



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

“Ni modo niña, bebé vivo le gana a bebé muerto. Una aproximación desde la etnografía digital a la mortalidad perinatal como forma de violencia obstétrica.”

Trabajo terminal

que para acreditar las unidades de enseñanza aprendizaje de

Trabajo de Investigación Etnográfica Aprox. Interpretativa y Análisis Interpretativo III

y obtener el título de

LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

presenta

Leslie Rayón Castillo

Matrícula No. 2183055112

Comité de Investigación:

Director: Dr. Joan Francisco Matamoros Sanín

Asesores: Dra. Karla Gissel Ballesteros Gómez

Dra. Paola María Sesia

Ciudad de México

Octubre 2024

A mi mamá Yesica, por ser tan resiliente y acompañarme siempre. A los Bebés Estrellas, quienes a pesar de su corto periodo de vida dejan aprendizaje, cariño, comunidad y resistencia.

Agradecimientos

No pensé que redactar los agradecimientos fuera complicado, dado que tengo presente a quienes quiero expresar mi gratitud, pero estoy batallando con el “nudo en la garganta” mientras lo hago. Todo este proceso estuvo acompañado de altibajos, ya que me sentía perdida e incluso incapaz de concluirlo. No obstante, el amor, cariño, paciencia, enseñanza e incluso “regaños”, sirvieron para poder reconocer mi capacidad.

Quiero iniciar agradeciendo a mi mamá, cuyo amor persiste pese a las diferencias entre nosotras. Una madre autónoma, resiliente, inteligente y maestra de vida, que me ha demostrado cómo afrontar las distintas circunstancias de la vida. Me gustaría que te vieras a través de mis ojos, para que entiendas que mereces más de lo que piensas, que no cualquier persona debería ganarse tu cariño y confianza. Este proyecto refleja todo tu esfuerzo, lágrimas, cansancio y alegrías, gracias por apoyarme y quererme. A mi hermana Yahilin y hermano Mateo.

A Dante, mi perrito de pechito blanco y mi adoración, quien se desvelaba conmigo sin importar la hora, que me espera paciente y me sigue a todas partes. Te amo mucho y quiero inmortalizar tu amor y acompañamiento con estas palabras.

A Bebé, mi periquita verde y mi adoración que, a pesar de ser muy inquieta y gritona, me demuestra su cariño al emitir la palabra “ma” cada vez que me ve. Te amo mucho mi “pollita preciosa”.

A Altair “solecito”, la persona que me ha acompañado desde hace casi 4 años. Tu amor, atención, comprensión y reflexiones me han marcado positivamente, mostrándome otra forma de ver todas las situaciones que atravieso. No tengo forma de retribuir todo el apoyo emocional, la confianza, la empatía, el amor y lo económico que me has brindado, te amo.

A Estela y Diana, mujeres fuertes, valientes y resilientes. Quienes me adentraron en el feminismo y me otorgaron su amistad a lo largo de la licenciatura. Las admiro y las amo por acompañarme en mis crisis emocionales, instruirme cuando me equivoco y crear una red de apoyo para expresarme sin miedo a ser juzgada.

América, amiga parlanchina, romántica, inteligente y valiente, que me acompaña en mis locuras y escucha cuando lo necesito. No hay manera de expresar mi gratitud ante todo el apoyo incondicional y amor.

Michelle y Leslie 2.0, amigas que continúan a mi lado desde hace años, quiero agradecerles por su cariño, momentos divertidos y entendimiento de las repentinas desapariciones en el grupo de Whatsapp, las quiero mucho.

A mi abuelita “Tita”, quien comprende mi amor por las aves y me enseña a su manera sobre la vida. A Madelin, la persona inteligente de la familia que pone altas expectativas a todos los nietos (broma), mujer que es mi inspiración y admiración en muchos aspectos, sé que lograrás más de lo que piensas y espero estar contigo cuando eso suceda. A mi tío Efrain “calamardo”, con quien comparto carácter pero que admiro por su inteligencia emocional que ha construido a través de los años. A José Luis “Arturo”, quien me demuestra la paciencia, inteligencia y resiliencia que se debe tener en la vida. A mi tío y tía “Eulalios”, quienes me apoyaron en un momento complicado y aprecio mucho.

A mi psicóloga Dalia, quien desde hace más de un año me ha acompañado en mi proceso terapéutico. Quiero agradecerle por el apoyo y las herramientas que me ha ayudado a construir durante este tiempo, a reconocer y validar mis emociones e identificar cómo surgen, a guiarme y enseñarme cuando incurro en “errores”. A trabajar día a día en mejorar y poner mi salud mental primero.

A la Dra. Yanina y Daysi, quienes estuvieron en los cimientos de este proyecto acompañándome y asesorándome para delimitar el tema de investigación. Quiero otorgar mi gratitud porque sus comentarios y observaciones aportaron mucho. Dra. Yanina, su esfuerzo y cariño los llevo presentes, gracias por comprender mi situación y respetar mi proceso, la quiero mucho. A mis compañeras de proyecto “Feminismos, diversidades y la subversión del género en las culturas contemporáneas”.

A la Dra. Paola Sesia, a pesar de no conocerla presencialmente, admiro demasiado su trayectoria, su forma de redactar y su lucha por la erradicación de la violencia obstétrica. Quiero agradecerle por ser parte de mi comité de tesis y aprender de alguien tan preparada para mejorar en este ámbito.

Al Dr. Joan Francisco, quien a lo largo de este proceso me enseñó mucho y me ha proporcionado otras perspectivas. Por brindarme oportunidades en el ámbito académico, pero también económico. No hay manera de retribuir todo el apoyo que me ha brindado, gracias por

demostrarme e impulsarme a explorar toda mi capacidad. Así mismo, por mostrarme que la relación de director de tesis y alumna, puede desarrollarse desde el respeto y empatía sin imponer jerarquías, lo quiero mucho.

A la Dra. Karla Ballesteros, ya que su contribución para generar el acercamiento a mi directo el Dr. Joan fue asertivo y no encuentro la forma de expresar mi gratitud. Así mismo, el apoyo para brindarme su retroalimentación, acompañamiento y motivación.

A las colaboradoras de esta investigación, quienes me otorgaron un espacio dentro de su comunidad para conocer sus experiencias, pero también su confianza para evidenciar la invisibilización de la mortalidad perinatal y las formas en que se manifiesta la violencia obstétrica en este ámbito. Espero poder aportar un granito de arena en la lucha y exigencia de protocolos de atención integrales. No existe forma de retribuirles por sus aportes, pero quiero que sepan que esta investigación es de *ustedes y para ustedes*. De igual forma, quiero agradecer a las madres que mostraron interés, pero no participaron por distintas razones, quiero decirles que sus experiencias son igual de importantes y también ofrecer disculpas a quienes por diferentes situaciones no finalizaron su colaboración.

A los Bebés Estrellas, porque a pesar de su corto periodo de vida han impulsado la exigencia de protocolos de cuidados y una nueva forma de resistencia. Honro sus vidas en esta investigación.

A Briana y Rubí, porque nuestra relación traspasó lo académico. Briana quiero agradecerte por tus palabras de apoyo y acompañamiento, no sabes cuanto me ayudaron para concluir la investigación, así mismo, por abrirme tu corazón y el de tu familia. Rubí gracias por la comunicación continua, motivándome y por querer incluir este proyecto como sustento para exponer la violencia obstétrica.

A Jonathan, quien me proporciono su amistad durante mi estancia en Oaxaca. La persona que se reía de mis chistes y acento. No olvidare tu compañía, enseñanza, cariño y preocupación, te quiero mucho.

Por último, a mí. ¡Leslie, lo lograste! Gracias por dejar tus miedos atrás. La neta te has demostrado a ti misma que sí puedes y que la vida te llevará siempre hasta donde debes estar, no lo olvides.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
Capítulo 1. Mortalidad perinatal en México	10
1.1 Preguntas de investigación.....	18
1.2 Mortalidad Perinatal y su relación con la violencia obstétrica	19
1.3 La manifestación de la violencia obstétrica en las muertes gestacionales y perinatales	21
1.4 Hipótesis.....	22
1.5 Objetivos	23
Capítulo 2 Aproximación teórico-metodológica	25
2.1. Antropología del género.....	28
2.1.1 Género, Maternidad y Salud.....	29
2.1.2 Género, maternidad y violencias.....	30
2.1.3 La edificación en torno a la maternidad.....	32
2.1.4 Violencia obstétrica.....	35
2.1.5 Mortalidad perinatal: una forma de violencia obstétrica	38
2.2. Aproximación teórica - metodológica	40
Metodología	40
2.2.1 Las experiencias de las Madres Estrellas participantes en comunidades digitales: Instagram y Facebook.....	45
2.2.2 Inserción a la comunidad digital de Madres Estrella	47
2.2.3 Técnicas de investigación.....	52
Capítulo 3. Gestar la vida y parir la muerte.....	57
3.1 Presentación de las Madres Estrellas y Bebés Estrellas	57
3.1.2 Maternando Estrellas	59
3.2. Tensión institucional y vulnerabilidad.....	61
3.2.1 El <i>habitus</i> médico como perpetrador de la violencia obstétrica	61
3.2.2 Desigualdades sistémicas hacia las Madres Estrellas.....	62
3.2.3 El nacimiento de la violencia obstétrica	63
3.2.4 Pariendo la muerte	64
3.2.5 La (Des)información sobre la mortalidad perinatal	65
3.2.6 La identificación de signos de alarma	66
Catalina	66
Verónica.....	68
Andrea.....	69

Pamela	70
Briana	71
Brenda	72
Fabiola	73
3.3 ¿Quién es culpable por la muerte? La institucionalización de la revictimización	75
3.3.1 La capacitación del personal sanitario para anunciar el fallecimiento	75
3.3.2 La directriz del agresor en las salas de maternidad	81
3.3.3 La despedida a una estrella	87
3.3.4 La invisibilización de la vida y la muerte: ¿Qué sucede después del parto y un bebé sin vida?	91
3.3.5 “Me toca escuchar llantos de bebés por aquí, llantos de bebés por allá”, la insuficiencia del sistema de salud para proteger a las Madres Estrellas	92
3.3.6 Alta hospitalaria y brazos vacíos	94
3.3.7 La revictimización cotidiana	98
Capítulo 4. Nombrando lo invisible	101
CONCLUSIONES	111
Bibliografía:	114

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se fundamenta en el trabajo etnográfico digital que se llevó a cabo entre los años 2021 y 2022, con mujeres que sufrieron la pérdida de su bebé durante el embarazo, quienes se nombran Madres Estrellas pertenecientes a comunidades digitales, las cuales conforman espacios para el intercambio de experiencias, anhelos, sufrimientos e información sobre la mortalidad perinatal. Estas madres provienen de diferentes estados de la República Mexicana. También se cuenta con la participación de una residente de Estados Unidos de Norteamérica con la intención de conocer las similitudes y diferencias con los casos mexicanos sobre la perpetuación de la violencia desde diferentes contextos socioculturales. A través de sus historias se podrán identificar las prácticas transgresoras efectuadas en los protocolos de cuidados durante las muertes gestacionales y perinatales en México. A su vez, se obtendrá un análisis sobre la dinámica y los factores que hacen permisible la producción y reproducción de la violencia, específicamente cuando se presentan defunciones fetales.

La construcción del análisis teórico concede que el estudio se encamine hacia la comprensión de un sistema que produce y reproduce desigualdades sociales, culturales, económicas y de género. A la par, el razonamiento de estas circunstancias causa que se identifiquen y reconozcan las prácticas violentas por parte del personal de salud hacia las madres durante los cuidados a las muertes gestacionales y perinatales. Desde la antropología de la salud, feminista y de género, la investigación se enfocará en demostrar y sustentar como emerge esta violencia a partir de las experiencias de las colaboradoras. Se responderán las preguntas planteadas llegando a nuevos descubrimientos y conclusiones en el proceso.

Este proyecto tiene la finalidad de visibilizar la mortalidad perinatal y exponer las fallas en las asistencias sanitarias que motivan la reproducción de la violencia obstétrica en el ámbito perinatal; es decir, se cuestiona a las instituciones de salud y gubernamentales por las deficiencias en su agenda sanitaria para proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en edad reproductiva, específicamente a las Madres Estrellas. Así mismo, se utiliza la etnografía digital como herramienta antropológica para abordar las experiencias de estas mujeres y demostrar la importancia de las plataformas digitales en la construcción de las relaciones sociales dentro y fuera del ciberespacio. Lo anterior forma parte de la experiencia de maternidad de las Madres Estrellas.

Capítulo 1. Mortalidad perinatal en México

En el proceso de embarazo se pueden presentar decesos en cualquier semana de gestación e incluso en los primeros días de vida. Este fenómeno es reconocido desde la oficialidad por La Norma Oficial Mexicana como defunciones fetales las cuales son definidas como:

“La muerte de un producto de la concepción hasta antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está definida por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.” Norma Oficial Mexicana (2005). En materia de información de salud. (NOM-040-SSA2-2004).

Estas muertes son atravesadas por relaciones sociales y por lo tanto por relaciones de género. Esta correlación puede dar lugar a situaciones de violencia obstétrica ejercida por el personal de salud hacia las madres que han sufrido la pérdida. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS) clasifica estos fallecimientos como morbilidad perinatal y los divide en dos categorías, fetal tardío y neonatal precoz: “La muerte fetal tardía ocurre a partir de las 28 semanas (1000 g) hasta el parto. La neonatal precoz desde el nacimiento hasta antes de los 7 días de existencia” (Manuel Ticona y Diana Huanco, 2004: 64).

En México, el registro de incidencia sobre este suceso lo desarrolla el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Se destacan los motivos y causas de los fallecimientos tanto en instancias de salud públicas como privadas. Tan solo en los años 2018, 2020 y 2021 (años en los que ocurrieron los decesos de las colaboradoras que participaron en la investigación), el porcentaje de acontecimiento “por cada 10 000 mujeres en edad fértil” fue del 6.2% en el 2018 y de 6.7% en los años 2020 y 2021 (INEGI, 2019, 2022, 2023). Así mismo, se realiza una exhaustiva investigación sobre etapas en que se presencian los decesos clasificándolos en tres secciones. El primero, alude a las muertes antes del parto con porcentaje en el 2018 de 83.1%, en el 2020 de 82.9% y en 2021 de 83.5%. El segundo, hace referencia a las defunciones durante el parto reflejando que en el 2018 fueron el 15.5%, en el 2020 un 15.6%

¹La Organización Mundial de la Salud (OMS) se especializa en cuestiones sanitarias cuya intención es mantener una regulación con sustento científico en el área de la salud, es decir, “es responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales” (OMS, 2013): <https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>

y en el 2021 un 15.3%. El tercero, de las que se tiene registro, pero no fueron especificadas con un porcentaje de 1.4% en el 2018, de 1.5% en el 2020 y de 1.2% en el 2021 (INEGI, 2019, 2022 y 2023). En el presente trabajo se contemplarán las muertes que ocurren antes del parto.

Dichos datos son publicados anualmente y tienen el objetivo de coadyuvar a las instancias gubernamentales y de salud a incluir propuestas e iniciativas que ayuden a disminuir las cifras y se implementen estrategias sanitarias de atención.

De igual forma, las muertes son clasificadas por etapas de gestación específicas. Alfonso Herruzo *et al.* (2003), retoman las definiciones de la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)², para ejemplificar cómo se identifican los fallecimientos.

Tabla 1.

Interpretaciones de la mortalidad perinatal acorde a la etapa de gestación en que se presentaron las defunciones de las colaboradoras participes en la investigación: muerte fetal temprana, muerte fetal intermedia, muerte fetal tardía y muerte perinatal.

Muerte fetal temprana	Todas las muertes in útero de fetos de menos de 22 semanas de gestación o 500 gramos de peso.
Muerte fetal intermedia	Para los fetos muertos entre la edad gestacional de 22 a 28 semanas y peso entre 500 y 999 gramos.
Muerte fetal tardía	Incluye las muertes fetales a partir de 1.000 gramos de peso o mayores de 28 semanas completas.
Muerte neonatal	La muerte del producto de la concepción que acontece tras el nacimiento o completa separación de la madre, pero dentro de las primeras cuatro semanas (28 días) tras el nacimiento.

² La Federación Internacional de ginecología y obstetricia (FIGO), es una organización enfocada en el área gineco obstetra que salvaguarda a las mujeres y sus bebés, es decir, “se dedica a la mejora de la salud y los derechos de las mujeres y a la reducción de las disparidades en la atención médica disponible para las mujeres y los recién nacidos, así como al avance de la ciencia y la práctica de la obstetricia y la ginecología” (FIGO).

Muerte neonatal precoz	Cuando sobreviene la muerte antes de los siete días postnatales cumplidos (menos de 168 horas).
Muerte neonatal tardía	Incluye los neonatos muertos después del séptimo día postnatal cumplidos y antes de los 28 días postnatales.
Muerte Perinatal	Muerte del feto desde la 22a semana completa, con más de 500 gramos de peso, hasta el séptimo día postnatal cumplido. Por tanto, las muertes perinatales son la suma de las muertes, excluidas los abortos y las neonatales precoces.

Nota. Herruzo Nalda Alfonso, Puertas Prieto Alberto y Mozas Moreno Juan, 2003: 543.

También se distinguen como muertes gestacionales y muertes perinatales. Según Patricia López (2022), el médico ginecólogo Jorge Campos brinda detalles para referirse a estos decesos. La primera, sucede en las primeras semanas de gestación (sdg) hasta la semana 22. La segunda, acontecen posterior a las 22 sdg y pueden presentarse después del parto.

Establecer una definición específica a nivel mundial que reconozca estas muertes es difícil. Pese a la complejidad, la OMS ha desarrollado la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10)³, organización que brinda a los especialistas en el ámbito de la salud la planificación de protocolos que se adecuen a los distintos diagnósticos médicos. De esta manera, se creó la CIE de mortalidad perinatal (CIE-MP) con el propósito de obtener un panorama completo de las condiciones y factores que suscitan estos fallecimientos y así implementar estrategias que ayuden a reducir este fenómeno (Miguel Ángel Villasís, 2016).

La correlación entre la CIE-10 y CIE-MP consiste en mostrar la organización para identificar y efectuar de forma eficaz atenciones y evaluaciones sanitarias que eviten afectaciones en el bienestar de la madre e hijo. Los datos presentados exponen las causas que pueden derivar en mortalidad perinatal. Conforme a lo estipulado estas muertes se tipifican en tres partes: antes del parto (A), durante el parto (I) y neonatales (N). Así mismo, se muestra su reconocimiento a través de la terminología médica.

³La Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10), consiste en “clasificar enfermedades y problemas relacionados y, en este sentido, tomar decisiones administrativas y epidemiológicas a partir de los datos diligenciados por los profesionales de la salud” (Alexander Gómez, 2015: 66).

Tabla 2.**Relación de la CIE-MP con la CIE-10.**

Muertes antes del parto (A)	Códigos CIE -10
A1. Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas	Q00-Q99
A2. Infección	P35, P37, P39, A50
A3. Hipoxia antepartum	P20
A4. Otros trastornos antepartum específicos (Incluye códigos específicos del periodo antepartum sobre trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y recién nacido)	P50, P52, P55, P56, P60, P61, P70, P75, P77, P83, P96.4, Misc.
A5. Trastornos relacionados con el crecimiento fetal	P05, P08
A6. Muerte antepartum de causa no especificada	P95
Muertes durante el parto (I)	
I1. Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas	Q00-Q99
I2. Trauma al nacimiento	P10-P15
I3. Evento intrapartum agudo	P20
I4. Infección	P35, P37, P39, P50
I5. Otros trastornos especificados intrapartum (incluye códigos específicos del periodo intrapartum sobre trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y recién nacido)	P50, P52, P55, P56, P60, P61, P70, P96, Misc.
I6. Trastornos relacionados con el crecimiento fetal	P05, P07, P08
I7. Muerte intrapartum de causa no especificada	P95
Muertes neonatales (N)	
N1. Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas	Q00-Q99
N2. Trastornos relacionados con el crecimiento fetal	P05, P08
N3. Trauma al nacimiento	P10-P15
N4. Complicaciones de eventos intrapartum	P20, P21
N5. Convulsiones y trastornos del estado cerebral	P90, P91

N6. Infección	P23, P35-P39
N7. Trastornos respiratorios y cardiovasculares	P22, P24-P29
N8. Otras condiciones neonatales (incluye códigos específicos del periodo neonatal sobre trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y recién nacido, trastornos transitorios endocrinos y metabólicos específicos del feto y recién nacido, otros trastornos originados en el periodo perinatal)	P50-P61, P70-P78, P80-P83, P92-P94
N9. Bajo peso al nacimiento y prematurez	P07
N10. Misceláneos	P96.4
N11. Muerte neonatal de causa no especificada	P96

⁴Nota: Miguel Ángel Villasís-Keever, 2016, Revista Mexicana de Pediatría, 106.

Las explicaciones sobre este tipo de muertes parten desde un punto de vista principalmente biomédico, enfatizando factores como el peso del “producto” o el tiempo de existencia del “feto”. Ninguna de las definiciones antes mencionadas se detiene en la situación de la madre. Tampoco ofrecen luz en los factores sociales que dieron lugar a ello, o el tipo de impacto que la muerte tiene en la madre. Sin embargo, no dejan de ser útiles para permitir visualizar la magnitud del problema, así como servir de parteaguas para conocer algunas de las causas reconocidas sobre las defunciones fetales.

Durante el proceso de gestación, las madres deben recibir cuidados especializados para procurar su bienestar y el de su hijo [a]. De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (2017), a través del control prenatal se obtienen evaluaciones constantes para generar un historial clínico.

Se trata de “un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza” (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017: 8).

⁴ Villasís-Keever, Miguel Ángel, 2016, “Actualización de las causas de mortalidad perinatal: la OMS publicó en 2016 el ICE-PM”, en *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 83. No. 4, pp. 106.

A través de diferentes exámenes sanitarios se descartan diagnósticos que afecten la salud de la madre e hija [o], de esta manera se obtiene un expediente médico completo. El control prenatal incluye:

1. *“Tamizaje, tratamiento y vigilancia de la evolución de patologías como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, sífilis, infección de vías urinarias, infección por VIH, malnutrición, carencia de vitaminas y micronutrientes.*
2. *Evaluación factores de riesgo, detección y manejo de complicaciones obstétricas: cicatrices uterinas, presentación anormal, ruptura prematura de membrana, preeclampsia, sangrado en el embarazo, etc.*
3. *Prevención sistemática de enfermedades como: tétanos neonatal y materno, anemia, transmisión de HIV.*
4. *Elaboración de un plan de acción previo al parto.” (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017: 9).*

Las y los prestadores de servicios deben brindar asesorías a las familias con la intención de reducir la mortalidad materna y perinatal. Se integran circunstancias que pueden perjudicar el bienestar de la madre y el bebé, mismas que deben sustentarse y desarrollarse con el consentimiento informado de la beneficiaria, a su vez, se debe otorgar un espacio para expresar inquietudes para un razonamiento completo acorde al historial médico de cada paciente (NOM-007-SSA2-2016 sección 5.2.1.18). Las orientaciones incorporan los signos y señales de alarma que precisan de una asistencia de urgencia. Según La Secretaría de Salud (2015), la manifestación de los siguientes síntomas se reconoce como señales de alarma obstétrica: jaquecas o migrañas, inflamación en cara, manos, piernas y pies, afectaciones auditivas y de visión, sangrado, disminución de movimiento o irregularidades fetales, detección de contracciones anticipadas y orinas anormales.

No obstante, si la información no se concreta de forma eficiente, se estaría incurriendo en un incumplimiento a la NOM-007-SSA2-2016 en la sección 5.3.1.12, dado que ocasiona una solicitud de atención tardía que puede derivar en defunciones fetales que en la mayoría de los casos son evitables.

El reconocimiento de anomalías durante el embarazo puede estar atravesado por “diferencias de clase social (manifestadas en la pobreza y la marginación de ciertos sectores poblacionales), la discriminación étnica o racial y la subordinación de género” (Paola Sesia, 2010: 242), es decir, circunstancias que perpetúan la reproducción de desigualdades que originan estos decesos. Ante una muerte gestacional y perinatal, la responsabilidad recae sobre

la madre, quien es cuestionada y juzgada por no demandar atención obstétrica temprana, conducta que es reproducida en otros ámbitos. De esta manera, el personal sanitario puede inferir que a través de los controles prenatales se adquiere toda la información, pero no ponderan las variables que provocan una asistencia retardada. Las dificultades para cubrir una atención prenatal de calidad acorde a lo señalado por las instituciones de salud son resultado de desigualdades, es decir, distintos factores económicos, geográficos, sociales, étnicos y de género ocasiona que la mayoría de las mujeres obtengan asistencias obstétricas incompletas, mismas que pueden provocar mortalidad materna y/o perinatal (Vanessa Mota-Sanhua *et al.* 2019 y Ileana Heredia *et al.* 2016). Posterior al diagnóstico del deceso, el accionar médico se enfoca en el bienestar de la usuaria, no obstante, dichas intervenciones pueden estar influenciadas por actitudes y acciones que se pueden identificar como expresiones de violencia obstétrica.

Este fenómeno ha sido problematizado a través de los años, dado al registro de incidencias en las salas de maternidad. Se cataloga a las prácticas que perjudican física, psicológica y emocionalmente a las mujeres en edad reproductiva durante el embarazo, parto y posparto como violencia obstétrica. Su inserción en América Latina surgió en Venezuela en el año 2007 a través de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, posteriormente se incorporó en los años 2008 en Veracruz y 2009 en Chiapas con la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia a nivel estatal (Mayra Chávez y Norma Sánchez, 2018 y Paola Sesia, 2020). Así mismo, se ha clasificado como violencia institucional y violencia de género, puesto que se perpetúa la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las madres en el ámbito sanitario (Paola Sesia, 2020).

A pesar de las exigencias para evitar que se continúe reproduciendo esta dinámica de violencia, su normalización hace que se siga efectuando sin repercusiones. A través del accionar médico se pueden realizar intervenciones acompañadas de malos tratos, lo cual, sin embargo, se reconoce solo como mala praxis médica⁵: o sea, como una acción individual de alguien en particular y a veces por motivos accidentales, en lugar de verla como una problemática estructural y sistémica inherente a la organización hospitalaria y a la formación y desempeño del personal médico y paramédico en su conjunto (Paola Sesia, 2020). El

⁵La Mala Praxis consiste en la ejecución de una asistencia sanitaria que perjudica el bienestar del usuario [a], es decir, “cuando exista un daño temporal o permanente atribuible a un actuar negligente, por impericia o imprudencia por parte del personal de la salud, o bien, por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo” (Jorge Alfredo Zendejas, 2017: 120).

comportamiento del personal de salud durante la atención a las mujeres en edad reproductiva se puede producir bajo este supuesto, ya que se estará recayendo en una mala praxis médica, a la par que estas conductas son consecuencia de una dinámica basada en relaciones de poder que tipifica las prácticas abusivas hacia quienes se encuentran en un menor rango, en este caso las madres. Según la Coordinación para la Atención de los Derechos Humanos (2018), la violencia obstétrica consiste en: “malos tratos, humillaciones, insultos, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvaloración del embarazo y parto” (CADH, 2018: 12).

Dentro del campo médico se han ponderado criterios para vigilar que no se incurra en acciones que vulnere a las mujeres a través de violencia obstétrica. Institucionalmente, esto se da a través de La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); donde se ideó un espacio para resolver las incidencias sobre la mala praxis médica en México. Dicha institución sirve para atender discrepancias e inconformidades con los servicios de salud recibidos, de modo que se obtenga una resolución basada en evidencia mediante un trato cortés. De acuerdo con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2022), la finalidad de la CONAMED consiste en que: “la persona usuaria de los servicios de salud puede presentar una queja por probables actos u omisiones derivados de la prestación de la atención médica y tener una opción para resolver de manera pacífica, mediante acuerdos conciliatorias y el arbitraje su problemática.”

Su organización está compuesta por un conjunto de expertos que proporcionan las asesorías a quienes lo soliciten para tramitar el proceso acorde a su situación. Así mismo, existen organizaciones cuya intención es crear espacios de difusión para las diversas problemáticas en torno a la violencia a la que son sujetas las mujeres, tal es el caso del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)⁶, quienes se encargan de exponer las desigualdades e injusticias que provocan la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. Dentro de sus actividades, visibilizan la violencia obstétrica con el propósito de planificar protocolos de cuidados que respeten los procesos fisiológicos de las mujeres durante

⁶El Grupo de Información en Reproducción Asistida (GIRE), es una agrupación que actúa en defensa de las mujeres ante el fenómeno de la violencia a la que son sujetas, es decir, es “una organización de derechos reproductivos. Además del tema del aborto, desde 2011, ha colocado en la mesa de debate temas prioritarios desde la perspectiva de los derechos de las mujeres. Entre ellos, la anticoncepción, la violencia obstétrica, la muerte materna, la reproducción asistida y la conciliación de la vida laboral y personal (GIRE, s/f).

el embarazo, parto y puerperio, exigiendo ante las autoridades correspondientes soluciones a esta problemática.

De igual forma, existen asociaciones en México que visibilizan y discuten sobre la mortalidad perinatal, cómo es el caso de Duelo Respetado Podcast⁷, quienes, desde el 2020, en compañía de otras agrupaciones han demandado y apoyado la iniciativa de Ley Cunas Vacías alentada por la Cámara de Senadores⁸ en el año 2021. Esta propuesta exige un protocolo de atención integral que respete los derechos de las familias que experimentan estos decesos, así mismo, pretende reformar la Ley General de Salud, la Ley Federal del Trabajo, y la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado (Senado de la República, 2023), de forma que favorezca a quienes sufren las pérdidas con la intención de concederles un espacio para experimentar y vivir su duelo de forma cortés y empático.

1.1 Preguntas de investigación

Las conductas asociadas a la violencia obstétrica evidencian los diferentes tipos de abusos a los que son sujetas muchas mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. La producción y reproducción de estas prácticas son efectuadas sin repercusiones, por ende, su normalización. Pese la existencia de instituciones que luchan por demostrar, vigilar y castigar estos tratos, aún persisten vacíos para definir y señalar todos los comportamientos transgresores. Es por ello que me cuestioné lo siguiente: ¿La mortalidad perinatal puede suscitar la producción y reproducción de violencia obstétrica?, y de ser así ¿cómo se reconocen estas prácticas y cuáles son los factores que lo provocan? Así mismo, ¿puede esta violencia traspasar otros ámbitos?, es decir ¿existe alguna influencia que la desencadene?

De igual forma, ¿la invisibilización de la mortalidad perinatal puede incentivar a las madres a buscar redes de apoyo en la digitalidad?, es decir, ¿las redes sociales desempeñan un papel importante en la construcción de la identidad de las Madres Estrellas? A su vez, ¿está colectividad puede traspasar la digitalidad o viceversa?

⁷ Duelo Respetado Podcast, es un espacio que reconoce las muertes gestacionales, perinatales y neonatales, a su vez, aporta las herramientas para “transitar el proceso de duelo” (Duelo Respetado Podcast, 2024).

⁸ La Cámara de Senadores ha considerado impulsar la iniciativa de Ley Cunas Vacías para realizar modificaciones en las instituciones de salud, la Ley Federal del Trabajo y La Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, con la intención de desarrollar un plan de cuidados para las familias que sufren de mortalidad perinatal como garantía de sus derechos mediante atención interdisciplinaria que les permita procesar su duelo.

1. 2 Mortalidad Perinatal y su relación con la violencia obstétrica

Existe una dificultad para reconocer la violencia obstétrica, dado que las asistencias se pueden desarrollar bajo tratos deshumanizantes por parte del personal de salud, los cuales son normalizados, por lo que es difícil su verdadero reconocimiento. La naturalización de la violencia obstétrica también permite su reproducción en las muertes gestacionales y perinatales. Esta dinámica se efectúa mediante un accionar médico que desacredita las necesidades de las madres al ejecutar intervenciones carentes de empatía. De acuerdo con María Wohlgemuth (2015), estas conductas radican en: “una hegemonía de conocimiento y pensamiento sobre los temas biomédicos relacionados al cuerpo de la mujer, al igual que una despersonalización de el alumbramiento, al convertirlo en un proceso estandarizado y tecnificado” (María Wohlgemuth, 2015: 4).

Es así como la perpetuación de la violencia se ejecuta sin conciencia, repercusiones y cuestionamientos. La revisión de una complicación obstétrica da lugar a múltiples actos de violencia obstétrica contra la madre. Para diagnosticar el deceso se deben llevar a cabo chequeos sanitarios como parte del protocolo de atención. Una vez identificado el deceso se canaliza a la paciente a la sala de dilatación⁹, en la cual se procede con una estrategia de cuidados acorde a los lineamientos médicos cuya pretendida finalidad es el bienestar de la madre. Posteriormente, se es remitida a la sala de expulsión¹⁰, donde se realiza el parto inducido, cesárea, aborto o legrado. No obstante, a lo largo de la estancia hospitalaria se puede revictimizar a la usuaria.

Las variables que producen el retraso de la asistencia obstétrica llegan a ser ignoradas por los y las prestadoras de servicios, por lo que la responsabilidad recae sobre la madre. Se trata de factores que son consecuencia de “obstáculos estructurales como la falta de acceso geográfico o económico a servicios de emergencia obstétrica con capacidad resolutive” (Paola Sesia, 2010: 266). Existen circunstancias que no precisan en la madre y van más allá de su voluntad. Pese a los factores económicos, sociales, étnicos, género y geográficos que pueden provocar el retraso en la asistencia, las madres son recriminadas por ello, llegando incluso al abuso verbal por parte de autoridades en salud. Aunado a esto, el desconocimiento sobre estas

⁹ Sala de dilatación “es el ambiente donde se atiende a la paciente en labor de parto o con amenaza de aborto, para su vigilancia permanente hasta su traslado a la sala de expulsión o sala de operaciones”. (Celso Bambarén y Socorro Bambarén, 2008: 159).

¹⁰ Sala de expulsión “es el ambiente donde se atiende a la paciente durante el periodo expulsivo y alumbramiento” (Celso Bambarén y Socorro Bambarén, 2008: 160).

defunciones suscita la incomprensión de los protocolos de asistencia como consecuencia de la escasa difusión sobre estas. La atención suele centrarse en la expulsión, ignorando el sufrimiento de la madre por la pérdida. El personal sanitario no cuenta con las herramientas para contener a las madres; al grado de minimizarlas mediante frases como: “*puedes tener a otro bebé*” o “*aún estás joven*”, por lo que si las mujeres expresan malestar físico y/o emocional son ignoradas o incluso silenciadas.

Lo anterior es una forma de desigualdad, dado que existen diferencias socioeconómicas que afectan la forma en que se perciben las atenciones obstétricas. Los resultados de esta dinámica pueden ocasionar la perpetuación de abusos en diferentes ámbitos, como lo es en el área de la salud. México presenta asimetrías entre la atención prestada por el sistema de salud y las necesidades de la población. Las instancias médicas privadas en comparación con las instancias públicas reflejan una gran diferencia en los cuidados obstétricos, ya que acceder a dichas atenciones son un privilegio. La infraestructura sanitaria no logra cubrir las necesidades de la nación, en gran medida por la limitación de recursos y su mala administración. En conjunto con lo anterior, existen desigualdades regionales sanitarias que coinciden con la distribución geográfica de la pobreza (Lomelí, 2020, 204; CONEVAL, 2021). Dichas disparidades también están atravesadas por relaciones de género que perjudican diferencialmente a mujeres y hombres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha implementado un estudio sobre las variables sociales, políticas, culturales y económicas que derivan en repercusiones sanitarias, desarrollando el Índice de Vulnerabilidad de la Salud (IVS), un análisis sobre el registro de incidencia en las localidades para demandar protocolos enfocados en erradicar estas disparidades. En conjunto con los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), se realiza una exploración de las circunstancias que las provocan (Martins, Eunice F. *et al*, 2013). Según Duarte, María, B. *et. al* (2015): “Se trata de examinar “determinantes estructurales que favorecen u obstaculizan el acceso a esos servicios y que inciden sobre las conductas individuales, que son construcciones sociales basadas tanto en la experiencia personal como en el contexto social y cultural en que se vive” (Duarte, María B. *et al*. 2015, 183).

Pese a la existencia de protocolos de cuidados enfocados en la mortalidad perinatal, aún persisten irregularidades para proporcionar un trato respetuoso, dado que: a) no se cuenta con un espacio diferenciado para las intervenciones obstétricas entre mujeres que están sufriendo estas pérdidas; b) es común la ineficiencia para garantizar asistencia psicológica gratuita para

quienes no cuenten con el capital económico para obtenerla; y c) la información que se proporciona es incompleta u omite los cambios físicos en la madre, a pesar del fallecimiento de sus bebés. Todo lo anterior desestabiliza y vulnera a las Madres Estrellas.

Lo anterior ha llevado a muchas de estas madres a buscar refugio y espacios de diálogo con otras madres dentro de las redes sociales, creando espacios de acompañamiento entre ellas. Estas madres buscan comprender y dar sentido a los decesos de múltiples formas; una de ellas, la cual tiene una importancia creciente, es el diálogo y la interacción mediante plataformas sociales y digitales como Instagram¹¹ (IG) o Facebook¹² (FB). De este modo, mediante la producción de contenido informativo sobre la mortalidad perinatal por medio de IG o en grupos privados de FB, estas madres forman comunidad y expresan su dolor y experiencias, tomando lugar una forma de acompañamiento mutuo.

Los ciberespacios coadyuvan a la creación de redes de apoyo entre las madres que sufren de muertes gestacionales y perinatales a través de las comunidades digitales. Dichas comunidades representan “grupos de personas que, a través del internet, comparten espacios significativos dentro de los mundos digitales, pero que también tienen implicaciones en el mundo actual” (Carla Heredia, 2011; 104). Se trata de espacios de interacción para expresar sus vivencias, a la par que construyen un sello personal (Eduardo Sandoval, 2007); es decir, este sitio aporta las herramientas para resignificar su nombramiento como madres, pese al fallecimiento de su hija o hijo.

La comunidad digital creada por mujeres que sufrieron de muertes gestacionales y muertes perinatales se denomina **Madres Estrellas**. Se trata de un término reciente para la visibilización de este fenómeno e intercambio de vivencias sobre la maternidad atravesada por el deceso de una hija/o en cualquier periodo de gestación.

1.3 La manifestación de la violencia obstétrica en las muertes gestacionales y perinatales

La mortalidad perinatal y la violencia obstétrica que hay de por medio en muchos casos es un fenómeno invisibilizado por las políticas públicas. Dicha ocultación desfavorece en la capacidad resolutoria para garantizar la protección de los derechos sexuales y reproductivos de

¹¹ Instagram es una red social donde se comparte material audiovisual a través de fotos, videos o notas.

¹² Facebook es una red social para el intercambio de material como fotografías, escritos y videos. Su uso tiene la finalidad de conectar con personas alrededor del mundo.

las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, no solo en casos donde se reciben bebés vivos, sino también cuando se presencian muertes gestacionales y perinatales. La importancia de identificar estos abusos sirve para reconocer y exigir la creación de protocolos para transformar las asistencias médicas en dignas y respetuosas.

Diversos estudios desde la antropología médica y la teoría feminista han elaborado distintos análisis sobre la necesidad de crear una mejor definición y conceptualización de esta problemática que abarque más contextos e implicaciones. Además de lo conceptual y teórico, el fenómeno de violencia obstétrica continúa siendo un tema difícil de abordar públicamente desde las instituciones de salud, las cuales evitan nombrarlo como parte de sus prácticas. El presente trabajo es un esfuerzo en ambos sentidos, ya que elabora en el desarrollo de una definición más amplia, a la vez que precisa. Así mismo, coadyuva a un mayor diálogo y apertura de estos temas, tendiendo un puente hacia futuro para un diálogo más profundo sobre dichas problemáticas con las instituciones de salud.

La mortalidad perinatal puede llegar a estar relacionada con la violencia obstétrica. Un deceso en cualquier semana de gestación puede desencadenar tratos deshumanizados, por ejemplo, minimizando el dolor de la pérdida u obligar a las madres a parir a su bebé sin vida. Este fenómeno es común pero invisibilizado, por lo que distinguir las prácticas médicas que recaen en malos tratos es complicado. Lo anterior torna imposible la demanda de protocolos sanitarios especializados, haciendo que dicha problemática no sea ponderada.

La relevancia de nombrar este fenómeno desde el ámbito académico es también de interés público. La violencia obstétrica y su participación en la mortalidad perinatal muestra las desigualdades estructurales que dan apertura a la tipificación de dichas prácticas. Abordar esta problemática desde una mirada antropológica permite articular una perspectiva que coadyuva al desarrollo de protocolos con el objetivo de asegurar un trato digno y respetuoso ante las necesidades y derechos de las familias que sufren de muertes gestacionales y perinatales.

1.4 Hipótesis

Las causas de las muertes gestacionales y perinatales son variables, ya que pueden originarse por anomalías congénitas, las cuales no son responsabilidad de las madres. No obstante, las atenciones sanitarias pueden estar encaminadas a culpar a la madre a través de

abusos físicos, psicológicos y emocionales. El accionar del personal de salud permite esta revictimización. Por medio del modelo médico que se compone por relaciones de poder, se concede toda la autoridad a los [as] prestadores de servicios, manteniendo a las [os] pacientes dominadas ante un sistema que violenta sus derechos.

El comportamiento por parte del personal médico es consecuencia de una dinámica estructural que ha normalizado la violencia hacia las mujeres históricamente. El personal sanitario detenta un poder sobre el cuerpo femenino desde un supuesto conocimiento biomédico. Siendo este el resultado de la dominación a las que están sujetas las madres en el embarazo, parto y puerperio. Abordar la mortalidad perinatal puede revelar múltiples transgresiones que pasan desapercibidas y, por lo tanto, sin sanciones a quienes las cometen. Dichos actos tienen influencia en diferentes ámbitos, por lo que las actitudes se pueden replicar en su entorno familiar, social y laboral, de manera que, la responsabilidad de una defunción fetal recaerá sobre las Madres Estrellas.

1.5 Objetivos

El objetivo general de esta investigación consiste en abordar desde una etnografía digital el fenómeno de la violencia obstétrica en Madres Estrellas pertenecientes a comunidades digitales a través de las experiencias en el paso por los servicios de emergencia obstétrica y la influencia de las transgresiones en distintos ámbitos como el familiar y social.

Los objetivos particulares son:

- Identificar la violencia obstétrica en los protocolos de atención a la mortalidad perinatal, con mujeres pertenecientes a comunidades digitales de Madres Estrellas.
- Reconstruir y analizar las dinámicas del área de la salud a través de los tratos sanitarios hacia las Madres Estrellas cuando sufren de muertes gestacionales y perinatales.
- Identificar cómo emergen las relaciones sociales de apoyo entre las Madres Estrellas mediante el uso de las redes sociales.
- Analizar la importancia de la creación de las comunidades digitales de Madres Estrellas en espacios digitales como una forma de resistencia.

Para distinguir este fenómeno se han desarrollado clasificaciones que ayudan a identificar las muertes en cualquier etapa de gestación, sin embargo, aún persisten obstáculos para su divulgación. Las notables dificultades en el área de la salud, ya sea por recursos económicos o

de infraestructura, conforman solo una parte de esta problemática. No obstante, existen otras variables que provocan estas disparidades; tales como factores culturales, sociales, económicos y de relaciones de género. Como consecuencia, dicha invisibilización motiva a las madres a buscar sitios en plataformas digitales para difundir sus experiencias en relación con estas defunciones, sus causas, anhelos, sufrimientos y memorias de sus bebés, como una forma de resistencia ante una estructura que ha ocultado la mortalidad perinatal.

Capítulo 2 Aproximación teórico-metodológica

A continuación, se realizará una recopilación teórica sobre temas relacionados a la investigación. Se abordará desde la antropología de la salud, relaciones de género, violencia estructural y la violencia obstétrica, para sustentar la producción de conductas transgresoras por parte del sector médico que violentan los derechos sexuales y reproductivos de las Madres Estrellas durante el embarazo, parto y puerperio en las muertes gestacionales y perinatales. Este enfoque ayudará a comprender la dinámica que hace permisible los abusos hacía las madres. Por su parte, con la metodología se explicará la función del trabajo etnográfico y su ejecución en la recopilación de las experiencias de las Madres Estrellas para exponer la violencia obstétrica que se perciben durante las atenciones obstétricas.

Los estudios enfocados en los procesos de salud/enfermedad/atención (s/e/a) forman parte del análisis de la antropología médica la cual cuenta con las herramientas para identificar la relación que tiene con la cultura y el entorno social, es decir, reconoce cómo las personas comprenden y resuelven las problemáticas relacionadas a la salud desde diferentes ámbitos.

“La antropología médica estudia los problemas de la salud humana y los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales y económicos-políticos; analiza las mediaciones que explican las formas diferenciales de enfermar, atenderse y morir entre individuos y grupos determinados, y considera las características y peculiaridades de las relaciones entre personas y grupos sociales que posibilitan o limitan la resolución de sus problemas de salud.” (Freyermuth y Sesia, 2006: 9)

Esta subdisciplina surgió en Estados Unidos durante la década de 1950 y 1960, posteriormente en los 80 's se convirtió en especialidad debido a sus aportes etnográficos y teóricos (Menéndez, 2012). Una vez que se consolidó como un subcampo de la antropología social, se destacan las aportaciones en torno a los servicios de salud enfocados en grupos étnicos, entre otros ejes como el pluralismo médico (Carlos Chirinos, 2017). La influencia de los escritos de Antonio Gramsci¹³ sobre la hegemonía/subalternidad y de los procesos de salud/enfermedad/atención en relación con los diferentes saberes y las diversas formas de tratamiento médico dirigió el análisis hacía el modelo médico hegemónico denominado biomedicina (Menéndez, 1997, 2012), desde una corriente crítica (Martínez Hernández, 2008)

¹³Antonio Gramsci: “Sociólogo, filósofo, político, periodista italiano y cofundador del Partido Comunista Italiano” (Ministerio de cultura argentina, 2020). Reconocido por sus aportaciones sobre hegemonía y subalternidad en “los llamados Cuadernos de la cárcel: un archipiélago de notas, apuntes y reflexiones contenidos en 29 cuadernos redactados entre 1929 y 1935 bajo censura carcelaria” (Roux Rhina, 2020; 147-148).

dentro de la Antropología Médica crítica se ha contemplado un análisis más amplio sobre las dinámicas existentes en los grupos sociales para solventar los procesos s/e/a mediante los modelos tradicionales y hegemónicos, cuya finalidad consiste en indagarlas sin intervenirlas (Jennie Gamlin, *et al*, 2020).

La Antropología Médica surgió en México a mediados del siglo XX, inicialmente enfocada en establecer un modelo sociocultural único en el país, es así como en 1970 se incorporó un proyecto hegemónico destinado a comunidades indígenas, de manera que, el enfoque antropológico en el campo de la salud comenzó a centrarse en contextos indígenas (Freyermuth y Sesia, 2006). Los aportes del antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán en *programas de salud en la situación intercultural* (1955), fueron antecedentes en la antropología médica en México para entender la negativa hacia el modelo médico hegemónico por parte de las comunidades indígenas a través de su contexto cultural (Martínez Hernández, 2008), por lo cual, “la documentación que hizo Aguirre Beltrán (en 1955) de esta experiencia sirvió para la aplicación de los programas de salud en otras regiones indígenas del país” (Freyermuth y Sesia, 2006: 12).

La elaboración previa de trabajos etnográficos y teóricos sobre los procesos de salud/enfermedad/atención (s/e/a) destacan a México de otros países en América Latina debido a los aportes realizados durante la época de la revolución mexicana (Menéndez Eduardo, 2018). De acuerdo con Paola Sesia y Graciela Freyermuth (2006), la antropología médica en México no contaba con una definición precisa sobre el campo, lo que la llevó a ser “concebida como una disciplina al servicio de la nación cuyo objetivo principal era entender a los pueblos indios” (: 10). El desarrollo de la antropología médica a través de los años ha orientado y delimitado la disciplina. El país que se destaca en el área es México debido a las “tempranas relaciones con la salud pública y la medicina social, así como con las organizaciones no gubernamentales (ONG) dedicadas a los procesos de s/e/a-p; pero dichas vinculaciones se dieron hasta fechas recientes en términos personales o microgrupales, más que institucionales” (Menéndez Eduardo, 2018: 462).

Los estudios de la antropología cultural estadounidense en México de los años treinta del siglo XX fueron clave para la construcción de la antropología médica en América Latina. A través del diálogo sobre los procesos de s/e/a, estos estudios ayudaron a comprender el razonamiento y soluciones que implementan las personas ante las enfermedades dentro y fuera

del modelo de la biomedicina, orientando la discusión “entre lo normal y lo patológico o entre lo cultural y lo biológico” (Menéndez Eduardo, 2012). Una mirada que sirvió para distinguir las diferencias y similitudes de asimilación en los cuidados de la salud en diversas estructuras sociales, dado que los individuos logran entender las dificultades sanitarias mediante componentes de su cultura. La antropología cultural fue útil dentro del campo médico para obtener un panorama completo sobre los procesos de s/e/a relacionando las condiciones socioculturales y los conocimientos sobre los padecimientos (Menéndez Eduardo, 2012). Dichos aportes interpretan las diversas estrategias de cuidado que se manifiestan en distintos ámbitos, es así como la antropología médica “regional, y sobre todo la de Brasil y México, estudia casi todo proceso de s/e/a-p en muy diferentes sectores y actores sociales, con los objetivos de describirlos y comprenderlos, y en menor grado intervenir sobre ellos” (Menéndez Eduardo, 2018: 464).

La antropología médica permite dar cuenta cómo las instituciones y el personal de salud de la biomedicina que son integrantes de lo que se ha denominado teóricamente como modelo médico hegemónico imponen sus conocimientos sobre los procesos de salud/enfermedad/atención. Las prácticas que no ingresan al sistema biomédico son desacreditadas y cuestionadas por el mismo, de esta forma la antropología médica “permite analizar históricamente las relaciones de poder y las desigualdades sociales que dan forma a las maneras de concebir la salud y la enfermedad, las relaciones entre curador y paciente, como también a las estrategias desplegadas por las y los sujetos y sus comunidades para atender sus padecimientos” (Da Costa Marques, et al., 2016: 3).

Uno de los mayores exponentes de la antropología médica en América Latina es Eduardo Menéndez, quien aborda los modelos de atención¹⁴. El primero, la biomedicina (modelo médico hegemónico) se refiere al sistema médico impuesto como exclusivo para atender los procesos de s/e/a. El segundo, la autoatención, trata sobre el razonamiento y las intervenciones que realizan los individuos o los grupos sociales durante los procesos de s/e/a. El tercero, los saberes alternativos, los cuales incluyen las prácticas de la medicina alternativa, popular y tradicional (Da Costa Marques, *et al*, 2016). A través de estos modelos plantea reconocer cómo se asumen y solventan las dificultades sanitarias en diferentes contextos socioculturales, es decir, en las “diferentes formas de atención a la enfermedad que suelen

¹⁴ Modelos de atención consisten en “las formas que adquieren las actividades de atención en distintos contextos dependen de condiciones socioeconómicas, religiosas, culturales, políticas y de género” (Da Costa Marques, et al., 2016: 4)

utilizar diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema, así como variadas formas de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación” (Menéndez Eduardo, 2003: 186).

Los procesos de s/e/a tienen impacto en las relaciones de género. En los años 70 del siglo XX, con la “segunda ola del feminismo”, aparecieron los estudios de género y feminismo, cuya finalidad consistió en analizar las desigualdades entre hombres y mujeres en el campo de la salud (Da Costa Marques, *et al*, 2016). Las investigaciones feministas y de género en su mayoría han pasado desapercibidas dentro del análisis antropológico, ocasionando la distorsión de los conceptos “género” y “sexo”; al utilizar “género” como referencia a “mujer” y el concepto “sexo” a género. Con el surgimiento de nuevas teorías, los aportes feministas redefinieron la conceptualización, destacando los estudios de Judith Butler en *el género en disputa* (1999) [1990] y Connell en *Masculinidades* (1995) por mencionar algunos (Mari Luz Esteban, 2006). Los estudios de género debatieron la construcción de lo femenino y masculino dentro de las estructuras sociales, demostrando cómo mediante los roles de género se designan aptitudes a los individuos en torno a su sexuación biológica.

La dinámica social se ha construido a través de las disparidades entre mujeres y hombres. De esta manera, los roles de género y la división sexual del trabajo limitan a las mujeres como responsables de los cuidados como lo es la crianza de los hijos/as (Idoia Ugarte, 2018). La antropología médica, en conjunto con la antropología de género, discuten las desigualdades entre hombres y mujeres en materia de salud.

2.1. Antropología del género

El género comprende la socialización de lo femenino y masculino en torno a lo biológico para asignar los roles sociales dentro de una cultura; dicha categoría “es adecuada para analizar y comprender la condición femenina y la situación de las mujeres, y lo es también para analizar la condición masculina y la situación vital de los hombres” (Marcela Lagarde, 1996; 29). Los roles de género destinan los comportamientos que determinan lo propio de ser hombre y ser mujer. La antropología formó parte de un “análisis científico que reveló el carácter cultural de las construcciones identitarias de las personas” (Martín Casares, 2008: 36). Las diferencias biológicas no determinan lo que es ser hombre - mujer, es decir, se trata de aprendizajes reproducidos socioculturalmente. Esta socialización funciona como

determinantes propios y ajenos, “no solo sirve para que la persona se identifique a sí misma, sino que también le sirve para identificar a los demás mediante prácticas que nombran y ubican al otro [y otra]” (Joan Matamoros, 2022: 65).

La incorporación del género en la antropología surgió en los años ochenta del siglo XX, evidenciando el androcentrismo presente en el análisis antropológico, el cual solo contemplaba la visión y aportes masculinos, excluyendo a las mujeres y reduciéndolas a sus capacidades reproductivas (Martín Casares, 2008). Dicha incorporación logra cuestionar la construcción de la antropología, dando apertura a diversos temas de discusión, evitando la invisibilización de las mujeres. Los aportes de esta perspectiva “tienen como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres” (Marcela Lagarde, 1996: 13).

Esta perspectiva desencadenó una serie de conceptualizaciones que amplían el enfoque en las investigaciones como lo son las relaciones de género, los roles de género, la estratificación de género, los estereotipos de género, entre otros. De acuerdo con Aurelia Martín Casares (2008), las relaciones de género identifican el surgimiento y la reproducción simbólica - social de las diferencias entre mujeres y hombres; los roles de género comprenden a las conductas y normas culturalmente estipulados por sexuación biológica; la estratificación de género comprende a la dominación masculina y orden social que se refleja en “el espacio público, la capacidad de decisión, los medios de producción y el poder económico y político están en manos de los hombres” (:51), así como los estereotipos de género en las construcciones simbólicas relacionados a lo “normal” de “ser” hombre-mujer. De esta manera, problematizar las relaciones de género permite analizar cómo se producen y justifican las desigualdades, evidenciando así violencias y relaciones de poder que se construyen mediante la socialización. La maternidad es un tema que ha sido profundizado e incluso cuestionado desde la antropología de género debido a que se relaciona con muchos otros ámbitos socioculturales como la salud.

2.1.1 Género, Maternidad y Salud

La perspectiva de género permite entender la maternidad como un fenómeno que es mucho más que un hecho natural en las mujeres: en torno a las capacidades fisiológicas de las mujeres se construye la idea de la maternidad “como núcleo natural y fundante de la identidad

femenina” (Ávila Yanina, 2005: 108). Este concepto impone el mandato de la maternidad a través de “una serie de tareas y responsabilidades, en amplio sentido un espectro de cuidados, a los que llamaremos “maternaje” y un conjunto de sentimientos que suelen naturalizarse en las mujeres hasta el punto de poder crear una discriminación genérica” (Moncó Beatriz, 2009: 359). Las notables diferencias biológicas entre hombres y mujeres crean una noción universal que reproduce las relaciones de poder, las desigualdades y los roles de género aprendidos desde la crianza, marcando esta disparidad.

“Sustentar que la maternidad es una construcción social implica romper con la idea que sostiene que todas las mujeres tenemos la función natural de ser madres, y que dicha función se encuentra en una especie de código biológico que se traduciría en capacidades, habilidades y saberes, producto de un instinto inscrito en la naturaleza femenina”. (Miriela Sánchez 2016: 922)

La capacidad de las mujeres de gestar refuerza el mandato de la maternidad. Las disparidades socialmente aprendidas entre los hombres y las mujeres tipifican las prácticas y actitudes, ya que “se encuentran unidas por el hecho en sí de compartir una experiencia física y social, reificando ésta como señal de identidad, de ser y de hacer” (Moncó Beatriz, 2009: 363); es decir, se trata de una construcción social que acepta y justifica la maternidad como un proceso “natural” designando los roles de género.

2.1.2 Género, maternidad y violencias

El análisis antropológico de la violencia es complicado, dado que constituye la jerarquización en las interacciones sociales que desencadenan opresiones, es decir, a las "relaciones de poder y relaciones políticas (necesariamente asimétricas), así como a la cultura y las diversas formas en las que ésta se vincula con diferentes estructuras de dominación en los ámbitos micro y macrosocial" (Ferrándiz Francisco y Feixa Carles, 2004: 159).

La reproducción y legitimación de la violencia mediante distintas prácticas produce una disparidad que pasa desapercibida dentro de la dinámica social. La tipificación de las diversas maneras en que se ejerce llevó a Ferrándiz y Feixa (2004), a retomar el trabajo de Philippe Bourgois en *El poder de la violencia en la guerra y en la paz. Lecciones pos-guerra fría de El Salvador* (2002) sobre los tipos de violencia: política, estructural, simbólica y cotidiana. La violencia política, contempla las acciones ejecutadas por servidores públicos mediante pánico

o atentados físicos, por ejemplo, la “represión militar, tortura policial y resistencia armada, en nombre de una ideología, movimiento o estado político” (:162). La violencia estructural, comprende a las desigualdades que emergen desde el ámbito político, social y económico, repercutiendo física y emocionalmente en los sujetos, por ejemplo, desde los “altos índices de morbilidad y mortalidad hasta condiciones de trabajo abusivas y precarias” (:162). La violencia simbólica, comprende a las relaciones de poder y de desigualdad normalizadas en la dinámica social. La violencia cotidiana incluye a las actividades rutinarias atravesadas de actos transgresores, es decir, “a las prácticas y a las expresiones de agresión interpersonal que sirven para normalizar la violencia en el nivel micro, tales como la pelea sexual y doméstica y la delincuencia, e incluso la drogadicción” (Bourgois, 2002: 76).

Según Castro y Farmer (2003), la violencia estructural “puede tener varias formas: racismo, sexismo, violencia política, pobreza y otras desigualdades sociales” (:30). Esta violencia puede ser ejercida en diferentes niveles, es decir, no afecta a todos por igual. El término de violencia estructural en los procesos de s/e/a es utilizado para comprender las desigualdades socioculturales, económicas y políticas. Tal es el caso de las antropólogas Paola Sesia y Graciela Freyermuth (2006), quienes abordan la violencia estructural en casos de mortalidad materna dentro de contextos indígenas, exponiendo que estas muertes son evitables y son resultado de la falta de acceso a recursos para su prevención.

De acuerdo con Galtung (1969), la violencia se presenta en muchos ámbitos, por ende, su dificultad para abordarla. Dicho autor planteó un análisis de los acontecimientos sociales clasificando la dinámica de la violencia en dos partes: *violencia visible* y *violencia invisible* (Zamora José, 2018). La violencia visible o directa se observa en los comportamientos que causan daños físicos específicamente en “los muertos, heridos, desplazados, daños materiales” (Galtung: 1998: 16), mientras que la violencia invisible es “generada por un conjunto de estructuras que impiden satisfacer las necesidades más elementales y provocan su negación” (Zamora José, 2018: 27); es decir, aquella que es ejercida por distintos factores que son normalizados y que perjudica de diferente manera a las y los individuos. Esta tipologización de la violencia ayudó a comprender cómo se reproducen inequidades de género que tienen un impacto en los cuerpos y salud de las personas desde distintas escalas. “La violencia directa se enfoca en el número de muertes, mientras que la violencia estructural se basa en el número de muertes evitables” (Villarruel Aarón, 2017: 19).

2.1.3 La edificación en torno a la maternidad

El mandato de la maternidad se encuentra estrechamente ligado al pensamiento de “instinto maternal” que se impone a las mujeres por sus capacidades fisiológicas, las cuales determinan sus responsabilidades. Esta noción señala que se trata de un:

“inscrito en una función natural, predestina a las mujeres a ser madres, a ser las cuidadoras, protectores y únicas responsables del cuidado y bienestar de los hijos, situación que no aplica de la misma manera a los hombres, considerando que la responsabilidad de éste, en el mejor de los casos, es básicamente la de proveedor” (Sánchez Miriela, 2016: 939).

Los roles de género implementan obligaciones y características como propias de ser mujer y ser hombre, colocando a las mujeres a cumplir su función dentro de la estructura social como las encargadas del ámbito doméstico.

La erradicación del pensamiento en torno a las diferencias biológicas ha sido discutida dentro y fuera del ámbito académico por la antropología, el feminismo y las relaciones de género (Abajo-Llama Susana *et al.*, 2016). Este análisis pretende problematizar las desventajas que tienen las mujeres, retomando los estudios de Simone de Beauvoir (1949) sobre el “segundo sexo”, en el que su subjetividad está reducida en sus procesos fisiológicos y así “la mujer se determina y se diferencia con relación al hombre, y no este con relación a ella” (1949: 36). Posteriormente, en 1970 la maternidad se concibió como una “norma”, es decir, como una imposición que denota las desigualdades entre mujeres y hombres (Abajo-Llama, *et al.*, 2016). Los trabajos teóricos también destacaron a la antropóloga Gayle Rubín con su estudio *El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo (1986)*, ya que aborda el sistema sexo/género, entendiéndolo como el “conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (1986: 97). Rubín identificó que, en sociedades capitalistas, las dinámicas sociales de las mujeres son circunscritas al espacio doméstico y que “el trabajo de las mujeres en la casa contribuye a la cantidad final de plusvalía realizada por el capitalista” (1986: 100), produciendo así fuerza de trabajo no remunerada. Las relaciones de género y el capitalismo dan lugar a desigualdades bajo un ideal biologicista que coloca a las mujeres en desventaja, ya que estas aceptan y reproducen dinámicas de abuso y explotación, por ejemplo, asumiendo o teniendo asignada la “responsabilidad de cuidados”.

Otro ejemplo relacionado con lo anterior es la percepción de la maternidad en donde hay una construcción sociocultural que impone una idea de “instinto maternal”.

Existe un impacto negativo en los cuerpos femeninos, consecuencia de las desigualdades y roles de género aprendidos desde la crianza. El género “dicta formas de comportamiento, roles que tenemos que obedecer para no convertirnos en marginados sociales” (Wohlgemuth María, 2015: 10). Estas conductas se establecen a través de la cultura y el contexto social en torno al sexo. Una sociedad machista y patriarcal “tiene la tendencia de considerar como normal que los temas biológicos y naturales del cuerpo (mayormente el cuerpo femenino) sean vistos como un tabú” (Wohlgemuth María, 2015: 8). Las cuestiones femeninas son invisibilizadas y desplazadas hacia la esfera privada. Esta estructura se construye con base a una dominación masculina, resultado de lo que Bourdieu (1998) denomina violencia simbólica:

“Esta relación social extraordinariamente común ofrece por tanto una ocasión privilegiada de entender la lógica de la dominación ejercida en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado, un idioma (o una manera de modularlo), un estilo de vida (o una manera de pensar, de hablar o de comportarse) y, más habitualmente, una característica distintiva, emblema o estigma, cuya mayor eficacia simbólica es la característica corporal absolutamente arbitraria e imprevisible” (Bourdieu, 1998: 12).

La violencia simbólica es difícilmente cuestionada, se reproduce y legitima entre hombres y mujeres, ocasionando efectos negativos hacia los cuerpos femeninos. Las capacidades fisiológicas de las mujeres históricamente son ignoradas y poco estudiadas. Esta hegemonía efectúa conocimientos y saberes en las mujeres a través de procedimientos y prácticas que transgreden sus cuerpos debido al desconocimiento de su anatomía. “La sociedad occidental ha violentado el cuerpo de la mujer a través de formas aceptadas e invisibilizadas dentro de normas sociales establecidas” (Wohlgemuth María, 2015: 17)

Los procesos de s/e/a también justifican esta violencia en los cuerpos femeninos a través del modelo biomédico. La hegemonía de conocimiento en el área de la salud muestra cómo los “procesos fisiológicos naturales en los cuales las mujeres se convierten en procesos patológicos y como estos a la vez se transforman en gran medida, en una forma de violencia sobre sus cuerpos” (Wohlgemuth María, 2015: 21-22). El campo médico efectúa prácticas de violencia

de género, evidenciando cómo los “sujetos sociales no escapan a estas relaciones históricamente constituidas donde el saber-poder, en términos foucaultianos, está en manos de los médicos y el no-saber y no-poder les corresponde a los pacientes” (Fornes Valeria, 2009: 5).

De acuerdo con la amplia propuesta de Michel Foucault (1978-1979), dentro de los estudios de género se retoma el concepto de “biopoder”, útil para identificar dentro de la dinámica social como se efectúan discursos como la “verdad”, ejerciendo control y opresión sobre población vulnerable (Martín Casares, 2008; Mari Luz Esteban, 2006). Los cuestionamientos en torno a la dominación masculina en las interacciones sociales muestran una estructura desigual para las mujeres, las cuales son atravesadas por diversas opresiones y han sido problematizadas desde la antropología a partir de conceptos como el de violencia estructural.

La antropología como disciplina ha abordado el fenómeno de la violencia estructural desde diferentes contextos sociales y culturales. Hilda Argüello y Graciela Freyermuth (2010), señalan que “esta violencia puede ser ejercida intencionalmente o sin intención, mediante actos de comisión o de omisión”, es decir, se legitima en la dinámica social a través de “relaciones sociales inequitativas y desiguales [que], en un marco de desregulación e impunidad, hacen posible la perpetuación de la violencia estructural y van configurando marcos de referencia que, aunque pueden ser violentos, moldean a las instituciones y éstas a la sociedad” (:184).

La irregularidad de recursos médicos ante las problemáticas de salud desencadena desigualdades que son legitimadas y difícilmente cuestionadas. Esta “violencia que, en un país como México, tan envuelto en tantos otros tipos de violencias mucho más visibles, más estrepitosas y sobrecogedoras, ha pasado a ser una violencia silenciosa, invisibilizada, cuando no asumida, incluso por los propios antropólogos” (Glockner Valentina, 2017: 23), hace que analizar la participación de la violencia estructural con relación a la maternidad y los procesos de s/e/a permita comprender su función y legitimidad en la producción de desigualdades.

La inequidad en los procesos de s/e/a demuestra cómo la violencia, en este caso la estructural, está relacionada en la maternidad. El presente trabajo se enfoca en las mujeres debido a que sus condiciones fisiológicas permiten la producción y reproducción de abusos durante el proceso de embarazo. De acuerdo con Sesia (2010), las condiciones culturales,

sociales, geográficas y económicas ocasionan esta desigualdad. Desde la antropología se han desarrollado investigaciones etnográficas y teóricas sobre las afectaciones en los cuerpos femeninos durante los procesos de embarazo, parto y puerperio a partir del concepto de violencia obstétrica.

2.1.4 Violencia obstétrica

Una de las diversas formas de violencia que se efectúa sobre los cuerpos femeninos es la obstétrica. A través del modelo biomédico se justifican los malos tratos durante el embarazo, debido que los prestadores de servicios médicos:

son “entrenados en un habitus profundamente autoritario y jerárquico, en el que se les enseña a no cuestionar sus superiores, sufren castigos, sanciones y hasta escarnio público cuando se atreven a hacerlo y, al final, es común que interioricen y reproduzcan el maltrato y abuso que recibieron durante la formación como conductas normales y naturalizadas, una vez que inicien a ejercer la profesión” (Sesia Paola, 2020: 11). [Aceptar estos procedimientos se debe a la] “hegemonía de conocimiento y pensamiento sobre los temas biomédicos relacionados al cuerpo de la mujer” (María V. Wohlgemuth, 2015: 4).

El personal sanitario tendría que estar preparado para atender las necesidades de los y las pacientes y garantizar una asistencia médica de calidad. Los servicios destinados al proceso de embarazo tienen como objetivo salvaguardar la vida de la madre e hijo/a; sin embargo, pueden ser efectuados mediante malos tratos, humillaciones, castigos, discriminación, etc., legitimados por una dinámica de poder que mantiene sumisas a las mujeres.

La violencia obstétrica refleja como la "formación del personal médico normaliza la sumisión de las mujeres, que forma parte de problemáticas sistémicas y estructurales tanto de sobre medicalización y patologización de procesos fisiológicos naturales, como de abusos y un trato deshumanizado hacia las mujeres pacientes, por ser pacientes y por ser mujeres" (Sesia Paola, 2020: 10). Dentro de las instituciones que integran el denominado modelo médico hegemónico, se desencadenan relaciones de poder y de autoridad sometiendo a las mujeres a obedecer al personal sanitario; relaciones que, a su vez, pueden ser atravesadas por razones de género, edad, etnia, religión, acceso geográfico y económicas las cuales marcan estas desigualdades. La jerarquía de poderes excusa a quienes la ejercen, tal es el caso de las mujeres que, por el simple hecho de serlo, son sometidas por la biomedicina aunado a las diferencias socioculturales permitiendo que se reproduzca esta violencia.

Una mala praxis médica puede causar daños físicos, psicológicos y emocionales a las madres durante el embarazo. Los tratos deshumanizados son aprendidos y justificados dentro de los organismos de salud formando parte de “un problema social que diversas instituciones académicas y de gobierno han comenzado a visibilizar, dada la magnitud que ha alcanzado en México y otros países, y al que las ciencias sociales no han considerado en profundidad” (Castro Roberto, 2014: 168). A pesar de los esfuerzos para nombrar los efectos negativos que ocasiona la violencia obstétrica, la biomedicina desarrolló términos para demeritar esta violencia aludiendo que se trata de cuestiones sobre la “calidad de atención” (Castro Roberto, 2014). Las instituciones de salud niegan la existencia de la violencia obstétrica evitando integrarlo en su vocabulario lo que dificulta que sea erradicada y se siga efectuando sobre los cuerpos femeninos.

Este concepto surgió en Venezuela en el año 2007 con la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia, lo que impulsó que otros países en América Latina retomen el término con el objetivo de problematizar las prácticas que el personal sanitario ejecuta durante las intervenciones médicas en el embarazo, parto y puerperio. Posteriormente, en México los años 2008 y 2009 con la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los estados de Veracruz y Chiapas (Chávez Mayra y Sánchez Norma, 2018, Elisa Pérez, 2021). Se incorporó en el ámbito legal con el objetivo de reconocer la participación de la violencia obstétrica en las instituciones de salud y evitar que se siga efectuando para respetar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El estado y las instituciones de salud tienen la función de cubrir satisfactoriamente las necesidades de las personas durante los procesos de s/e/a. Esta agenda contempla la protección de los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres, un claro ejemplo son los procesos de embarazo, parto y puerperio, no obstante, pueden ser vulnerados durante las atenciones obstétricas. El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2015), identifica dos tipos de violencia que derivan de una mala atención obstétrica: la física y psicológica.

La LGAMVLV, señala que la violencia física consiste en: “cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma, objeto, ácido o sustancia

corrosiva, cáustica, irritante, tóxica o inflamable o cualquier otra sustancia que, en determinadas condiciones, pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas” (LGAMVLV: 4).

Esta forma de violencia en el campo de la asistencia médica durante la reproducción se efectúa cuando se niega practicar parto natural por una cesárea, llevar a cabo procedimientos sin anestesia como las episiotomías y suturas, agredir o lastimar, ejecutar la maniobra de Kristeller injustificadamente, sancionar a través del malestar físico (GIRE, 2015). La violencia psicológica, por otro lado, trata de:

“cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celopatía, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio” (LGAMVLV: 4).

En las atenciones obstétricas se identifica mediante abuso verbal en donde se recrimina a las madres y se hace visible a través de “regañones, humillaciones, amenazas, ignorar a las mujeres, indiferencia ante su dolor y sus reclamos, chistes y burlas entre el personal de salud, utilizarla como recurso didáctico sin su consentimiento” (GIRE, 2015: 39).

Exigir la legitimación de término a nivel federal para emplearlo durante el embarazo, parto y posparto permitiría visibilizar el fenómeno y la inevitabilidad de “muertes de las maternas o de los neonatales, daños irreparables en la salud reproductiva de las mujeres, daños psicológicos y traumatismo en el neonato, entre muchas otras” (Barrera Yesika y Días Luis, 2018: 60). Los efectos negativos de esta violencia demuestran la jerarquización de poderes que vulnera y somete a las mujeres durante las intervenciones médicas. La violencia obstétrica:

“se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y postparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción y omisión por parte del personal del Sistema Nacional en Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos” (Grupo de Información en Reproducción Asistida, 2015: 12).

La antropología de género en los años 70 despertó el interés hacia el sistema patriarcal que somete a las mujeres, los aportes ayudaron a identificar las diversas formas en las que se ejerce la violencia sobre los cuerpos femeninos en conjunto con la antropología médica, donde se problematiza las prácticas que transgreden a las mujeres, un ejemplo los que acontecen durante el embarazo, parto y puerperio. Los estudios sobre violencia obstétrica se han construido desde diferentes perspectivas a partir de la propuesta de antropólogas como Paola Sesia, Graciela Freyermuth, Mayra Chávez, Norma Sánchez, María V. Wohlgemuth, Beatriz Moncó y Marcela Lagarde, por mencionar algunas personalidades destacadas en esta área.

Las afectaciones que produce también se presentan en casos de mortalidad perinatal. Las instituciones de salud tanto públicas como privadas pueden ejercerla sin represalias debido a la invisibilización de estos decesos por el corto periodo de vida (primeras semanas de gestación hasta fechas cercanas al nacimiento), produciéndose violencia obstétrica a través de daños físicos, psicológicos y emocionales hacia las mujeres.

2.1.5 Mortalidad perinatal: una forma de violencia obstétrica

Hay casos en los que la mortalidad perinatal puede suscitar la violencia obstétrica. Estos decesos se mantienen en la esfera privada, pasando por alto los tratos deshumanizados durante las atenciones sanitarias, revictimizando a la madre y aumentando el malestar y sufrimiento que causa la pérdida. El accionar médico es justifica estos procedimientos debido a la ausencia de un protocolo de cuidados que cubra las necesidades de las madres para evitar vulnerar sus derechos sexuales y reproductivos, ya que, al no ser identificadas dentro de las especificaciones de las prácticas de violencia obstétrica, son ejecutadas sin consecuencias.

Históricamente se han violentado los cuerpos femeninos, consecuencia de una estructura hegemónica que normaliza y acepta estas prácticas. Las atenciones durante el embarazo, parto y puerperio no son la excepción, pueden ir acompañadas de violencia obstétrica, causando daños físicos, psicológicos y emocionales. El desarrollo de estrategias para erradicar los tratos deshumanizados en las salas de parto no es suficiente ante esta problemática de salud. A pesar de los esfuerzos para garantizar una atención de calidad dentro

las instituciones médicas, existen irregularidades para proveerla y respetar los derechos reproductivos de las mujeres.

Según medios oficiales, para identificar el periodo de gestación en el que se presenta este fenómeno, los decesos pueden ser nombrados de diferentes maneras. El reconocimiento de estas muertes tiene el objetivo de prevenirlas a través de la implementación de políticas públicas evitando excluir a poblaciones vulnerables. La Organización Mundial de la Salud identifica la complejidad de este fenómeno, creando la Clasificación Internacional de las Enfermedades de mortalidad perinatal (CIE-MP), como una “herramienta que fuera de mayor utilidad, ya que no disponer de información precisa para este grupo de edad representa un obstáculo para focalizar o dirigir las acciones que disminuyan las tasas de mortalidad perinatal” (Villasís-Keever Miguel, 2016: 107). A pesar de los esfuerzos para evitar la mortalidad perinatal, el conflicto se sitúa en la escasa difusión detallada de estos decesos para la comprensión de este fenómeno.

En las muertes gestacionales (muerte fetal precoz) y muertes perinatales (muerte fetal intermedia y tardía) también se violentan los procesos fisiológicos de las mujeres. Las autoridades médicas relacionadas son difícilmente sancionadas por esto. Durante estos fallecimientos, las madres pueden experimentar violencia psicológica: al recibir discriminaciones, malos tratos, amenazas, denegar la atención médica cuando se identifica el deceso, revictimización culpando a la madre por una asistencia sanitaria tardía, la falta de apoyo psicológico gratuito, falta de información detallada sobre los cambios en su cuerpos como lactancia, no permitir obtener material fotográfico o despedirse de su bebé, así como no contar con un espacio diferenciado para sus cuidados. De igual manera, pueden sufrir de violencia física: al no contar con el consentimiento informado sobre las intervenciones a realizar durante un legrado, parto inducido o cesárea, administración de medicación sin notificar, efectuar procedimientos no autorizados como la maniobra de Kristeller¹⁵ o ejecutar prácticas médicas profesionales sin permiso y la colocación de métodos anticonceptivos sin consentimiento.

La información sobre estos fallecimientos a través de medios oficiales no es suficiente para abordar esta problemática, distintas asociaciones y grupos de madres comparten detalles

¹⁵ La Organización Mundial de la Salud sugiere que "no se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo" (OMS, 2018: 155).

específicos en plataformas digitales para una mayor comprensión de estos sucesos, también brindan formas de contención emocional. Las redes sociales son una herramienta para visibilizar las muertes gestacionales y perinatales y así solicitar la aplicación de un protocolo multidisciplinar para visibilizar a estas muertes y para la protección de sus derechos fundamentales.

La perpetuación de la violencia obstétrica en casos de mortalidad perinatal transgrede los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Este sistema de violencia sobre los cuerpos femeninos está atravesado por razones de género, etnia, edad, acceso geográfico, economía, religión, ámbitos desde donde se legitima el *habitus* médico (Roberto Castro, 2014). Se trata de una problemática de salud pública que puede ser abordada y profundizada en múltiples vertientes, visibilizando el fenómeno y sus actores sociales.

La violencia obstétrica y su participación en las defunciones fetales puede ser abordada desde la antropología para dimensionar socioculturalmente dicho fenómeno. Existe una dificultad para brindar una atención sanitaria de calidad sin generar repercusiones negativas hacia las madres. La perspectiva antropológica en sus diferentes subcampos orienta el análisis hacia las diversas formas en que se violentan los cuerpos femeninos durante el embarazo, parto y puerperio. Identificar el papel de la violencia obstétrica en casos de mortalidad perinatal, la cual reproduce la revictimización a las madres a través de la culpa, también se extiende a las relaciones de parentesco, suscitando otros tipos de violencia, como la violencia doméstica.

2.2. Aproximación teórica - metodológica

Metodología

Desde un planteamiento teórico-metodológico feminista y con perspectiva de género, se aborda cómo se manifiesta la violencia obstétrica ejercida en contra de las Madres Estrella en casos de mortalidad perinatal, a partir de un trabajo etnográfico digital. Antes de definir qué implica el uso del método etnográfico desde lo digital, se ahondará en qué consiste la etnografía en específico, la cual consta en “escribir sobre otras personas” (Ingold Tim, 2017: 146). Es un método muy rentable dentro del campo antropológico debido a la manera de recolectar información sobre acontecimientos relevantes dentro de una dinámica social específica. En el caso de la presente investigación, ayudó a identificar las prácticas de violencia obstétrica en las

atenciones médicas que recibieron las madres al sufrir muertes gestacionales y perinatales mediante sus experiencias. De acuerdo con Hammersley y Atkinson 1994 [1983]:

“el etnógrafo[a] participa, abiertamente o de manera encubierta, en la vida diaria de las personas durante un periodo de tiempo, observando qué sucede, escuchando qué se dice, haciendo preguntas; de hecho, haciendo acopio de cualquier dato disponible que sirva para arrojar un poco de luz sobre el tema en que se centra la investigación” (:15).

Por medio de la interacción con las personas se “agrupan técnicas de investigación social centradas en la escucha, la observación, la inmersión en la cultura en cuestión y la traducción literaria de los procesos sociales” (Lidia Ivonne Blásquez, 2016: 45). Durante el intercambio de conocimientos, el investigador e investigadora emplea sentidos audiovisuales a la par que genera una relación con las y los colaboradores a través de actividades habituales, de esta manera, puede abordar el objeto de estudio (Eduardo Restrepo, 2018).

El confinamiento por COVID-19 en el año 2020 generó un impacto en la digitalidad por la búsqueda de conexiones en diferentes ámbitos debido a la ausencia de una interacción física. El progreso de los medios digitales “abre un amplio abanico de posibilidades a la comunicación humana” (Marín J. y Juan Ángel, 2010). Lo que provocó que las técnicas de investigación social utilizadas por los antropólogos[as] se adaptaran a estos medios, optando por la etnografía digital. Según Ruiz Méndez y Aguirre Aguilar (2014), la adecuación de la metodología para el análisis de los espacios digitales puede ser reconocida como: “etnografía digital, etnografía digital, ciberantropología, etnografía mediada, netnografía, antropología de los medios, etnografía del ciberespacio, etnografía de/en/a través de Internet” (:70). Todos los antes mencionados nombres implican el mismo propósito, “el estudio de las relaciones sociales mediadas por las tecnologías digitales” (Manuel Mosquera, 2008: 539); no obstante, la forma de producir etnografía en tiempos de COVID-19, puede valorar que no solo tiene conexión con lo que suscita en la red, ya que este método se acondicionó para estudiar fenómenos sociales dentro y fuera de lo digital.

Los medios de comunicación en la era digital progresaron en la manera de relacionarse con otras personas (Marín J. y Juan Ángel, 2010). De acuerdo con Hine (2000), estas interacciones se reconocen como artefactos culturales, destacando que se trata de otras formas de reproducir vínculos a través de “la gestión de relaciones en el espacio y el tiempo, de juegos

de autoridad e identidad en el intercambio de información y opinión, y de apropiación de tecnologías de la comunicación para propósitos diversos” (:87); por ende, se amplía el campo de estudio para los científicos sociales.

La etnografía digital permitió que el curso de la presente investigación cumpliera con su objetivo, ocupando nuevas herramientas en otros espacios. Lo digital implica relaciones sociales cuyas formas se encuentran en constante transformación. De acuerdo con Daniel Domínguez (2007):

“la etnografía digital no trabaja (sólo) con comunidades digitales; no busca (sólo) grupos más o menos homogéneos (con características comunes) estén o no ubicados en contextos espaciales euclidianos; su campo de estudio no es (sólo) el ciberespacio; los temas que estudia no son (sólo) los temas de los que tratan las comunidades digitales; su método de estudio no consiste (sólo) en analizar las comunicaciones en un espacio digital” (:47).

Este método se adecua a las variaciones que se manifiestan en las interacciones sociales, de manera que se pueden extraer las distintas configuraciones simbólicas que surgen en la red y cotidianidad de las personas. Las tecnologías de la información y comunicación (TIC)¹⁶ ya mantenían influencia dentro de la dinámica social, de este modo, durante la emergencia sanitaria su uso incrementó como una forma de mantener contacto social más allá de la investigación social. Ante la incertidumbre por el confinamiento, los investigadores sociales se adentraron en la etnografía digital. Los antecedentes sobre la apropiación de los medios de información facilitaron la inserción de este método etnográfico.

Este estudio inició a finales del año 2021, cuando el encierro por la emergencia sanitaria continuaba. La accesibilidad a los medios digitales dentro de mi cotidianeidad por ser generación z favoreció el acercamiento a la problemática a través de plataformas como Facebook, específicamente en grupos privados; también en Tik Tok e Instagram, siendo esta última la de mayor interacción. Instagram es una red social en donde las madres compartieron

¹⁶ Tecnologías de la Información y la comunicación han posibilitado la intercomunicación a través de distintas modalidades que se adecuan a los ámbitos en los que nos relacionamos, debido que son un “conjunto de tecnologías que permiten la adquisición, producción, almacenamiento, tratamiento, comunicación, registro y presentación de informaciones, en forma de voz, imágenes y datos contenidos en señales de naturaleza acústica, óptica o electromagnética. Las TICs incluyen la electrónica como tecnología base que soporta el desarrollo de las telecomunicaciones, la informática y el audiovisual” (Jimmy Rosario, 2005).

sus experiencias sobre la atención médica recibida cuando presenciaron defunciones gestacionales y perinatales.

Se comenzará introduciendo cómo se elaboró la investigación, por medio de las modificaciones que suscitaron con el cambio de director de tesis, la inserción a las comunidades digitales de Mamás Estrellas y la resignificación de sus experiencias y maternidad. Después se presentarán a las interlocutoras y se ahondará en las asistencias obstétricas que decaen en tratos deshumanizados. Posteriormente, desde una mirada antropológica, se busca evidenciar la normalización de la violencia obstétrica en la mortalidad perinatal.

Las asesorías de la Dra. Yanina Ávila en conjunto con su asistente la Lic. Daisy Ramírez, me orientaron a delimitar la investigación, puesto que para la producción de la etnografía y el trabajo de campo es necesario definir el tema de investigación y el espacio en el cual se trabajará. La idea original era la violencia obstétrica y contemplaba dos municipios del Estado de México: Ixtapaluca y Nezahualcóyotl, pero después se ponderó la mortalidad perinatal debido a una publicación de Facebook. De esta forma comencé a divulgar una imagen informativa que invitara a las madres a participar. Con el apoyo de una interlocutora clave se obtuvo un alcance en toda la república mexicana, causando que se modificaran los lineamientos previos.

Durante la escritura aparecieron dificultades, por lo cual, se solicitó el acompañamiento y asesoramiento del Dr. Joan Francisco Matamoros, quien, debido a su línea de investigación y formación en antropología médica, fue recomendado por una profesora en UAM-I, la Dra. Karla Ballesteros. A partir del diálogo, el análisis y la investigación en general, se fue perfilando la violencia obstétrica en casos de mortalidad perinatal. Eventualmente, de manera unánime se concretó el cambio de dirección de tesis, quedando el Dr. Matamoros como director. Este trabajo se complementa con los aportes de la Dra. Ávila y el Dr. Matamoros para alcanzar el objetivo del análisis y consecuente elaboración de la tesis.

Mi primer acercamiento surgió en la plataforma Tik Tok¹⁷, con una interlocutora clave llamada Catalina¹⁸. Ella es creadora de contenido sobre duelo gestacional y perinatal. Debido

¹⁷ Tik Tok es una red social empleada para crear y publicar material audiovisual con una duración de 15 segundos a 10 minutos, donde comparten diversidad de temas con la intención de entretener a las nuevas generaciones.

¹⁸ Nombre modificado para mantener su anonimato.

a las restricciones de dicha red social, mismas que se observan en la seguridad que cada individuo adecua a su perfil, ocasiona que las personas que no se encuentran agregados a su lista de amigos no puedan enviar mensajes privados. Por lo que la interacción se pasó a Instagram mediante una solicitud de mensaje directo, en donde se brindó información con datos personales, académicos, objetivo de investigación y petición para obtener su colaboración. Al tratarse de una influencer¹⁹, pidió más detalles sobre mi investigación, demostrando su interés por participar. Se obtuvo el primer acercamiento, en el cual se le explicó minuciosamente el propósito de la investigación, obteniendo su consentimiento informado sobre recabar datos con fines académicos y manteniendo su anonimato. Posteriormente, se incentivó a más madres a participar en el proyecto de investigación mediante historias de Instagram. Se crearon imágenes informativas, las cuales invitaban a formar parte del estudio. Para esto se abrió un perfil en Instagram (@narrativasm.estrella), así como una cuenta de correo electrónico Gmail (narrativasmamaestrella@gmail.com), también se utilizó mi cuenta personal de ambas redes.

¿Eres mamá estrella?

Mamá estrella es aquella que sufrió la muerte de su bebé durante el embarazo, sin importar las semanas, meses o días posteriores a su nacimiento.

**Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Iztapalapa**

Si sufriste de pérdida gestacional, perinatal o neonatal y durante tu proceso de parto fuiste víctima de malos tratos por parte del personal médico y te gustaría compartir tu experiencia, te invito a formar parte de mi investigación sobre la violencia obstétrica presente en la maternidad de mamás estrella

✦

Dirigido a mujeres de 20 a 50 años que residan en el Estado de México o CDMX.

Contáctame
Instagram: [narrativasm.estrella](https://www.instagram.com/narrativasm.estrella)
Facebook: Violencia obstétrica y mamás estrella.

²⁰Ilustración que incitaba a colaborar con los primeros criterios y plataformas para mantener comunicación. Compartida en historias de Instagram por la interlocutora Catalina el 18 de enero de 2022.

¹⁹ El influencer es un individuo que se destaca en las plataformas digitales por la creación de contenido que genera interés sobre una comunidad en específico. Se trata de “una persona que posee cierta credibilidad sobre un tema concreto y que su presencia e influencia en las redes sociales hace que se convierta en un prescriptor idóneo de una marca determinada” (Begoña Gómez Nieto, 2018: 149).

²⁰ Korrig'Anne. (2019) *Il n'y a pas d'au revoir pour nous* [Ilustración]. korriganne.com. París. <https://korriganne.com/2019/03/22/il-ny-a-pas-dau-revoir-pour-nous/#comments>, UAM. (2013). Regla de Aplicación de los Elementos de Identidad Institucional. Conjunto-baselzt.png [logo]. México. <https://www.comunicacionsocial.uam.mx/identidaduam/html/descargas.html> [texto] elaboración propia.

La imagen de difusión contiene una nota de pie en la parte inferior izquierda con la definición de Mamá Estrella y en la sección superior derecha el elemento de Identidad Institucional: UAM-I. El escrito incluye el objetivo de la investigación y coadyuva a participar, asimismo es acompañado por los criterios inicialmente establecidos sobre mujeres que vivieran en el Estado de México y CDMX. No obstante, la recepción tuvo gran alcance, madres de otros estados de la República se mostraron entusiasmadas por cooperar en el proyecto, de igual manera, se obtuvo interés por parte de una madre que reside en Estados Unidos de América para compartir su experiencia, causando que los lineamientos se modificaran considerando la participación de Mamás Estrellas de toda la República mexicana e incluyendo la externa al país como referencia para visibilizar las diferentes prácticas de violencia obstétrica ejercidas durante los casos de mortalidad perinatal. Finalmente se integraron las redes sociales para generar comunicación con las personas interesadas.

2.2.1 Las experiencias de las Madres Estrellas participantes en comunidades digitales: Instagram y Facebook

La emergencia sanitaria causada por el virus del COVID-19, a partir del 23 de marzo de 2020 suscitó que se exploraran nuevas formas de producir antropología a través de plataformas digitales debido a la falta de contacto cara a cara con otras personas. Dicha emergencia generó que se implementara la etnografía digital, utilizando las redes sociales Facebook, Instagram y WhatsApp, con el objetivo de encontrar mujeres interesadas en colaborar con sus vivencias de embarazo, parto y puerperio, al experimentar muertes gestacionales y perinatales. La búsqueda de contenido relacionado a violencia obstétrica en estos sitios web hizo que el algoritmo mostrará material relacionado con las defunciones fetales. Los medios digitales cuentan con distintas herramientas que facilitan a las y los usuarios tener una experiencia acorde a sus preferencias, por medio del algoritmo las plataformas ofrecen material audiovisual sobre las inclinaciones de cada uno de los y las cibernautas. De acuerdo con Fernando Guzmán, a través del algoritmo: “se seleccionan [contenido] que nos gusta ver y que no, así como con qué y quiénes interactuamos más tiempo. “Se alimentan de nuestros usos”, y automáticamente hacen repertorio o selección de contenidos, que nos presentan para que naveguemos más tiempo por una u otra red social” (Gaceta UNAM, 2021).

La aplicación de Facebook sugirió una publicación con relación a la falta de espacios diferenciados para las madres que sufren de muerte gestacional y perinatal, siendo este el

primer acercamiento al tema. Esta mirada favoreció el análisis para reconocer que la violencia obstétrica también está presente en casos de mortalidad perinatal, por lo tanto, el trabajo de campo se dirigió a las comunidades digital donde las Madres Estrellas comparten sus vivencias con respecto a las atenciones médicas recibidas durante su embarazo, parto y puerperio.

Las primeras aproximaciones con las Madres Estrellas se dieron a través de Tik Tok mediante el perfil de una creadora de contenido sobre mortalidad perinatal y duelo respetado, quien se convirtió en colaboradora clave. La conversación se pasó a la plataforma ZOOM, con la intención de mantener una comunicación más fluida. En esta plática se acordó realizar una imagen informativa con los datos pertinentes para su divulgación a través de Instagram, la cual fue compartida en la cuenta de la interlocutora clave, obteniendo una buena recepción de mamás de otros estados de la república y de una colaboradora que vive en Estados Unidos.



²¹ Post de Facebook creado en el año 2019 por *mamadibuja*, quien diseñó una imagen sobre la mortalidad perinatal donde expone la vivencia de su amiga y demanda una asistencia sanitaria de calidad para las familias que pierden a un hijo[a]. Dicha publicación motivó la incorporación de estas defunciones en el análisis.

²¹ Mamadibuja, 15 de marzo de 2019, *Hablado con mi amiga @sonia_twins_eyr, me comentó que cuando pidió que le devolvieran los restos de su bebé nonato...*, [Imagen adjunta], [publicación de estado], Facebook. Consultado en: <https://www.facebook.com/mamadibuja/photos/pb.100069922494884.-2207520000/249667522487851/?type=3>

En el encuentro que surgió con la interlocutora clave, se le proporcionó minuciosamente la información para atender sus dudas. En el cual Catalina compartió sus experiencias de embarazo, parto y puerperio de sus dos Bebés Estrellas. Así mismo, expresé mis inquietudes con respecto a la forma de generar conversación con las futuras interlocutoras, por lo que recibí asesoramiento y consejos para hablar desde el respeto y empatía con las madres y la importancia de nombrar a los bebés para visibilizar su existencia.

2.2.2 Inserción a la comunidad digital de Madres Estrella

La producción de la etnografía digital condujo el trabajo de campo hacia las comunidades digitales, donde las Madres Estrella manifiestan vivencias e información relacionadas a las muertes gestacionales y perinatales. Las comunidades digitales son espacios de interacción y difusión en el que se desarrollan conexiones con otras personas a través de redes sociales. Según Carla Estrella Heredia (2011):

“más allá de que estas comunidades estén concebidas dentro de los mundos digitales o en el mundo actual, son vistas más como formas sociales permeables en las que se visibilizan las tensiones que existen entre lo local y lo global y, además, están en constante (inter)cambio. Otro elemento importante es que estas comunidades son heterogéneas y las relaciones en su interior son asimétricas” (:102).

La interacción en estos sitios facilitó el contacto con las madres, convirtiéndolas en colaboradoras. Por colaboradoras e interlocutoras me refiero a las personas que contribuyen en la investigación con declaraciones y datos para favorecer el análisis. De acuerdo con Eduardo Restrepo (2018), se trata de la “persona con la que el etnógrafo[a] establece una estrecha y prolongada relación constituyéndose en una importante fuente de conocimiento de la vida social establecida” (:72). Las antropólogas[os] anteriormente las[os] identificaban cómo informantes, sin embargo, este nombramiento ha sido criticado porque “muchas veces se ha subestimado o invisibilizando la contribución de estos “otros” para el proceso de investigación etnográfica” (Luis Reygadas, 2014: 93). Las disparidades que surgen entre el científico[a] social y las y los interlocutores es debido a las jerarquías sociales que se construyen en la interacción, las cuales derivan en desigualdades; por esa razón, la importancia de efectuar una etnografía que incluya y no descarte o minimice a los y las colaboradoras que apoyan en la investigación (Luis Reygadas, 2014). Al darles la significación de interlocutoras o colaboradoras por los aportes proporcionados, se reconocen sus contribuciones como parte del

trabajo etnográfico.

El contenido sobre mortalidad perinatal en las redes sociales concedió las herramientas para crear contacto con las Madres Estrellas que utilizan estas aplicaciones para difundir información y brindar acompañamiento a las familias. De esta forma, se generó acercamiento con la interlocutora clave de nombre Catalina, quien cuenta con gran audiencia en la plataforma de Instagram, beneficiando el trabajo de campo. Al anunciar la investigación ante sus seguidoras y seguidores se obtuvo alcance dentro de la comunidad digital de Mamás Estrellas. Para obtener esta aproximación se llevó a cabo una estrategia denominada bola de nieve, la cual consiste en hacer conexiones por medio de una persona, es decir, se “localiza uno o más informantes clave y les pide que nombren a otros candidatos posibles para su investigación” (H. Russell Bernard, 1995: 68). De esta forma, los y las interlocutoras clave hacen que el análisis obtenga un mayor alcance entre la comunidad, ya que “se utiliza [una] cadena de referencia a partir de uno o dos sujetos” (Giovane Mendieta, 2015: 1150) para apoyar el proyecto.

La imagen informativa contiene los detalles particulares sobre la investigación y los medios de comunicación para recibir las respuestas de las mamás que quisieran colaborar o tuvieran cuestionamientos en torno al análisis. Durante la producción de la imagen se ejecutaron las observaciones de Catalina con el motivo de incorporar información clara y concisa sobre la mortalidad perinatal, los criterios y el objetivo. Sus recomendaciones para la elaboración de la foto y los consejos para mantener una conversación respetuosa con las futuras interlocutoras me brindaron una mejor perspectiva. Así mismo, su contribución para exponer ante sus seguidores mi trabajo me proporcionó un mayor alcance entre las Mamás Estrellas que consumen su contenido.



DIRIGIDO A MUJERES DE 20 A 50 AÑOS QUE RESIDAN EN EDO.
MÉX. O CDMX.

**Hola, mi nombres es Leslie Rayón Castillo
y soy estudiante de la Lic. En Antropología
Social en la UAM Iztapalapa.**

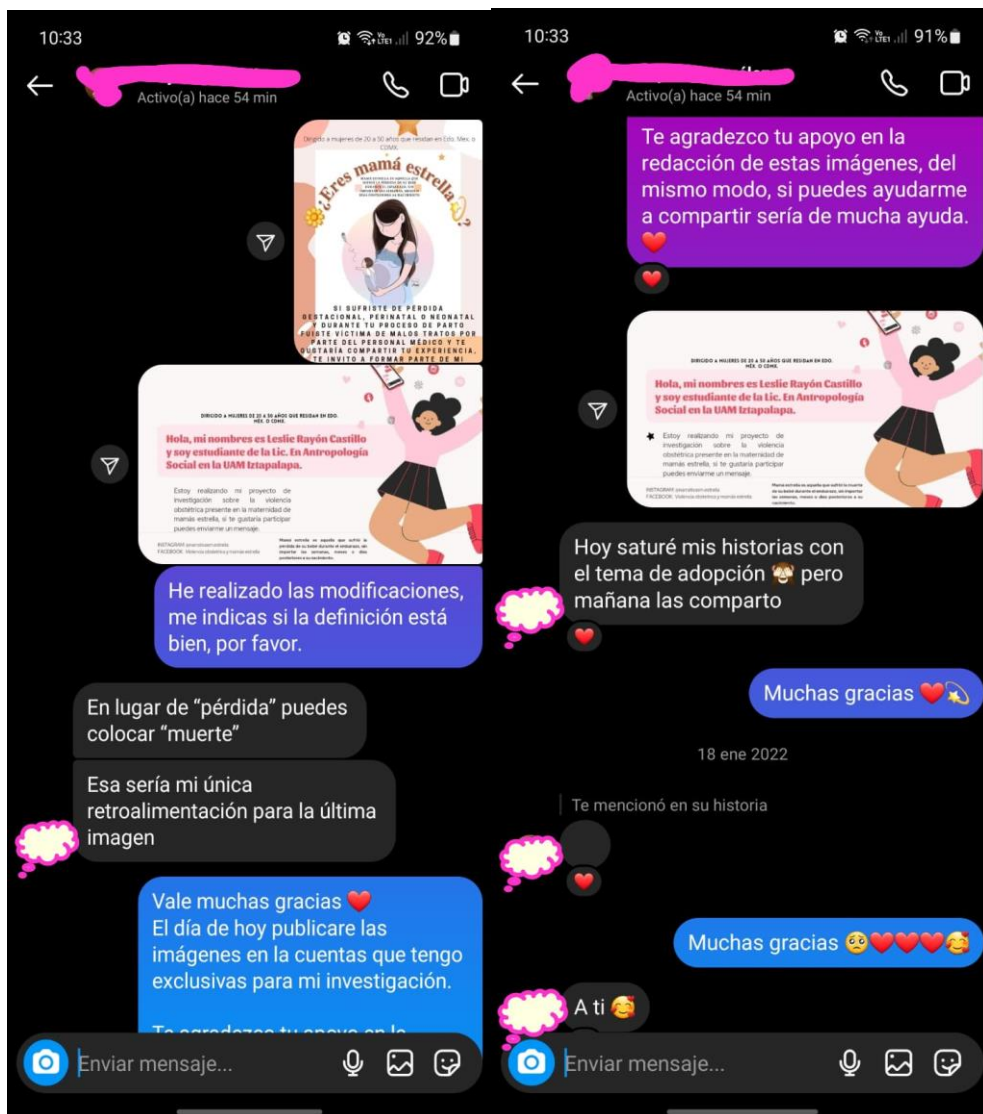
★ Estoy realizando mi proyecto de investigación sobre la violencia obstétrica presente en la maternidad de mamás estrella, si te gustaría participar puedes enviarme un mensaje.

INSTAGRAM: @narrativasm.estrella
FACEBOOK: Violencia obstetrica y mamás estrella

Mamá estrella es aquella que sufrió la muerte de su bebé durante el embarazo, sin importar las semanas, meses o días posteriores a su nacimiento.

²²Otra imagen informativa elaborada en conjunto con Catalina, la cual incluye detalles específicos anteriormente considerados sobre la investigación.

²²Blanco rosa Mujeres Webinario. Presentaciones para conferencias [Ilustración], Canva, [texto] elaboración propia.



Conversación con Catalina a través de Instagram en enero de 2022. Mediante el intercambio de ideas se desarrolla una imagen informativa sobre la intención de la etnografía para llegar a la comunidad digital de mamás estrellas que siguen su contenido.

Este material fue publicado en el perfil de Catalina y en @narrativasm.estrella, una cuenta que fue creada para atender las dudas, sugerencias y posibles colaboradoras que interactúan con la imagen informativa. La descripción de este post incluía mi nombre, institución universitaria, especificación del análisis, invitación y hashtags de palabras claves relacionados con el tema.



Primera publicación en la cuenta @narrativasm.estrella de Instagram en enero de 2022. Se especifican los datos personales, universitarios y del trabajo etnográfico con hashtags que contienen palabras claves con relación a la temática.

La historia compartida por Catalina tuvo buen recibimiento, esto favoreció a la investigación. La comunicación con las interlocutoras se originó principalmente en mi cuenta personal. Inicialmente utilicé ese perfil para conversar con Catalina, por lo cual ella usó dicho perfil como referencia en sus historias para que se contactaran conmigo, otras escribieron a la otra cuenta de Instagram dedicada al análisis y una envió un correo electrónico a la cuenta narrativasmamasestrella@gmail.com narrando su experiencia.

Se empleó el mismo muestreo conocido como bola de nieve en la aplicación de Facebook. A través de un grupo privado sobre defunciones gestacionales y perinatales, se solicitó a la administradora la autorización para anunciar la investigación y obtener más alcance entre las Madres Estrella. La divulgación se realizó en diciembre de 2021 por la persona que dirige el grupo, sin embargo, debido a la inactividad de este, solo se obtuvo una madre interesada en colaborar, quien se comunicó mediante una solicitud de mensaje en Messenger. La escasa socialización de este espacio digital suscitó que las conexiones se produjeran en Instagram debido a la mayor interacción de las colaboradoras.

2.2.3 Técnicas de investigación

A través del método etnográfico se aplican diferentes técnicas que brindan al investigador [a] las herramientas para cumplir con su objeto de estudio tales como: la observación participante, el diario de campo y la entrevista etnográfica. Según Tim Ingold (2017) la observación participante consiste en: “Observar significa ver lo que está sucediendo alrededor y, por supuesto también escuchar y sentir. Participar significa hacerlo dentro del flujo de actividades en las cuales uno lleva una vida, al lado de y junto con las personas y cosas que capturan la atención” (:148).

Esta práctica es útil para los[as] antropólogos ya que consiste en obtener datos mediante la interacción con las personas y el espacio de forma respetuosa para abordar el estudio. Por medio de la observación participante “el etnógrafo [a] puede observar y registrar desde una posición privilegiada cómo se hacen las cosas, quiénes las realizan, cuándo y dónde” (Eduardo Restrepo, 2018: 57). Esto proporciona un panorama amplio sobre el fenómeno a investigar. Para obtener información relevante se requiere del consentimiento informado de las personas para establecer lazos y concretar el intercambio de conocimiento, esto se da mediante “la transparencia del etnógrafo[a] con respecto al objeto de estudio y a sus móviles, además de ser un imperativo ético, suele contribuir a facilitar el proceso de aceptación” (Eduardo Restrepo, 2018: 59). Una vez formalizada la aproximación con las y los colaboradores “el etnógrafo[a] se irá familiarizando con el entorno y se irán consolidando relaciones de confianza con la gente” (Eduardo Restrepo, 2018: 60); es decir, a este punto el investigador[a] se inserta en la dinámica social para poder efectuar el análisis.

En conjunto con la observación participante se lleva a cabo una técnica antropológica conocida como la descripción etnográfica, la cual se plasma en el diario de campo y consiste en “notas escritas todos los días, de ahí su nombre de *diario*. Como estas notas son escritas sobre lo sucedido durante la investigación en terreno, es un tipo muy particular de diario: uno de *campo*” (Eduardo Restrepo, 2018: 64). El diario de campo desarrolla las herramientas para el análisis al almacenar información significativa que resulta de la interacción con las y los colaboradores, también se incorporan otros sentidos como el auditivo, visual, olfato y tacto para recabar un panorama más amplio (Eduardo Restrepo, 2018).

Las técnicas encaminan al etnógrafo[a] a efectuar entrevistas etnográficas por medio de “un diálogo formal” (Eduardo Restrepo, 2018: 76-77). La responsabilidad del antropólogo[a] al realizar estos acercamientos con los y las interlocutoras se basa en el respeto y confidencialidad. Siguiendo con la noción de Restrepo, las entrevistas etnográficas “se realizan para registrar, en voz de las personas con las que se trabaja, sus relatos sobre asuntos que apoyarán el análisis del etnógrafo[a]” (2018: 77); es decir, lo obtenido en el diario de campo y los resultados de la observación participante dirige al científico[a] social a obtener una visión concreta sobre el propósito de su estudio y se ejecuta a través de una conversación organizada. Las charlas ejecutadas en este análisis fueron encaminadas mediante la formulación de preguntas que facilitaron la fluidez de la plática acerca de la vivencia de embarazo, parto y puerperio en casos de mortalidad perinatal. Se emplearon una serie de cuestionamientos para dirigir la conversación considerando puntos sobre su experiencia anterior y posterior a la muerte gestacional y/o muerte perinatal.

En el transcurso de la presente investigación se empleó la observación participante de manera digital, en la cual, los primeros acercamientos a las Madres Estrellas surgieron después de las menciones en historias de Instagram por parte de la interlocutora Catalina²³. Con el propósito de conseguir la participación de las colaboradoras, las interacciones fueron concretas y explicativas sobre la confidencialidad y el objeto de análisis, mediante mensajes directos en la plataforma; también se observó el contenido compartido en historias y publicaciones de las madres.

²³ En la marcha de la investigación se introducirá a las colaboradoras.



Interlocutoras en la plataforma Instagram autonombrándose Mamás Estrellas.

La emergencia sanitaria en el año 2021 restringió el contacto físico, lo que ocasionó que la observación participante se llevará a cabo desde la digitalidad a través del análisis de las actividades en las cuentas personales de las colaboradoras en la plataforma Instagram. De acuerdo con Ardévol *et al.* (2003), mediante esta técnica “el observador participante que siga la actividad de un canal de chat durante un tiempo prolongado infiere conocimiento social de lo que sucede en este espacio de comunicación, de las relaciones entretrejidas, de los vínculos afectivos, de las jerarquías establecidas y de las dinámicas colectivas” (:76-77). De este modo, el trabajo antropológico en la digitalidad también produce datos sobre la dinámica social desde diferentes plataformas. Con el objetivo de establecer un acercamiento con las y los posibles colaboradores se elaboran distintas estrategias para adentrarse al funcionamiento de la red social y poder así sostener contacto relevante para el análisis.

Posteriormente, en un grupo privado de Facebook donde se comparten las experiencias sobre los decesos solicité la autorización de la administradora para coadyuvar a las madres a participar brindando mis datos académicos, personales y de la investigación, obteniendo solo a una persona interesada.

Las relaciones que hice con las colaboradoras desde un principio fueron desde el respeto y la empatía, lo que me permitió obtener su confianza para conocer más de ellas, la historia de sus Bebés Estrellas y sobre las atenciones hospitalarias que recibieron cuando se presentaron las defunciones, creando lazos con algunas de ellas más allá de los intereses de la investigación. Con el apoyo del diario de campo llevé a cabo anotaciones sobre lo que observaba, las interacciones entre las madres, las correlaciones conmigo, la memoria de sus Bebés Estrellas y las publicaciones que efectúan referentes a las muertes gestacionales y perinatales como las que forman parte de su contenido personal, asimismo de las correcciones y sugerencias de mi asesora en ese entonces, la Dra. Yanina Ávila sobre puntos relevantes para guiar mi trabajo de campo lo mejor posible.

Las entrevistas etnográficas se ejecutaron en diferentes espacios digitales; videollamada en Instagram, Whatsapp y conferencias por ZOOM. En las conversaciones se explicaba sobre el consentimiento informado y la creación de un ámbito de confianza con la posibilidad de detener la sesión si se encontraban incómodas, del mismo modo, se consultó la autorización para poder grabar las reuniones. Durante estas intervenciones hice anotaciones sobre detalles específicos y dudas que surgían en torno a la entrevista y sus experiencias. Una vez concluido el diálogo, redactaba ideas y sentimientos que manifestaba a lo largo de las sesiones. En el transcurso del estudio se emplearon diferentes dispositivos digitales tales como el celular, computadora portátil, auriculares, libretas y bolígrafos. Dichas herramientas se adaptaron a la modalidad digital por la ausencia de una aproximación presencial.

A lo largo de la investigación se utilizó el análisis interpretativo con la intención de obtener un respaldo teórico; es decir, según Mariela Hemilse (2011), la investigación cualitativa se desarrolla a través de una codificación señalando que: “las categorías que se elaboran deben ajustarse a los datos y no a la viceversa, de manera que no se utilizan los conceptos de forma estática y definitiva que obliguen a los datos a “encajaren ellos” (Mariela Hemilse, 2011).

La construcción del estudio debe efectuarse con transparencia, dado que al alterar los resultados para encaminar el proyecto hacia la recapitulación teórica se estaría incurriendo en una falta ética. Así mismo, la confidencialidad de las personas con las que colaboramos es de suma importancia, dado que la protección de datos personales de las [os] interlocutoras se esclarece al comienzo del proyecto, al mencionar la utilidad de sus testimonios con fines de

investigación académica sin exponer su información. De esta forma, el desarrollo del presente análisis ponderó modificar los nombres de las colaboradoras y sus Bebé Estrellas e indicar el propósito de compartir sus vivencias al expresar que los detalles obtenidos se emplearán de forma respetuosa y empática.

Durante el proceso de escritura surgió un cambio de dirección de tesis, el cual se dio de forma concertada y unánime entre la Dra. Yanina Ávila y el Dr. Joan Matamoros; este cambio, con la intención de incluir a la investigación una perspectiva de la antropología de la salud, ya que el tema a trabajar integra cuestiones relacionadas a los procesos de s/e/a. Se replanteó y reestructuró la información previamente trabajada, por medio de asesorías y observaciones por parte del Dr. Joan. Dada su formación académica, esta orientación facilitó la fabricación del proyecto debido al nuevo enfoque en materia de salud.

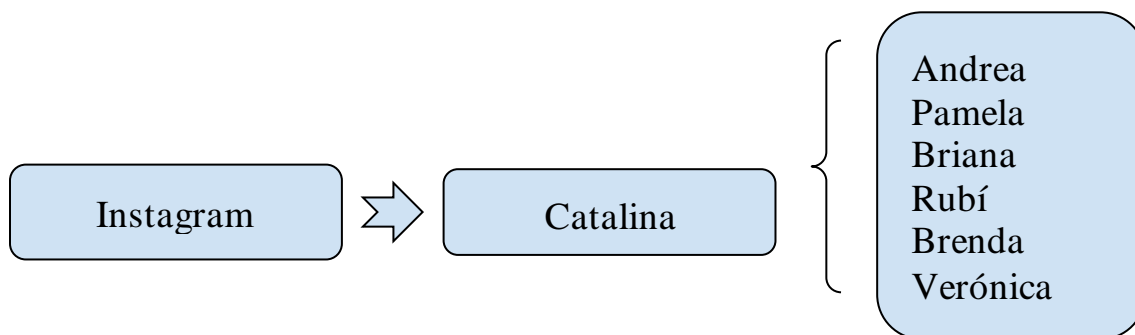
El presente estudio pretende desde una mirada antropológica, feminista y de género, distinguir las atenciones sanitarias que suscitan violencia obstétrica en casos de mortalidad perinatal, utilizando la etnografía digital para generar un acercamiento con las colaboradoras que navegan a través de las redes sociales para exponer sus experiencias y visibilizar su maternidad. Mediante la exploración de conceptos teóricos se trata de demostrar la manifestación de la violencia a la que están inmersas estas madres. En el próximo capítulo se introducirá a las colaboradoras y los resultados que se obtuvieron del presente análisis.

Capítulo 3. Gestar la vida y parir la muerte

En el presente capítulo se abordarán las vivencias de las Madres Estrellas en relación con las prácticas obstétricas que percibieron durante su embarazo, parto y puerperio. A su vez, se analizarán de la mano con la NOM-007-SSA2-2016 las intervenciones que incurrieron en abusos físicos, psicológicos y emocionales.

3.1 Presentación de las Madres Estrellas y Bebés Estrellas

A continuación, se dará una breve introducción a las interlocutoras y el medio de comunicación utilizado. Como se mencionó con anterioridad, la mayoría de las conexiones tuvieron lugar en la aplicación de Instagram y solo una de ellas a través de Facebook, el rango de edad de las colaboradoras ronda entre los 23 y los 41 años. Se cuenta con la participación de ocho mujeres que habitan en diferentes estados del país y entre ellas la de una mamá que reside en Estados Unidos, esto con el propósito de ampliar la diversidad de los casos analizados. Prosiguiendo con los datos generales de las interlocutoras, se han modificado sus nombres para mantener su anonimato. De igual forma, se le asignó uno a las [os] Bebés Estrellas con el propósito de reconocer su identidad.



El presente esquema muestra la red social y los nombres de las colaboradoras, así como de las conexiones producidas por la divulgación de la imagen informativa a través de Instagram y Facebook.

Los estados de la república en los que radican las Mamás Estrellas son: Jalisco, Ciudad de México, Puebla, Michoacán y el de la interlocutora de Estados Unidos es Delaware. La

integración de su historia fue con la intención de ejemplificar la perpetuación de la violencia obstétrica en otras realidades, ya que forma parte de una sistematización compleja como la violencia estructural.

Comenzaré presentando brevemente a las colaboradoras que surgieron en la red social de Instagram, también se nombrará a las y los Bebés Estrellas. Por último, se introducirá a la única colaboradora que se contactó por la plataforma de Facebook y más adelante se ahondará en los casos. Antes de profundizar en ellos, se expondrán las similitudes y diferencias que existen entre las colaboradoras, posteriormente estos factores se relacionarán con la violencia obstétrica.

La producción de la investigación durante el confinamiento por COVID-19 generó mayor recepción por parte de madres que habían experimentado una muerte gestacional o muerte perinatal durante la emergencia sanitaria. De acuerdo con Brenda Lozano (2020), durante la pandemia, las asistencias sanitarias se transformaron, ya que los hospitales se encontraban principalmente destinados al área de COVID-19, lo que ocasionó la modificación de los tratamientos médicos “jerarquizado a los y las pacientes en una estructura de por sí jerárquica”. Es decir, esta reconfiguración dio lugar a la reproducción de otras formas de negligencias, las cuales son consecuencia de una sistematización donde la violencia es normalizada.

La desinformación de las muertes gestacionales y perinatales es un factor común entre las colaboradoras, ya que esto ocasiona el desconocimiento de los protocolos sanitarios y tratos que deben recibir. Esta circunstancia justifica la producción de malas prácticas médicas las cuales vulneran sus derechos sexuales y reproductivos. Los abusos también se reflejan en la falta de empatía del personal sanitario y familiares al efectuar comentarios revictimizantes hacía las Mamás Estrellas. Por otro lado, existen diferencias socioeconómicas entre las interlocutoras, puesto que los recursos y medios destinados a las atenciones obstétricas se convierten en limitantes para solventar las necesidades que conlleva el embarazo debido al capital económico. Del mismo modo, las desigualdades económicas dan como resultado disparidades en la escolaridad de las colaboradoras, dado que no es posible financiar los costos que implica una formación académica media superior y superior.

A continuación, una presentación sobre las Madres Estrellas:

1. Catalina es una interlocutora clave, tiene 36 años, reside en Guadalajara y es mamá estrella de Andrés y Carolina. Sufrió de muerte gestacional a las 37 semanas de gestación (sdg) en el año 2020 y de muerte perinatal a las 8 sdg en 2021, en el curso de la emergencia sanitaria por COVID- 19.
2. Andrea tiene 24 años, vive en Michoacán y es mamá estrella de Emilio. Experimentó muerte perinatal a las 25 sdg en el año 2020, en el transcurso del confinamiento por COVID-19.
3. Pamela tiene 23 años, reside en la CDMX y es mamá estrella de Roberto. Sufrió de muerte perinatal a las 37 sdg en el año 2021, durante la pandemia de COVID-19.
4. Briana tiene 28 años, vive en Puebla y es mamá estrella de Daniel. Experimentó muerte perinatal a las 38 sdg en el año 2018.
5. Brenda de 36 años, reside en la CDMX y es mamá estrella de Ian. Sufrió de muerte gestacional a las 12 sdg en el año 2021 en el curso de la emergencia sanitaria.
6. Verónica tiene 28 años, vive en Guadalajara y experimentó una muerte gestacional a las 13 sdg en el año 2020 cuando inició la pandemia por COVID-19.
7. Rubí tiene 41 años, reside en Wilmington, Estados Unidos de América. Sufrió de muerte perinatal a las 26 sdg a principios de la emergencia sanitaria en el año 2020.
8. Fabiola tiene 30 años, vive en la CDMX y es mamá estrella de Jade. Experimentó una muerte perinatal a las 32 sdg en el año 2020.

3.1.2 Maternando Estrellas

El autonombrarse Mamás Estrellas es un término relativamente nuevo entre las comunidades digitales. Este concepto es utilizado para visibilizar esta maternidad, es decir, que se reconozca que son madres a pesar del fallecimiento de sus bebés. A través de las redes sociales se divulga este nombramiento y se explica por medio de videos o publicaciones escritas en qué consiste. Al adentrarme en las comunidades digitales, comencé a identificar cómo se denominan las colaboradoras entre ellas, por lo cual, indagué entre sus perfiles las publicaciones referentes a su maternidad. El contenido de Catalina me ayudó a entender las estrategias que utilizan las interlocutoras. La primera proximidad que tuve con este concepto fue mediante la red social Instagram, esta plataforma contiene la opción de destacar contenido a través de historias que puede ser fijada en el perfil; así mismo, con las publicaciones. El material que comparte Catalina consiste en informar sobre las muertes gestacionales y

perinatales, un espacio donde orienta a los usuarios y usuarias a explicar sobre las Mamás Estrellas y Bebés Estrellas.

La creación de este tipo de contenido es una ejemplificación para resignificar y constatar que existió vida a pesar de no tener a su bebé en brazos. Por medio de la demostración del proceso de gestación se hace alusión a ser madre por atravesar todos los cambios fisiológicos que conlleva el embarazo. De esta manera, surge la noción de llamarse Madres Estrellas para reconocer su maternidad. De modo similar, se les asigna a sus hijos[as] el nombre de Bebés Estrellas. María Moreno, psicóloga perinatal (2022), indica que se les identifica así a “aquellos bebés que lograron vivir en el vientre de su mamá por un corto periodo de tiempo, yéndose antes de lo previsto, como una estrella fugaz”. El identificarles como Bebés Estrellas tiene la intención de legitimar su vida, es una forma de resistencia ante la invisibilización de su existencia. Scott (1990), reconoce que “las relaciones de poder son, también, relaciones de resistencia” (:71). La resistencia social cuestiona las relaciones de dominación, de manera que, las analiza y las reconfigura generando conciencia y herramientas para construir su identidad (Sally González, *et al*, 2011).

El primer contacto con la interlocutora clave Catalina, fue decisivo para identificar la importancia de nombrar a los[as] Bebés Estrellas, puesto que llamarles con la terminología embriológica²⁴ cuando ya tienen asignado un nombre es violento, el dirigirse a sus hijos[as] con los términos “embrión, feto, se considera como inhumano” (Catalina). Usar estas conceptualizaciones cuando se le da una identificación a los[as] bebés invalida su existencia; es decir, “mientras no tenga una paciente enfrente y esa paciente tenga un nombre para su bebé” (Catalina), los términos pueden implementarse por el personal sanitario dentro del contexto médico. De esta manera, el llamarse Mamás Estrellas y Bebés Estrellas es una forma de resistencia.

²⁴ La embriología contiene una serie de conceptualizaciones para identificar las etapas de crecimiento en el periodo de gestación. Se trata de “un área de la genética que se encarga del estudio del desarrollo del embrión, es decir, desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento” (Pérez S., Isabel, 2020)

3.2. Tensión institucional y vulnerabilidad

3.2.1 El *habitus* médico como perpetrador de la violencia obstétrica

El modelo médico se construye mediante una serie de comportamientos basados en una cadena de violencia entre los[as] prestadores de servicios que se transmite a los[as] pacientes. A través de una jerarquía ya establecida, se tipifican las arbitrariedades que funge el personal sanitario como consecuencia de una dinámica transgresora. Según Castro (2014), por medio de la institucionalización se normalizan las prácticas que vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las madres, resultado de una conducta aprendida como parte del quehacer médico, a lo que él reconoce como *habitus médico*. La noción de *habitus* fue empleada por el sociólogo Pierre Bourdieu (1991), cuya finalidad es analizar la conexión entre “las estructuras sociales y las prácticas de los agentes” (Julieta Capdevielle, 2011: 35). El *habitus* se observa a través de las “conductas” tanto individuales como colectivas adaptadas bajo un “sentido común” (Bourdieu, 1991: 91). Esta configuración es el reflejo de una estructura que hace permisible que se reproduzcan disparidades entre quienes ocupan un cargo dentro de las instalaciones médicas y los [las] que requieren de los servicios de salud debido a las jerarquías de poder existentes. El actuar del personal médico deriva del modelo médico que estandariza la aplicación de métodos violentos, esta dinámica favorece que sean tolerados y no cuestionados.

Antes de ahondar en los casos de las Madres Estrellas, daré una breve introducción de los puntos a desarrollar sobre la relación que existe entre la violencia obstétrica y la mortalidad perinatal. A partir del trabajo de campo realizado en las comunidades digitales, se vincula a la violencia obstétrica con las atenciones que recibieron las colaboradoras durante el parto y puerperio, factores que denotan la incapacidad del sistema de salud para garantizar una asistencia sanitaria integral al presenciar muertes gestacionales y perinatales.

De acuerdo con Oviedo-Soto, S. *et al.* (2009), la formación de los prestadores de servicios médicos se centra en los procesos de s/e/a, por lo cual, al ejercer deben aprender a sobrellevar los fallecimientos como parte de su profesión. En el ámbito de la salud, presenciar decesos forma parte de las funciones laborales, no obstante, existe un déficit en su preparación académica, dado que en el proceso de aprendizaje las orientaciones para sobrellevar las muertes quedan en segundo plano, de manera que, puede causar reacciones psicológicas y emocionales

negativas en el personal médico. A pesar de ello, el personal sanitario no está preparado, ni orientado para estos acontecimientos, ya que son incapaces de contener a los y las beneficiarias cuando sufren la muerte de un familiar.

3.2.2 Desigualdades sistémicas hacia las Madres Estrellas

Pese a que en México se difunden las cifras sobre los decesos gestacionales y perinatales a través de páginas de Internet, el acceso a la información es insuficiente. La exploración de documentación sobre las cifras de mortalidad perinatal en México en 2018, 2020 y 2021 (años en los que las interlocutoras experimentaron las defunciones) indican que en 2018 se obtuvo una tasa del “6.2 por cada 10 000 mujeres en edad fértil”, en el 2020 una tasa de 6.7 y el 2021 una tasa de 6.7 de defunciones fetales (INEGI, 2018, 2021, 2022), así mismo, dichos registros contienen una amplia información en torno a la mortalidad perinatal. Con estos datos se pretende visibilizar los fallecimientos ante la sociedad con los detalles sobre los sitios de mayor incidencia y causalidad. Se trata de un almacenamiento de datos basados en los registros proporcionados por las instituciones de salud que son analizados anualmente y muestran el número de muertes que ocurren en el país. A través de la compilación de documentos de Instituciones de salud públicas y privadas sobre este fenómeno, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía tiene el propósito de “realizar el análisis y la evaluación de acciones dirigidas a la elaboración de programas de salud materno infantil” (INEGI, 2021). Este material sirve para tener un panorama epidemiológico de las causas de muertes incluyendo factores y zonas de incidencia, entre otros.

De igual modo, los espacios creados en las redes sociales para exponer información detallada sobre la mortalidad perinatal se llevan a cabo mediante una comunicación que permite a los[las] usuarias comprender los términos médicos que utiliza el personal de salud para explicar los decesos. Esta estrategia es implementada para que las personas que no cuentan con el capital cultural especializado en los campos médicos y salubristas puedan entender su vivencia a través de interpretaciones que faciliten su razonamiento.

La comprensión de los procesos que experimentan se relaciona con instrumentos adquiridos por medios socioculturales y económicos que ofrece el capital cultural, el cual se divide en tres formas: estado incorporado, estado objetivado y estado institucionalizado (Pierre Bourdieu, 2011). El estado institucionalizado se refiere a la educación, la escolaridad y los

títulos escolares el cual genera “las transformaciones de la estructura de posibilidades de ganancia aseguradas por las diferentes especies de capital” (:220); el estado incorporado incluye a las conductas, habilidades y conocimientos aprendidos por la socialización y la familia en una sucesión generacional, el cual proporciona a los individuos las herramientas para obtener beneficio sobre otros[as] que no cuentan con los recursos para adquirirlas; y el estado objetivado hace referencia a los “soportes materiales” tales como “bienes culturales, cuadros, libros, diccionarios” (:214), que no todas las personas pueden sustentar. En su conjunto, el capital cultural hace referencia a las disparidades generadas por los medios económicos, sociales y culturales, puesto que el acceso a dichas condiciones es limitado, selectivo y desigual. Según Oliva Jesús (2018), el concepto refiere al conjunto de “símbolos, imágenes, narrativas, ideas y valores que toda comunidad humana posee, y que materializa en prácticas y bienes de valor cultural” (:346).

Las colaboradoras cuentan con capitales culturales diferentes, por lo cual, los informes y la contención recibida fueron distintos. Las desventajas de las madres durante las asistencias gineco-obstétricas en el embarazo, parto y puerperio se relacionan con la disposición de los recursos económicos y culturales de cada uno. Lo anterior indica una percepción diferencial sobre la violencia obstétrica sufrida durante las atenciones médicas, aunado a la deficiencia de un sistema de salud que no cubre las necesidades de las familias para evitar la reproducción de tratos deshumanizados durante las muertes gestacionales y perinatales. Las desigualdades que enfrentan las Mamás Estrellas por la falta de acceso a un capital cultural, las expone ante una estructura que normaliza la violencia a sus derechos sexuales y reproductivos, dado que se trata de prácticas que son aceptadas sin objeciones.

3.2.3 El nacimiento de la violencia obstétrica

A continuación, se ahondará en los casos de las interlocutoras para exponer la violencia obstétrica que sufrieron. Se pretenden identificar las características propias de este abuso en sus vidas como una forma de visibilización del fenómeno, en aras de promover su erradicación y exigir la protección a los derechos sexuales y reproductivos de las Madres Estrellas. Realizaré la enumeración de dichas intervenciones acorde a las experiencias de las colaboradoras.

En las entrevistas etnográficas se obtuvieron resultados sobre los abusos que las interlocutoras sufrieron, las cuales desconocen que algunas de estas prácticas se consideran

violencia obstétrica. Cobo M. F *et al.* (2023) retoman lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 y realizan una esquematización de las prácticas que vulneran los derechos de las mujeres durante el parto y puerperio. Las autoras las abordan en cuatro niveles con la intención de comprender cómo se reproduce esta violencia: la incapacidad de cumplir con estándares de cuidado, las desviaciones estructurales, el abuso verbal/ psicológico y la inadecuada comunicación entre las mujeres y los proveedores de servicios.

El primer nivel alude a las intervenciones contraindicadas ejercidas por el personal sanitario desde su preparación académica. El segundo identifica la ineficiencia dentro de las instituciones de salud para abastecer los suministros médicos y otorgar cuidados de calidad. El tercero refiere a las interacciones revictimizantes de los y las prestadoras de servicios durante las atenciones hacia las madres. El cuarto, engloba las transgresiones por el incumplimiento a las indicaciones médicas, las cuales restan individualidad y no permiten una atención personalizada a las beneficiarias. El estudio de estas investigadoras ejemplifica las inconsistencias del sistema de salud para proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la etapa reproductiva, a pesar de la disposición de instrucciones sanitarias cuyo objetivo es evitar la reproducción de estos abusos.

Los riesgos durante el embarazo pueden pasar desapercibidos debido a la desinformación por las desigualdades socioeconómicas de las madres. Estas disparidades dan pauta a la reproducción de la violencia obstétrica, dado que pocas derechohabientes tienen los ingresos para costear una atención sanitaria que contemple todos los estudios médicos estipulados durante la gestación y de los que deriven en relación con las condiciones de salud de las beneficiarias.

En lo que sigue se usará la terminología médica estrictamente para ejemplificar de forma general. No obstante, cuando me refiera a casos concretos de las colaboradoras, la mención será respetuosa y con el nombramiento de los Bebés Estrellas. A lo largo del análisis se utilizará la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SS2A-2016 como guía para identificar las prácticas médicas que son contraindicadas para la atención durante el embarazo, parto y puerperio.

3.2.4 Pariendo la muerte

El análisis se ha esquematizado en secciones con la finalidad de poder entender la reproducción de las conductas abusivas durante la atención a las muertes gestacionales y perinatales; acorde a las etapas que se experimentaron: embarazo, parto y puerperio. El actuar de la violencia puede originarse por distintas razones. Se considera que el principio de estas injusticias se desarrolla durante las intervenciones médicas maniobradas por el personal médico en la labor de parto. Esta violencia es producto de un sistema que ejerce dominio y subordinación, por lo que, quienes están inmersos en esta dinámica difícilmente son conscientes de la misma; tal es el caso del sector médico que la reproduce a través de la relación médico-paciente. Los factores sociales, económicos, étnicos, de género, de clase y geográficas posibilita la existencia de desigualdades en el acceso a información y a una atención resolutiva. Por lo que se concede toda autoridad a los prestadores de servicios durante los procesos de s/e/a, excluyendo a las mujeres de profesar su autonomía. La identificación de estos comportamientos infractores los catalogué en tres partes: la (des)información sobre la mortalidad perinatal (embarazo), la directriz del agresor en las salas de maternidad (parto) y la invisibilización de la vida y la muerte (puerperio).

3.2.5 La (Des)información sobre la mortalidad perinatal

El proceso de embarazo conlleva distintos cambios fisiológicos en la madre, puesto que el cuerpo de la mujer embarazada se está preparando para dar vida. Por medio de los controles prenatales se consulta los avances del desarrollo con la finalidad de prevenir complicaciones que influyan negativamente en la salud de la madre y el feto. Los chequeos se implementan al inicio del embarazo hasta el término del mismo.

“La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata”. (NOM-007-SSA2, 2016: 13).

Las disparidades económicas, sociales y/o geográficas dificultan que las asistencias sean satisfactorias para el bienestar de la madre e hijo [a]. De igual manera, las asesorías que perciben carecen del reconocimiento oportuno de señales de alarma que colocan en riesgo la salud de ambos, dicha dinámica contribuye a la invisibilización de las muertes gestacionales y perinatales.

A continuación, se retomarán los casos de las interlocutoras presentadas con anterioridad. La desinformación sobre los síntomas que derivan en una emergencia médica son incomprendidos en su totalidad, lo cual genera que la mayoría de las asistencias médicas sean tardías. De acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016, los indicios de una urgencia obstétrica son: “hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre” (:27), así mismo como la falta de movimientos fetales. Las asesorías para el reconocimiento de las señales de alarma pueden ser breves u omitidas, incumpliendo la función de comprensión y razonamiento de estos signos para su identificación lo antes posible, lo que retarda la solicitud de atención. Un sistema que violenta los derechos sexuales y reproductivos inicia con la deficiencia de información concreta que se adapte a los medios sociales, culturales, económicos y geográficos de las mujeres para coadyuvar a distinguir las irregularidades. De igual forma, se debe contar con la compañía de un familiar para crear estrategias de cuidados y así vigilar y detectar anomalías. De acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016 en la sección 5.3.1.12, al implementarlas se está procurando la salud de la madre y el feto a través de una organización para asociar riesgos. Así mismo, los prestadores de servicio deben notificar sobre las Instituciones de salud que les garanticen la atención en el instante en que lo demanden (NOM-007-SSA2- 2016).

3.2.6 La identificación de signos de alarma

Catalina

Las interlocutoras en las evaluaciones prenatales experimentaron distintos comportamientos por parte del personal médico. Catalina, al contar con un capital cultural mayor debido a su nivel de estudios, específicamente educación superior y posición socioeconómica respecto al resto de las colaboradoras; recibió sus controles gineco-obstétricos en una institución privada donde obtuvo cuidados especializados y tempranos para la detección de irregularidades en sus dos embarazos. Su primera gestación transcurrió en el año 2020 y por medio de los chequeos prenatales en la semana trece se le diagnosticó a Andrés con síndrome

de Down²⁵, obteniendo una valoración temprana por parte de su gineco-obstetra y médico materno infantil. El compromiso del personal sanitario en las atenciones durante el embarazo consiste en conceder a las madres un espacio para manifestar sus inquietudes y proporcionarles las herramientas para dirigir las complicaciones y/o afectaciones médicas tanto de la madre como del feto que se pueden presentar en el embarazo (NOM-007-SSA2-2016). Los prestadores de servicios están capacitados para dar acompañamiento durante las circunstancias que requieran de cuidados especializados mediante los controles prenatales. Catalina ejerció su derecho al solicitar los cuidados pertinentes para el bienestar de ella y Andrés. No obstante, debido a inconformidades entre el doctor materno infantil y la obstetra, esta última optó por dar por terminada la relación médico-paciente. Lo que ocasionó que percibiera esta acción como una desatención.

“Una mujer embarazada mayor de 30 años tiene dos especialistas. El primero, es el gineco-obstetra o la gineco-obstetra era una mujer en este caso y el segundo, era el materno fetal. La primera revisa mamá, la segunda revisa a bebé. Supongo que no lo sabías [referencia a que yo desconocía la función de los especialistas], pero bueno la cosa es que, entre ellos dos hubo una discrepancia de criterios con respecto al caso de mi bebé -eh- el caso es que mi ginecóloga, gineco-obstetra me dice ‘¿sabes que? yo ya no te puedo atender, te tienes que atender con el materno fetal’ y yo [respuesta a la obstetra] ‘pero ¿por qué?, usted es mi doctora yo ya la elegí a usted’, la cosa es que me dicen [la gineco-obstetra] ‘nop, ya no te puedo atender’, no me contestó llamadas ni nada, me abandonó [señala las actitudes de la doctora] bueno yo me sentí abandonada, pero sí me notificó vaya que, que, que ya no me podía atender”.

Según la NOM-007-SSA2-2016 en el numeral 5.2.1.18, la formación del personal médico agrupa un conjunto de actividades cuya finalidad es salvaguardar y planificar un accionar que priorice la salud de la madre e hijo[a]. La relación entre médico - paciente debe ser empática y cortés, pero algunas situaciones pueden conceder a los prestadores de salud denegar de sus servicios.

“La médica o el médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas” (Carta de los Derechos generales de las Médicas y los Médicos, 2003: 5).

²⁵ El Síndrome de Down consiste en la repetición del cromosoma 21, es decir, “(también llamada Trisomía 21) es una afección genética causada por un error en el proceso que replica y luego divide los pares de cromosomas durante la división celular, error que lleva heredar una copia extra total o parcial del cromosoma 21 de uno de los progenitores” (National Human Genome Research Institute, 2024).

Las razones para efectuar este derecho deben estar sustentadas bajo los supuestos que rigen a los profesionales de la salud con la intención de evitar violentar a los y las pacientes. Realizar esta acción sin justificación dentro del estatuto de salud es considerado como mala praxis médica. De acuerdo con García V., Ovidio (2022), existen tres formas de identificar las transgresiones de las y los prestadores de servicios: negligencia, impericia e imprudencia. La primera, consiste en infringir las normas sanitarias al desistir y/o rechazar brindar la asistencia sanitaria, perjudicando a las[os] pacientes. La segunda, ejercer la ocupación sin la formación médica especializada. La tercera, al comportamiento del personal de salud de forma irresponsable provocando afectaciones a las y los beneficiarios.

Verónica

Verónica es enfermera y reside en Guadalajara, experimentó una muerte gestacional a las 13 sdg. Inició su chequeo médico correspondiente en el hospital público del IMSS, que es la misma institución donde labora. Las primeras semanas transcurrieron normales, pero en la semana 11 sdg presentó malestares y sangrado, así que solicitó una valoración inmediata, durante esta revisión se le prescribió progesterona²⁶ con la intención de controlar los síntomas. Tres días después, las molestias persistieron a pesar de la medicación, por lo que su ginecóloga le sugirió demandara asistencia médica pronta. De esta forma, Verónica se desplazó a otro hospital debido a la cercanía a su hogar. En dicho centro médico le hicieron una ecografía vaginal, la cual sirve para reconocer irregularidades obstétricas, no obstante, esta no se efectuó correctamente debido a un procedimiento inconcluso, la razón de dicho incumplimiento fue porque los residentes tenían la intención de elaborar un video en la plataforma de Tik Tok ignorando el protocolo de atención.

“Un día sin más comencé con dolor tipo cólico y sangrado. Fui a urgencias y detectaron latidos en mi bebé, así que me enviaron a casa con progesterona y reposo absoluto. Estuve en casa por 3 días, pero los cólicos aumentaron su nivel. Yo vivo frente al [otro] hospital y mi ginecóloga me aconsejó acudir al mismo para que revisaran de nuevo a mi bebé. Me realizaron eco[grafía] vaginal [en la institución], mientras me lo hacían los médicos se apresuraban entre ellos para ir a grabar un tik tok y se reían de forma continua. Terminaron de revisarme y me dijeron que el bebé estaba bien, más nunca revisó su frecuencia fetal, volví a casa con progesterona y reposo absoluto”.

²⁶ La progesterona hace referencia a “las hormonas responsables de mantener el embarazo”. Por esta razón, la progesterona también es conocida como la hormona del embarazo”. (Santiago Romero, E., et al., 2023).

Verónica continuó con las instrucciones sanitarias anteriormente establecidas, pero su estado de salud seguía empeorando, esto la remitió de nuevo a emergencias. En esta ocasión se dirigió a su centro de salud correspondiente, donde lamentablemente le informaron sobre la muerte gestacional. Sin embargo, esta pudo haber sido detectada previamente si no se hubiera incumplido el protocolo de atención a emergencias obstétricas.

Dos días después sentía aún más fuerte el dolor y el sangrado aumentó de forma considerable, así que acudí a la instancia del IMSS [en la cual recibía la atención prenatal]. Aquí me realizaron nuevamente el doppler fetal y mi bebé ya no tenía latidos, me dijeron que mi bebé tenía 4 días muerto, eso lo hubiera sabido si en el [otro] hospital me hubieran hecho bien el eco, pero estaban distraídos con un tik tok”.

La incompetencia de los prestadores de servicio ocasionó consecuencias negativas a la salud física, emocional y psicológica de Verónica, ya que se colocó también en peligro su bienestar al no obtener un tratamiento urgente posterior al deceso de su bebé. Esta acción infringe la sección 3.52 de la NOM-007-SSA2-2016, al no proveer los cuidados de manera oportuna para evitar mortalidad perinatal o materna. La asistencia que recibió Verónica fue atravesada por distintas negligencias, dado que las prácticas ejecutadas no se desarrollaron conforme a lo señalado en la formación académica. El incumplimiento del protocolo provocó que recibiera una atención acompañada de desatención, las cuales recaen en violencia obstétrica.

Por otro lado, el resto de las colaboradoras que cuentan con un capital cultural distinto al de Catalina y Verónica, experimentaron asistencias sanitarias atravesadas por anomalías. Las condiciones en las atenciones muestran una brecha desigual conforme al acceso a la información para la comprensión de irregularidades que pueden presentarse en el embarazo.

Andrea

Andrea a sus 24 años con un nivel de escolaridad superior, sufrió de muerte perinatal cuando tenía 25 sdg con Emilio. Llevo a cabo sus controles prenatales acorde a las etapas de gestación. Cuando se percató de un flujo anormal a las 25 sdg se dirigió al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pero al no ser derechohabiente se le negó la atención, así que se trasladó a una instancia médica privada. Su ingreso se dio a las 4 am, pero debido a las condiciones por el COVID-19 tuvo que esperar por un lapso para recibir la intervención médica. Cuando finalmente iniciaron la evaluación médica detectaron la ausencia de latidos de

Emilio, esto a causa de una incompetencia cervical²⁷, por lo que procedieron con los protocolos pertinentes para la expulsión. Pero debido a las condiciones por la pandemia, el trato que recibió Andrea fue de desatención, ya que tanto el personal de enfermería como la ginecóloga la ignoraban durante el tratamiento. Sufrió la indiferencia de las prestadoras de servicios, quienes no le brindaron contención ante el fallecimiento de Emilio, a la par de las modificaciones en el sistema de salud por la pandemia de COVID-19 que transformó la dinámica de atención. Esta circunstancia visibiliza la incapacidad del sistema de salud para otorgar asistencias de calidad a las embarazadas, dado que las prioridades de las y los prestadores de servicios en ese momento modificaron los protocolos de cuidados para las gestantes. “La masiva reorganización de hospitales que México dispuso para hacer frente a la pandemia dejó a miles de mujeres embarazadas sin atención” (Carrión Lydiette y Rea Daniela, 2020). Las infracciones efectuadas por el personal suscitan distintos tipos de transgresiones: físicas, psicológicas, verbales y emocionales (GIRE, 2020); el rechazar proporcionar cuidados ante una señal de alarma es violencia obstétrica; no obstante, las condiciones de salubridad no lo permitían. Estos abusos ya eran problemáticos previo a la pandemia, dado que existe una incapacidad para vigilar y respetar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en edad reproductiva, sin embargo, la emergencia sanitaria detonó un retroceso ante dichas exigencias.

Pamela

Pamela de 23 años sufrió de mortalidad perinatal cuando tenía 37 sdg con Roberto. Sus evaluaciones prenatales se centraron en los cuidados maternos debido a su diagnóstico por diabetes tipo II²⁸, una condición que ya presentaba previo al embarazo. Para la ejecución de controles médicos de calidad se pondera desarrollar el historial médico de la beneficiaria con la intención de obtener una planificación sanitaria efectiva (NOM-007-SSA2-2016 en el numeral 5.2.1.1.3), de esta manera, se intenta dirigir un embarazo sin complicaciones. Se percató de un sangrado anormal, por lo que acudió a urgencias para recibir atención inmediata cuando Roberto tenía 37 sdg. Su ingreso a la institución se vio afectada, ya que estuvo en espera alrededor de 20 minutos. Cuando finalmente se realizó la evaluación la entrega de su

²⁷ La insuficiencia o incompetencia cervical: “es la dilatación cervical indolora que resulta en la pérdida del embarazo en el segundo trimestre en ausencia de contracciones clínicas, trabajo de parto o ambos” (T. Dulay, Antonette, 2022).

²⁸ La diabetes tipo II es el aumento en la producción de glucosa, “es el resultado del uso ineficaz de la insulina por parte del cuerpo” (Organización Panamericana de la Salud, 2023)

diagnóstico tardó aproximadamente 40 minutos. En el momento que recibió detalles sobre el estado de salud de Roberto, le informaron sobre las anomalías que presentaba su bebé *“me dijeron que tenía el cordón umbilical enredado, se había defecado y tenía mala posición”* (Pamela). A pesar de los precedentes de los exámenes obstétricos anteriores no se le había comunicado sobre dichas irregularidades. Esta acción refleja el mal manejo de los protocolos obstétricos al ignorar técnicas para impedir decesos tanto maternos como fetales.

Briana

Las evaluaciones prenatales de Briana se desarrollaron acorde a las etapas de gestación, en las que percibió orientaciones para el reconocimiento de las señales de alarma, pero de forma esporádica, lo que ocasionó que no obtuviera una comprensión total de estas. En la semana 38 de gestación se percató de la disminución de los movimientos fetales y a pesar de la insistencia de su marido para solicitar la asistencia inmediata, la petición de atención de su esposo se realizó horas después, hecho que perjudicó el bienestar de Daniel. Ambos se dirigieron a la Secretaría de Salud debido a la cercanía a su hogar, en este lugar le realizaron un chequeo de rutina, pero al descubrir el fallecimiento se le indicó a la pareja remitirse a la instancia correspondiente porque el hospital no contaba con su historial prenatal, *“al no detectar latidos, se lavaron las manos.”*

El traslado a dicho centro médico era apartado, dado que se encontraba a cuarenta minutos de distancia, perjudicando la obtención de una atención eficiente. Según Paola Sesia (2011), entre las condiciones que ponen en riesgo el bienestar materno e infantil, se encuentran las limitaciones geográficas visibles en *“los malos caminos, la falta de tránsito, las distancias y la ausencia de transportes”* (:257), motivos desfavorables para recibir una asistencia de calidad, lo que deriva en mortalidad materna y perinatal. Su ingreso al Hospital (institución donde obtuvo su atención prenatal), arrojó la ausencia de latidos a través de la valoración médica por medio del control de temperatura, presión y frecuencia cardíaca del bebé. Durante la intervención Briana era cuestionada por la demora de la asistencia y la falta de comprensión de las señales de alarma.

“La vista se me nubló, todo fue borroso solo tengo flashazos [recuerdos confusos] de una doctora diciéndome que era mi obligación conocer mis signos de alarma y dirigirme lo más pronto posible, una más se aferraba a la pantalla [donde se observaba la ecografía] y a mi pancita buscando latido y me decía “¿por qué no vino antes?”.

Las circunstancias que enfrentó Briana forman parte de una estructura desigual por la falta de acceso geográfico, económico, social y cultural. La incompreensión de los signos de alarma y la distancia de su domicilio al hospital asignado afectaron su proceso de atención. Conforme a las secciones 5.3.1.12 y 5.3.1.13.1 de la NOM-007-SSA2-2016, el compromiso de los[as] prestadores de servicios consta en orientar tanto a las madres como a los familiares a conocer las distintas anomalías que requieren de un chequeo urgente, así como de las instituciones establecidas para atender dichas emergencias. El compromiso del sector de salud donde Briana llevaba a cabo sus controles prenatales tenía que asegurarle el entendimiento y razonamiento de los signos de alarma de forma eficaz para la solicitud de una asistencia inmediata, al no ser así se cometió una negligencia.

Brenda

Brenda experimentó una muerte gestacional cuando tenía 12 sdg con Ian. El 31 de septiembre de 2021, identificó lo que denominó como “algo extraño”, haciendo referencia a un flujo rosado, por lo cual, decidió acudir a revisión después de terminar su jornada laboral. Su ingreso a la Institución del IMSS fue a las 5:30 pm, en donde la clasifican como código verde²⁹. Se le realizó un chequeo de rutina por lo que la mantuvieron en sala de espera por horas. A las 11:30 pm le hicieron un ultrasonido para revisar el estado de salud de la madre e hijo, unos minutos después, siendo las 12:40 am, Brenda fue trasladada a sala de expulsión para repetir los exámenes, pero sin efectuar un ultrasonido vaginal. Después de conocer el estado de salud de ambos, se le notificó la presencia de una amenaza de aborto y ausencia de latidos fetales. La hermana de Brenda la acompañaba, por lo que se convirtió en la responsable para autorizar los procedimientos sanitarios correspondientes, pero por lo invasivas que eran las intervenciones no se le concedió el acceso a la sala quirúrgica. En el tiempo de espera se le mantuvo en ayuno por ocho horas, periodo en el que suplicaba volver a verificar el bienestar de Ian, dado que negaba su muerte. *“A lo mejor no se dejó escuchar [los latidos], le dije a la enfermera y me dice “no señora, ya se lo hicieron dos veces”. [...] hacían tacto [vaginal] continuo cuando estaba en la camilla [en espera de atención] y me sentía apenada”.*

²⁹ El código verde forma parte de la agrupación que utilizan los prestadores de servicios para configurar la dinámica en las asistencias médicas priorizando el bienestar de los y las beneficiarias, el color verde indica: “urgencia menor, cuyos pacientes pueden ser atendidos en la Unidad de Medicina Familiar en un tiempo máximo de 120 minutos” (Gobierno de México, 2024).

Conforme a lo estipulado en la NOM-007-SSA2-2016 en los numerales 3.3 y 3.10, cuando ingresa una paciente que requiere de cuidados inmediatos, el personal médico debe comprometerse a otorgar la asistencia de forma oportuna y veraz, como de brindar asesoramiento sobre las razones y motivos de las prácticas clínicas mediante el consentimiento informado, esto a su vez, se debe exponer ante el[la] acompañante.

Fabiola

Con Fabiola fue distinto, ya que desconocía que estaba embarazada debido al constante estrés al que estaba sujeta por su empleo, ella reconocía los síntomas como una gastritis. Se presentó a la institución médica correspondiente cuando distinguió aumentos de temperatura mayor a los 37°C, pero la Doctora a cargo decidió no realizarle un chequeo, dado que consideraba que se trataba de una excusa.

“Pero el día que nació mi bebe yo acudí a un hospital pri, pri – público, perdón. A un hospital público, que me -este- que me toca de por mi trabajo, mi servicio de salud y [pausa] yo creo que ahí empezó la primer -eh- tipo de violencia que - que pude encontrar, porque la doctora -eh- yo le decía “pues es que me siento mal, tuve fiebre en la madrugada -este- me duele” y lo primero que me dijo fue “tú estás mintiendo, para no querer ir a trabajar” – señala y abre los ojos incrédula recordando lo que le comentó la doctora- “y no te voy a dar incapacidad porque, pues ahorita no tienes fiebre, yo te veo muy bien, estas de aquí para allá. No, no ,no, me estás mintiendo”, y -este- no me reviso, ni siquiera me tocó. Yo le decía que me dolía, que sentía un malestar, pero ni siquiera me tocó, entonces fue, ese fue el primer acercamiento con el médico en un hospital público”.

Al rechazar efectuar el protocolo de cuidados pertinente la doctora cometió una negligencia, puesto que una evaluación completa le hubiera otorgado el diagnóstico sobre el embarazo. La desatención irrumpe en lo estipulado en la NOM-007-SSA3-2012 en la sección 4.8, ya que acorde al “juicio médico basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de una enfermedad” (2012), se ejecuta un pronóstico y se brinda un tratamiento y, al no hacerlo de esta forma se incumple el propósito del personal sanitario. Esta acción refleja la desatención que vivió Fabiola previo al fallecimiento de Jade.

Rubí

Por último, Rubí, quien reside en Wilmington, experimentó la muerte de Raúl cuando tenía 26 sdg. Acudía a servicios médicos en un hospital privado ya que es inmigrante. A lo largo de su periodo de gestación se percató de un sangrado anormal, esto la llevó a compartir

su inquietud con un obstetra quien, a través de un trato hostil, ignoraba sus síntomas y cuestionamientos. Debido a su insistencia, se le efectuó un examen ginecológico, el cual arrojó el diagnóstico de vaginosis bacteriana³⁰. Recibió medicación por 7 días y se le agendó cita médica diez días después para corroborar su progreso, no obstante, las anomalías persistían por lo que sus familiares le recomendaron que solicitara atención de urgencia. Se efectuó la asistencia en el centro de salud, pero las preinscripciones no fueron comprendidas en su totalidad por Rubí, ya que no dominaba el idioma y a pesar de que se le proporcionó un intérprete³¹ no se le brindaron los detalles correctamente.

“El doctor decía “revisen bacterias por tratamiento incompleto”, [y] todo lo hablaba con la enfermera, el doctor hablaba de cesárea y otros exámenes “si yo los hago” [los exámenes], no me dieron explicación que en tercer trimestre debía hacerlos, pero [ya] estaba en tercer trimestre, estaba nerviosa y la traductora me decía “investiga por internet” [los procedimientos]”.

De acuerdo con *“The Birth Rights Compilation Guide”* sobre los estándares de la Ciudad de Nueva York para una Atención Respetuosa durante el Parto (2020), las intervenciones deben basarse conforme a los protocolos médicos y el respeto, dado que “el consentimiento informado es un derecho legal en los Estados Unidos” (:4); es decir, se debe aportar en todo momento el informe sobre las prácticas médicas. De igual forma, se “tiene el derecho legal a un intérprete para que entienda a su proveedor de atención de salud” (:3) y se puede solicitar a otro[a] especialista si no existe una conformidad por parte de la beneficiaria. Los tratos hacia Rubí son desencadenados por la violencia estructural, ya que los abusos están conformados por racismo y discriminación, esta dinámica en conjunto con la violencia obstétrica transgrede a las mujeres inmigrantes al grado de restarles autonomía y vulnerando sus derechos básicos.

³⁰ La vaginosis bacteriana consiste en “una enfermedad frecuente que aparece cuando se altera el equilibrio normal de los microorganismos de la vagina” (OMS, 2023).

³¹ Intérprete es la persona asignada para generar la comunicación entre médico-paciente al traducir la conversación para las personas que no dominan el idioma (The birth rights compilation guide sobre los estándares de la Ciudad de Nueva York para una Atención Respetuosa durante el Parto (2020)).

3.3 ¿Quién es culpable por la muerte? La institucionalización de la revictimización

La sistematización de la violencia hacia las mujeres en edad reproductiva es producto de la legitimación de estos abusos. El principio de la violencia obstétrica en casos de mortalidad perinatal inicia con la escasa información e invisibilización de la mortalidad perinatal. Los abusos ejercidos hacia las Madres Estrellas no son reconocidos como violencia por las autoridades correspondientes, debido a la ocultación de la mayoría de estas muertes. A continuación, se expondrá la participación de estas transgresiones durante la notificación del deceso y por la falta de capacitación del personal sanitario para brindar atención en las muertes gestacionales y perinatales.

3.3.1 La capacitación del personal sanitario para anunciar el fallecimiento

Informar sobre el fallecimiento de los bebés a las familias se desarrolla en condiciones inadecuadas, puesto que no se posee una regulación de las prácticas obstétricas basadas en el respeto y empatía en casos de mortalidad perinatal. La incapacidad del sector salud para proveer una asistencia basada en el respeto y empatía a las muertes gestacionales y perinatales, demuestra la facilidad con la que se pueden violentar los derechos de las Mamás Estrellas y sus familias.

Los servicios institucionales de salud materna revelan poco interés hacia el bienestar de sus trabajadores, lo que perjudica el accionar sanitario. Antes de la pandemia por Covid-19, la salud mental de las [os] prestadoras de servicios ya había sido problematizada, debido a las obligaciones y coacciones a los que son sujetas[os] por su profesión, que pueden causar depresión, ansiedad e incluso el suicidio (Juan Antonio Lugo, *et al*, 2021 y Ricard Navinés, *et al*, 2021). Aunado a esto, las exhaustivas jornadas laborales que experimentaron durante la emergencia sanitaria, volvió a ser cuestionada. Las condiciones laborales para el sector de salud pueden causar síndrome de burnout que, es consecuencia de un estrés crónico (Ricard Navinés, *et al*, 2021, Martha Edilia Palacios y María del Pilar Paz, 2021). Durante la pandemia se observó una alta demanda de los servicios sanitarios, lo que provocó una alteración en la dinámica de las [os] prestadoras de salud a través de los excesivos horarios de trabajo, sumado las constantes desvalorizaciones a sus funciones por parte de sus superiores, por ende, fueron sujetas[os] a más presión (Ricard Navinés, *et al*, 2021).

Las aptitudes aprendidas en la formación médica y paramédica no contemplan la capacitación para ofrecer contención durante los decesos que enfrentarán a lo largo de su carrera, dañando su salud mental (Revista Mexicana de Pediatría, 2009). Como consecuencia de esta deficiencia, el actuar médico está condicionado a solo manifestar de manera despersonalizada el fallecimiento y sus causas, por ende, al expresarlo se puede violentar a las familias. Esto constata la falta de preparación para hacerlo respetuosamente, transformándolo en un trato inhumano. Así mismo, es común que las madres sean señaladas como responsables por los decesos.

La manera de notificar el fallecimiento debe realizarse de forma cortés y empática, es decir, comprender que se trata de una noticia desoladora que desestabiliza la salud emocional y psicológica de la madre. Las intervenciones médicas que recibió la mayoría de las colaboradoras denotan esta desatención. Para Catalina la relación médico-paciente fue eficaz y adecuada debido al acompañamiento y las herramientas que le proporcionaron después de conocer el diagnóstico de Andrés, mediante los cuales comprendió los riesgos y posibilidades de mortalidad perinatal; de esta manera, los procedimientos médicos y la comunicación sobre la muerte de Andrés fueron respetuosos.

“Desde la semana 13 (de gestación) me dijeron “tu bebé puede fallecer” y... haciendo como la reflexión sobre todo lo que fue el proceso del embarazo y mi duelo [por la muerte de Andrés], de alguna manera siento que viví un duelo anticipado, porque yo sabía que eso podía suceder, ¿no? Lo tenía como consciente [pero] estaba ahí la semillita de ‘oye, puede pasar’.”

Esta relación favoreció el entendimiento y permitió la gestión de cuidados pertinentes hasta la semana 37 de gestación en la que ocurrió la muerte. La institución de carácter privada en la que recibió asistencia creó una estrategia de atención que priorizó el bienestar de Catalina y Andrés. Así todas las intervenciones que se realizaron contemplaban el consentimiento de la pareja y se resolvían las inquietudes que surgían durante el proceso de expulsión.

“Mi bebé fallece en la semana 37, íbamos a una consulta porque ya había notado -pausa- una disminución de movimientos -pausa- y... y bueno, cuando nos dan la noticia –eh- lo hace[n] [personal sanitario] de una manera muy humana, muy empática nos dan el tiempo para -pausa- para pensarlo -este- cuando yo le pregunto [al doctor] ‘oiga pero -pausa- que se, se murió pero pues sigue aquí adentro ¿no?’ – señala a su vientre- o sea que vamos a, qué va a pasar ¿no?’”

Mi hijo fallece un lunes y yo había programado una cesárea, creo que se le llama -pausa- selectiva, -este- se había programado una cesárea para -eh- el jueves y le dije al doctor 'pues ¿qué pasa? o sea, ¿me espero al jueves o me va a inducir el parto? o ¿qué puede pasar, no?', porque para esto el doctor me dijo 'tu bebé ya tiene más de 24 horas sin latido', o sea que, ¿que [es lo que] había sentido? y demás, o sea empezó a hacer esas preguntas y bueno yo toda shockeada porque yo había jurado que se había movido durante las últimas horas nada más había notado como la disminución, o sea se había movido dentro de mi- pausa- de mi sentir ¿no? – pausa- y bueno, de ahí llegamos a la conclusión de que lo mejor era una cesárea -pausa- uno por la parte, que yo creo que no -pausa- o sea pensándolo muy bien, no hubiera tolerado el parto considerando que iba a tener todo ese dolor y no iba a tener a mi hijo en mis brazos y la cesárea para mí era como la opción de conocerlo en el menor tiempo posible, no sé si me explico, era como -pausa- pues si me va a doler, si voy a tener ahí una cicatriz -referencia a su vientre- de por vida y demás, pero iba a tener a mi hijo ya en mis brazos aunque ya no tuviera latido, aunque ya hubiera fallecido”.

Los acuerdos entre los[as] prestadores y Catalina evitaron la reproducción de transgresiones. De este modo, a través de una asistencia médica holística se realizó una atención libre de violencia. Contrario a la experiencia de Catalina, el resto de las colaboradoras obtuvieron cuidados desafortunados al experimentar abusos físicos, psicológicos y/o emocionales a lo largo de su estancia hospitalaria.

El desconocimiento sobre las muertes gestacionales y perinatales desencadena tratos inhumanos, puesto que no se pondera una estandarización de atención, provocando que desde el ingreso al centro sanitario se perpetúen abusos hacia las Mamás Estrellas. El personal de salud al momento de diagnosticar la ausencia de latidos debe proceder con las intervenciones correspondientes, procurando el bienestar de las beneficiarias. Esto quiere decir que se debe implementar una estrategia para inducir la expulsión y evitar riesgos en la salud de las madres. No obstante, durante la solicitud de evaluaciones de urgencia ante irregularidades, las mamás deben esperar un periodo de tiempo para ser asistidas. Esto ocurre debido a la agenda hospitalaria o la clasificación de emergencia, pero en ocasiones el tiempo excede lo estipulado debido a la escasez de recursos destinados para abastecer a las instituciones de salud. La atención sanitaria ante una anomalía obstétrica debe ser categorizada como prioridad, de esta manera, una asistencia rápida podría otorgar la posibilidad de salvar vidas (NOM-007-SSA2-2016 y Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007). Las interlocutoras Andrea, Pamela, Briana, Brenda, Rubí y Verónica tuvieron que aguardar por varios minutos e incluso horas para obtener el diagnóstico sobre la salud de sus bebés, tiempo que excedió los parámetros establecidos lo que derivó en una asistencia tardía. La indagación

sobre los síntomas que presentaban y la revisión no fue efectuada acorde a lo instruido académicamente, dichas omisiones se integran en las violaciones a sus derechos como se señala en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007).

La interacción médico - paciente al momento de dictaminar el fallecimiento carece de capacitación. Andrea y Pamela, recibieron el diagnóstico de forma deshumanizada e irrespetuosa, dado que fueron ignoradas por el personal que les asistía por lo que sólo percibieron el informe sobre el deceso sin la contención adecuada. Por otro lado, Briana, Rubí, Verónica y Fabiola, exponen la incompetencia del personal que se manifestó a través de los comentarios recibidos desde la detección de la ausencia de latidos.

Cuando Briana se trasladó al Hospital, lugar donde le indicaron dirigirse-puesto que en dicha institución llevaba a cabo sus controles prenatales, las revisiones médicas se acompañaron con comentarios deshumanizantes:

“La vista se me nubló todo fue borroso solo tengo flashazos [recuerdos confusos] de una doctora diciéndome que era mi obligación conocer mis signos de alarma y dirigirme lo más pronto posible, una más se aferraba a la pantalla y a mi pancita buscando latido y me decía “¿por qué no vino antes?”. Pase toda la noche abrazada a mi pancita sabiendo que mi bebé estaba muerto dentro de mi, con la ilusión de que todo fuera un error y que en el nuevo ultrasonido todo resultara un error, pero no “ÓBITO FETAL” dijo la doctora y de inmediato me prepararon para inducir mi parto con medicamento”.

La notificación sobre la condición de Daniel transcurrió de forma inapropiada por distintos factores. El primero, debido al horario; la especialista a cargo no se encontraba en el hospital por lo que tuvo que esperar al día siguiente para brindarle el diagnóstico. El segundo, la desinformación ocasionó que Briana fuera señalada como responsable al ignorar los signos de alarma y solicitar asistencia inmediata. Dicho comportamiento fue motivo de transgresiones a sus derechos, dado que diversas variables provocaron una atención tardía.

El caso de Rubí es distinto, ya que otras circunstancias la colocaron en desventaja. Al no ser residente de los Estados Unidos, enfrentó desigualdades sistemáticas. Desde su admisión al centro de salud tuvo que lidiar con las interferencias de comunicación con el personal médico, ya que desconocía el idioma. En dicha instancia se le proporcionó un equipo especializado que le permitía traducir, pero esta forma causó que no se obtuviera una conversación fluida. Es así, como la mención del estado de Raúl provocó un gran impacto en

ella, lo que la llevó a impugnar dicha valoración. Esta situación hizo que buscara otra opinión y se dirigiera a otra institución sanitaria en la cual le realizaron una ecografía vaginal, en la cual se le confirmó el deceso de Raúl.

“El médico me comienza a revisar, estaba viendo al bebé y dice “el bebé tiene problema en el corazón”, comienzo a llorar por la mala noticia y dicen “que el bebé no se movía”, yo le decía a la doctora “hay segundo chance, esto es una mentira”, me siento en la camilla con crisis gritando y [a un lado] con el Ipad y el traductor, fue frustrante por ese medio de comunicación, quería preguntar todo pero tenía que escuchar para traducir, fue incómodo. Al llegar al otro hospital la recepcionista me decía “¿no lo sentiste?” y no sé de que [más] me habló, no entendieron que estaba en shock”.

Sumado a las condiciones de la pandemia y las disparidades sistemáticas por ser inmigrante, la asistencia obstétrica no se realizó de manera respetuosa, esto desencadenó que sus necesidades no fueran cubiertas. Esta desatención es un factor común entre las colaboradoras y deriva de los tratos deshumanizados a los que son expuestas al transmitir los decesos.

Con Verónica, las irregularidades sobre el estado de salud de su bebé se presentaron desde los chequeos previos a conocer el diagnóstico del fallecimiento. El incumplimiento a las instrucciones para los exámenes obstétricos correctamente, fueron ignorados por el personal sanitario, repercutiendo en su bienestar y posiblemente, contribuyó en la muerte de su bebé. Verónica regresó al hospital (donde laboraba) debido a la persistencia de los síntomas, se dictaminó el deceso, por lo que fue remitida a la sala de expulsión para realizar el legrado. Durante la ejecución de las prácticas sanitarias no se le proporcionó detalles sobre la actuación médica, ya que al ser enfermera conocía el protocolo de atención. Sin embargo, a pesar de comprenderlos, era necesario comunicar los procedimientos; es decir, se le tenía que informar acerca de los posibles procedimientos y solicitarle el consentimiento informado en referente al procedimiento seleccionado, puesto que se le hubiera tenido que exponer los distintos métodos a utilizarse para la expulsión del bebé fallecido. En otras palabras, no se le garantizó poder razonar acerca de todos los datos médicos y no se le solicitó su autorización, cuando la norma afirma que: “se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que sea recibido información de los riesgos y beneficios esperados” (NOM-007-SSA2-2016, numeral 3.10:14). El desacato de estos vulneró sus derechos debido a que, además, se encontraba conmocionada por la noticia.

Por su parte, debido al desconocimiento de su embarazo, Fabiola no había iniciado su control prenatal. Por ende, el nacimiento de Jade transcurrió en su casa. La solicitud de atención de emergencia fue realizada por su hermano y a los pocos minutos una unidad de policía arribó a su hogar para brindar apoyo mientras esperaban la llegada de la ambulancia; no obstante, esta tardó en llegar. En las primeras evaluaciones se le cuestionó a Fabiola su retraso en demandar la asistencia médica y se le informó sobre los riesgos de mortalidad perinatal debido a la distancia a la institución y la deficiencia de equipo sanitario para asistir a Jade. En su ingreso al hospital fue señalada de manera automática como responsable de la defunción, sin una revisión médica previa y análisis de los factores que ocasionaron un arribo tardío a la institución.

“Nace mi bebe aquí en la casa y el que, el primero que me auxilia es mi hermano - comienza a llorar- y pues en eso, marcamos al 911 que es el servicio de, de -este- de ayuda “se podría decir” y tardaron demasiado, demasiado, o sea primero llegó la ambulancia, llegaron las patrullas y llegó una señorita - limpia sus lágrimas- una policía -este- que fue la que le ayudó a mi hermano a-a darle RCP a mi bebé y esas cosas,. La ambulancia tardó desde el momento en que inició la llamada hasta que llegó, hora y media- pausa- y ... -este- lo primero que llega... Lo primero que nos dijo el paramédico fue “¿Por qué no hablaron a la ambulancia antes? o sea ¿por qué no se contactaron con nosotros antes?”, a lo que mi hermano le respondió “llevo una hora esperándolos”, yo todavía estaba eh- consciente en ese momento y agarré el celular y se lo mostré, dije “pues no es una hora, es una hora y media de que los estamos esperando y no llegaban”, el paramédico fue el que me dijo “mira, tu bebé va a fallecer porque no tenemos los -este- lo necesario en la ambulancia porque está muy chiquito y porque ya, pues ya estaba cianótico”, esa fue la primera vez que me lo dijeron y ... como que en ese momento todavía no lo procesaba tanto o más bien no me terminaba de caer el veinte de lo que estaba pasando, cuando llegó al hospital –eh- el ojete que me atiende, el doctor que me atiende -pausa- o más bien que me recibe en urgencias -este- empieza a gritar que soy un código mater -pausa- que eh- y lo grita así sin ton ni zon - eh- “pues ve ya está muerto” de ahí todos los doctores, todas las enfermeras se la pasan gritando “el bebé ya está muerto”, “el bebé ya está muerto” este -pausa- inclusive llega un momento en el que -eh- me, me empiezan a hacer mi cuestionario para admisión y.. como que no, o sea el doc -pausa- yo creo que no creía que no sabía que no estaba embarazada y en ese momento manda a traer el cuerpo de mi bebé, lo saca y lo exhibe, o sea, lo exhibe en toda la sala (hace referencia con sus manos) y me dice “tu mataste a tu bebé” - señala con el dedo- y de ahí -este- me empieza a decir “¿qué le hiciste a tu bebé?, la mataste” y entra a la sala mi novio, o sea el papá de la bebé – solloza- y me acuerdo mucho que le dijo- pasa saliva- que yo había matado a la bebé, que algo había hecho, que yo había matado a la bebé y que si él quería podía presentar cargos -este-, eh, eh, si podía presentar cargos, podían presentar una denuncia y que él lo iba a apoyar, esa fue -ah- más bien así escuché que mi bebé estaba muerta”.

La incapacidad para desarrollar un ambiente cortés a las Madres Estrellas desata la reproducción de negligencias. A pesar de lo desolador de la noticia, las mamás pueden ser

víctimas de comentarios revictimizantes por parte del personal sanitario, comportamientos que las transgrede y que las hiere. La NOM-007-SSA2-2016 en el numeral 5.5.3, señala que durante el embarazo, parto y posparto se debe priorizar la integridad de las mujeres, de no ser así se infringe la ley. Las circunstancias desfavorables que presencié Fabiola fueron: la indiferencia sanitaria previa, la demora de atención ante una emergencia, la revictimización por parte de los [as] prestadores de servicios al señalarla responsable de un presunto infanticidio, el nulo consentimiento informado sobre las prácticas sanitarias y el incumplimiento a las normas médicas al no ponderar su historial de salud, clasifican como violencia obstétrica.

Entrevistadora: -eh- ya les habías mencionado que, pues anteriormente ya habías -eh- realizado una cita con una enfermera, una - interrumpe-

Fabiola: sí, de hecho, se calmó mucho el asunto, porque justamente -eh- eso, eso fue por la noche cuando llegamos -eh- me preguntaron “es que, ¿qué te metiste?, ¿te automedicaste?” dije “no, fui en la mañana, fui a -este- a la clínica de esta misma institución -eh- [y] la doctora me dijo que no tenía nada, no me revisó” y llevaba mis recetas y fue hasta ese momento que como que se calmaron un poquito, porque seguía el este, el doctor muy insistente en lo que me decía.

La perpetuación de la violencia obstétrica es visible desde la admisión a la institución médica y a lo largo de la asistencia. A través de los casos referidos podemos intuir la naturaleza sistémica de estas violencias y su constante perpetuación.

3.3.2 La directriz del agresor en las salas de maternidad

Después de conocer el deceso se debe desarrollar una estrategia para proceder con el parto inducido, una cesárea, revisar si el aborto está completo o proceder con un legrado. En este proceso se debe comunicar detalladamente todo sobre las intervenciones que se llevarán a cabo, con la finalidad de obtener un consentimiento informado y ponderar el bienestar de la madre. Las experiencias de las colaboradoras denotan las desigualdades que existen entre quienes no cuentan con el acceso a los recursos económicos, sociales, geográficos y culturales. Dado que los costos para recibir atención obstétrica privada son inaccesibles, se debe recurrir a instituciones de salud pública.

Las interlocutoras Catalina, Andrea y Rubí asistieron a hospitales privados, pero las razones por las que los demandaron dicha atención en estas instituciones fueron distintas. Catalina, debido a su economía, optó por acudir a un hospital privado para recibir los controles prenatales. Andrea, al no ser derechohabiente en una institución pública tuvo que recurrir a una

unidad médica privada. Por su parte, Rubí por ser inmigrante, se dirigió a un hospital privado para sus chequeos prenatales.

En los casos de Andrea y Rubí, se ponderó realizar un parto inducido, esto acorde a sus condiciones médicas. Sin embargo, en dichas prácticas, las conductas del personal omitieron pasos importantes para otorgar un acompañamiento respetuoso. Con Andrea, el proceso de expulsión fue inhumano, ya que quienes estaban a cargo de desempeñar el parto cometieron negligencias, mismas que iniciaron desde su ingreso. Debido a la emergencia sanitaria por la pandemia, la asistencia fue aplazada unos minutos. Después de evaluar su estado de salud e identificar el fallecimiento de Emilio, Andrea señala que obtuvo una desatención, dado que “*no se quieren echar la culpa*” (Andrea) por las muertes, lo que retrasó aún más la atención. A lo largo de la intervención, la ginecóloga a cargo no se dirigía a ella para notificar todo lo que estaba aconteciendo, fue ignorada por completo, esto le restó autoridad y agencia a Andrea lo cual también le causó mayor sufrimiento.

A Rubí le dieron alternativas para continuar con su parto, pero hubo interferencias en la comunicación debido al idioma, no obstante, esta dificultad fue desestimada por lo que se le exigía respuestas inmediatas. “Los doctores me decían ‘aquí lo que se viene es lo siguiente, uno [es] parto vaginal e inducirlo o dos te abrimos una cesárea y sacamos al bebé’, elegí parto vaginal, pero me hacían firmar papeles en inglés y no entendía, lo querían hacer rápido sentí que le estaba entregando mi alma al diablo”.

El parto se prolongó por 4 días y 3 noches, dado que su proceso de dilatación fue tardío. Durante la atención médica recibió tratos médicos sin haber sido informada y sin su consentimiento previo, expresando haber experimentado una cantidad excesiva de tactos vaginales sin su autorización. Dichos actos incurren en una infracción a la NOM-007-SSA2-2016, en el numeral 5.5.7 y 5.5.11, ya que la atención obstétrica debe ser orientada bajo las normas médicas y la aprobación de las beneficiarias, por lo que la exploración vaginal debe realizarse sin propasarse u omitir comunicarlo a las madres, puesto que, de no hacerlo, se incurre en un abuso. Estas prácticas se clasifican como transgresiones físicas y también son violencia obstétrica.

El resto de las colaboradoras son derechohabientes, por lo que acudieron a instituciones de salud pública. Pamela, describe su proceso de expulsión como inapropiado desde el anuncio

de la muerte de Roberto, ya que durante el parto no se ponderó su privacidad, por lo que tuvo que presenciar a otras madres parir y viceversa. Todas las beneficiarias tienen el derecho de privacidad, pero las limitaciones en la infraestructura disponible en las instancias de salud no permiten que esto suceda; es así como las madres están expuestas a no tener intimidad. El manejo de una muerte perinatal debe consumarse en espacios diferenciados, porque el compartir área con otras madres afecta negativamente en la salud mental de las madres estrellas, ya que están en contacto directo con madres que están pariendo a sus hijos vivos y están en presencia de otros bebés. Mantener una zona distinta permitiría brindar un trato más cortés y empático, puesto que de no ser así se vulnera a las mamás. Dicha configuración recae en violencia obstétrica, ya que por años se ha ignorado estas muertes y se siguen reproduciendo estos actos médicos sin contemplar los derechos de las Madres Estrellas. La carencia de consentimiento informado hizo que Pamela desconociera todo acerca de su parto, dando toda la autoridad y el poder decisional al personal médico. Si no se explican de forma clara y empática los detalles de las prácticas sanitarias, la toma de decisiones se concede a los [as] prestadores de servicios.

Ante el conocimiento de la muerte, se obtuvieron distintas reacciones debido al estrés al que son sujetas las madres. No dirigirse a ellas de forma empática pudo ocasionar crisis psicológicas o bloqueos mentales, cuestiones que las desestabilizaron emocionalmente.

Briana tuvo que pasar una noche en la institución para obtener el diagnóstico oficial y continuar con el procedimiento médico correspondiente. Se le administró medicamentos vía vaginal y se le realizaban constantemente tactos vaginales con el objetivo de remitirle a la sala de expulsión. Durante la asistencia recibió distintas reacciones por parte del personal, desde quienes desconocían sobre la muerte de Daniel hasta quienes le recriminaban para que mantuviera un buen comportamiento. Las enfermeras estuvieron insistiendo en señalar la conducta que ella debía conservar con el propósito de evitar complicaciones por el “bienestar” de Daniel; influenciadas por una dinámica rutinaria, ya que no examinaban su expediente médico. Razón por la cual Briana tuvo que externarles en repetidas ocasiones que su bebé nacería sin vida, haciendo aún más traumática su experiencia. La falta de preparación en las instituciones sanitarias desencadena una serie de actitudes que agreden a las madres, puesto que a estas muertes se les resta valor debido a que se considera que no existió una relación entre madre e hijo[a].

“En expulsión al parecer nadie sabía que recibirían a un bebé muerto, me decían cosas como “no llores, aguanta y haz bien tus respiraciones porque vas a lastimar a tu bebé y no lo vas a ayudar a salir” y yo solo decía que no lo quería lastimar más, solo una enfermera tomó mi mano y me dijo que fuera valiente para poder ayudarlo por última vez”.

Los comentarios a los que son expuestas las usuarias por parte del personal de salud durante las intervenciones tienen una connotación de violencia que es consecuencia de una normalización de las jerarquías de poder. Cabe destacar que también existen excepciones a todo esto, como queda comprobado con aquella enfermera que supo de la situación de Briana y logró portarse de manera más empática con ella.

La misma dinámica de violencia se manifestó en el caso de Brenda, ya que se procedió a realizarle un legrado por las semanas de gestación. Durante dicha intervención, la prioridad del personal sanitario se centró en la elección de un método anticonceptivo una vez concluido el legrado. Dicha insistencia se presentó a lo largo de la atención, menospreciando su condición emocional, dado que se encontraba en shock por el deceso de Ian; no obstante, la insistencia continuaba. *“Se le hará un legrado ¿cómo se va controlar? [...] No me decía nada, me metía la mano y se iban”.*

Así mismo, le hicieron múltiples tactos vaginales sin su consentimiento, debido a un retraso en el proceso de dilatación, esta acción se efectuó en repetidas ocasiones en una sala en conjunto con otras madres, *“No hubo privacidad para todas las mamás, todas vimos todas, fue incómodo, no se cerraban las cortinas”.*

La violencia verbal también se hizo presente mediante comentarios deshumanizados, en los cuales se le responsabilizaba por el fallecimiento de Ian: *“La doctora me atacó por mi edad, “ya no vas a poder después”, “debes bajar de peso”, “la edad fue de alto riesgo por su pérdida”.* Solo un camillero intervino de forma cortés al brindarle contención.

En el caso de Verónica también se procedió con un aborto inducido mediante la administración de misoprostol³², en ese lapso no se le brindó asistencia ni detalles acerca del procedimiento. La atención fue deficiente, dado que no se llevó un control médico para

³² Misoprostol medicamento “que prevé y trata la aparición de úlceras gástricas. Por sus activos como mediador celular, este fármaco tiene la capacidad de actuar sobre el sistema reproductor, por lo que también es utilizado para inducir el trabajo de parto, e interrumpir el desarrollo fetal durante el embarazo”. (El Universal, 2021)

dictaminar su progreso. A pesar de la solicitud de suministro de pañales por el sangrado que presentaba y las protestas de malestares físicos, Verónica fue ignorada por el personal sanitario. Después de horas en ese estado fue remitida a la sala de expulsión y ahí le proporcionaron el cambio de pañal que había demandado con anterioridad. Así mismo, recibió exploraciones vaginales sin su autorización.

“Me quedé ingresada para un legrado, en el transcurso del día me pusieron misoprostol y me dejaron en una camilla sin decir más, le pedí a la enfermera un pañal para cambiarme el anterior que ya tenía, ya que estaba llena de sangre, coágulos y pequeñas partes de mi producto, nunca llegó ese pañal extra hasta que fui a quirófanos después de casi 8 horas. El médico a cargo nunca fue a revisar mi evolución después de colocarme el misoprostol solo me dejó ahí, lo vi pasar cuando iba a cenar, intenté hablar para decir que mi dolor era muy fuerte pero se siguió de largo. Por fin desde que ingresé a las 10 am me pasaron a quirófanos a la 1 am del día siguiente, en quirófano aún tuve que esperar 4 horas ya que los partos expulsivos no dejaban de llegar, mientras esperaba me hacían tactos vaginales muy seguido y me dolía, hasta que una médico me dijo “si te vuelve a hacer un tacto lo voy a reportar siempre hace eso sin ser necesario”, así que me di cuenta que estaba siendo vulnerada en el momento más difícil de mi vida”.

Justo antes de su ingreso a quirófano se admitió a otra madre para expulsión, esta acción se justificó bajo comentarios revictimizantes.

“Por fin a las 5 am me dijeron que sería mi turno, pero llegó un expulsivo de urgencia y una enfermera de forma muy burlesca me dijo “ni modo, niña, bebé vivo le gana a bebé muerto” y entraron a quirófanos. Después de este parto por fin seguí yo, entrando a quirófanos por fin en la tranquilidad de esa habitación, por fin pude darme cuenta de lo que estaba por pasar, iban a sacar a mi bebé de mi... Me desmoroné, lloré como nunca, no podía calmarme daba bocanadas de aire y me pusieron un tranquilizante en la vena, me dormí la mayoría del procedimiento, despertaba y volvía a dormir”.

La mortalidad perinatal influye en la salud mental de las Mamás Estrellas. Las condiciones en las que se encuentran provocan diversas reacciones entre el personal que atiende lo que ocasiona que su tristeza, desconsuelo, sufrimiento y dolor sean desacreditados. La violencia obstétrica en las asistencias a las muertes gestacionales y perinatales se percibe a través de violencia física y verbal hacia las madres estrellas. La primera, se observa en la exploración vaginal innecesaria y excesiva, la administración de medicamentos sin consentimiento previo y la falta de atención oportuna. La segunda, en los comentarios realizados por el personal sanitario, a veces culpabilizando a la madre por la muerte, otras veces con actitudes y palabras que amenazan y las obligan a mantener una conducta dócil, sumisa y

condescendiente donde se ceda toda autoridad para la toma de decisiones a los prestadores de servicios, aunado a esto la falta de empatía y tratos respetuosos hacia estas madres a lo largo de las intervenciones obstétricas.

Por su parte, para Fabiola el desconocimiento de su embarazo transformó su experiencia, ya que recibió tratos deshumanizados durante toda su estancia médica. Las características de la violencia obstétrica destacan el abuso psicológico ejercido hacía las mujeres durante el parto. De acuerdo con GIRE (2015), la violencia psicológica se identifica en los comportamientos que vulneran a las embarazadas, es decir, se reconocen a través de actos cuyo objetivo es responsabilizar, culpabilizar y amedrentar a las madres. Fabiola percibió opiniones agresivas por parte del personal médico, quienes la responsabilizaron del fallecimiento de Jade, estos señalamientos persistieron durante toda la atención.

Fabiola: inclusive -este- me acuerdo mucho que iba en la camilla, ya para cirugía porque tuve -eh- retención de, de placenta y de cordón umbilical, iba para cirugía y en, en ese caminito, en ese pasillo, él seguía, iba insistiendo hasta que una sola enfermera le dijo “doctor cálese, porque la paciente no está para eso.”

Entrevistadora: te- o sea ¿Cuánto tiempo fue?, ¿durante todo este proceso y dónde te estuvieron culpando sobre la muerte de tu nena?, ¿tardaron mucho tiempo?

Fabiola - tardaron mucho tiempo, fue, o sea... a mí se me hizo demasiado, demasiado tiempo, yo creo que fueron 15 minutos, durante 15 minutos me tocó escuchar al doctor -eh- decirme que yo lo había matado, decir que -este- (solloza) que era mi culpa -eh- también me gritó que me callara, que no dolía tanto lo que me estaba pasando, que no era para tanto y.. -este- en algún momento mi novio estaba a mi lado y le hicieron el comentario de que, que estaba, él estaba cometiendo un delito porque yo era menor de edad, cosa que pues no es cierto y él se los hizo saber “ella no es menor de edad, tiene 27 años, o sea lo que me estás diciendo es completamente falso”, pero el doctor seguía muy insistente en que yo había matado a mi bebé y que si mi novio quería, podía ir a presentar una denuncia y él lo iba apoyar.

Las acusaciones a las que estuvo sujeta Fabiola por parte del prestador de servicio son aberrantes, la conducta con la que se dirigía a ella demuestra una serie de maltratos. Al insinuar que Fabiola era la responsable de un presunto infanticidio a través de comentarios y exhibición entre el personal médico y su pareja son en definitiva violencia obstétrica, dado que no ejecuto un protocolo de actuación para determinar las variables que provocaron el fallecimiento, es decir, se conducía bajo sus propios prejuicios demostrando su misoginia. Estos comportamientos incurren en infracciones a la NOM-007-SSA2-2016 numeral 5.5.1, debido a los tratos deshumanizados, sin ponderar su salud mental y transgrediendo de múltiples formas

sus derechos, iniciando con la revictimización. Durante estos procesos la vitalidad de las madres tanto física como psicológica deben ser prioridad para el personal de salud, con la intención de evitar afectaciones a la madre y el bebé. Fabiola continuó replicando sobre las consultas que recibió previamente y sobre el desconocimiento de su embarazo; sin embargo, los señalamientos del doctor no cesaban, dicho accionar la expuso al retraso de atención y a una enorme carga de violencia psicológica.

Entrevistadora: ¿Cómo te sentiste? ¿Tú le dijiste algo al doctor? No sé -eh- tu coraje o ¿realmente estabas como en shock y no podías responder?

Fabiola: ¿Qué crees? O sea, en ese momento- pausa-pues, aunque quisiera, aunque quería decirle algo, realmente el dolor que yo sentía, o sea el dolor físico que yo sentía, pues era más, no era como para andar callando al señor -ajam- porque me dolía demasiado, tenía cólicos muy muy fuertes, inclusive -eh- estaba ya entre que perdía el conocimiento y regresaba porque ya había perdido mucha sangre.

Al evidenciar estas transgresiones, Fabiola solicitó una sanción hacía este prestador de servicios, dado que forman parte de una violencia sistemática y misógina ejercida en contra de las mujeres.

3.3.3 La despedida a una estrella

Posterior a las intervenciones como parto inducido, cesárea, aborto o legrado, no se pondera la necesidad de un acercamiento entre madre e hijo [a], puesto que se considera que puede generar afectaciones psicológicas a las madres; no obstante, esta aproximación para la mayoría de las madres constituye las herramientas para validar la existencia, aun post-mortem, de sus hijos e hijas. Dentro de las dinámicas de atención a estas muertes, las áreas comunes con madres que reciben a bebés vivos transforman la experiencia de las Madres Estrellas en un suceso abrumador, ya que deben presenciar los cuidados y llantos a otros bebés cuando ellas tienen los brazos vacíos. La infraestructura en las instancias sanitarias no contempla un espacio para el acompañamiento y la asistencia ante estas muertes, lo que implica que se pase por alto el bienestar físico y psicológico de las madres. A pesar de esta deficiencia, algunas estancias médicas crean estrategias para brindarles a las familias privacidad, en otra zona de cuidados para evitar exponer a las beneficiarias en la sala de maternidad; sin embargo, pocas tienen este privilegio.

Las atenciones que recibieron las colaboradoras posteriores al proceso de expulsión denotan las fallas en el sistema de salud para proteger a las madres y a sus familias durante las muertes gestacionales y perinatales. Catalina, quien cuenta con los medios económicos para cubrir los costos de atención privada fue transferida a otro espacio mediante una estrategia que realizó su ginecólogo después de conocer los decesos de su hijo e hija: Andrés y Carolina. La planificación de la cesárea en su primer embarazo permitió que Catalina junto a su esposo tuvieran tiempo de calidad y privacidad posterior a la intervención, misma que otorgó a la familia los instrumentos para generar una despedida y recuerdos respetuosos.

“Como fui la última y yo, no sé si mi doctor lo hizo así a propósito que, me, me programó como a la última en el quirófano, precisamente para no estar rodeada de otras pacientes, ¿no? - eh- pero estaba sola, con mi esposo y mi bebé y ya, o sea no había nadie más, yo no nunca escuché el llanto de otro bebé, nada”.

De la misma manera, en su segundo embarazo se le concedió la asistencia en una zona distinta, no obstante, no se les proporcionaron los restos debido a las pocas semanas de gestación, pero ella y su esposo solicitaron la aplicación de los análisis correspondientes para comprender las causas del deceso.

“Mi segundo embarazo -este- llegamos a la semana 7, entonces pues -emm- digamos que materialmente no había como algo que yo pudiera atesorar -eh- lo que hicimos -eh-, fue que -eh- le pedimos al... a nuestro doctor que se hicieran estudios genéticos sobre, sobre nuestro embrión”.

El personal sanitario desarrolló un protocolo con los medios a los que tenían acceso con la finalidad de brindarle intimidad a Catalina y a su esposo para concretar una despedida. Conceder a las familias espacios y tiempo con sus bebés después del deceso es fundamental para proporcionar un trato digno, dado que se está ponderando el bienestar físico de las madres, pero también su salud mental de forma respetuosa.

*“Entré a quirófano en la noche -este- y salí de quirófano y me entregaron a mi bebé, estuve unas horas con él -pausa- lloramos, le cantamos, nos despedimos de él y... y dije **“bueno, estoy lista para decirle adiós”**, pero en general yo siento que yo tuve un trato muy, muy humanizado. En ningún momento yo me sentí -este- ni discriminada, ni violentada al contrario el equipo sanitario, mi personal médico, personal de enfermeras eran muy amables, me atendí en una clínica privada, no sé si eso tenga que ver, pero, pero sí, o sea -este- me, me siento yo agradecida con la experiencia, o sea dentro de todo [lo] feo que es vivir la muerte de un hijo -eh- afortunadamente tuvimos personas muy humanas cerca de nosotros” - Catalina.*

Esta planificación es un privilegio, ya que no todas las mujeres cuentan con los medios para obtenerlo. No obstante, en hospitales privados también se reproduce la violencia obstétrica. Rubí y Andrea, quienes también solicitaron atención en instancias privadas, percibieron abusos psicológicos y físicos.

En el caso de Andrea, debido a las condiciones de las estancias sanitarias por la pandemia de COVID-19, ella fue víctima de abusos psicológicos durante las intervenciones, fue ignorada por el personal sanitario, ya que no obtuvo detalles sobre las evaluaciones realizadas en su cuerpo, en conjunto con la falta de capacitación para dar una contención respetuosa. Andrea tuvo una orientación deficiente en relación con sus derechos para tener una despedida amable y amorosa. La insuficiencia de protocolos ocasiona que las mamás se sientan abandonadas, sin la oportunidad de exponer sus dudas con respecto al deceso y la elección sobre acercamiento que quisieran tener con sus bebés, como del resguardo de material audiovisual para obtener una remembranza.

Las transgresiones psicológicas y físicas también las experimentó Rubí durante y posterior a la expulsión. Debido a las complicaciones que presentó en el parto tuvo que recibir valoraciones constantes mediante tactos vaginales para proceder con la atención, pero estas no eran anunciadas, a su vez, la interacción del personal no se desarrollaba respetuosamente, ya que era ignorada. La comunicación entablada con los profesionales de la salud no se concretó de forma asertiva debido al desconocimiento del idioma por ser inmigrante, motivo por el cual Rubí fue víctima de abusos obstétricos: *“No me miraban a los ojos, no avisaban cuando hacían tacto vaginal, abría los ojos y un hombre me metía los dedos en la vagina, no me dirigían la palabra”*.

Después de la labor de parto, desconocía cómo actuar con Raúl; resultado de la desinformación sobre los derechos que deben ser respetados durante los casos de mortalidad perinatal. *“No sabía qué hacer, si era permitido tener a mi bebé, que lo abrazara, que estuviera con mi bebé, que me diera mi tiempo con mi bebé”*.

Las atenciones hospitalarias en instituciones privadas o públicas pueden ser atravesadas por la violencia obstétrica, resultado de transgresiones hacia las mujeres que son sistemáticas. La invisibilización de estas muertes y vulnerabilidad de las madres posibilitan la reproducción de estos abusos. Las interlocutoras que recibieron asistencias en instancias públicas nombraron

las insuficiencias en el sistema de salud para otorgar a todas las madres una atención de calidad sin tratos deshumanizados.

El accionar de las madres está atravesado por la incertidumbre, ya que desconocen si tienen la opción de acercarse a sus bebés, permanecer tiempo con ellos y/o de conservar recuerdos, por otro lado, en ocasiones el personal de salud no les permite esta aproximación, lo cual puede desarrollar afectaciones psicológicas. La inestabilidad emocional de las madres puede causar que tengan periodos de crisis y estrés; por ende, las y los médicos optan por la administración de medicamentos como sedantes. Pamela, Briana, Brenda y Verónica experimentaron negligencias similares, debido a la falta de información. Pamela, estuvo aproximadamente cinco minutos con Roberto y después le fue retirado, ella ignoraba cuánto tiempo era autorizado para despedirse o si era posible conservar alguna fotografía. Algo similar le sucedió a Briana, cuando le cuestionaron sobre sus deseos después del parto, pero debido al desconocimiento referente al contacto que podía tener con Daniel, aunado al sentimiento de inseguridad sólo pudo acercarse por un breve momento.

“Solo una enfermera tomó mi mano y me dijo que fuera valiente para poder ayudarlo por última vez, pero en realidad fue él quien me ayudó tanto, ella misma lo limpió y al estarlo viendo de reojo esperaba un milagro para poder escucharlo llorar, pero nuevamente “no”. Ella me preguntó si lo quería conocer, asentí y me lo acercó, me dio tanta vergüenza frente a todas, quería abrazarlo y no sabía si podía. Solo toqué su mejilla, era tan suave, cálida, rosada y delicada, lo besé y solo dije “¿que te hice?”, la misma enfermera me preguntó si tenía nombre y si quería que ella lo bautizara y le dije Daniel. Se llevaron a mi pequeño Daniel y jamás lo volví a ver”.

A Brenda le trasladaron a otro sitio después de la intervención, no obstante, estuvo un periodo de tiempo sola y con restricción de visitas, se encontraba retirada de la sala de maternidad, lo cual considera que le facilitó tolerar el deceso de Ian, pero enfatiza en la necesidad e importancia de tener espacios separados para madres que pierden a un hijo [a]. *“No estuve con más mamás lo cual era fácil de sobrellevar, pero no dormí trataba de enfocarme en otras cosas”.*

Durante el procedimiento a Verónica se le aplicó un tranquilizante que la mantuvo inconsciente por algunos minutos debido al estado en el que se encontraba. *“[Me encontraba] en el área de recuperación, hasta que por fin dijeron “vamos a subirte a tu cama”, la enfermera junto mis papeles y me dijo “solo veo donde tienen a tu bebé y nos vamos”, tuve que explicarle que mi bebe había muerto ya que no tuvo la calma de leer mi expediente”.*

El caso de Fabiola refleja distintas negligencias, ya que por medio de comentarios era exhibida como responsable ante todo el personal médico de forma irrespetuosa.

“Salgo del quirófano y me mandan a -este- al... área de recuperación y llega un... ¿intensivista? Un, sí, creo que era, sí de intensivista, llega un doctor intensivista y es la primera vez de ya tres horas que yo llevaba en el hospital, que alguien tiene un poquito de humanidad conmigo [sollozo] porque -este- se acerca y me dice “mira, lo siento mucho, perdiste a tu bebé es algo que no se le desea a nadie, pero [solloza] -este- ahorita tú estás, hay que enfocarnos en ti, porque tú estás, pues estás malita y te voy a subir a terapia intensiva” -ajam-y [solloza] cuando él pregunta por la bebé, por mi hija el doctor, vuelve a gritarle “se murió”, así sin ton y zon, y -este, eh- después de ese momento, cada que el intensivista -eh- hablaba de mi hija o, o le preguntaban por la bebé, él pues ya no lo gritaba ya -este- se acercaba y les decía muchísimo más discreto que, pues había fallecido. Subo a terapia intensiva y estoy ahí como seis horas”.

La empatía que recibió por parte de uno de los prestadores de servicios ayudó a evitar la reproducción de comentarios revictimizantes a los que fue expuesta durante toda su estancia sanitaria.

3.3.4 La invisibilización de la vida y la muerte: ¿Qué sucede después del parto y un bebé sin vida?

Las Madres Estrellas participantes en esta investigación ignoraban los procedimientos correspondientes después de dar a luz: ¿podían cargar a sus bebés?, ¿cuánto tiempo podían compartir con sus bebés?, ¿era posible obtener material visual de sus bebés?, ¿alguien puede acompañarte durante el parto y puerperio?, ¿qué pasa con el cuerpo de sus hijos e hijas?, ¿deben compartir un área en común con otras mamás y sus bebés?, ¿existen cambios fisiológicos sin tener bebé en brazos? Con anterioridad se han mencionado las inquietudes de las interlocutoras después de las intervenciones sanitarias y se han evidenciado los comportamientos del personal médico, los cuales denotan la invisibilización y la poca importancia que se les da a las muertes perinatales y la deficiencia en la formación académica de los y las prestadoras de servicios para brindar cuidados respetuosos.

La construcción de género de la maternidad destaca la capacidad de gestar de las mujeres, por ende, cuando se presenta un deceso en la gestación es difícil de razonar, comprender, darle su lugar cognitivo. Dentro del ámbito médico las muertes gestacionales y

perinatales son concebidas como un defecto, ya que se pondera como satisfactorio la atención de un parto con bebés vivos (Claudia Figueroa, 2022); de esta manera, el accionar sanitario se desarrolla sin la consideración de una planificación respetuosa.

El personal de salud no dispone de las herramientas para proporcionar una asistencia médica capacitada al comunicar el deceso e implementar protocolos orientados en los cuidados y a la divulgación de información precisa, concisa y empática a las madres sobre los procesos médicos y fisiológicos después del fallecimiento. Es así como se exhiben las carencias en las instituciones, ya que no otorgan tiempo de calidad para una despedida, como de las condiciones respetuosas que se ajusten a las necesidades de las familias. También se hacen visible las deficiencias en el cuidado de la salud mental debido a las desigualdades económicas de las Madres Estrellas para obtener atención psicológica especializada posterior al deceso de su hijo[a].

3.3.5 “Me toca escuchar llantos de bebés por aquí, llantos de bebés por allá”, la insuficiencia del sistema de salud para proteger a las Madres Estrellas

“Las mujeres que sufren de una muerte fetal no están exentas de sumar a su experiencia los efectos de una práctica médica que privilegia contener y disciplinar a las pacientes y que, ante la falta de formación para hacer un acompañamiento constructivo, genera acciones que sin duda se clasifican como violencia obstétrica” (Claudia Figueroa: 2022; 52).

Las jerarquías de poder en el ámbito médico en conjunto con la preparación académica en la existe coacciones desencadenan una serie de abusos que son perpetrados sin cuestionamientos, ni reprobación. La mortalidad perinatal refleja una dinámica que vulnera, responsabiliza y recrimina a las usuarias debido al modelo médico hegemónico que prioriza las intervenciones medicalizadas por encima de las necesidades de las madres. Los recursos destinados a las instituciones de salud son insuficientes, por lo cual, el desarrollo de espacios diferenciados para las Madres Estrellas no es contemplados. Los cuidados del postoperatorio se llevan a cabo en áreas comunes, esta acción es considerada como insensible, ya que no se pondera el bienestar psicológico y emocional de las Mamás Estrellas.

Para las colaboradoras, la atención recibida tuvo distintos efectos, dado que no todas contaron con un espacio digno. Las interlocutoras Catalina, Rubí y Andrea, quienes asistieron

a hospitales privados, tuvieron distintas experiencias. La estrategia de asistencia que percibió Catalina fue encaminada desde el respeto, donde se le otorgó tiempo y privacidad junto a su esposo para despedirse. Llevar a cabo este tipo de planificaciones son un privilegio, ya que, por distintas razones sociales, económicas, geográficas, culturales, estas no son realizadas con todas las mamás y, cuando se hacen, suelen darse solo en la atención privada.

Por su parte, Rubí en su estancia hospitalaria tuvo la oportunidad de permanecer en una habitación privada, sin embargo, sufrió de desatenciones por parte del personal médico debido a la barrera del idioma, que a pesar de contar con un instrumento electrónico que le permitía el diálogo, sus cuestionamientos eran ignorados *“no me dirigían la palabra”* (Rubí), así mismo permaneció sola durante horas sin la compañía de su esposo y sin la posibilidad de despedirse y/o de crear recuerdos con Raúl. Por su parte, debido a la emergencia sanitaria, la atención que tuvo Andrea transcurrió acorde a los protocolos establecidos durante la pandemia, por ende, no contó con la compañía de su pareja o tiempo para despedirse de Emilio.

Las instituciones públicas carecen de recursos para solventar todas las exigencias de las y los derechohabientes, es por ello por lo que la implementación de espacios para las asistencias a las muertes gestacionales y perinatales no son aplicables. Para Pamela, Briana, Brenda, Verónica y Fabiola, el puerperio se tornó de manera diferente, de acuerdo con el contexto en que se presentó la defunción. La recuperación en la sala de maternidad se convierte en un lugar donde la madre e hijo [a] generan un vínculo; pero cuando se presenta un deceso, este espacio toma otro significado para quienes pierden a una hija[o]. Pamela, Briana y Fabiola, posterior a la intervención médica, fueron dirigidas a una zona de descanso junto a otras mamás y sus recién nacidos. Este acto tiene distintas connotaciones. Por un lado, dicho acercamiento, al encontrarse emocionalmente inestables y vulnerables, las desestabiliza; ellas no tienen a sus bebés en brazos. Por otro lado, el personal médico no cuenta con la preparación y planificación para otorgar una atención respetuosa. Al respecto, Briana sostiene que *“Me dejaron esperando con más mamás y bebés, lloraban y amamantaban”*. Por su parte y de forma similar, Fabiola recuerda que *“cuando me mandan a piso, pues me van y me meten a, al piso de mujeres recién-este- dadas (paridas), así con sus bebés [sollozo] y pues me toca escuchar llantos de bebés por aquí, llantos de bebés por allá.”*

Pamela, Brenda y Fabiola, fueron víctimas de abusos verbales. A lo largo de las atenciones recibidas, el personal las trató de manera deshumanizada. A Pamela le dijeron

“puedes tener otro hijo, aún estás joven”. Es por ello, que una madre como Brenda sostiene que decidió hablar y difundir su experiencia y que *“lo hago para que no le pase a otra persona, los médicos aprendan a hablar, soportar todo lo que dicen porque para nosotras no lo es, porque están haciéndote responsable de lo que pasó, “por tu edad, por tu edad necesitas madurez”, “si eres joven o muy grande””*.

Estos comentarios revictimizantes no solo se efectúan en el ámbito médico, sino también en otras áreas de interacción. Tal es el caso de Fabiola con los agentes del Ministerio Público: *“Llega el MP, el ministerio público, porque como la bebé nació fuera del hospital y falleció -este- tenían que levantar un acta y en todo momento también me culparon a mí que yo había pues matado a mi bebé”*.

Estas transgresiones traspasan diferentes entornos. Las Mamás Estrellas siguen siendo señaladas como las culpables, sin considerar las diferentes causas que provocan los decesos, esto recae en la individualidad causando que las propias madres lo asuman como su responsabilidad sin que eso sea cierto.

3.3.6 Alta hospitalaria y brazos vacíos

El alta hospitalaria debe efectuarse de acuerdo con los criterios médicos, este proceso para las Madres Estrellas constituye una experiencia dolorosa, dado que deben regresar a sus casas con los brazos vacíos. Previamente al alta, se les debería de asesorar sobre los cambios fisiológicos que pueden presentar, las causas de la muerte de su hijo/a y entregar el cuerpo de forma respetuosa.

El resguardo del cuerpo de sus hijos [as] debería desarrollarse por medio del consentimiento informado de las familias, dado que otorgarles los restos humanos para brindarles sepultura les permite a las madres llevar a cabo los ritos funerarios necesarios cuyo propósito consisten en constatar que hubo vida y respetar su proceso de duelo. Andrea, Pamela, Rubí, Brenda y Verónica, no mencionaron sobre la entrega de los cuerpos de sus bebés; pueden surgir distintas razones por las cuales los restos no se puedan entregar a la familia, ya sea por las semanas de gestación o por otras circunstancias no explicadas. Pero el desconocimiento sobre las causas de estas muertes coloca en desventaja a las madres, quienes ignoran su derecho a preservar los restos de sus hijos [as] para darles una sepultura digna y a mantener un recuerdo mediante una fotografía, por ejemplo.

La importancia de poder tener una interacción con sus bebés posterior al parto y de generar alguna memoria de ellos, les ayuda a procesar su duelo de una forma digna. Estas herramientas benefician a las familias, ya que quienes no tuvieron la oportunidad de conservar fotografías o acercamiento con los y las bebés, pueden solo imaginar su apariencia física; esto impacta negativamente en su proceso. Así mismo, es importante señalar que cuando se presenta un deceso, se debe solicitar la autorización de las Madres Estrellas para tener la aproximación con sus hijos[as] o el resguardo de recuerdos, puesto que las reacciones son variables y se debe considerar la voluntad de las usuarias.

Por su parte, las interlocutoras aluden que demandaron ante el personal poderse acercar a los cuerpos de sus bebés, pero esto fue denegado sin justificaciones razonables. Para Catalina, Briana y Fabiola, las circunstancias fueron diferentes. Catalina obtuvo una orientación médica adecuada por lo que en conjunto con su esposo tomaron la decisión de otorgarle sepulcro a Andrés. A diferencia de Carolina, cuyos restos fueron proporcionados a la institución sanitaria para efectuar estudios genéticos con el propósito de conocer las causas del fallecimiento. En el caso de Briana, debido a que aún se encontraba hospitalizada, el cuerpo de Daniel le fue entregado a su esposo, quien reportó a Briana un trato deshumanizado de entrega del cuerpo: *“Mi esposo consiguió la carroza, le entregaron el cuerpo en un material tipo hule, donde lo sacaron de un refri [gerador] a los de la carroza”*.

Para Fabiola se tornó diferente, ya que, al ser señalada como responsable de la muerte de Jade, presenció dificultades en la entrega del cuerpo. Situación que orilló a Fabiola y a su novio a exhibir su caso en las redes sociales, con la intención de solicitar apoyo. De esta forma, posterior a su exigencia, se le brindó otra reunión para proceder con la entrega del cuerpo de Jade, sin embargo, este proceso tardó varios días.

“Fue un rollo que nos entregaran el cuerpo, porque el ministerio público la primera que fue –eh, este- quería dinero para liberar el, el cuerpo [solloza] para entregarnos o sea, por un papel querían 50 mil pesos, mi novio les dijo que no porque al final es un trámite gratuito, o sea no, se tuvo que quejar a través de redes sociales y dos días después regresó otra señorita del MP, otra agente del MP y me empezó a hacer -este- volvió a recabar la información y ya con eso nos entregaron el cuerpo, pero nos lo entregaron tres o cuatro días después”.

Estas desigualdades denotan las condiciones inapropiadas para la entrega de los cuerpos a la mayoría de las colaboradoras.

El alta hospitalaria es descrita por las interlocutoras como un proceso abrumador, ya que deben salir de las estancias médicas sin sus bebés en brazos, circunstancia que las vulnera, además de que no reciben la orientación médica correspondiente. Aunado a las actitudes revictimizantes al interior del hospital, se integra la falta de atención psicológica integral gratuita para quienes no cuentan con los medios para solventar el gasto de esta atención; o bien, si obtienen la ayuda terapéutica, ésta no es ejercida de forma empática o amable, lo cual puede generar aún más afectaciones a las Madres Estrellas. Estas circunstancias obligan a las familias a cubrir los costos de la asistencia psicológica de forma independiente, por lo que esta sigue siendo un privilegio.

Las asesorías sobre los cambios fisiológicos posterior a una muerte gestacional y perinatal pueden ser olvidadas. La omisión de información y detalles por parte del personal afectan el bienestar físico y emocional de las madres. La falta de información complementaria sobre la lactancia materna es un factor común entre algunas de las interlocutoras, ya que asociaban la producción de leche materna con bebés vivos.

Al regresar a su hogar, Rubí experimentó síntomas que la remitieron de nuevo a la institución médica, donde le administraron medicamento para evitar la producción de leche y algunos señalamientos de cuidado. No hubo asesoría alguna respecto a lo que le estaba sucediendo.

“Al día siguiente presenté cambio por lactancia, tenía los senos hinchados y fiebre, me dieron una pastilla para cortar la leche y me recomendaron cosas frías, no tocarme o baños con agua fría, pero durante el post parto no dicen nada”.

Las negligencias del personal sanitario para brindar información después de una muerte gestacional y perinatal derivan en transgresiones, pues se omiten detalles y no se permite a la mujer elegir libremente qué procedimientos seguir en sus cuerpos. Al no respetar este derecho, esta omisión se transforma en violencia obstétrica. Tal es el caso de Briana, a quien solo se le ofreció una indicación oportuna, pero no se le orientó de forma adecuada: *“Luego solo me dieron de alta y como aviso "oportuno" me advirtieron que probablemente "me saldría leche". En ese caso, que buscara con algún doctor la receta para el medicamento para cortar la leche, y sin más nos fuimos con los brazos vacíos y el corazón roto”.*

De acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016 en el numeral 5.6.1.9, la asesoría sobre lactancia materna debe ser explicada de forma integral durante su estancia médica con la

finalidad de garantizar una atención de calidad; esto debe de aplicar también en casos de una muerte perinatal.

Además de omisiones, también hay intervenciones médicas sin consentimiento de la madre. A continuación, una porción del testimonio de Fabiola, a quien le suministraron fármacos sin su autorización:

“Porque ni siquiera -eh-pues si no, no me revisaron más allá, la otra parte es que después del parto, del quirófano inmediatamente me medicaron para que yo no lactara sin preguntarme, a lo mejor yo pude haber donado la leche a algún banco de leche o no sé cualquier cosa, pero no se me preguntó hasta que llegaron ya -este- para darme de alta me dijeron “ten, te tienes que tomar estas”, cuando pregunté “¿qué eran?” me dijeron “pues son para cortarte la leche” y pregunte quién había autorizado y... pues nadie me supo decir”.

Restar autonomía a las mujeres es muy común en las salas de maternidad, ya que esta acción representa el abuso de poder por sobre quienes desconocen sus derechos y no cuestionan los procedimientos a los que son sometidas durante el parto y puerperio. La atención a la mortalidad perinatal es efectuada bajo irregularidades, mismas que tienen origen en la desinformación sobre los decesos y la falta de preparación de los y las médicos y el personal de enfermería para brindar cuidados respetuosos y empáticos, estos factores forman parte de la violencia hospitalaria sistemática a la que son sujetas las mujeres históricamente.

La contención a las madres después de una mortalidad perinatal involucra distintas emociones que son difíciles de discernir y de manejar, tanto para el personal como para las madres; por ende, la ejecución de cuidados previamente establecidos se transforma en tratos inhumanos. Dentro de los señalamientos de las mujeres que experimentaron una muerte perinatal destaca “el trato poco amable y la sensación de abandono en comparación con la atención que reciben las mujeres con hijos vivos” (Claudia Figueroa, 2022; 54).

En una sociedad tan desigual como la mexicana, la atención a la salud mental se vuelve un privilegio y esta disparidad reafirma la insuficiencia para proteger a las madres después de una muerte gestacional y perinatal. Los profesionales de la salud emocional no siempre están capacitados para otorgar sus servicios a las Madres Estrellas, sus asistencias pueden estar orientadas hacia la revictimización. La forma de proceder posterior al deceso contempla valorar el entorno de las usuarias para descartar violencia doméstica, no obstante, esta no abarca todos los parámetros a analizar. En el caso de Briana, la atención psicológica que recibió estaba enfocada en puntualizar la existencia de algún tipo de abuso en su hogar y a culparla, situación

que la orilló a solicitar ayuda con otro especialista terapéutico por sus propios medios, *“a la siguiente mañana llegó una pseudo psicóloga insinuando si había problemas de violencia de pareja y qué porque no acudimos rápido a emergencias, solo nos hizo sentir evidenciados”*.

Algunas de las interlocutoras decidieron tomar atención psicológica por sus propios medios, pero con marcadas, desigualdades debido a sus contextos sociales, culturales y económicos diferenciales. Catalina y Andrea, decidieron optar por terapia de pareja para transicionar su duelo con sus recursos después del fallecimiento. Por otro lado, Rubí tuvo que invertir en su salud mental, ya que la institución donde recibió atención no cubría los gastos, solo le anunció que debía pedir terapia psicológica y se le aplicó un protocolo de violencia doméstica, en el cual fue interrogada sobre la relación con su esposo, asumiendo que lo acontecido era consecuencia de dichos abusos. El resto de las colaboradoras no mencionaron recibir atención psicológica. Esta desatención demuestra los recursos insuficientes destinados al área de la salud mental y la minimización de la importancia de los fallecimientos.

3.3.7 La revictimización cotidiana

Se podría pensar que los abusos psicológicos que reciben las Madres Estrellas cesan después de las atenciones obstétricas; sin embargo, esto no es necesariamente así, Por ejemplo, hay abusos que siguen efectuándose en la familia, en el trabajo y/o en el círculo cercano. Una vez concluida la estancia hospitalaria, las familias deben regresar a sus actividades como si nada hubiese ocurrido. Se les exige que regresen a sus funciones cotidianas sin ponderar su estado mental y emocional.

La normalización de la violencia obstétrica dificulta cuestionar las actitudes y comportamientos del personal sanitario, por ende, para las Madres Estrellas, les resulta complicado reconocer estas prácticas. Ellas se encuentran inestables, procesando el dolor de la pérdida. La invisibilización de estas muertes ocasiona que las familias invaliden sus sentimientos. Como se ha expuesto anteriormente, las asistencias sanitarias que experimentaron las colaboradoras manifiestan la reproducción de los abusos físicos y psicológicos, transgresiones que pasan desapercibidas y sin castigo.

La formación médica les resta autonomía a las mujeres durante las valoraciones sanitarias. Si bien existen distintas razones que pueden causar los fallecimientos, señalar a las mamás como responsables cuando se encuentran inestables y no comprenden lo que está

sucediendo, ocasiona que se continúen ocultando estas muertes y no se exijan protocolos de atención integrales, tal como lo evidencia Briana en el siguiente extracto: *“Me sentía culpable de pedir las cosas, nos miran como si fuéramos culpables, como si lo hubiéramos deseado así, nos alzan la voz los médicos “ya pasó”, no hay empatía como si por ser pobres no tuviéramos el mismo derecho”*.

La desinformación es el comienzo de la reproducción de esta violencia. Las interlocutoras no comprendían lo que estaban viviendo, por eso desconocían cuáles eran las intervenciones que se debían efectuar. La forma en la que opera el *habitus* médico justifica el accionar sanitario. Dentro de estas afectaciones se destacan los comentarios donde se responsabiliza a las madres sin opción a réplica. Al respecto, Brenda señala que uno de los médicos le dijo *“qué bueno que no lo conociste, porque te hubieras sentido peor”*.

Solicitar los detalles sobre las causas de muerte al personal de salud puede incluir reacciones deshumanizantes, debido a que se les puede proporcionar información incompleta o les es negada. Cuando Brenda pidió el informe médico, de nuevo fue revictimizada, al exhibirla como responsable, por su edad y talla corporal. No obstante, solicitó el diagnóstico sobre las causas y demandó explicaciones de las mismas, pero debido a su mala memoria decidió grabar la conversación. Sin embargo, fue descubierta y se le retiró su dispositivo móvil para eliminar la grabación, esto ocasionó que los resultados no fueran aclarados y se le pidió que solo firmara y se retirara del lugar. Esta situación desconcertó a Brenda, quien sólo requería saber las especificaciones ante análisis que no comprendía. Posteriormente, se dirigió de nuevo a la institución de salud para levantar una queja, pero fue ignorada y aunque cuenta con los datos del doctor, ya no continuó con el proceso.

De igual manera, Fabiola procedió con la demanda al hospital por el trato que recibió, pero de nuevo fue revictimizada y amenazada para que desistiera de esta.

“De hecho si lo hice, pero emm, me tardé yo, esto pasó en septiembre por el... sí el 19, el 18 de septiembre, yo salí del hospital un 24 y cuando regreso a mi casa pues -este- literal me la vivía acostada, llorando todo el día. Me reincorporo a, a mi vida laboral y -este- y empiezo, mi doctora me manda al psicólogo y lo empecé a trabajar con el psicólogo porque pues lo que hicieron, lo que me hicieron está mal -ejem- entonces voy presento mi queja en el IMSSTE y... el, primero la presenté directamente en el hospital y me dijeron “ah sí anótalo y ahí nosotras nos comunicamos contigo” y no pasó nada, también fui a la clínica porque la doctora al no verme revisado omitió -este- pues omitió pasos [solloza], yo creo que si me hubiera revisado bien, si se hubiera dado dos minutos para revisarme bien, no habría llegado a ese extremo -este- llegó al ISSSTE, al hospital -eh- levanto mi queja y pasaron como dos o tres meses

*cuando me marcaron a..., me mandan a llamar y ese día estaba la abogada y el doctor (reafirma) la abogada del hospital y el doctor. Y la abogada hace hincapié en que tengo que desistir de mi queja, que porque lo que me hizo el doctor no es violencia obstétrica, **que estoy loca y que estoy buscando a un culpable por lo que le pasó a mi bebé**. Sí, por lo que le pasó a mi bebé. Yo le respondo que eso no es verdad, que lo que hizo el doctor sí es violencia obstétrica y que al final del día yo no quiero dinero, lo que quiero es que el señor no vuelva a hacer o no vuelva a tomar esas actitudes con ninguna otra paciente, porque nadie, nadie merece ese trato y... el doctor me responde “que no sé, no sé con quién me estoy metiendo y que -este- no pues no va a proceder mi queja y que segura, muy seguramente yo nada más quiero sacarle dinero y estoy buscando un culpable por lo que yo le hice a mi bebé”.*

La intimidación que sufrió Fabiola impidió que se sancionara al doctor que la atendió. La justificación de estas transgresiones dentro del ámbito de la salud expone todo un sistema que minimiza a las usuarias y que perpetúa la reproducción de abusos. De esta manera, la exposición de dichas prácticas y la falta de reconocimiento como violencia obstétrica permiten que continúen ejerciéndolas sin castigo y provocando que las madres no manifiesten sus experiencias.

La revictimización también se presenta a través de comentarios realizados por familiares y amigos [as]. Se asume que las irregularidades durante la gestación son responsabilidad de las madres, sin ponderar otros factores que derivan en mortalidad perinatal. La culpabilización que sufrió Briana también se vio reflejada en los comentarios que recibió por parte de su esposo cuando les indicaron el fallecimiento de Daniel. *“La culpa me invadió y cuando llamaron a mi esposo gritaba que era mi culpa no de él, que él me había rogado para ir al hospital y luego recuerdos vagos de cómo me prepararon y el procedimiento que seguirían a la mañana siguiente”.*

Así mismo, la invalidación a la que son sujetas refleja la invisibilización, por lo cual las madres no manifiestan sus experiencias ya que se sienten incomprendidas. La colaboradora Catalina, quien en sus redes sociales se dedica a hablar sobre el duelo gestacional y perinatal, comenzó a utilizar la plataforma Tik Tok para honrar la memoria de su bebé Andrés. Dado que obtuvo una buena recepción, empleó estas plataformas para demostrar que no están solas.

“Realmente creo que nunca tenía como la idea de, de yo hablar del tema sino más bien, lo que hice en algún momento fue que quería recordar a mi hijo y quería hacer un video en honor a él, entonces hice un video en TikTok para él, nunca pongo fotos de él, nunca pongo como cosas personales de él porque creo que eso es mío, pero quería hablar como de, de su ausencia vaya -eh-, no pensé que el video fuera a tener como tanta buena recepción y fuera encontrar tantas personas que se, se sentían identificadas conmigo y de ahí surgió la idea de decir “ok, tengo que seguir hablando de esto”, pero originalmente

pues yo estaba triste quería hablar de mi hijo y quería que alguien me escuchara, porque en ese momento pues lo que uno piensa es “estoy sola, nadie me entiende” -pausa- y encontré personas que se sentían igual que yo”.

Por medio de las comunidades digitales se crean espacios para hablar sobre sus historias y de sus bebés. A pesar del corto periodo de vida que tuvieron, es relevante brindarles identidad, ya que al nombrarles se valida su existencia. Brenda y Andrea no conocieron el sexo de sus bebés debido a las semanas de gestación, por su parte Andrea solo hace alusión a su hijo o hija como bebé, pero Brenda decidió otorgarle un nombre por medio de un sueño que tuvo, *“Soñé al bebé, era un niño y se llamaba Ian, me inclinó a que es un niño.”*

Por las semanas en las que fallecieron no es posible determinar si eran niñas o niños, pero para las madres es importante darles identidad a sus bebés a pesar de desconocer el sexo.

A través de las comunidades digitales, las Madres Estrellas han comenzado a visibilizar las muertes gestacionales y perinatales, estos espacios les permite exigir respeto a sus derechos por medio de peticiones a las instituciones gubernamentales como la demanda de aplicación de la Ley Cunas Vacías que se ha expuesto en el Senado de la República lanzada en el año 2022, cuyo objetivo es solicitar una atención médica multidisciplinaria durante las muertes gestacionales y perinatales en México. Siendo este el comienzo para demandar la mortalidad perinatal como una problemática de salud que necesita ser atendida de inmediato.

A lo largo de este capítulo, se presentaron las experiencias de las colaboradoras realizando un análisis sobre el accionar médico durante la atención obstétrica. Estas se expusieron de la mano con la NOM-007-SSA2-2016, evidenciando aquellas prácticas que recaen en un incumplimiento a lo estipulado y que se pueden identificar como abusos físicos, psicológicos y emocionales, específicamente en casos de mortalidad perinatal. Estas se dividen en los cuidados recibidos durante el embarazo, expulsión y puerperio, resaltando las faltas cometidas por el personal de salud y las deficiencias en este ámbito para salvaguardar los derechos reproductivos de las Madres Estrellas.

Capítulo 4. Nombrando lo invisible

A lo largo de la investigación se ha intentado sustentar la participación de la violencia obstétrica en casos de mortalidad perinatal. Se ha procurado evidenciar las múltiples formas de violencia obstétrica en casos de muertes gestacionales y perinatales, durante el parto, posparto y el

puerperio. A partir de la recuperación de las experiencias y las voces de las Mamás Estrellas, hemos visto el sufrimiento al que estas mujeres han sido sujetas.

La introducción brindó una explicación sobre las muertes gestacionales y perinatales, aportando un panorama amplio sobre la importancia de visibilizar la violación a los derechos sexuales y reproductivos de las Mamás Estrellas. A través de la etnografía digital se encaminó el estudio hacia las dinámicas e interacciones en las redes sociales que realizan las madres con el propósito de crear redes de apoyo entre ellas. En el segundo capítulo, se realizó una recapitulación teórica para integrar la perspectiva de la antropología médica y obtener un sustento que ayudara a comprender cómo es que, por razones sociales, culturales, políticas, económicas, de clase y de género, se normalizan las prácticas que vulneran los derechos de las mujeres y se tipifican dentro de la estructura social sin repercusiones. Así mismo, se explica desde la etnografía digital cómo las comunidades digitales aportan a las Madres Estrellas espacios de resistencia ante la invisibilización de la mortalidad perinatal, sitios informativos de difusión, cuya intención es brindar detalles de las defunciones a las familias que sufren estas pérdidas, para un mayor razonamiento y comprensión de estas.

En el tercer capítulo, se ahondó en los casos de las interlocutoras, con la finalidad de exhibir que la violencia obstétrica también se hace presente en este tipo de muertes. De igual forma, se observó que estas dinámicas pueden traspasarse a otros ámbitos, tales como el familiar, donde integrantes pueden señalar a las Mamás Estrellas como responsables, sin considerar otras variables. Por último, este capítulo contiene una recapitulación de los puntos anteriormente trabajados y una reflexión con respecto a los desencadenantes de la violencia obstétrica en la mortalidad perinatal, se integrarán las interacciones que emergieron fuera de la relación investigadora-interlocutora, puesto que las aproximaciones con las madres se desarrollaron en un ambiente respetuoso y empático, lo que causó esta cercanía, además de una reflexión sobre mi experiencia a lo largo de la investigación.

Todo lo planteado hasta ahora promueve visibilizar el fenómeno de la violencia obstétrica en casos de mortalidad perinatal. Las experiencias de las colaboradoras exhiben los abusos durante las asistencias sanitarias como consecuencia de una sistematización compleja de la violencia obstétrica. Se empleó la etnografía digital como método antropológico debido a las herramientas que me permitieron a mi como etnógrafa desenvolverme en espacios dentro y fuera de la digitalidad para concretar el análisis. El uso de redes sociales tales como Facebook,

WhatsApp e Instagram concedieron el acceso a la comunidad digital de Mamás Estrellas, facilitando el contacto con las colaboradoras en México y con la residente de Estados Unidos.

Las vivencias presentadas demuestran una comparativa de las distintas formas que toma la violencia en las asistencias a urgencias obstétricas. Se ponderaron las experiencias de Catalina y Rubí, quienes se atendieron por motivos muy diferentes en una instancia de carácter privada, pero tuvieron experiencias distintas, donde la aplicación de una estrategia de cuidados integral marca una profunda diferenciación. Catalina tuvo una asistencia holística, por ende, no fue víctima de tratos deshumanizantes. La dirección y asesoramiento por parte de las y los prestadores de servicios otorgó a la familia un ambiente respetuoso, de manera que les permitió privacidad y espacio para procesar su duelo, protegiendo sus derechos. Por su parte, el propósito de incluir a Rubí, fue para poder examinar la aplicación de los protocolos de cuidados a las muertes gestacionales y perinatales, no solo en México sino en otros países como los Estados Unidos. Las transgresiones obstétricas no son propias de una nación, también se presentan en otros entornos socioculturales y son provocadas por distintas variables que afectan a las personas de forma desigual. De esta manera, se analizó la dinámica social en la que estuvo inmersa Rubí para identificar los factores que causaron la reproducción de este tipo de violencia.

La pandemia por COVID-19 tuvo impacto en la manera en que se construye conocimiento en el área de las ciencias sociales. El confinamiento causó que desde la antropología se optara por desarrollar trabajo de campo y el análisis antropológico a través de distintas modalidades. De esta forma, se logró reconocer la importancia de la etnografía digital debido a las transformaciones en las aproximaciones cara a cara. Esta metodología da la posibilidad de crear y adecuar herramientas para el análisis y así integrar las nuevas configuraciones que emergen ante diferentes situaciones como es la emergencia sanitaria, es decir, se exploran otras formas de interacción social, mismas que otorgan otra perspectiva y sentidos en nuestra cotidianidad (Fradejas Ignacio *et al*, 2020). La digitalidad brinda la opción de crear espacios como las comunidades digitales que sirven para compartir, expresar y comunicarse con otras personas, estas surgen de las capacidades humanas para generar conexiones sin permanecer obligatoriamente en el mismo sitio y pueden desenvolverse en distintas temporalidades, es así como las comunidades digitales adecuan su propio sistema de significados y normas (Ramírez David y Amaro José Antonio, 2013). La importancia de estudiar a las comunidades digitales es porque sostienen una estructura similar a la

tradicionalmente analizada, esta “puede generarse como una extensión de una agrupación ya existente, que utiliza la red de redes para comunicarse entre sí” (Ramírez David y Amaro José Antonio, 2013: 8), o bien, su uso amplía la recepción y alcance hacia otros agentes sociales.

La comunidad digital de Mamás Estrellas surge por distintas razones. En primer lugar, ante la invisibilización de la mortalidad perinatal. En segundo lugar, para consolidar redes de apoyo desde la digitalidad. La nula difusión sobre las defunciones gestacionales y perinatales en el ámbito familiar y médico propicia que la vivencia y significado de estas muertes se desacrediten, por ende, es común que las mamás se sientan responsables de los decesos y experimenten abandono durante los procedimientos sanitarios, lo que provoca que se aíslen de sus familiares ante la incompreensión de lo que viven. La carencia de protocolos de atención sanitaria y asistencia psicológica integral ocasiona afectaciones en la salud mental de las Mamás Estrellas y sus familias, causando que las muertes se mantengan ocultas. Lo que hace que se distancien de sus parejas, padres, amistades y entorno profesional después de la defunción debido a la falta de un acompañamiento respetuoso.

La creación de contenido informativo divulgado en Facebook e Instagram otorgaron las herramientas para transicionar el duelo y comprender lo que se estaba viviendo. Es así como el alcance que tienen los perfiles con mayor cantidad de seguidores juega un papel importante dentro de las dinámicas del grupo, ya que permiten que se efectúen las interacciones entre la comunidad, lo que facilita las conexiones con otros agentes sociales, convirtiéndolas en las portadoras de voz de las Mamás Estrellas. Tal fue el caso de Catalina.

Las relaciones sociales pueden traspasar la digitalidad debido al soporte emocional entre las Mamás Estrellas, ya que la comunicación se convierte más íntima. El acercamiento suscita una relación que se puede llevar al medio personal reforzando la colectividad tanto digital como cara a cara. Las colaboradoras a lo largo de su proceso de duelo entienden que no se encuentran solas y que juntas resisten ante la invisibilización de las muertes de sus Bebés Estrellas, por eso es por lo que su cercanía con otras familias se mueve también fuera de la digitalidad.

Tal es el caso de Briana, quien en el transcurso de la investigación demostró interés y agradecimiento por visibilizar el caso de Daniel, causando una aproximación más estrecha y ajena a los propósitos del análisis. Nuestra relación se fortaleció, y hoy mantenemos una interacción fuera de la digitalidad. En diciembre de 2022 me hizo llegar un mensaje privado vía WhatsApp con la invitación del Bautizo de su Bebé Arcoíris, de nombre Julián. Desafortunadamente no se concretó debido a la distancia entre los Estados en los que residimos. Sin embargo, este suceso abrió la posibilidad de encontrar otras ocasiones futuras para coincidir y entablar una conversación fuera de la relación investigadora-colaboradora. Las comunidades digitales también causaron que los bebés que nacen después de una mortalidad perinatal tuvieran otra connotación, empleando el término de Bebé Arcoíris, ya que como ellas aluden “después de la tormenta [el sufrimiento por la muerte de un bebé], sale el arcoíris [la vida]”, es decir, no se trata de reemplazar a un hijo [a] por otro [a], sino de resignificar y honrar la vida de sus bebés después de sufrir la pérdida de uno. De esta forma, las aproximaciones desde la digitalidad constituyen un conjunto de interacciones que pueden estar cimentadas previamente y trasladarse a las redes sociales, o bien construirse por razones en común con otros agentes sociales para luego desarrollarse cara a cara.

El manejo de la etnografía digital a lo largo de la investigación se dio por la pandemia de COVID-19 que estábamos atravesando en los años 2020 al 2022. Fue de utilidad porque se obtuvo un gran recibimiento por parte de Madres Estrellas de otros estados de la república y una de Estados Unidos, lo cual permitió la construcción del análisis. Con la cercanía y



Mensaje privado de Briana en diciembre de 2022 en la aplicación de Whatsapp. Contiene la invitación al Baby Shower de su Bebé Estrella Julian a través de un video con detalles sobre la celebración acompañado de un mensaje emotivo y significativo en relación al tema de mi investigación.

asesorías de Catalina, quien fue interlocutora clave, se logró una aproximación y dirección cortés y empática con otras colaboradoras que surgieron después de la invitación efectuada por ella. Navegué por sus redes sociales y realicé entrevistas etnográficas abiertas para tener detalles referentes a sus experiencias de embarazo, parto y puerperio, adentrándome a la comunidad digital de Mamás Estrellas. Este espacio contiene símbolos y significados, mismos que son asignados como resistencia ante la invisibilización de la mortalidad perinatal. El autonombramiento como Madres Estrellas y a sus hijos [as] como Bebés Estrellas, cimienta elementos constitutivos de una comunidad, en la cual se coadyuva a otras mujeres a integrarse como apoyo para transicionar su duelo y a su vez, haciendo que esta aproximación traspase la digitalidad al exigir cuidados respetuosos.

Por medio de las experiencias relatadas por las colaboradoras, se identificó la cadena de violencia perpetrada hacia las mujeres durante las muertes gestacionales y perinatales. Las desigualdades socioeconómicas, étnicas, de clase, geográficas y de género forman parte de una violencia estructural, la cual perjudica desproporcionadamente, ya que se origina a través del control y dominación que estandariza estas disparidades. “El término violencia estructural es aplicable en aquellas situaciones en las que se produce un daño en la satisfacción de las necesidades humanas básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad) como resultado de los procesos de estratificación social, es decir, sin necesidad de formas de violencia directa” (La Parra y Tortosa, 2003: 1).

La tipificación de estas prácticas es visible en el ámbito médico. Roberto Castro (2014) destaca tres razones respecto al comportamiento insensible, irrespetuoso y transgresor del personal sanitario. Primero, por las diferentes complicaciones existentes en el área de la salud, es decir, las estrategias educativas impuestas a los[as] prestadoras mediante maltratos que son tipificadas como propias de las conductas médicas. Segundo, porque se les enseña la disociación para evitar comprometerse emocionalmente. Tercero, por las coacciones a los[as] que son sometidos [as] los[as] mismos[as] médicos[as] en sus labores. Lo anterior es reflejo de una dinámica que se basa en jerarquías de poder que concede autoridad sobre otros[as]. La personalidad de los médicos [as] se compone por una serie de aptitudes aprendidas para subsistir a las distintas presiones que viven por parte de sus superiores (Roberto Castro, 2014).

La violencia estructural opera en diferentes ámbitos, por ejemplo, en el área de la salud debido a la organización ya instaurada. Su composición se basa en hábitos y métodos

aprendidos mediante malos tratos como parte de un sistema que oprime a los y las mismas prestadoras de servicios a lo largo de su educación. El proceso de enseñanza en el área de la salud se desenvuelve a través de conductas que violentan al personal. Estos actos se ven reflejados en la modalidad de las sanciones que efectúan quienes cuentan con una jerarquía mayor tales como: “prolongación de las guardias y privación del sueño, trabajos de investigación sobre los errores cometidos, desacreditación del médico frente a sus iguales y sus pacientes, repetición de tareas burocráticas y administrativas, agresiones físicas y verbales, etcétera” (Héctor García y Guadalupe Alvear, 2020: 53).

Las jornadas laborales a los que son sometidos [as] ocasionan afectaciones físicas, psicológicas y emocionales debido a las horas de trabajo excesivas, el cumplimiento de sus funciones bajo estrés y por eludir comprometerse emocionalmente en los casos médicos. La normalización del actuar sanitario causa que el personal de salud asuma este comportamiento como propio y lo reproduzca en su práctica profesional; no obstante, esta cadena de violencia recae sobre el sistema médico institucional en su conjunto y no en la individualidad.

Las personas que cumplen cargos en las instituciones de salud tanto públicas como privadas ejercen su profesión acorde a las herramientas académicas preestablecidas, esta estructura hace que el personal desarrolle estrategias de supervivencia ante las constantes presiones recibidas por los altos mandos. Las ocupaciones se deben satisfacer conforme las jerarquías lo indican, de no ser así, el personal sufre de escarnio perpetuando la violencia estructural. La asimetría de esta dinámica se refleja en las repercusiones hacía los y las pacientes, dado que se posicionan en el último eslabón de la organización y de la jerarquía de poder, por lo cual las intervenciones se vuelven abusos normalizados.

La sistematización de la violencia estructural también está influenciada por los roles de género y la división sexual del trabajo. Esta configuración coloca en desventaja a las mujeres por la asignación de comportamientos y actitudes debido a sus procesos fisiológicos (Saldívar *et al.*, 2015). En las asistencias en el embarazo, parto y puerperio, se demostró cómo operan las jerarquías de poder dentro del campo de la salud, dado que las pacientes se encuentran en la última posición de esta categoría, lo que provoca que sean dominadas. Según Roberto Castro (2015), el *habitus* médico es una configuración que consiste en:

“un orden institucional que presupone que en el parto el papel protagónico, el conocimiento, la jerarquía y la autoridad corresponden a los médicos y, en general, al personal de salud; y que las mujeres que paren deben limitarse a “cooperar” o a “ayudar” a los médicos en la tarea, así como aceptar que ellas no saben o no saben tanto como los médicos acerca de su propio proceso de parto, por lo que deben subordinarse a la autoridad médica” (:83).

Las conductas están instruidas acorde a las estructuras sociales y culturales, mismas que otorgan funciones diferenciadas a los hombres y mujeres. Tal es el caso de la maternidad con el “instinto maternal” que “ha construido un andamiaje simbólico muy denso, en el que se articulan niveles del orden de lo biológico, lo cultural, lo psicológico, lo religioso y lo político” (Yanina Ávila, 2004; 56).

La idea en torno a las mujeres se traspasa al ámbito médico, ya que se pondera que entre sus cualidades naturales se considera la culminación de manera exitosa de un embarazo con el recibimiento de un bebé vivo; de no ser así, se trataría de un defecto (Claudia Figueroa, 2022), generalmente imputable a la madre. Además, si ocurre una muerte gestacional y/o perinatal, el tratamiento obstétrico se modificará, ya que será reconocido como un fracaso, restándole importancia a los decesos y menospreciando las necesidades de las mujeres-madres. Los comportamientos comunes en las asistencias obstétricas llegan a ignorar la mortalidad perinatal, de tal manera que pueden caer en tratos deshumanizados. Las asistencias sanitarias durante una muerte fetal pueden estar acompañadas de revictimización hacia la mujer, en donde además no clasifican a los nacidos como “personas” debido a su corto periodo de vida. Lo anterior permite la reproducción de la violencia obstétrica durante las atenciones, infravalorando la salud física, emocional y psicológica de las Madres Estrellas y sus familias (Claudia Figueroa, 2022).

La violencia obstétrica forma parte de una estructura compleja, siendo también violencia de género y violencia institucional al mismo tiempo, la cual consiste en transgresiones efectuadas en unidades de salud sobre los cuerpos de las mujeres durante las asistencias obstétricas que ocasionan repercusiones físicas, emocionales y psicológicas (Paola Sesia, 2018). La hegemonía de los conocimientos y prácticas biomédicas en el campo obstétrico mantiene un dominio sobre los procesos fisiológicos de las mujeres, lo cual se traduce en la producción y reproducción de abusos durante los cuidados en el parto (Martínez Aida, 2023). La negativa hacia esta dinámica de violencia implica que los malos tratos se

sistematicen en el campo médico, ya que “nos encontramos, pues, ante una violencia estructural, donde se da un juego de roles de poder y subordinación” (Martínez Aida, 2023: 177), en donde las mujeres son principalmente perjudicadas porque se encuentran en desventaja con los hombres.

Durante el proceso de investigación, la aproximación a este tema me produjo distintas emociones; desde enojo, tristeza y rabia. Conocer las experiencias de las colaboradoras, sus miedos, tristezas, desconciertos, anhelos y frustración, me impulsó a unirme a su lucha social para exigir a las instituciones de salud protocolos de atención para un duelo respetado. Siendo mujer, hija, hermana e investigadora, me solidarizo con las Madres Estrellas a pesar de aun no ser madre o incluso considerar serlo en un futuro. Así mismo, empatizo con ellas, porque es necesario nombrar aquello que existe pero que difícilmente es cuestionado o castigado. Exponer las prácticas que son violencia obstétrica específicamente en casos de mortalidad perinatal puede generar un parteaguas para visibilizar esta problemática de salud. Este proyecto a significado mucho para mí y me ha enseñado mucho. No vivir una muerte gestacional y perinatal no me hace ajena a esta problemática, al contrario, me ha incitado a exhibir esta violencia. Desde el año 2023 en compañía de mis entrañables compañeras y amigas; Diana y Estela. Me he unido a la marcha que se realiza cada ocho de marzo, en forma de protesta en contra de todo tipo de violencia a la que estamos expuestas las mujeres, de modo que, la violencia obstétrica en casos de mortalidad perinatal también esta incluida en mis demandas y consignas.



Imagen compartida en el ocho de marzo del año 2023 a través de mi cuenta personal en la plataforma Instagram, la cual contiene un cartel donde se exhibe esta problemática de salud.

CONCLUSIONES

En primer lugar, la posibilidad de las colaboradoras para recibir atenciones y asesorías gineco-obstetras están atravesadas por una brecha desigual, consecuencia de las disparidades económicas y sociales. En segundo lugar, las deficiencias del sistema de salud para contemplar un protocolo de atención especializado en los casos de mortalidad perinatal desencadenan la reproducción de violencia física, psicológica y emocional; transgrediendo sus derechos sexuales y reproductivos ante un acontecimiento vulnerable para las Mamás Estrellas. En tercer lugar, la omisión de consentimiento informado y negligencias médicas expone a las mamás a ser revictimizadas tanto por el personal de salud como de sus familiares.

La importancia de desarrollar un análisis que reconozca la participación de la violencia obstétrica en las muertes gestacionales y perinatales desde la antropología radica en generar un espacio que concientice y visibilice esta problemática de salud que se ha mantenido oculta por mucho tiempo, siendo esta la oportunidad para exigir protocolos de atención integrales y para evitar tratos deshumanizados hacia las Madres Estrellas y Bebés Estrellas. La participación se incentivó a través de la red social Instagram con la ayuda de Catalina, quien motivó a madres de otros estados a colaborar, es así como se obtuvo el interés de una mamá en Estados Unidos, lo que permitió que el análisis se ampliara, ya que su contribución sumó aportes significativos a la investigación.

Esta problemática de salud no es característica de México, pues ya ha sido cuestionada en varios países de América Latina y de Europa. A través de las experiencias de las colaboradoras, se expone las relaciones de opresión a la que estamos inmersas[os]. Mismas que, hacen permisible la producción y reproducción de desigualdades resultado de una estructura que ha normalizado el machismo y la misoginia, las cuales se ven reflejadas en nuestros cuerpos. Las acciones sanitarias son un ejemplo de estas, ya que se ha diseñado para mantenernos sumisas, patologizando nuestros procesos fisiológicos e ignorando nuestras necesidades lo que deriva en una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. No obstante, esta violación es resultado de la violencia estructural, ya que la formación académica de las[os] prestadoras de servicios también está sujeta a coacciones, humillaciones e imposiciones. Se trata de una cadena de violencia por medio de relaciones de poder, mismas que son difícilmente visibles, de manera que, son normalizadas y aceptadas sin cuestionamientos.

La violencia obstétrica puede estar acompañada de racismo, machismo e incluso xenofobia. Tal es el caso de Rubí, quien estuvo expuesta al racismo que se vive en Estados Unidos por ser inmigrante, debido al desconocimiento del idioma y falta de un seguro de gastos médicos. Su experiencia no es ajena a los casos de México, ya que, por razones de género, geográficos, étnicos, sociales y económicos, las madres experimentan violaciones a sus derechos reproductivos.

El enfoque antropológico hacía este fenómeno otorga los instrumentos para indagar en las circunstancias que desencadenan esta asimetría, es decir, la mirada antropológica favorece al entendimiento y razonamiento de las transgresiones obstétricas, como consecuencia de una sistematización compleja en la que estamos inmersos [as]. Identificar y reconocer los abusos obstétricos en las atenciones durante una mortalidad perinatal demuestra que su reproducción deriva de una dinámica de violencia. Los tratos hostiles a lo que son sometidas las Madres Estrellas son consecuencia de un modelo médico que instruye a los y las prestadoras de servicios a ejercer sus funciones bajo supuestos que son tipificados como rutinarios sin ser cuestionados, lo que causa que su organización se base en prácticas que vulneran a las usuarias restándoles autoridad.

Una mirada desde la antropológica reconoce esta problemática en dos puntos: el primero, revelar que a lo largo del embarazo se pueden presenciar decesos en cualquier etapa de gestación. El segundo, informar sobre el protocolo de cuidados sin recaer en tratos deshumanizados. La invisibilización de las muertes gestacionales y perinatales forma parte del problema, ya que ocultar que suceden crea la idea romantizada de un parto “exitoso” cuando se recibe un *bebé vivo* provocando que recibir un *bebé sin vida* sea considerado como un defecto; esta idea errónea silencia el duelo perinatal. En estas circunstancias se ignoran los lineamientos que se deben seguir durante las atenciones obstétricas en casos de mortalidad perinatal, puesto que se pueden violentar los derechos básicos y derechos sexuales y reproductivos de las Madres Estrellas. Esto desencadena repercusiones negativas en el bienestar físico, emocional y psicológico de las madres y sus parejas o familiares, debido a la desinformación y a conductas médicas que recaen en tratos deshumanizados.

La antropología social y la antropología de la salud aportan los instrumentos para nombrar a la violencia obstétrica en las muertes gestacionales y perinatales. Al señalar los comportamientos se está resignificando las voces de las Madres Estrellas y las familias que han

sido víctimas de estas dinámicas, sus experiencias son validadas y se puede sustentar que han sido víctimas de violencia obstétrica. Así mismo, se visibilizará este fenómeno evidenciándolo y analizándolo, por lo que esta línea de investigación podría ser un parteaguas para nuevos planteamientos con la aplicación de la etnografía tradicional o etnografía digital.

Desarrollar investigaciones sobre este fenómeno da apertura a nuevos horizontes en la disciplina. Entre los planteamientos se podrá ponderar estudios enfocados en la invisibilización de la mortalidad perinatal, las experiencias de los Padres Estrellas e incluso trabajar de manera presencial con Mamás Estrellas y profesionales de la salud para obtener un panorama más amplio, de esta forma, podrían surgir nuevas perspectivas considerando ambos planteamientos etnográficos: el tradicional con trabajo de campo presencial o el digital.

Por último, me es importante mencionar el interés de las colaboradoras a lo largo de este proyecto, puesto que luchan constantemente por el reconocimiento de su maternidad a pesar de tener los brazos vacíos. Durante las aproximaciones, su apertura y hasta entusiasmo por hablar de sus hijos e hijas facilitó la interacción para identificar mediante sus narrativas la violencia a la que fueron sujetas por distintas circunstancias. Su cooperación fue valiosa, ya que causó que me asesorara más sobre el tema, de igual manera, me acompañaron en el proceso de escritura mediante mensajes privados motivacionales. El enfoque analítico empleado en pensar sus vivencias como violencia obstétrica les permite a las interlocutoras exhibir sus experiencias a sus conocidos[as] e incluso a través de sus redes sociales con respecto a los tratos deshumanizados que se reciben al enfrentar la muerte gestacional o perinatal de un hijo e hija.

Bibliografía:

- Abajo-Llama, Susana, Bermant, Clara, Cuadrada-Majó, Cora, Galaman Caterine y Soto-Bermant, Laia, 2016, “Ser madre hoy: abordaje multidisciplinar de la maternidad desde una perspectiva de género”, en *Musas*, Vol. 1, núm.2, pp. 20-34.
- Ardévol, Elisenda, Bertrán, Marta, Callén, Blanca y Carmen, Pérez, 2003, “Etnografía digitalizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea”, en *Athenea digital. Revista de Pensamiento e investigación social*, núm. 3, pp. 72-92.
- Ávila Gonzáles, Yanina, 2004, “Las mujeres frente a los espejos de la maternidad”, en *La ventana*, núm. 20, pp. 55-100.
- 2005, “Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres”, en *Desacatos*, núm. 17, pp. 107-126.
- Bambarén Alatrística, Celso y Alatrística de Bambarén, Socorro, 2008, *Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros*, Lima, SINCO editores.
- Barrera Gutiérrez, Yesika Liliana y Días Gamboa, Luis Bernardo, 2018, “Violencia obstétrica, historia olvidada de prácticas olvidadas”, en *Derecho y realidad*, vol. 16, número 32, pp. 59-74.
- Beauvoir, Simone, 1949, *El segundo sexo*, Feminismos, Martorell, Alicia [traducción], Editor digital: KayleighBCN. https://www.solidaridadobrero.org/ateneo_nacho/libros/Simone%20de%20Beauvoir%20-%20El%20segundo%20sexo.pdf
- Bourdieu, Pierre, 1991, *El sentido práctico*, Dilon Ariel [traducción], Madrid, Siglo veintiuno editores.
- 1998, *La dominación Masculine*, Jordá Joaquín [traducción], Barcelona, Editorial Anagrama S.A. 2000.
- 2011, *Las estrategias de la reproducción social*, 1ra., edición, Beatriz G., Alicia [traducción], siglo veintiuno editores.
- Bourgois, Philippe, 2002, “El poder de la violencia en la guerra y en la paz. Lecciones pos-guerra fría de El Salvador”, en *apuntes de investigación del CECYP*, vol. VI, núm. 8, pp. 73-98.
- Blásquez Martínez, Lidia Ivonne, 2016, “La etnografía: una aproximación metodológica para la comprensión de los procesos sociales”, en Gúasereca Torres, Raquel (coord.), *Guía para la investigación cualitativa: etnografía, estudio de caso e historia de vida*, México, UAM-L, pp. 45-67.
- Capdevielle, Julieta, 2011, “El concepto de Habitus: “con Bourdieu y contra bourdieu”, en *Anduli. Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, núm. 10, pp. 31-45.
- Carta de los Derechos Generales de los Médicos, 2003, *Carta de los Derechos Generales de los Médicos*, pp. 1-16, <https://www.aguascalientes.gob.mx/COESAMED/pdf/DerechosdelosMedicos.pdf>
- Carrión Lydiette y Rea Daniela,

- 2020, “Mujeres embarazadas expuestas a más violencia obstétrica por covid-19”, en *pie de pagina, mujeres y feminismos*, <https://piedepagina.mx/mujeres-embarazadas-expuestas-a-mas-violencia-obstetrica-por-covid-19/>
- Castro, Arachu y Farmer, Paul,
2003, “El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima”, en *Cuadernos de Antropología social*, núm. 17, pp. 29-47.
- Castro, Roberto,
2014, “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, en *Revista mexicana de sociología*, Vol. 76, número 2, pp. 167-197.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina,
2015, *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cobo Armijo, María Fernanda, Sáenz, Ana Paola y Pamela, Flores Subias,
2023, “La violencia obstétrica y las normas oficiales mexicanas: una oportunidad para mejorar la implementación desde las violaciones reportadas por el personal de salud de cuatro hospitales generales de la ciudad de México”, en *Jurídica Ibero*, año 7, núm. 14, pp. 13-38.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico,
2022, “¿para qué se creó Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed)?”, en *Gobierno de México*, <https://www.gob.mx/conamed/acciones-y-programas/nuestros-servicios-43613>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL),
2021, *Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020*, pp. 1-19. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf
- Coordinación para la Atención de los Derechos Humanos del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca (CADH),
2018, *Violencia obstétrica: violación a los derechos de las mujeres*. pp 1-16, https://www.oaxaca.gob.mx/sinfra/wp-content/uploads/sites/14/2019/02/Violencia_obstetrica.pdf
- Cuenta Pública,
2018, *Cámara de Senadores*. La Cámara de Senadores es creada de conformidad con lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su principal actividad es legislar a nivel federal, pp. 1-3. <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2018/tomo/IV/Print.L02.01.INTRO.pdf>
- Chávez Courtois, Mayra Lilia y Sánchez Maya Norma Angelica,
2018, “Violencia obstétrica y Morbilidad materna: sucesos de la violencia de género”, en *Revista del Colegio de San Luis*, Nueva época, año VIII, N° 16. p. 103-119.
- Chirinos, Carlos,

- 2017, “Breve introducción de la Antropología Médica”, en *Medical Anthopology Research Center*, Universitat Rovira I Virgili, pp. 1-7, https://www.marc.urv.cat/media/upload/domain_226/arxiu/Breve%20introducci%C3%B3n%20a%20la%20antropolog%C3%ADa%20m%C3%A9dica.pdf
- Da Costa Marques, Sofia, Linardelli, María F., y Graciela Maure,
2016, “La relación entre Antropología médica crítica y estudios feministas y de género: notas para una discusión”, en *I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCuyo*, “*perspectivas actuales en la investigación en las ciencias sociales: problemáticas, enfoques epistemológicos y abordajes teórico-metodológicos*”, pp. 1-19.
- Diario Oficial de la Federación,
2005, “Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004”, en *materia de información en salud*, tomo DCXXIV, N° 19, segunda edición, p. 36, https://www.ucol.mx/content/cms/13/file/NOM/NOM-040-SSA2-2004_DOF28-09-2005.pdf
2007, “Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia”, en *Cámara de diputados*, : 4, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
2016, *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, pp. 1-67.
- Domínguez Figaredo, Daniel,
2007, “Sobre la intención de la etnografía digital”, en *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la sociedad de la información*, vol. 8, número 1, pp. 42-63.
- Duarte Gómez, María Beatriz, Núñez Urquiza, Rosa María, Restrepo Resteo, José Alonso y Vesta Louise, Richardson L.,
2015, “Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México”, en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, Elsevier 72(3), pp. 181- 189.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia,
(S/F), FIGO, *The global voice for women's health*, <https://www.figo.org/es>
- Ferrándiz Martín, Francisco y Feiza Pampols, Carles,
2004, “Una mirada antropológica sobre las violencias”, en *Alteridades*, vol. 14, núm. 27, pp. 159-174.
- Figueroa Ibarra, Claudia,
2022, *Maternidad y atención a las mujeres con muerte fetal en Hermosillo*, Sonora, tesis de doctorado, en el Colegio de Sonora.
- Fornes, Valeria Lucia,
2009, *Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto*, Actas 1° Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad, Debates y prácticas en torno a las violencias de género, Universidad Autónoma de Córdoba.
- Foucault Michel,
2007, *El Nacimiento de la Biopolítica, Curso en el College de France (1978-1979)*, Pons, Horacio [traducción], Buenos Aires, Fondo de Cultura económica.

- Frandejas García, Ignacio, Lubbers, Miranda Jessica, García Santesmases, Molina José Luis y Clara, Rubio Ros,
2020, “Etnografías de la pandemia por coronavirus: emergencia empírica y resignificación social”, en *Periféria. Revista de recerca i formació en antropologia*, 25 (2), pp. 4-21.
- Freyermuth, Graciela y Sesia, Paola,
2006, “Del curanderismo a la influencia aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica”, en *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (20). pp. 9-28, <https://www.redalyc.org/pdf/139/13902001.pdf>
- Freyermuth Enciso, Graciela y Argüello Avendaño, Hilda E.,
2010, “La muerte prematura de mujeres en los altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia”, en *Revista pueblos y fronteras digital*, vol. 6, número 10, pp. 181-216.
- Galtung, Johan,
1998, *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*, Colección Red Gernika.
- Gamlin, Jennie, Gibbon, Sahra, Sesia, Paola and Lina Berrio,
2020, *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latin America*, London, UCL Press.
- García Hernández, Héctor y Alvear Galindo, Guadalupe,
2020, “violencia en la formación Médica”, en *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 63, núm. 2, pp. 46-55.
- García Villarreal, Ovidio A.,
2022, “Responsabilidad médica profesional, guías para la práctica clínica y lex artis. La importancia de seguir las recomendaciones de las guías clínicas”, en *Gaceta Médica de México*, 158, pp. 439-443.
- Gobierno de México,
2024, *Promueve IMSS la importancia de que pacientes conozcan clasificación de atención del Triage del Servicio de Urgencias*, N° 055.
- Gómez Rivadeneira, Alexander,
2015, “Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11”, en *Monitor Estratégico*, N° 7, pp. 66- 73, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>
- Gómez Nieto, Begoña,
2018, “El influencer: herramienta clave en el contexto digital de la publicidad engañosa”, en *Methaodos. Revista de ciencias sociales*, 6 (1), pp. 149-156.
- Gonzales, Georgina (productora),
2020 - 2024, *Duelo Respetado Podcast* [audio podcast], <https://duelorespetado.com/>
- González Higuera, Sally, Colmenares Vargas, Juan Carlos y Viviana Ramírez Sánchez Vargas,
2011, “La resistencia social: una resistencia para la paz”, en *Hallazgos*, vol. 8, núm. 15, pp. 237-254.
- Guzmán Aguilar, Fernando,

- 2021, “¿Cómo funcionan los algoritmos de distribución de contenido en las redes sociales?”, en *Gaceta UNAM*, <https://www.gaceta.unam.mx/como-funcionan-los-algoritmos-de-distribucion-de-contenido-en-las-redes-sociales/>
- Glockner Fagetti, Valentina,
2017, “Violencia estructural y buenas intenciones. La antropología de la infancia en contextos de extrema vulnerabilidad”, en Yerko Castro, Neiray Blazquez Adéle (coords.), *Micropolíticas de la violencia. Reflexiones sobre el trabajo de campo en contextos de guerra, conflicto y violencia*, Cuadernos de trabajo de MESO, número 5, pp. 22-33.
- Grupo de Información en Reproducción Asistida, A.C.,
2015, *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*, México, Fundación Angélica Fuentes, pp. 1-102.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE),
2020, “¿cuándo es violencia obstétrica?”, *GIRE*, <https://gire.org.mx/blog/cuando-es-violencia-obstetrica/>
s/f, “quiénes somos”, *GIRE*, <https://gire.org.mx/gire-quienes-somos/>
- Hammersley, Martyn y Atkinson Paul,
1994 [1993], *Etnografía. Métodos de investigación*, segunda edición, Aramburu, Mikel [traducido al español], London y Nueva York, Paidós Ibérica, S.A.
- Heredia Carla Estrella,
2011, *Antropología de los mundos digitales, avatares, comunidades y piratas digitales*, FLACSO Ecuador, ISBN 978-9978-67-238-9, pp. 1-176.
- Heredia- Pi, Ileana, Servan-Mori, Edson, G. Darney, Blair, Reyes-Morales, Hortensia y Rafael Lozano,
2016, “Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-sectional study in Mexico”, in *Bulletin of the World Health Organization*, N° 94, pp. 452-461.
- Herruzo Nalda, Alfonso, Puertas Prieto, Alberto y Juan Mozas Moreno,
2003, *Dirección Médica del Parto*, España, Escuela Andaluza de Salud Pública, https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2020-04/1337165362EASP_Direccion_medica_del_parto.pdf
- Hine, Christine,
2000 [2004], *Etnografía digital*, USA, Editorial UOC.
- H. Russell, Bernard,
1995, *Métodos de investigación en antropología. Abordajes cualitativos y cuantitativos*, segunda edición, E. González, Valentín, 2006, [traducción], London, ALTAMIRA Press.
- Ingold, Tim,
2017, “¿Suficiente con la etnografía!”, en *Revista colombiana de antropología*, vol. 53, número 2, pp. 143-159.
- Instituto Mexicano del Seguro Social,
2017, “Control Prenatal con atención centrada en la paciente. Evidencias y recomendaciones”, en *Guía de Práctica Clínica GPC*, Catálogo maestro de Guías de práctica clínica: IMSS-028-28, pp. 1-104. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),
 2019, “Estadística de defunciones fetales 2018”, en *Nota Técnica*, pp. 1-18. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/mortalidad/doc/defunciones_fetales_2018_nota_tecnica.pdf
- 2022, “Defunciones fetales registradas en México durante 2021”, en *Comunicado de prensa* número 486/22, pp. 1-15.
- 2023, “Estadísticas de defunciones fetales (EDF) 2022”, en *Comunicado de prensa* número 487/23, pp. 1- 15, <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDF/EDF2022.pdf>
- Jalani, Seema,
 2022, “¿Por qué tantos médicos tratan sus problemas de salud mental en secreto?”, en *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/es/2022/04/03/espanol/opinion/doctores-salud-mental.html>
- Korrig'Anne,
 2019, “Il n'y a pas d'au revoir pour nous” [Ilustración], *korriganne.com*. París. <https://korriganne.com/2019/03/22/il-ny-a-pas-dau-revoir-pour-nous/#comments>
- Lagarde, Marcela,
 1996, *Género y feminismo, desarrollo humano y democracia*, Madrid, Edición: horas y HORAS.
- La Parra, Daniel y Tortosa, José María,
 2003, “Violencia Estructural: una ilustración del concepto”, en *Documentación Social*, 131, pp. 57-72.
- Lomelí Vanegas Leonardo,
 2020, La economía de salud en México, en *Revista de la CEPAL N° 132*. Edición especial. El COVID-19 y la crisis socioeconómica en América Latina y el Caribe. pp. 195- 208. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46830/1/RVE132_Lomeli.pdf
- López Suárez, Patricia,
 2022, “La incidencia en México por este tipo de fallecimientos es de 14 por cada mil nacidos”, en *Gaceta UNAM*, N° 5334, p. 7, <https://www.gaceta.unam.mx/wp-content/uploads/2022/10/221020.pdf>
- Lozano, Brenda,
 2020, “Violencia obstétrica en pandemia”, en *El País*, <https://elpais.com/mexico/2020-07-24/violencia-obstetrica-en-pandemia.html>
- Lugo Machado, Juan Antonio, Medina Serrano, Julio Manuel, Yocupicio Hernández, Dalia,
 2021, “Salud mental y suicidio del Médico en México: Un tema incomodo y poco explorado”, en *Revista de Medicina clínica*, 05 (02), pp. 1-5.
- Martins, Eunice Francisca, Rezende, Edna María, De Matto Almeida, María Cristina y Francisco Carlos, Félix Lana,
 2013, “Mortalidad perinatal y desigualdades socio-espaciales”, en *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21 (5), pp. 1-9, <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TCR5FNHLfZYsZvwkWM6Vwdw/?format=pdf&lang=es>
- Menéndez, Eduardo,
 1997, “Antropología Médica en México: tendencias, problemas, posibilidades”, en *V Congreso de Antropología Social*, Facultad de Humanidades y Ciencias en la Educación, pp. 337-361, <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/113026>

- 2003, “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Ciencia & Saúde Coletiva*, Vol. 8, Núm. 1, pp. 185-207.
- 2012, “Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica”, en *Gazeta de Antropología*, 28(3). Dedicado al 30 aniversario de la *Gazeta de Antropología*. <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=1567>
- 2018, “Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional”, en *Salud Colectiva*, 14(3), pp. 461-481.
- Matamoros Sanín, Joan F.,
2022, *Padecimiento y cuidado de sí a partir de las prácticas de cuidado en varones saraguro de Ecuador, maya-yucatecos y rarámuris de México con malestares musculoesqueléticos y enfermedades reumáticas*, tesis de doctorado en Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Marín, Jódar y Juan Ángel,
2010, “La era digital: nuevos medios, nuevo usuarios y nuevos profesionales”, en *Razón y palabra*, número 71.
- Martín Casares, Aurelia,
2008, *Antropología del Género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*, segunda edición, Madrid, Ediciones Cátedra (Grupo Anaya, S.A).
- Martínez Hernández, Ángel,
2008, *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Primera Edición, Anthropos Editorial, pp. 1-207.
- Martínez Suárez, Aida,
2023, “Una mirada a la violencia obstétrica: la relación individuo-cuerpo y sociedad-cuerpos”, en *eikasía. Revista de filosofía*, núm. 114, pp. 167-184.
- Mendieta Izquierdo, Giovane,
2015, “Informantes y muestreo en investigación cualitativa”, en *Fundación universitaria del Área Andina*, vol. 17, núm. 30, pp. 1148-1150.
- Ministerio de Cultura de Argentina,
2020, “La cultura emancipadora de Antonio Gramsci”, en *la Secretaría de cultura, Ministerio de Capital Humano*.
- Moncó, Beatriz,
2009, “Matemidad ritualizada: un análisis desde la antropología de género, AIBR”, en *Revista de Antropología Iberoamericana*, Vol. 4, núm. 3, pp. 357-384.
- Mosquera Villegas, Manuel Andrés,
2008, “De la etnografía antropológica a la etnografía virtual. Estudio de las relaciones sociales mediadas por internet”, en *Fermentum. Revista venezolana de Sociología y Antropología*, Vol. 18, número 53, pp. 532-549.
- Mota-Sanhua, Vanessa, Suárez-Hesketh, Casilda, Velázquez Hernández, Blanca y Octavio Ruiz-Spware,
2019, “Entorno de mujeres embarazadas mexicanas y sus conocimiento y actitudes sobre la atención prenatal”, en *Salud Pública*, 21, (2), pp. 258-264.
- Navinés, Ricard, Olivé, Victoria, Fonseca, Francina y Rocío Martín Santos,
2021, “Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día”, en *Medicina Clínica*, 157, pp. 130-140.

- National Human Genome Research Institute,
2024, *Síndrome de Down (trisomía 21)*, NHGRI, <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Sindrome-de-Down-Trisomia-21>
- New York City Health. Sexual and Reproductive Justice,
2017, “Conozca sus derechos durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto y después de dar a luz”, en *Guía de apoyo para los estándares de la Ciudad de New York para una atención respetuosa durante el parto*, pp. 1-56.
- Oliva Abarca, Jesús Eduardo,
2018, “El concepto de capital cultural como categoría de análisis de la producción cultural”, en *Análisis*, vol. 50, núm. 93, pp. 337-353.
- Organización Mundial de la Salud,
2013, “OMS- Organización Mundial de la Salud”, *Naciones Unidas*,
<https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>
2023, “Vaginosis Bacteriana”, en *OMS*, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/bacterial-vaginosis#:~:text=La%20vaginosis%20bacteriana%20es%20una,incorrecta%20o%20insuficientemente%20el%20preservativo.>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS),
2023, “Diabetes”, *Organización Mundial de la Salud*, región de las américas, <https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=La%20diabetes%20tipo%202%20>
- Oviedo-Soto, Sandra, Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcón, F. M. y Marquina-Volcanes, M.,
2009, “Duelo materno por muerte perinatal”, en *Revista Mexicana de Pediatría*, vol. 76, núm. 5, pp. 215-219.
- Palacios Nava, Martha Edilia y Paz Román, María del Pilar,
2011, “El síndrome de Burnout: una enfermedad laboral de los profesionales de la salud y la pandemia por COVID-19”, en *Boletín sobre COVID-19*, Vol. 2, núm. 21, pp. 9-14.
- Pérez Morales, Elisa Jazmín,
2021, “Violencia Obstétrica: una condensación histórica de violencias y violaciones a los derechos humanos”, en *Derechos fundamentales a debate*, núm. 16, pp. 84-97.
- Pérez S., Isabel,
2020, Embriología. La formación de un nuevo ser humano y los riesgos dentro del útero materno”, en *Ciencia UNAM - DGDC*, <https://ciencia.unam.mx/leer/1062/embriologia-la-formacion-de-un-nuevo-ser-humano-y-los-riesgos-dentro-del-utero-materno#:~:text=La%20embriolog%C3%ADa%20es%20un%20C3%A1rea,del%20C3%B3vulo%20hasta%20el%20nacimiento.>
- Ramírez Plascencia, David y Amaro López, José Antonio,
2013, “Comunidades digitales, nuevos ambientes, mismas inquietudes: ¡el caso de Taringa!”, en *Polis. Revista Latinoamericana*, vol. 12, núm. 34, pp. 519-540.
- Restrepo, Eduardo,
2018, *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Reygadas, Luis,
2014, “Todos somos etnógrafos. Igualdad y poder en la construcción del conocimiento antropológico”, en Oehmichen Bazán, Cristina (ed.), *La etnografía y el trabajo de campo en las ciencias sociales*, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de investigaciones antropológicas, México.
- Rosario, Jimmy,

- 2005, “La Tecnología de la información y la comunicación (TIC). Su uso como herramienta para el fortalecimiento y el desarrollo de la educación digital”, en *Archivo OCS*, <https://ddd.uab.cat/pub/dim/16993748n8/16993748n8a6.pdf>
- Roux, Rhina,
2020, “Subalternidad y hegemonía. Gramsci y el proceso estatal”, en *Revista del pensamiento sociológico*, N° 38-39.
- Rubín, Gayle,
1986, “El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo”, en *Nueva Antropología*, Vol. VIII, núm. 30, pp. 95-145.
- Ruiz Méndez, María del Rocío y Aguirre Aguilar, Genaro,
2015, “Etnografía digital, un acercamiento al método y a sus aplicaciones”, en *Estudios sobre las culturas Contemporáneas*, Vol. XXI, número 41, pp. 67-96.
- Saldívar Garduño, Alicia, Díaz Loving, Rolando, Reyes Ruíz, Norma Elena, Armenta Huarte, Carolina, López Rosales, Fuensanta, Moreno López, Mayra, Romero Palencia, Angélica, Hernández Sánchez, Julita Elemí y Miriam Domínguez Guedea,
2015, “Roles de género y diversidad: validación de una Escala en Varios Contextos Culturales”, en *Acta de investigación psicológica*, 5 (3), pp. 2124-2147.
- Sandoval Forero, Eduardo Andrés,
2007, “Ciberantropología de comunidades digitales”, en *Revista Argentina de Sociología*, Vol. 5, núm. 9, pp. 64-89.
- Sánchez Rivera, Miriela,
2016, “Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad”, en *Opción*, Vol. 32, núm.13, pp. 921-953.
- Santiago Romero, Elena, Quea Campos, Guillermo, Roig Navarro, Júlia, Sánchez-Dehesa Rincón, Marta, Zermiani, Marta, Barranquero Gómez, Marta, Masip, Monica Aura, Sánchez-Gómez Sánchez, Paloma y Zaira Salvador,
2023, “Hormona progesterona: funciones, valores normales y medicamentos”, en *Reproducción Asistida ORG*, <https://www.reproduccionasistida.org/progesterona/>
- Secretaría de Salud,
2015, “Señales de alarma durante el embarazo. CNEGSR”, en *Comunicados. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*, <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/senales-de-alarma-durante-el-embarazo-cnegsr>
- Senado de la República,
2022, Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la ley general de salud, de la ley federal del trabajo y de la ley federal de los trabajadores al servicio del estado, reglamentaria del apartado b) del artículo 123 constitucional, en materia de derechos por muertes fetal y perinatal, en *Gaceta parlamentaria*, LXV/ 1SPR-15-3049/127035.
- Sesia, Paola María,
2010, “El papel de la desigualdad social en la muerte de mujeres indígenas oaxaqueñas durante la maternidad. Aportes desde una epidemiología social y una antropología médica “crítica””, en Haro Jesús Armando (Ed), *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*, Lugar Editorial S.A, El colegio de Sonora. pp. 243-269.

- 2020, “Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma”, en Quattrocchi Patrizia y Magnone Natalia (Comp.), *Violencia obstétrica en América Latina, conceptualización, experiencias, mediación y estrategias*, 1a. ed., Universidad Nacional Lanús.
- Scott C., James,
1990 [2000], *Los dominados y el arte de la resistencia*, Aguilar Mora, Jorge [traducción], México, Ediciones Era.
- Ticona, Manuel y Huanco, Diana,
2004, “Mortalidad Perinatal”, en *Revista Perinatal Ginecología Obstétrica*, Vol. 50. N° 1. pp. 64.
- T. Dulay, Antonette,
2022, “Insuficiencia cervical”, en *Manual MSD*, <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/insuficiencia-cervical?autoredirectid=24684>
- Ugarte, Idoia,
2018, “Concepto de salud y enfoque antropológico”, en *Médicos del Mundo*, https://www.youtube.com/watch?v=XpXv2r_zXTY&t=1s
- Universidad Autónoma Metropolitana,
2013, “Regla de Aplicación de los Elementos de Identidad Institucional”, *Conjunto-baselzt.png*, México, <https://www.comunicacionsocial.uam.mx/identidaduam/html/descargas.html>
- Villarruel Mora, Aarón,
2017, “Violencia estructural: una reflexión conceptual”, en *Vínculos. Sociología, análisis y opinión*, núm. 11, pp. 11-36.
- Villasís-Keever, Miguel Ángel,
2016, “Actualización de las causas de mortalidad perinatal: la OMS publicó en 2016 el ICE-PM”, en *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 83. No. 4, pp. 105-107, <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2016/sp164a.pdf>
- Wohlgemuth Vivar, María Victoria,
2015, *El parto. Un punto de vista antropológico sobre la violencia obstétrica, en proyecto de investigación*, Universidad San Francisco de Quito USFQ, Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Zamora, José A.,
2018, “Violencia estructural: defensa de un concepto cuestionado”, en *Acontecimiento, Revista de pensamiento personalista y comunitario* (127), pp. 24-28.
- Zendejas Vázquez, Jorge Alfredo,
2017, “Mala praxis, distinción ético-legal”, en *Cirujano General*, Vol. 39, núm. 2, pp. 119-123, <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v39n2/1405-0099-cg-39-02-119.pdf>