetal en predecir tipo de incisión; si las pacientes con feto único reciben tipos de incisiones diferentes a las con múltiples. Investigar la distribución dentro de la muestra; si el orden fetal influye en el tipo de incisión.
Edad gestacional	<37 semanas; 38-40 semanas; >40 semanas	Intervalo/Ordinal	Qué papel juega la edad gestacional en predecir tipo de incisión; si las pacientes con edad gestacional menor a 37

			semanas o mayor a 40 semanas reciben tipos de incisiones diferentes a las de edad gestacional entre 38-40 semanas. Investigar la distribución dentro de la muestra; si la edad gestacional influye en el tipo de incisión.
Presentación y Posición Fetal	Cefálica; Podálica; Transversa	Nominal	Qué papel juega la presentación y posición fetal en predecir tipo de incisión; si las pacientes con presentación podálica o transversa reciben tipos de incisiones diferentes a las de presentación cefálica. Investigar la distribución dentro de la muestra; si la presentación y posición influyen en el tipo de incisión
Peso del Producto	(<1500 gr; 1500-2500 gr; >2500 gr	Intervalo/Ordinal	Qué papel juega el peso del producto en predecir tipo de incisión; si las pacientes que tienen hijos con peso menor a 1500 gr o mayor a 2500 gr reciben tipos de incisiones diferentes a las de que tienen hijos con peso entre 1500-2500gr. Investigar la distribución dentro de la muestra; si el peso del producto influye en el tipo de incisión
Tipo de Nacimiento	Parto; Cesárea	Nominal	Esta información se recolectará como factor que se utilizará en las regresiones.
Si es Cesárea, Tipo de Incisión en Piel	Pfannenstiel; Joel-Cohen; Misgav-Ladach; Maylard; Media; Otra	Nominal	Esta información se recolectará como factor que se utilizará en las regresiones
Material de Sutura	Grapas Quirúrgicas; Pegamento Quirúrgico; Sutura Absorbible; Sutura No Absorbible; Otra	Nominal	Esta información se recolectará como factor que se utilizará en las regresiones. Se investigará qué papel juegan el tipo de suturas en el tipo de incisión.
<b>Variables Estructurales</b>			
Tipo de Hospital	Público; Privado; Fundación; Otro	Nominal	Qué papel juega el tipo de hospital en predecir tipo de incisión; si las pacientes que tienen hijos en hospitales públicos o en fundación reciben tipos de incisiones diferentes a las de que tienen hijos en hospitales privados. Investigar la distribución dentro de la muestra; si el tipo de hospital influye en el tipo de incisión.
Día de Entrada al Hospital	<escribir fecha exacta.	Intervalo	Qué papel juega el día de entrada al hospital en predecir tipo de incisión; si hay correlación entre el día de la semana

			y el tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra.
Hora de Entrada al Hospital	<escribir hora exacta>	Intervalo	Qué papel juega la hora de entrada al hospital en predecir tipo de incisión; si hay correlación entre la hora del día y el tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra.
Hora del Nacimiento	<escribir hora exacta>	Intervalo	Qué papel juega la hora de nacimiento en predecir tipo de incisión; si hay correlación entre la hora de nacimiento y el tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra.
Médico que Realizó Procedimiento	<escribir nombre>	Nominal	Qué papel juega el médico en predecir tipo de incisión; si hay correlación entre el médico y el tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra.
Género del Médico	Masculino; Femenino; Otro	Nominal	Investigar si el género juega un papel en predecir tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra.
Rango del Médico	R1; R2; R3; R4; Adscrito; Otro	Ordinal	Investigar si el rango juega un papel en predecir tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra
Médico Tratante		Nominal	Qué papel juega el médico en predecir tipo de incisión; si hay correlación entre el médico y el tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra
Género del Médico	Masculino; Femenino; Otro	Nominal	Investigar si el género juega un papel en predecir tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra
Rango del Médico	R1; R2; R3; R4; Adscrito; Otro	Ordinal	Investigar si el rango juega un papel en predecir tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra
Número de Partos al Día	<Marcar cantidad exacta>	Intervalo	Qué papel juega el número de partos en un día en predecir tipo de incisión; si hay correlación entre saturación de pacientes y el tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra.
Número de Cesáreas al Día	<Marcar cantidad exacta>	Intervalo	Qué papel juega el número de cesáreas en un día en predecir tipo de incisión; si hay correlación entre número de partos y el tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra
Número de Pacientes en la Sala	< Marcar cantidad exacta>	Intervalo	Qué papel juega la saturación de pacientes en predecir tipo de incisión; si hay correlación entre número de pacientes y el tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra
Eventos Catastróficos (muerte materna o fetal,	<Nombrar eventos existentes>	Nominal	Qué papel juegan eventos catastróficos en predecir tipo de incisión; si hay correlación entre eventos catastróficos y

código de emergencia, etc.)			el tipo de incisión. Investigar la distribución dentro de la muestra
-----------------------------	--	--	--

Análisis: Los datos serán ordinales (p. ej., rango), nominales (p. ej., tipo de hospital, género, día de la semana, tipo de incisión y sutura) y cuantitativos (normales/no normales, p. ej., número de pacientes, cesáreas, porcentajes de cada incisión, etc.). En base a trabajos sobre la distribución de cesáreas e incisiones en una sociedad, la expectativa es que la distribución de incisiones medias sea menor a la distribución de la transversa en hospitales privados y mayos en hospitales públicos. Se analizará cuales de las variables tiene más influencia sobre el tipo de incisión. Se usará SPSS para realizar regresiones múltiples y análisis de correspondencia con variables no-paramétricas para investigar cuales variables son las más predictivas del tipo de incisión. Además de las estadísticas descriptivas, se  $\chi^2$ , Pruebas t, y regresiones logísticas para probar las hipótesis y analizar tendencias en los datos. Se investigará la distribución dentro de la muestra; qué factores influyen en el tipo de incisión. Se harán múltiples regresiones con múltiples variables para entender cuales variables predicen el tipo de incisión.

Observaciones Etnográficas. Si la situación de COVID lo permite se llevarán a cabo observaciones de cómo los médicos interactúan con las pacientes durante el parto, así como qué información usan para decidir sobre el tipo de incisión. La observación es una metodología bien establecida dentro de varias ciencias sociales, cómo la antropología. En este método el investigador está inmerso en las actividades diarias de los participantes para grabar información de lo que hacen y no solamente lo que dicen que hacen. Produce una riqueza de información válida y auténtica el cual demuestra cómo los participantes llevan su vida. Permite al investigador acercarse con empatía y lograr perspectivas sobre los significados, valores, y problemas de participantes. Adicionalmente, permite flexibilidad, ya que al observar las prácticas, el investigador puede hacer preguntas al momento. Se incluirán diferentes turnos, horas del día y días de la semana para identificar patrones de comportamiento. Idealmente, se comenzarán las observaciones justo antes de que la paciente ingrese al quirófano, anotando quién la atiende, los procedimientos, suministros, tecnologías, exámenes y entrevistas realizadas, qué apoyo social tiene la paciente (si está permitido), etc. Se tomará nota frecuente del número de pacientes y médicos (obstetras, residentes, internos, enfermeras) en la sala. Se prestará especial atención a los momentos en los que se modifican las decisiones, destacando especialmente qué información social (edad, estado civil, clase, nombre, estado del seguro) y

biológica/médica (frecuencia de contracciones, dilatación cervical, seguimiento fetal, etc.) de el paciente que los médicos utilizan en la decisión, así como qué personas formaron parte de la discusión y el proceso de toma de decisiones (incluida la solicitud del paciente). La observación notará cómo el obstetra/residente interactúa con otros médicos y el paciente (rango, flujos de preguntas/respuestas, solicitudes, apoyo, etc.) y cómo hablan de la estructura/entorno de la sala y el tipo de incisión. Se observarán las cesáreas, anotando factores como quién atiende, quién corta, cómo cortan, qué suturas usan y qué información se transmite a la paciente. Los datos se registrarán principalmente a través de notas de campo y se organizarán, analizarán y codificarán en aspectos como la secuencia de comportamientos, la toma de decisiones, etc. según los métodos sugeridos por Bernard et al. (2017). Como se mencionó anteriormente, solo se llevarán estas observaciones a cabo si la situación lo permite.

**Objetivo 2.** El enfoque será el siguiente, (1) Listas libres y agrupamientos (“free lists”, “pile sorts”); (2) Entrevistas con obstetras y residentes; (3) Entrevistas con pacientes posparto; y (4) Si es posible, también se llevarán a cabo observaciones etnográficas. La justificación de este enfoque es que antes de que se pueda entender por qué los obstetras deciden realizar cada incisión, primero se debe de entender cómo piensan acerca de ellas, cómo las características de la paciente y la elección influyen en la decisión, y en qué medida la decisión médica es formado por el equipo médico.

*Listas Libres y Agrupamientos.* Los enfoques en el análisis del dominio cultural (“cultural domain analysis”) se centran en cómo las personas dentro de un grupo piensan sobre cómo las cosas y las acciones van juntas y por qué (Bernard et al. 2017). El conocimiento sobre las cesáreas no es compartido por todos en una sociedad, ya que los expertos, obstetras y residentes lo poseen en diversos grados. Las cesáreas son limitadas: tienen un conjunto finito de eventos realizados por expertos que se llevan a cabo dentro de un espacio y tiempo determinados. Las listas libres permiten obtener información del conocimiento de los médicos sobre las indicaciones de las incisiones de la cesárea. A cada participante se le pedirá, "Enumere todas las indicaciones absolutas y relativas para la incisión de cesárea que se le ocurran", que se repetirá para cada uno de los diferentes tipos de incisión. Posteriormente, se utilizarán las preguntas sugeridas por Brewer (2002): claves semánticas, claves no específicas y volver a leer la lista a los participantes para ayudarlos a recordar más datos. Es probable que las listas libres contengan palabras (p. ej., macrosomía) y frases (p. ej., debido a la edad materna).

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

Las listas libres revelan información tanto sobre los elementos enumerados como sobre las personas que los enumeran (Quinlan 2005). Los participantes tardarán aproximadamente 10-15 minutos en realizar esta actividad. Se espera encontrar que los participantes que son más expertos en técnicas de cesárea tendrán más elementos en su lista que aquellos que son aprendices.

El análisis identificará los elementos más destacados; se imprimirá cada uno de los elementos más destacados en fichas para realizar sucesivas clasificaciones en agrupamientos. Las clasificaciones de agrupamiento son una técnica de mapeo cognitivo que proporciona información sobre la estructura de un dominio al buscar similitudes entre los elementos recopilados a través de la lista libre (Borgatti 1998). Se les pedirá a los participantes que organicen las tarjetas con los términos libres enumerados en agrupamientos de "cosas que van juntas" utilizando la heurística que ellos deseen. Se harán breves entrevistas de seguimiento para verificar los detalles (Quinlan 2005), los cuales servirán para profundizar en las razones por qué los informantes piensan sobre los datos cognitivos de cierta manera. Los participantes tardarán aproximadamente 15 minutos en clasificar los agrupamientos. Análisis: se utilizará una combinación de los programas ANTHROPAC, FLARES y UCINET para analizar los datos: prominencia, matrices de proximidad para los datos de los participantes, así como escalamiento multidimensional para visualizar los datos e identificar grupos. y dimensiones Estos permiten comprender la disposición de las categorías émicas e investigar la relación entre el conocimiento de las personas sobre las cesáreas y características como el rango o el género (Ryan et al. 2000).

Entrevistas Semiestructuradas con Obstetras y/o Residentes. Se entrevistará a los médicos participantes sobre el proceso de toma de decisiones; se llevarán a cabo en lugares donde los participantes puedan estar cómodos (si es necesario, fuera del Hospital). También se pueden llevar a cabo por videoconferencia, si es necesario. Estas entrevistas permitirán profundizar en cómo los participantes conceptualizan su conocimiento sobre las incisiones, especialmente por qué eligen un tipo en lugar de otro, y los factores de las pacientes que determinaron la decisión. Estas entrevistas de 25-30 minutos permitirán profundizar en cómo los participantes conceptualizan su conocimiento sobre las incisiones de cesárea, especialmente por qué eligen un tipo sobre otro y por qué, elección/solicitud de la paciente; los factores sociales y físicos que dan forma a la decisión; cómo hablan los médicos sobre las pacientes (buena/mala, difícil/fácil, no conforme; o en categorías de edad, raza, clase u otras); cómo utilizan estas definiciones en su atención médica; qué técnicas/tecnologías usan, cómo aprendieron a hacerlas, quiénes las enseñaron y a quiénes han enseñado, variaciones existentes en las

técnicas y en qué circunstancias hacen las técnicas y variaciones; la presencia/falta de apoyo social para el paciente y por qué; el papel de otros participantes en estas decisiones, etc. Se tomará notas sobre habilidades (“así es como se hace este procedimiento”) y conocimientos (“esto es por qué hacemos esto”, “esta es la teoría detrás de esto”). Los datos se registrarán a través de grabaciones de audio y notas escritas y se organizarán, analizarán y codificarán de la misma manera que en el primer Objetivo.

*Entrevistas Semiestructuradas con Pacientes Posparto.* Se incluirán las voces de las mujeres que recibieron cesáreas en estos hospitales para comprender sus antecedentes, roles, preferencias y percepciones de los procedimientos (tipo de incisión, preferencia o presión por un tipo de incisión u otro, agencia percibida, razones subyacentes a la elección, apoyo recibido, clases de preparación antes del parto, cultura popular, etc.), tipo de incisión, formas de cuidado que tuvieron en su parto y resultados posteriores, incluyendo cicatrización, dolor, recuperación. Estas entrevistas formarán un componente central de los datos para probar la utilidad del tipo de incisión de la cesárea como indicador de la desigualdad social. La inclusión de pacientes en la investigación proporcionará una comprensión más matizada de cómo los factores sociales (cuestiones de privilegio, acceso, incertidumbre, etc.) dan forma a las preferencias de las pacientes y las decisiones entre los médicos y sus pacientes. No se incluirá explícitamente a las mujeres cuyos partos han sido observados en el Hospital, ya que pueden surgir problemas graves de confianza, confidencialidad y falta de objetividad. Los partos pueden ser momentos de gran ansiedad para las pacientes y el objetivo es de que no se sientan presionadas a participar en este estudio. Se calculará la clase de las mujeres a través de un generador de posición (Lin et al. 2001; Van Der Gaag et al. 2004), que proporciona una perspectiva matizada del capital social de una persona. Las entrevistas con las pacientes durarán entre 45 y 90 minutos y serán espacios importantes para que compartan sus historias de parto. Los datos se registrarán a través de grabaciones de audio y notas escritas y se organizarán, analizarán y codificarán de la misma manera que en el Objetivo 1.

*Observaciones Etnográficas.* Al igual que en el Objetivo 1, si hay posibilidad se llevarán a cabo observaciones. Se incluirán diferentes turnos, horas del día y días de la semana para identificar patrones de comportamiento. Se prestará especial atención a cómo los médicos deciden sobre la incisión, observando qué información social (p. ej., edad, estado civil, clase, nombre, color de piel,

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

estado del seguro, uso de tecnologías de reproducción asistida por parte del paciente) e información biológica/médica (p. ej., urgencia, cuidado prenatal, tamaño fetal, posición de la placenta) que utilizan en la decisión de la incisión, así como quién formó parte del proceso de discusión y toma de decisiones. Al igual que en el Objetivo 1, se observarán las cesáreas (quién atiende, quién corta, cómo cortan, suturas utilizadas, información que se transmite a la paciente, etc.). Los datos se registrarán principalmente a través de notas de campo escritas a mano y se organizarán, analizarán y codificarán de la misma manera que en el Objetivo 1.

## 8. Logística

### 8.1. Cronograma de Actividades (Gráfica de Gantt)

Cabe señalar que la mayoría de las tareas en cada uno de los objetivos se realizarán de manera paralela. Esto significa que, aunque la Gráfica de Gantt parece estar llena de tareas, la mayoría de estas se superponen.

TASKS	1er Año	2do Año	3er Año	Años 4-6
Reclutar Participantes	█	█	█	
<b>OBJETIVO #1</b>				
Entrevistas	█	█	█	
Observaciones	█	█	█	
Estadísticas	█	█	█	
<b>OBJETIVO #2</b>				
Observaciones	█	█	█	
Entrevistas Médicos	█	█	█	
Listas y agrupamientos	█	█	█	
Entrevistas Pacientes	█	█	█	
<b>METAS SIGUIENTES</b>				
Diseminación		█	█	█

## 9. Equipo de Investigación

El equipo de investigación de EE.UU. y México está formado por dos antropólogas (Smith-Oka, Dixon), una médico-antropóloga (Colas), una antropóloga biológica (Tully), una residente de obstetricia (Marshalla) y una investigadora científica (Soto-Vega).

Investigadora Principal: Dra. Vania Smith-Oka, University of Notre Dame

Co-Investigadora Principal: Dra. Lydia Z. Dixon, California State University-Channel Islands

Investigadora: Dra. Elena Soto-Vega, Universidad Anáhuac-Puebla

Investigadora: Dra. Kristin P. Tully, University of North Carolina-Chapel Hill

Investigadora: Dra. Kelly Colas, University of Washington

Investigadora: Dra. Megan K. Marshalla, Rush University Medical Center

Este proyecto se desarrolló a partir de la investigación etnográfica que la investigadora principal (Smith-Oka), la co-investigadora (Dixon) y los miembros del equipo han realizado sistemáticamente durante la última década y media. La investigadora principal identificó las diferencias de estatus socioeconómico, las tendencias burocráticas y la educación médica como factores clave presentes en la interacción entre los médicos y sus pacientes (Smith-Oka 2013a; 2013b; 2021; Smith-Oka y Marshalla 2019). El cuerpo de trabajo de la co-investigadora ha abordado el tema de la violencia obstétrica biomédica en contraste con la atención de partería (Dixon 2015; 2020). Las contribuciones importantes del equipo de investigación incluyen trabajos sobre cesáreas (Soto-Vega 2015; Tully y Ball 2013; 2014) e incisiones (Colas 2017). El equipo está bien preparado para emprender este proyecto dada la solidez de los datos preliminares.

## **10. Bioética.**

Cabe señalar que, para mantener la confianza y la confidencialidad entre los investigadores y los participantes, no se entrevistarán a pacientes cuyos nacimientos ocurrieron mientras estaba el equipo en la sala. Se invitará a los obstetras y residentes y pacientes a participar en el proyecto de investigación. Se les proporcionará una carta de consentimiento informado que explica el proyecto y enumera los riesgos y beneficios. Se les informará de la estricta confidencialidad de los datos recolectados. Se les informará que las entrevistas normalmente se grabarán en audio, a menos que soliciten lo contrario. Se les brindará la oportunidad de retirarse del proyecto o de negarse a responder cualquier pregunta sin ninguna sanción, prejuicio o consecuencias. Después de que hayan leído la carta de consentimiento informado, se les preguntará si tienen alguna pregunta o duda. Si aceptan participar, firman y fechan dos copias de la carta. Una de las formas permanece con la investigadora y la segunda es para los participantes.

El riesgo para los participantes se reducirá al mínimo mediante un consentimiento informado exhaustivo y se asegurará de que su vida diaria / laboral no se vea afectada de ninguna manera a través de la participación en esta investigación. Se permitirá a los participantes finalizar la participación en cualquier momento o no contestar preguntas que los hagan sentir incómodos. Las medidas tomadas para evitar la pérdida de confidencialidad incluyen el uso de seudónimos asignados a los participantes y el acceso restringido a la información almacenada.

Sin embargo, debido a que es probable que las observaciones de los médicos lleven al equipo a las salas de parto, también se obtendrá el consentimiento informado verbal de las pacientes. El equipo

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

será muy cuidadoso en la forma en que se acerca, involucra y participa con estas pacientes. Idealmente, se hará el primer contacto con ellas en una visita prenatal en su último trimestre, cuando estén menos estresados y puedan tomar la decisión sin sentirse coaccionados; pueden negarse a participar sin ninguna sanción, perjuicio o consecuencia. La justificación del consentimiento verbal en lugar del escrito es que en los hospitales se tiende a pedir a las pacientes que firmen múltiples formularios. Se asegurará de explicar e informar a las pacientes sobre los objetivos del proyecto, que no se registrará ninguna información que los identifique (nombre, dirección, etc.) y que solo se registrarán los procedimientos médicos debajo de los campos estériles y cómo el personal médico interactúa.

Si bien es poco probable que surjan resultados / experiencias negativas imprevistas o eventos adversos graves de esta investigación, se abordará cualquier eventualidad que surja hablando de inmediato con la Jefatura de Enseñanza e Investigación para abordar las inquietudes de los participantes. Posibles estrategias para solucionar problemas serán hablar con los directivos, indicar si el evento es una violación del protocolo, monitorear participantes para detectar riesgos o efectos adversos adicionales, y cambiar elementos del protocolo que se consideren problemáticas para eliminar peligros futuros.

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

## 10.1. Carta de Consentimiento Informado para Obstetras

**Título:** Indicadores Estructurales e Individuales de Variación en las Incisiones de Cesárea

**Investigador Principal:** Dra. Vania Smith-Oka, Universidad de Notre Dame, EEUU

**Introducción:** El propósito de esta carta es darle información para que usted pueda decidir si quiere participar o no en este estudio. La investigadora principal contestará cualquier pregunta que usted tenga. Por favor lea la siguiente información cuidadosamente y haga cualquier pregunta que tenga antes de decidir si va a participar o no. Si decide participar, esta carta será usada para documentar su consentimiento.

**Propósito del Estudio:** Ha sido elegido/a para participar en este estudio sobre cesáreas en México. El propósito del estudio es investigar como los obstetras en los hospitales toman decisiones sobre estos procedimientos. Se llevará a cabo entre el 2023 y el 2025.

**¿Qué se le pedirá hacer?** Si decide participar en este estudio, le pediremos que participe en cinco actividades. Estas actividades se llevarán a cabo cuando y donde le sea conveniente, cada actividad puede llevarse a cabo en diferentes momentos para no tomarle tanto tiempo, incluso algunos se pueden hacer por videoconferencia o en varias olas a lo largo del proyecto. (1) una entrevista de 30-45 minutos sobre su educación médica y su experiencia en obstetricia y en cesáreas; (2) una actividad de listas libres de 10-15 minutos en donde se le pedirá que haga listas de todos los componentes, procedimientos, e indicaciones de incisión en piel; (3) una actividad de agrupamientos que tomará aproximadamente 15 minutos donde se le pedirá que organice estos componentes en grupos; (4) Una segunda entrevista que tomará 25-30 minutos en donde se le preguntará acerca de cómo conceptualiza su conocimiento sobre las incisiones de cesárea; y (5) Una segunda fase del estudio, si usted decide participar, es ser observado mientras atiende a pacientes, decide que tipo de intervenciones hacer, y lleva a cabo cesáreas. Incluiremos aproximadamente 20 participantes del Hospital ABC en este estudio. Si nos da permiso grabaremos sus entrevistas con audio. Estas actividades no interferirán con su trabajo o tiempo.

**¿Cuáles son los riesgos de este estudio?** Los riesgos de participar en este estudio son mínimos, y tal vez incluyan una invasión a su privacidad. La información obtenida sobre usted en conexión con este estudio se guardará de manera confidencial. Se le asignará un código para que usted no pueda ser identificado.

**¿Cuáles son los posibles beneficios de este estudio?** Habrán beneficios a la sociedad como, por ejemplo, una mejor comprensión sobre el proceso de decisión médica, lo cual puede ser de beneficio a usted o al Hospital ABC.

**¿Tengo que participar?** Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o dejar el estudio en cualquier momento, aún si el estudio ya ha comenzado. Si se retira o se rehúsa participar en el estudio no afectará de ninguna manera su relación con los investigadores, con el Hospital ABC y sus directores, la Universidad de Notre Dame, o el gobierno mexicano. Si quiere participar por favor firme la carta y regrésela a la investigadora. Usted recibirá una copia de esta carta.

**¿Habrá alguna compensación monetaria?** Usted no recibirá ningún tipo de pago por participar en este estudio.

**¿Cómo se le informará acerca de los resultados de la investigación?** Los investigadores se comprometen a compartir la información recopilada durante el estudio. Ya que se hayan llevado a cabo los análisis, los resultados estarán disponibles para cualquier participante que lo solicite. Se les informará por medio de correo electrónico de la conclusión del estudio y la disponibilidad de los resultados.

**¿Cómo se protegerá su privacidad y confidencialidad si participa en este estudio?** Su privacidad y la confidencialidad de los datos serán protegidos al asignarle un código para que usted no pueda ser identificado. Todos los documentos serán guardados bajo contraseña.

Si es necesario que el Consejo Institucional de Ética de la Universidad de Notre Dame revise los documentos del estudio, cualquier información que puede ser vinculada a usted será protegida en la medida permitida por la ley. Sus documentos no se harán públicos sin su consentimiento al menos que sea requerido por la ley o un mandato judicial.

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

Si usted decide participar en este estudio puede decidir si quiere ser grabado con audio. Las grabaciones serán guardadas de manera segura y solo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso. Las grabaciones serán guardadas indefinidamente.

**¿A quién dirigirse con preguntas sobre el estudio?** Antes, durante y después de su participación en el estudio puede contactar a la investigadora Dra. Vania Smith-Oka al teléfono +1-404-933-8642 (llamadas o WhatsApp) o mandar un correo a [vsmithok@nd.edu](mailto:vsmithok@nd.edu) para cualquier pregunta o si piensa que ha sido dañado.

Este estudio ha sido revisado y aprobado por el Consejo Institucional de Ética de la Universidad de Notre Dame. El código del estudio es 17-08-4066.

**¿A quién contactar con preguntas acerca de sus derechos como participante del estudio?** Para preguntas sobre sus derechos o sobre alguna insatisfacción con cualquier parte de este estudio puede contactarnos (anónimamente si prefiere) a la Oficina de Cumplimiento Ético de Notre Dame, al 001-574-631-1461 o por correo al [compliance@nd.edu](mailto:compliance@nd.edu).

**Participación.** Si decide participar, por favor firme la carta de consentimiento y regrésela a la Dra. Vania Smith-Oka.

**Firma.** Usted ha sido informado sobre el propósito, los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios del estudio, y ha recibido una copia de esta forma. Se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se le ha dicho que puede hacer otras preguntas en cualquier momento. Usted está de acuerdo de participar en este estudio de manera voluntaria. Al firmar este documento usted confirma que tiene más de 18 años y que no está dispensando de ninguno de sus derechos legales.

\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en ser grabado/a por audio.

\_\_\_\_ No estoy de acuerdo en ser grabado/a por audio.

\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en ser observado/a.

\_\_\_\_ No estoy de acuerdo en ser observado/a.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma.

\_\_\_\_\_  
Fecha

Como representante de este estudio le he explicado el propósito, los procedimientos y los posibles riesgos y beneficios del estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre de persona obteniendo consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de persona obteniendo consentimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

## 10.2. Carta de Consentimiento Informado para Pacientes

**Título:** Indicadores Estructurales e Individuales de Variación en las Incisiones de Cesárea

**Investigador Principal:** Dra. Vania Smith-Oka, Universidad de Notre Dame, EEUU

**Introducción:** El propósito de esta carta es darle información para que usted pueda decidir si quiere participar o no en este estudio. La investigadora principal contestará cualquier pregunta que usted tenga. Por favor lea la siguiente información cuidadosamente y haga cualquier pregunta que tenga antes de decidir si va a participar o no. Si decide participar, esta carta será usada para documentar su consentimiento.

**Propósito del Estudio:** Ha sido elegida para participar en este estudio sobre cesáreas en México. El propósito del estudio es investigar como los obstetras en los hospitales toman decisiones sobre estos procedimientos. Se llevará a cabo entre el 2023 y el 2025.

**¿Qué se le pedirá hacer?** Si decide participar en este estudio, le pediremos que participe en una entrevista de entre 45-90 minutos en donde se le preguntará acerca de su experiencia del nacimiento del hijo/a que nació dentro de los 12 meses anteriores. En estas entrevistas se le preguntará acerca de temas sobre sus antecedentes, roles, preferencias y percepciones de los procedimientos, formas de cuidado que tuvo en su parto y resultados posteriores, incluyendo cicatrización, dolor, recuperación. Incluiremos aproximadamente 20 mujeres que tuvieron a su bebé en el Hospital ABC. Si nos da permiso grabaremos su entrevista con audio.

**¿Cuáles son los riesgos de este estudio?** Los riesgos de participar en este estudio son mínimos, y tal vez incluyan una invasión a su privacidad. La información obtenida sobre usted en conexión con este estudio se guardará de manera confidencial. Se le asignará un código para que usted no pueda ser identificado.

**¿Cuáles son los posibles beneficios de este estudio?** Este estudio contempla un incentivo económico para cubrir su tiempo y participación. También habrán beneficios a la sociedad como, por ejemplo, una mejor comprensión sobre el proceso de decisión médica, lo cual puede ser de beneficio a usted u otras pacientes en el Hospital ABC.

**¿Tengo que participar?** Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o dejar el estudio en cualquier momento, aún si el estudio ya ha comenzado. Si se retira o se rehúsa participar en el estudio no afectará de ninguna manera su relación con los investigadores, con el Hospital ABC y sus directores, la Universidad de Notre Dame, o el gobierno mexicano. Si quiere participar por favor firme la carta y regrésela a la investigadora. Usted recibirá una copia de esta carta.

**¿Habrá alguna compensación monetaria?** Este estudio contempla un incentivo económico (MX\$500) para cubrir su tiempo y participación.

**¿Cómo se le informará acerca de los resultados de la investigación?** Los investigadores se comprometen a compartir la información recopilada durante el estudio. Ya que se hayan llevado a cabo los análisis, los resultados estarán disponibles para cualquier participante que lo solicite. Se le informará por medio de correo electrónico de la conclusión del estudio y la disponibilidad de los resultados.

**¿Cómo se protegerá su privacidad y confidencialidad si participa en este estudio?** Su privacidad y la confidencialidad de los datos serán protegidos al asignarle un código para que usted no pueda ser identificado. Todos los documentos serán guardados bajo contraseña.

Si es necesario que el Consejo Institucional de Ética de la Universidad de Notre Dame revise los documentos del estudio, cualquier información que puede ser vinculada a usted será protegida en la medida permitida por la ley. Sus documentos no se harán públicos sin su consentimiento al menos que sea requerido por la ley o un mandato judicial.

Si usted decide participar en este estudio puede decidir si quiere ser grabada con audio. Las grabaciones serán guardadas de manera segura y solo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso. Las grabaciones serán guardadas indefinidamente.

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

**¿A quién dirigirse con preguntas sobre el estudio?** Antes, durante y después de su participación en el estudio puede contactar a la investigadora Dra. Vania Smith-Oka al teléfono +1-404-933-8642 (llamadas o WhatsApp) o mandar un correo a [vsmithok@nd.edu](mailto:vsmithok@nd.edu) para cualquier pregunta o si piensa que ha sido dañado.

Este estudio ha sido revisado y aprobado por el Consejo Institucional de Ética de la Universidad de Notre Dame. El código del estudio es 17-08-4066.

**¿A quién contactar con preguntas acerca de sus derechos como participante del estudio?** Para preguntas sobre sus derechos o sobre alguna insatisfacción con cualquier parte de este estudio puede contactarnos (anónimamente si prefiere) a la Oficina de Cumplimiento Ético de Notre Dame, al 001-574-631-1461 o por correo al [compliance@nd.edu](mailto:compliance@nd.edu).

**Participación.** Si decide participar, por favor firme la carta de consentimiento y regrésela a la Dra. Vania Smith-Oka.

**Firma.** Usted ha sido informada sobre el propósito, los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios del estudio, y ha recibido una copia de esta forma. Se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se le ha dicho que puede hacer otras preguntas en cualquier momento. Usted está de acuerdo de participar en este estudio de manera voluntaria. Al firmar este documento usted confirma que tiene más de 18 años y que no está dispensando de ninguno de sus derechos legales.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en ser grabada por audio.

\_\_\_\_\_ No estoy de acuerdo en ser grabada por audio.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma.

\_\_\_\_\_  
Fecha

Como representante de este estudio le he explicado el propósito, los procedimientos y los posibles riesgos y beneficios del estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre de persona obteniendo consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de persona obteniendo consentimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

## 11. Referencias Bibliográficas

Althabe, F., Sosa, C., Belizán, J. M., Gibbons, L., Jacquerioz, F., & Bergel, E. (2006). Cesarean Section Rates And Maternal And Neonatal Mortality In Low-, Medium-, And High-Income Countries: An Ecological Study. *Birth*, 33(4), 270-277.

Aranda-Neri, J. C., Suárez-López, L., Demaria, L. M., & Walker, D. (2017). Indications For Cesarean Delivery In Mexico: Evaluation Of Appropriate Use And Justification. *Birth*, 44(1), 78-85.

Bernard, H. R., Wutich, A., & Ryan, G. W. (2017). *Analyzing Qualitative Data: Systematic Approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend In Caesarean Section Rates: Global, Regional And National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*, 11(2), E0148343.

Borgatti, S. (1998). Elicitation Techniques For Cultural Domain Analysis. In J. Schensul & M. Lecompte (Eds.), *The Ethnographers Toolkit, Vol. 3*. Walnut Creek, CA: Altamira Press.

Brauer, S. (2016). Moral Implications Of Obstetric Technologies For Pregnancy And Motherhood. *Medicine, Health Care And Philosophy*, 19(1), 45-54.

Brewer, D. D. (2002). Supplementary Interviewing Techniques To Maximize Output In Free Listing Tasks. *Field Methods*, 14(1), 108-118.

Briceño Morales, X., Enciso Chaves, L. V., & Yepes Delgado, C. E. (2018). Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From An Interactionist Perspective. *Qualitative Health Research*, 1049732318763351.

Buresch, A.M., Van Arsdale, A., Ferzli, M., Sahasrabudhe, N., Sun, M., Bernstein, J., Bernstein, P.S., Ngai, I.M. and Garry, D.J. (2017). Comparison of Subcuticular Suture Type for Skin Closure after Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, 130(3), 521-526.

Castro, A. (1999). Commentary: Increase In Caesarean Sections May Reflect Medical Control Not Women's Choice. *BMJ. British Medical Journal*, 319(7222), 1401-1402.

\_\_\_\_\_. (2004). Contracepting At Childbirth: The Integration Of Reproductive Health And Population Policies In Mexico. In *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*, A. Castro & M. Singer, (Eds). Pp. 133-144. Walnut Creek, CA: Altamira.

\_\_\_\_\_. (2019). Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. *Health and Human Rights*, 21 (1), 103-113.

Castro, A., & Savage, V. (2019). Obstetric Violence As Reproductive Governance In The Dominican Republic. *Medical Anthropology*, 38(2), 123-136.

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 Años De Investigación Sobre Violencia Obstétrica En México. *Revista Conamed*, 19(1), 37-42.

Castro, R., & Frías, S. M. (2020). Obstetric Violence In Mexico: Results From A 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*, 1077801219836732.

Cavallaro, F. L., Cresswell, J. A., França, G. V., Victora, C. G., Barros, A. J., & Ronsmans, C. (2013). Trends In Caesarean Delivery By Country And Wealth Quintile: Cross-Sectional Surveys In Southern Asia And Sub-Saharan Africa. *Bulletin Of The World Health Organization*, 91, 914-922D.

Chadwick, R. (2017). Ambiguous Subjects: Obstetric Violence, Assemblage And South African Birth Narratives. *Feminism & Psychology*, 27(4), 489-509.

Colas, K. (2017). *Reproducing Inequality: An Examination of Physician Decision-Making During Childbirth in Merida, Mexico*. PhD Dissertation, Department of Anthropology, Michigan State University.

Colen, S. (1995). 'Like A Mother To Them': Stratified Reproduction And West Indian Childcare Workers And Employers In New York. In *Conceiving The New World Order: The Global Politics Of Reproduction*, 78-102. F. D. Ginsburg & R. Rapp, (Eds). Berkeley: University Of California Press.

Consejo, C., & Viesca-Treviño, C. (2008). Ética Y Relaciones De Poder En La Formación De Médicos Residentes E Internos: Algunas Reflexiones A La Luz De Foucault Y Bourdieu. *Boletín Mexicano De Historia Y Filosofía De La Medicina*, 11(1), 16-20.

Davis, D. A. (2018). Obstetric Racism: The Racial Politics Of Pregnancy, Labor, And Birthing. *Medical Anthropology*, 1-14.

Davis-Floyd, R. E. (2003). *Birth as an American Rite of Passage*, 2<sup>nd</sup> Ed. Berkeley: University of California Press.

D'Souza, R., & Arulkumaran, S. (2013). To 'C' or Not To 'C'? Caesarean Delivery Upon Maternal Request: A Review Of Facts, Figures And Guidelines. *Journal Of Perinatal Medicine*, 41(1), 5-15.

De López, J. (2018). When The Scars Begin To Heal: Narratives Of Obstetric Violence In Chiapas, Mexico. *International Journal Of Health Governance*, 23(1), 60-69.

Deomampo, D. (2016). *Transnational Reproduction: Race, Kinship, and Commercial Surrogacy in India*. New York: NYU Press.

Diniz, S. G., & Chacham, A. S. (2004). "The Cut Above" And "The Cut Below": The Abuse Of Caesareans And Episiotomy In São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*, 12(23), 100-110.

Dixon, L. Z. (2015). Obstetrics In A Time Of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4), 437-454.

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

\_\_\_\_\_. (2020). *Delivering Health: Midwifery and Development in Mexico*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.

Downey, G., Dalidowicz, M., & Mason, P. H. (2015). Apprenticeship As Method: Embodied Learning In Ethnographic Practice. *Qualitative Research*, 15(2), 183-200.

Dressler, W. W., Oths, K. S., & Gravlee, C. C. (2005). Race And Ethnicity In Public Health Research: Models To Explain Health Disparities. *Annual Review Of Anthropology*, 34.

Egan, T., & Jaye, C. (2009). Communities Of Clinical Practice: The Social Organization Of Clinical Learning. *Health: 13*(1), 107-125.

El Kotni, M. (2018). Structural Violence: An Important Factor of Maternal Mortality Among Indigenous Women in Chiapas, Mexico. In *Maternal Death and Pregnancy-Related Morbidity Among Indigenous Women of Mexico and Central America*, D. Schwartz, (Ed). Pp. 147-167. Springer Press.

Feldman, K., & Chawla, N. V. (2015). Does Medical School Training Relate To Practice? Evidence From Big Data. *Big Data*, 3(2), 103-113.

Gass, J., S. Mitchell, and M. Hanna. (2019). How Do Breast Cancer Surgery Scars Impact Survivorship? Findings from a Nationwide Survey in the United States. *BMC Cancer* 19 (1): 1–10.

Gravlee, C. C., Dressler, W. W., & Bernard, H. R. (2005). Skin Color, Social Classification, And Blood Pressure In Southeastern Puerto Rico. *American Journal Of Public Health*, 95(12), 2191-2197.

Hafferty, F. W., & O'Donnell, J. F. (Eds.). (2015). *The Hidden Curriculum In Health Professional Education*. Dartmouth College Press.

Heller, A. (2018). The Hidden Harm of Surgery. *Anthropology News Website*, January 24,2018. DOI: 10.1111/AN.740.

Heredia-Pi, I., Servan-Mori, E. E., Wirtz, V. J., Avila-Burgos, L., & Lozano, R. (2014). Obstetric Care And Method Of Delivery In Mexico: Results From The 2012 National Health And Nutrition Survey. *PLoS One*, 9(8), E104166.

Holmes, S. M., Jenks, A. C., & Stonington, S. (2011). Clinical Subjectivation: Anthropologies Of Contemporary Biomedical Training. *Culture, Medicine, And Psychiatry*, 35(2), 105-112.

Hopkins, K. (2000). Are Brazilian Women Really Choosing To Deliver By Cesarean?. *Social Science & Medicine*, 51(5), 725-740.

Irwin, S., & Jordan, B. (1987). Knowledge, Practice, And Power: Court-Ordered Cesarean Sections. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(3), 319-334.

Jaffré, Y. (2012). Towards An Anthropology Of Public Health Priorities: Maternal Mortality In Four Obstetric Emergency Services In West Africa. *Social Anthropology*, 20(1), 3-18.

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

Jaye, C., Egan, T., & Parker, S. (2006). 'Do As I Say, Not As I Do': Medical Education And Foucault's Normalizing Technologies Of Self. *Anthropology & Medicine*, 13(2), 141-155.

Jordan, B. (1997). Authoritative Knowledge And Its Construction. In *Childbirth And Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Davis-Floyd, R.E., & Sargent, C. F. (Eds). Pp. 55-79. Berkeley: University Of California Press.

Kan, A. (2020). Classical Cesarean Section. *The Surgery Journal*, 6(Suppl 2), S98-S103.

Khan, M. N., Islam, M. M., & Rahman, M. M. (2018). Inequality In Utilization Of Cesarean Delivery In Bangladesh: A Decomposition Analysis Using Nationally Representative Data. *Public Health*, 157, 111-120.

Kleinman, A. (1980). *Patients And Healers In The Context Of Culture: An Exploration Of The Borderland Between Anthropology, Medicine, And Psychiatry*. Berkeley: University Of California Press.

Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Text Analysis: A Guide to Methods, Practice and Using Software*. Sage.

Lave, J. (2011). *Apprenticeship in Critical Ethnographic Practice*. Chicago: The University of Chicago Press.

Lazarus, E. S. (1994). What Do Women Want?: Issues Of Choice, Control, And Class In Pregnancy And Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 8(1), 25-46.

Lin, N., Fu, Y., & Hsung, R. (2001). The Position Generator: Measurement Techniques For Investigations Of Social Capital. In *Social Capital: Theory And Research*, N. Lin, K. Cook, & R.S. Burt (Eds.), Pp. 57-81. New York: Aldine De Gruyter.

Lupton, D. (2012). *Medicine As Culture: Illness, Disease And The Body*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

MacQueen, K. M., McLellan, E., Kay, K., & Milstein, B. (1998). Codebook Development for Team-Based Qualitative Analysis. *Cultural Anthropology Methods*, 10(2), 31-36.

McLellan, E., MacQueen, K. M., & Neidig, J. L. (2003). Beyond the Qualitative Interview: Data Preparation and Transcription. *Field Methods*, 15(1), 63-84.

Michalec, B., & Hafferty, F. W. (2013). Stunting Professionalism: The Potency And Durability Of The Hidden Curriculum Within Medical Education. *Social Theory & Health*, 11(4), 388-406.

Morgan, L. M., & Roberts, E. F. (2012). Reproductive Governance In Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 241-254.

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

Palatnik, A., & Grobman, W. A. (2015). The Association of Skin-Incision Type at Cesarean with Maternal and Neonatal Morbidity for Women with Multiple Prior Cesarean Deliveries. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 191, 121-124.

Pfuntner A., L. M. Wier, And C. Stocks. (2013). *Most Frequent Procedures Performed In U.S. Hospitals, 2010*. Statistical Brief #149. <https://www.Hcup-Us.Ahrq.Gov/Reports/Statbriefs/Sb149.Pdf>.

Prentice, R. (2013). *Bodies In Formation: An Ethnography Of Anatomy And Surgery Education*. Durham: Duke University Press.

Quinlan, M. (2005). Considerations For Collecting Freelists In The Field: Examples From Ethnobotany. *Field Methods*, 17(3), 219-234.

Roberts, E. F. (2012). Scars Of Nation: Surgical Penetration And The Ecuadorian State. *The Journal Of Latin American And Caribbean Anthropology*, 17(2), 215-237.

Ronsmans, C., Holtz, S., & Stanton, C. (2006). Socioeconomic Differentials In Caesarean Rates In Developing Countries: A Retrospective Analysis. *The Lancet*, 368(9546), 1516-1523.

Ryan, G. W., Nolan, J. M., & Yoder, P. S. (2000). Successive Free Listing: Using Multiple Free Lists To Generate Explanatory Models. *Field Methods*, 12(2), 83-107.

Sañudo, M., & Melo-Martín, I. D. (2009). Monterrey, C-Section Capital Of Mexico: Examining The Ethical Dimensions. *IJFAB: International Journal Of Feminist Approaches To Bioethics*, 2(1), 148-164.

Sargent, C., & Bascope, G. (1996). Ways Of Knowing About Birth In Three Cultures. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 213-236.

Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring Mistreatment Of Women During Childbirth: A Review Of Terminology And Methodological Approaches. *Reproductive Health*, 14(1), 138.

Smith-Oka, V. (2013a). Managing Labor And Delivery Among Impoverished Populations In Mexico: Cervical Examinations As Bureaucratic Practice. *American Anthropologist*, 115(4), 595-607.

\_\_\_\_\_. (2013b). *Shaping The Motherhood Of Indigenous Mexico*. Nashville: Vanderbilt University Press.

\_\_\_\_\_. (2015). Microaggressions And The Reproduction Of Social Inequalities In Medical Encounters In Mexico. *Social Science & Medicine*, 143, 9-16.

\_\_\_\_\_. (2021). *Becoming Gods: Medical Training in Mexican Hospitals*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Dra. Vania Smith-Oka  
University of Notre Dame

Smith-Oka, V., & Marshalla, M. K. (2019). Crossing Bodily, Social, and Intimate Boundaries: How Class, Ethnic, and Gender Differences Are Reproduced in Medical Training in Mexico. *American Anthropologist*, 121(1), 113-125.

Sood, G., Argani, C., Ghanem, K. G., Perl, T. M., & Sheffield, J. S. (2018). Infections Complicating Cesarean Delivery. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 31(4), 368-376.

Soto-Vega E., Urrutia-Osorio, M., Arellano-Valdez, F., López Begines, I. Y., & Hernández Romero C. H.. (2015a). The Epidemic Of The Cesarean Section In Private Hospital In Puebla, México. *Obstet Gynecol Int J*, 2(6), P.00058.

Taylor, J. S., & Wendland, C. (2015). The Hidden Curriculum In Medicine's "Culture Of No Culture". In *The Hidden Curriculum In Health Professional Education*, Hafferty, F. W., & O'Donnell, J. F., (Eds.), Pp. 53-62. Dartmouth College Press.

Topçu, S. (2019). Caesarean or vaginarean Epidemics? Techno-Birth, Risk and Obstetric Practice in Turkey. *Health, Risk & Society*, 21(3-4), 141-163.

Tully, K. P., & Ball, H. L. (2013). Misrecognition Of Need: Women's Experiences Of And Explanations For Undergoing Cesarean Delivery. *Social Science & Medicine*, 85, 103-111.

\_\_\_\_\_. (2014). Maternal Accounts Of Their Breast-Feeding Intent And Early Challenges After Cesarean Childbirth. *Midwifery*, 30(6), 712-719.

Van Der Gaag, M., Snijders, T., Flap, H. (2004). *Position Generator Measures And Their Relationship To Other Social Capital Measures*. ICS Vrije Universiteit Amsterdam University Of Groningen Utrecht University.

Van Hollen, C. (1998). Moving Targets: Routine IUD Insertion In Maternity Wards In Tamil Nadu, India. *Reproductive Health Matters*, 6(11), 98-106.

Vega, R. A. (2018). *No Alternative: Childbirth, Citizenship, And Indigenous Culture In Mexico*. Austin: University of Texas Press.

Wang, E. (2017). Requests For Cesarean Deliveries: The Politics Of Labor Pain And Pain Relief In Shanghai, China. *Social Science & Medicine*, 173, 1-8.

Williams, S. A. (2018). Reconquista: Obstetric Violence and Underreporting of Obstetric Complications in Yucatán and Quintana Roo. In *Maternal Death and Pregnancy-Related Morbidity Among Indigenous Women of Mexico and Central America: An Anthropological, Epidemiological, and Biomedical Approach*, David A. Schwartz, (Ed). Pp. 189-203. Springer International Publishing.

Wylie, B.J., Gilbert, S., Landon, M.B., Spong, C.Y., Rouse, D.J., Leveno, K.J., Varner, M.W., Caritis, S.N., Meis, P.J., Wapner, R.J. and Sorokin, Y. (2010). Comparison of Transverse and Vertical Skin Incision for Emergency Cesarean Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 115(6), 1134.