

“No puedo poner mi embarazo en pausa”

Salud materna durante la pandemia en México

“I can’t push the pause button on my pregnancy”

Maternity health during the pandemic in Mexico

Yaredh Marín Vázquez

Ofrezco una reflexión sobre los retos y dificultades para dar continuidad a los cuidados y servicios a la salud materna y neonatal durante el 2020 en México; lo que podría considerarse la etapa inicial de la emergencia sanitaria producida por el virus SARS-CoV-2. El texto se cimenta en el trabajo etnográfico realizado con Catalina, una mujer que dio a luz a su primer hijo en junio de 2020 en la Ciudad de México, cuatro meses después de que la enfermedad fuera definida como un evento sanitario de proporciones mundiales. Analizo la imbricación entre problemáticas previas a la aparición de la pandemia –asimetrías sociales, violencia contra las mujeres y el encarecimiento de los servicios de salud– y las medidas generadas por las autoridades sanitarias estatales para el control de la enfermedad –por ejemplo: el aislamiento social y la reconversión del sistema de salud. Argumento que es necesario reevaluar estas medidas considerando las afectaciones diferenciadas por género, edad, clase social y ubicación geográfica. Atendiendo a las relaciones de poder que atraviesan la construcción de las mujeres embarazadas y puérperas como población “vulnerable”.

Palabras clave: salud materna, cuidados, coronavirus, pandemia, interseccionalidad.

I offer a reflection on the challenges and difficulties to give continuity to maternal and neonatal health care and services during 2020 in Mexico; what could be considered the initial stage of the sanitary emergency produced by the SARS-CoV-2 virus. The text is based on the ethnographic work carried out with Catalina, a woman who gave birth to her first child, in June 2020 in Mexico City, four months after the covid-19 disease was defined as a health event of global proportions. I analyze the overlap between problems prior to the onset of the pandemic –social asymmetries, violence against women and the increase in health services– and the measures generated by state health authorities to control the disease –for example: social isolation and the reconversion of the health system. I argue that it is necessary to reevaluate these measures considering the effects differentiated by gender, age, social class

and geographic location. Taking into account the power relations that undermine the construction of pregnant and postpartum women as a “vulnerable” population.

Key words: maternal health, violence, care, coronavirus, pandemic.

Fecha de recepción: 10 de febrero de 2021

Fecha de dictamen: 17 de marzo de 2021

Fecha de aprobación: 15 de junio de 2021

INTRODUCCIÓN

Una manera cómoda de conocer una ciudad es la de buscar cómo se trabaja, cómo se ama y cómo se muere [...] Las plagas son una cosa común, pero se cree difícilmente en las plagas hasta que no nos caen en la cabeza. Ha habido en el mundo tantas pestes como guerras. Y aun así, las pestes y las guerras pillan a todo el mundo desprevenido.

ALBERT CAMUS, *La peste*.

A lo señalado por Camus, yo añadiría que una forma de conocer las maneras en que habitamos, no sólo una ciudad sino el mundo, es observar el cómo se gesta y se nace. Durante las plagas, epidemias, guerras y, en nuestra época, en una pandemia, la muerte es protagonista. Sin embargo, el ciclo no se detiene por la muerte, se mantiene activo... y en el vientre de las mujeres –desde antes de la aparición de la enfermedad o incluso a pesar de ella– corazones comienzan a latir.

En las siguientes páginas reflexiono sobre los retos y dificultades para dar continuidad a los cuidados y servicios a la salud materna y neonatal durante el 2020 en México; lo que podría considerarse la etapa inicial de la emergencia sanitaria producida por el virus SARS-CoV-2. El texto se cimenta en el trabajo etnográfico realizado con Catalina,¹ una mujer que dio a luz a su primer hijo en junio de 2020 en Ciudad de

¹ Catalina es una de las mujeres con quienes colaboro en el trabajo etnográfico de mi investigación doctoral en curso “Parir en tiempos extraordinarios. Experiencias de embarazo, parto y puerperio durante la pandemia por coronavirus: cuerpo, testimonio y poder (Ciudad de México, Morelos, Michoacán y Jalisco 2020-2023)”. Las reflexiones presentadas se centran en la experiencia de Catalina, pero se nutren del diálogo con los testimonios de otras mujeres embarazadas y púerperas; personal de salud –doulas, parteras y ginecólogas– que he realizado desde junio de 2020. El grueso del corpus etnográfico ha

México, cuatro meses después de que la covid fuera definida como un evento sanitario de proporciones mundiales. Analizo la imbricación entre problemáticas previas a la aparición de la pandemia –asimetrías sociales, violencia contra las mujeres y el encarecimiento de los servicios de salud– y las medidas generadas por las autoridades sanitarias estatales para el control de la enfermedad –por ejemplo: el aislamiento social y la reconversión del sistema de salud. Argumento que es necesario reevaluar estas medidas considerando las afectaciones diferenciadas por género, edad, clase social y ubicación geográfica. Atendiendo a las relaciones de poder que atraviesan la construcción de las mujeres embarazadas y puérperas como población “vulnerable”.

Catalina es una mexicana apasionada de la danza, la cocina y el montañismo. Estudió sociología en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), pero durante los últimos años dedicó su energía a la gestión y administración de una cafetería, como copropietaria, donde dejó expandir su pasión por la comida. Ella es oriunda y residente de la Ciudad de México, la capital y estado más densamente poblado² del país. A sus 30 años, se embarazó de su primer hijo. Ella y Edmundo, su pareja, nunca imaginaron convertirse en padres en el marco de una pandemia.

La experiencia de Catalina es una ventana para observar el acceso a servicios de salud materna durante el proceso de reconversión hospitalaria mexicano en una ciudad donde la oferta de servicios públicos y privados, por ejemplo, en educación, transporte y salud existentes es variada. Argumento que la búsqueda de Catalina de servicios obstétricos debe leerse desde la intersección en la que mi interlocutora se ubica. Es decir, Catalina pudo tener acceso a redes, conocimientos y recursos que mujeres de otras edades, clases sociales, adscripción étnica o lugar de residencia no conocen, consideran o no pueden acceder.

La experiencia de Catalina en la búsqueda de atención obstétrica nos permite entrever diversas instituciones, proveedores de salud y modelos de atención. En ese sentido, su testimonio es una ventana para identificar retos y dificultades que mujeres embarazadas enfrentaron en la capital del país para acceder a servicios de salud. A partir de su caso, es posible generar preguntas que nos ayuden a indagar ¿cómo se vivió, y vive, el acceso a servicios de salud obstétricos durante la pandemia en otras latitudes del país? Su caso aporta información que puede enriquecer el proceso de reconversión del sistema de salud y la redistribución de los recursos, para superar los efectos de la

sido coproducido virtualmente –por medio de videollamadas– apoyada en plataformas digitales –como Zoom y WhatsApp.

² De acuerdo con datos del Censo 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), la Ciudad de México tiene 9 209 944 habitantes.

pandemia específicamente en lo que concierne a la atención fisiológica, mental y social de la salud materna y neonatal.

EL VIAJE DE CATALINA

En septiembre de 2019, Catalina notó señales en su cuerpo que hacían evidente que algo cambiaba. Dos rayitas en una prueba de embarazo casera le comunicaron que estaba embarazada. Unos días después, su ginecóloga –en servicio privado– confirmó la noticia. Fue ahí que comenzó su búsqueda de servicios de salud obstétricos, pues su ginecóloga le anunció que no podría atenderla, pues ella no es obstetra.

Por recomendación de un amigo, que recientemente había sido papá, contactó a Luciana, una obstetra privada. Fue la solución más pronta, sin embargo, me dice: “Yo tenía como ganas de probar el sistema de salud público, porque mi papá es atendido *en un hospital de enfermedades respiratorias* [...] entonces mi experiencia en *estos servicios* había sido muy buena [...] Hemos sido muy bien atendidos”.

En México, el sistema de salud público puede dividirse en dos grupos: en el primero se encuentran los servicios para trabajadores de instituciones públicas y privadas,³ en el segundo están los servicios de salubridad a los que cualquier persona puede acceder pagando cuotas bajas. En ese momento el trabajo de Catalina –como copropietaria de una pequeña cafetería– no le hacía beneficiaria de los servicios de salud públicos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), hasta el 2015, únicamente 36.8% de la población mexicana podía acceder a los servicios de salud del primer grupo.⁴

Consciente de ello, Catalina buscó información sobre cómo convertirse en paciente del “Hospital 30”,⁵ una institución pública que ofrece servicios de alta especialidad –del segundo grupo– entre los que se encuentra la obstetricia.

³ Instituto Mexicano del Seguro Social –para trabajadores de empresas–; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos; Hospitales Militares –para trabajadores del ejército–; y Hospitales Navales –para trabajadores de la Secretaría de Marina.

⁴ Información sobre derechohabientes afiliados a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como la población usuaria de servicios médicos según tipo de institución [<https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>], fecha de consulta: 14 de septiembre de 2020.

⁵ Pseudónimo empleado para mantener anónimo el proceso de atención de Catalina.

Yo ya sabía que en el 30 empezaban a tener, como la idea de parto humanizado, y pues que ya habían puesto la silla maya⁶ y todo eso [...] Pero me acerqué a mi clínica y me explicaron que era medio complicado entrar [...] Que primero me tenía que atender en mi centro de salud⁷ y que hasta que el doctor me encaminara, me mandara ir al “Hospital 30”. Y eso, si tengo algún padecimiento; porque si no, no tengo porqué ser recomendada *allí* [...] Me mandan a las clínicas de maternidad. Entonces como que no se me antojó mucho atenderme aquí en la clínica local y dije: “bueno, la verdad es que prefiero no” [...] Porque igual empecé a indagar y me decían que a veces ahí es donde había violencia obstétrica. Y que amigas no habían tenido experiencias tan buenas. Entonces dije: “no tengo ganas de saber si sí o si no... voy a seguir con lo privado.

Catalina señala que su interés por atenderse en este hospital es motivado por la idea de acceder a una atención humanizada del parto.⁸ Sin embargo, al investigar las vías de acceso, comprende que el proceso es largo; y que de emprender este camino el resultado podría no ser el deseado. Es decir, ser canalizada a otras instituciones en las que “se sabe” –como secreto a voces– que mujeres han vivido violencia obstétrica. De la cita anterior, quiero resaltar la relación entre: expectativas, burocracia, el riesgo de vivir violencia obstétrica y la elección de servicios de salud privados como “solución”.

Desde antes de la aparición de la pandemia, en México existían al menos cuatro grandes problemáticas en términos de salud materna: falta de cobertura universal; altos índices de muerte materna⁹ (que ha aumentado a partir de la aparición de la covid-19); un índice de nacimientos por cesáreas tres veces superior a lo recomendado por la

⁶ Mobiliario también conocido como banco de parto, que posibilita que las mujeres se pongan de cuclillas durante la labor de parto o la fase expulsiva.

⁷ Clínica local de servicios de salud.

⁸ La noción de parto humanizado se ha popularizado durante los últimos años. Uno de sus antecedentes significativos es la declaratoria de la conferencia internacional sobre la humanización del parto, que tuvo lugar en Fortaleza, Ceará, Brasil, durante el año 2000. Se trata de una crítica a la medicalización del parto, impulsada por mujeres activistas y personal sanitario, principalmente. “La humanización busca, de igual modo, el desarrollo de un sentido de compasión hacia, y en unión: con el Universo, el Espíritu y la Naturaleza; con otras personas de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global; y con personas que nos sucederán (sic) [en el] futuro, así como con quienes nos han precedido”. Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil América Latina y el Caribe (IBFAN, 2003).

⁹ En el 2014 la Razón de Muerte Materna (RMM) alcanzó la cifra de 38.9 por cada 100 000 nacidos frente a la meta establecida para México en los Objetivos de Desarrollo Sostenible: de 22 fallecimientos por cada 100 000 nacidos (Freyermuth, 2017; Pisanty-Alatorre, 2017).

Organización Mundial de la Salud (OMS),¹⁰ y la violencia obstétrica como constante en la práctica ginecobstétrica.

El nombramiento y definición de los abusos y maltratos durante la atención obstétrica como “violencia obstétrica”, es resultado de procesos históricos personales y sociales impulsados por mujeres, activistas y personal sanitario. En Venezuela, en el 2007, el término fue reconocido legalmente por primera vez en el mundo. En México, entre 2011 y 2017, éste se incluyó en la legislación de 10 estados.¹¹ El pasado 28 de noviembre de 2019, en el pleno de la Cámara de Diputados se aprobó incorporar el término *violencia obstétrica* en la Ley General de Salud y en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Éste fue definido como:

[...] toda acción u omisión por parte del personal de salud médico o administrativo perteneciente a los servicios de salud públicos o privados del Sistema Nacional de Salud, que violente los principios rectores que señala el artículo 4 de la presente ley, o bien, que dañe física o psicológica, lastime, discrimine o denigre a mujeres durante el embarazo, parto o puerperio [...] Así como la negación del servicio médico y la vulneración o limitación de los derechos humanos sexuales y reproductivos de las mujeres (Cámara de Diputados, 2019).

De acuerdo con la *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares* 2016 (Endireh),¹² instrumento estadístico para medir la violencia contra las mujeres en México, tres de cada diez encuestadas¹³ reportaron haber experimentado algún tipo de maltrato por parte de quienes atendieron su parto. Según la misma encuesta, las instituciones de salud públicas tienen los índices más altos de reportes de maltrato obstétrico.¹⁴ Ante ello, es común que mujeres opten por atenderse en servicios privados

¹⁰ En 2014, el 46.3% de los nacimientos fue por cesárea, más de tres veces superior al 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (Campiglia, 2017).

¹¹ Chiapas (2011), Guanajuato (2013), Chihuahua (2014), Quintana Roo (2014), Tamaulipas (2015), San Luis Potosí (2015), Hidalgo (2015), Colima (2015), Ciudad de México (2015) y Durango (2017) [<https://gire.org.mx/consultations/leyes-locales-de-acceso-a-una-vida-libre-de-violencia/?type=violencia-obstetrica>].

¹² Encuesta especializada en medir la violencia a la que están expuestas las mujeres en distintos ámbitos de la vida: hogar, escuela, calle, centros de trabajo. En 2016 se incluyó por primera vez un conjunto de preguntas para medir el maltrato en el ámbito de la atención obstétrica.

¹³ Mujeres de entre 15 y 49 años que hubieran tenido una experiencia obstétrica hasta cinco años antes de la aplicación del cuestionario.

¹⁴ Respecto de los resultados de la Endireh 2016, hay varias incógnitas que debemos explorar, tema de otra discusión, y es que las mujeres urbanas y con mayor grado de estudios son las más propensas a vivir violencia obstétrica. Ante ello cabe preguntarse ¿qué información y recursos son necesarios para

para evitar estos actos, como en el caso de Catalina. Sin embargo, en un país donde 41.9% de la población está en situación de pobreza,¹⁵ pocas mujeres se pueden permitir costear servicios de salud privados. Es preciso señalar que pagar no es garantía de evitar recibir malos tratos y abusos durante la atención obstétrica.¹⁶

Catalina continuó el seguimiento a su embarazo con Luciana, pues no parecía sencillo acceder al sistema de salud público “humanizado”. A finales de noviembre de 2019 se enfermó —tenía tos y se sentía mal—, entonces consultó a Luciana mediante llamada de WhatsApp. Me relata que la comunicación no fue la que esperaba y que incluso sintió que la obstetra sólo estaba interesada en ella “para cobrarle consulta”. Ella y Edmundo, su pareja, no se sintieron seguros y satisfechos con las indicaciones de la obstetra sobre su malestar de las vías respiratorias. Por tanto, decidieron acudir al área de urgencias del “Hospital 30” pues los malestares físicos empeoraban.

En el hospital, mientras la revisaban, preguntó a una médica: —¿Qué tan difícil es convertirse en usuaria del hospital?

La médica le preguntó: —¿Qué edad tienes?

—30 años.

—¿Cuántas semanas de gestación tienes?

—12 semanas.

—Podrías entrar a un protocolo, la convocatoria cierra en dos días.

Catalina accedió a los servicios obstétricos del hospital integrándose a un proyecto de investigación sobre diabetes gestacional y preclamsia. Los estudios de laboratorio eran gratuitos. Las consultas y los ultrasonidos los pagaba a un bajo costo: \$80.00 y \$200.00 respectivamente. “Me súper emocioné [...] como no tenía seguro, pues para mí estaba súper bien”. En esta ciudad el precio medio de las consultas privadas puede ser de entre \$500 y \$1,000 y de los ultrasonidos entre \$500 y \$1,800. En contraste, el salario mínimo en México es de \$123 diarios, monto no siempre respetado, que puede

identificar y nombrar la violencia? Por otro lado, el acceso, el monitoreo y evaluación de los servicios de salud privados en México es difuso, debido a la protección de datos personales de los pacientes y el secreto empresarial, quiero decir, poco se sabe de lo que pasa al interior de las instituciones.

¹⁵ De acuerdo con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018 [<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>], fecha de consulta: 15 de septiembre de 2020.

¹⁶ Este fenómeno es poco estudiado debido a dificultades legales (como la protección de datos personales) y a un vacío de lineamientos nacionales e internacionales sobre el cumplimiento de derechos humanos por parte de terceros que suplen actividades del Estado.

ser el único sustento de una familia. Los servicios privados no son una opción para la mayor parte de la gente; por tanto, la salud pública es indispensable para garantizar el acceso a este derecho.

El 31 de diciembre de 2019, Catalina obtuvo su carnet. Desde enero y hasta abril asistió puntualmente a las consultas prenatales y actividades del protocolo de investigación. También comenzó a asistir al curso psicoprofiláctico que se ofrece en el hospital a todo público, requisito indispensable para que Edmundo pudiera estar presente en el nacimiento de su hijo. Ahí interactuó con otras mujeres embarazadas y pudo enterarse de experiencias de embarazo que le confrontaron.

Yo era la más grande de edad en el curso, todas eran niñas de entre 16 años, 20 años... 23 años ya con su tercer hijo [...] entendí que era otra realidad completamente [...] Había una niña de 14 años que estaba embarazada [...] Y me empezó a costar mucho trabajo eso, porque decía: yo llego bien feliz, pero hay chavitas aquí que no están [...] pasándola tan chido.

Las reflexiones de Catalina a partir de su interacción con otras mujeres en el curso son una entrada para generar preguntas sobre las necesidades de cuidado físicos, emocionales y sociales durante el embarazo, parto y puerperio. Sería conveniente indagar directamente sobre la experiencia de sus compañeras, pero de momento no me ha sido posible ampliar el campo de estudio, debido a las limitantes del trabajo de campo, pues mi interacción con Catalina ha sido exclusivamente por Zoom. Sin embargo, es necesario señalar necesidades diferenciadas en la atención, tan sólo debido al rango de edad, lo cual es un reto para los servicios de salud. La población atendida tiene recursos de vida, económicos, educativos, emocionales, etcétera, dispares. Las consultas en los servicios públicos se caracterizan por centrarse en atender el proceso fisiológico en un periodo muy corto. Por ejemplo, tomar signos vitales, evaluar laboratorios, revisar la evolución de la gestación para atender a signos de alarma físicos –como indicios de preeclampsia o diabetes gestacional– todo en el menor tiempo posible, porque se tienen que atender diariamente a decenas de pacientes.

Durante el curso, Catalina tuvo una mala experiencia con un médico obstetra. La razón fue que ella expresó una opinión distinta a la del ponente. Lo describe de la siguiente manera: "El chiste es que me peleé con el doctor porque no me dio oportunidad de hablar, como que me callaba. Y me dice: 'Ah tú eres de las clásicas mujeres que creen que en todo tienen razón. Ah sí, sí, sí'. Yo decía, no pueden ser tan machistas".

Sen, Reddy e Iyer (2018) proponen que los maltratos y abusos obstétricos son acciones que no aportan al bienestar o salud de las mujeres.

En el contexto de la atención obstétrica, definimos la falta de respeto como la violación de la dignidad de una mujer como persona y como ser humano sobre la base de su situación económica, género, casta, raza, origen étnico, estado civil, discapacidad, orientación sexual o identidad de género. La falta de respeto a menudo se revela en los juicios normativos sesgados que los trabajadores de salud hacen sobre las mujeres y en actos resultantes de omisión o mandato (2018:8; traducción propia).¹⁷

En concordancia con la definición de las autoras, me pregunto si el juicio realizado por el doctor a Catalina podría considerarse como un ejercicio de poder en el cual convergen el estatus médico, la figura masculina como predominante y un juicio a Catalina por ser mujer. A partir de esta experiencia podemos preguntarnos: ¿la violencia obstétrica puede ejercerse incluso desde un curso de preparación al parto?

El sistema de salud público trabaja con recursos humanos, de infraestructura, equipamientos insuficientes. Además, el modelo de atención centrado en la dimensión fisiológico limita la comprensión de estas experiencias como parte de la trayectoria reproductiva de las mujeres. Tanto el modelo de atención como los modos podrían ser transformados para mejorar la experiencia no sólo de las y los usuarios sino del propio personal sanitario, apuntando a la comprensión de la salud y el bienestar de manera más integral.

“ES QUE EL ‘HOSPITAL 30’ YA ES COVID”

Sopa, mercado, murciélago... en diciembre de 2019 comenzaba a escucharse en las noticias sobre una enfermedad que se propagaba con rapidez en China. La historia parecía lejana, sin embargo, eventualmente en los medios se informaba sobre su propagación en países de Europa, su llegada a Estados Unidos y la latente posibilidad de expansión a África y América Latina.

El 11 de marzo de 2020, Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en una conferencia de prensa declaró: “hemos llegado a la conclusión de que la covid-19 puede considerarse una pandemia. Y cada día hemos hecho un llamamiento a los países para que adopten medidas urgentes y

¹⁷ In the context of obstetric care, we define disrespect as the violation of a woman’s dignity as a person and as a human being on the basis of her economic status, gender, caste, race, ethnicity, marital status, disability, sexual orientation, or gender identity. Disrespect is often revealed in the biased normative judgements that health workers make about women and the resulting acts of omission or commission (2018:8).

agresivas". A escala mundial, las autoridades gubernamentales han impuesto, con mayor o menor rigurosidad, medidas sanitarias centradas en el aislamiento de los cuerpos para controlar su propagación de la enfermedad.

En México, después de dar de alta, el 2 de marzo, a quien se consideró "el paciente cero por coronavirus", las medidas sugeridas y puestas en práctica por las autoridades sanitarias fueron tornándose cada vez más serias. El 14 de marzo se suspendieron clases en todos los niveles educativos; y también comenzaron a cancelarse eventos masivos como: conciertos, partidos de fútbol, ferias, etcétera. Ese mismo día fue el último que Catalina salió de casa por fines recreativos.

El 25 de marzo Hugo López-Gatell Ramírez, subsecretario de prevención y promoción de la salud, anunció que todas las actividades no esenciales serían suspendidas. El 27 de marzo el Consejo de Salubridad General (CSG) reconoció como "emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (covid-19)".¹⁸ El exhorto de las autoridades desde entonces es que la población asuma un resguardo o confinamiento voluntario. En principio se planteaba sería del 30 de marzo al 30 de abril. La jornada estuvo vigente más de un año.

En abril, las autoridades de la Secretaría de Salud¹⁹ publicaron el *Lineamiento de Reconversión Sanitaria* (versión del 5 de abril de 2020) que tiene "por objeto establecer los criterios y directrices de actuación para la organización y ejecución de la Reconversión Hospitalaria covid-19 en las Instituciones del Sistema Nacional de Salud ante la pandemia por la enfermedad del virus SARS-CoV-2" (2020:4). El plan pretende administrar los recursos humanos, de infraestructura y equipamiento para atender la emergencia sanitaria y asegurar la continuidad de la atención primaria a la salud. Para ello, en el documento se establece como unidades *no consideradas para la reconversión* aquellas que brindan servicios gineco-obstétricos, oncológicos, psiquiátricos y traumatológicos. El documento precisa que las estrategias educativas de promoción y prevención a la salud grupales podrían ser consideradas para la suspensión, pero se reitera que las unidades de tococirugía no pueden suspender sus actividades.

En el mismo mes, Catalina recibió una llamada telefónica de la responsable del curso psicoprofiláctico para notificarle que debido a la pandemia éste se cancelaba hasta nuevo aviso, lo que coincide con las sugerencias propuestas con el Lineamiento. Las mujeres que dirigían el protocolo se comunicaron con ella después y le dijeron

¹⁸ [<https://www.gob.mx/salud/prensa/consejo-de-salubridad-general-declara-emergencia-sanitaria-nacional-a-epidemia-por-coronavirus-covid-19-239301>].

¹⁹ Firmado por los doctores Jorge Carlos Alcocer Varela, Hugo López-Gatell Ramírez, Ricardo Alcalá, José Luis Alornia Zegarra.

que no sólo se cancelaba el curso, sino todas sus consultas y la propia atención del parto. Catalina cuenta que las responsables del protocolo de investigación en el que participaba ofrecieron dar continuidad con los laboratorios en un servicio privado, pero no eran propiamente consultas prenatales. Aún tenían que resolver dónde y cómo daría a luz a su hijo:

Se me hacía bien violento y bien feo, porque nadie te avisaba *de parte del hospital*, fue como un hueco. Como un vacío. Como un hoyo negro ahí [...] No puedo poner en pausa mi embarazo. No sé qué está pasando. Todo el mundo me dice que ya no me acerque al hospital; pero ¿en dónde me voy a atender? [...] Fue una época difícil. No sabía qué hacer.

El 13 de abril, en una conferencia de prensa transmitida en cadena nacional, Karla Berdichevsky, directora general del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), presentó el *Lineamiento para la prevención y mitigación de covid-19 en la atención del embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida*. Berdichevsky reconoció que existen riesgos diferenciales que afectan a las mujeres en el proceso reproductivo y recomendó intensificar los esfuerzos que garanticen la continuidad y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. La funcionaria exhortó a las mujeres a mantener las medidas de higiene y sana distancia con las siguientes palabras: “deben ser muy estrictas, por ejemplo, en el lavado de manos y en el confinamiento en sus hogares de ser posible [...] También deben esperar que cuando lleguen a los servicios de salud, que reitero no deben interrumpirse, pasaran por filtros de supervisión al ingreso de las unidades”.

De acuerdo con el Lineamiento,²⁰ entre abril y junio se estimaba que en el país ocurrirían 235 000 nacimientos; además de 1 150 000 consultas prenatales. Con el objetivo de garantizar la continuidad y calidad de los servicios se aconsejó establecer planes estatales con las siguientes consideraciones:

- Trasladar la atención: prenatal, perinatal y posnatal al primer nivel de atención²¹ haciendo las adecuaciones pertinentes. Es decir, que estos servicios se llevan a cabo en los centros de atención más cercanos a la población, tales como centros de salud.

²⁰ Los datos citados corresponden a la primera publicación del Lineamiento. El documento es de libre acceso, está disponible en la red.

²¹ “El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de

- Planificar establecimientos de atención alternativos enfocados específicamente a la atención materna y perinatal.
- Integrar personal de salud especializado, tales como enfermeras obstétricas y parteras profesionales.
- Adecuaciones temporales a los protocolos de atención dadas las condiciones sanitarias, como el espaciamiento de las consultas prenatales.
- Equipos profesionales "móviles" que puedan trasladarse a unidades de atención para la resolución de emergencias obstétricas.
- Poner en marcha mecanismos y protocolos epidemiológicos para el seguimiento de mujeres sospechosas o confirmadas con covid-19, así como para la persona recién nacida.

Entre las medidas de reconversión del sistema de salud, se anunció un Convenio de colaboración con la Asociación Mexicana de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales, con el fin de garantizar servicios de salud no relacionados con covid -19, entre los que destacan la atención de parto, embarazo y puerperio. El "Hospital 30" era una de las instituciones beneficiadas de este acuerdo.

Catalina llamó a la Línea Materna, servicio de atención telefónica creado para brindar información sobre atención y orientación sobre el embarazo, parto y puerperio durante la pandemia, con el interés de beneficiarse del Convenio. Le preguntaron sus datos generales, en qué hospital público se atendía y en qué momento del proceso de gestación se encontraba. Ella entonces tenía 32 semanas de gestación aproximadamente, entonces le indicaron que no le podían dar informes sobre cómo acceder al Convenio, sino hasta que tuviera 37 semanas. Ante cualquier necesidad debía dirigirse de nueva cuenta a su hospital de referencia. Catalina dice:

Era súper confuso porque yo hablaba al 30 y nadie contestaba. Y te decían [sus compañeras del curso] que ni a urgencias podrías entrar [...] De las chicas con las que estuve en el psicoprofiláctico [...] llegaban con contracciones al "Hospital 30", les daban un número de referencia. Se iban al hospital privado más cercano. Ahí les decía "no" [...] o no sé qué les decían, y las mandaban a un hospital materno infantil público a 20 km de distancia. Y de ahí estaba lleno y las mandaban a otro hospital materno infantil a 30 km de distancia [...] Entonces cuando me enteré de eso dije, ni en broma me acerco a esos hospitales [...] vemos de dónde sacamos, pero no quiero que la experiencia de mi parto sea esa.

la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud" (Vignolo *et al.*, 2011:12).

Su relato coincide con narrativas que he recopilado, entre mujeres usuarias y personal sanitario, sobre la suspensión de los servicios de atención prenatal en instituciones de salud pública en Jalisco, Yucatán, Michoacán, Morelos y Ciudad de México. Esta información es relevante para evaluar la aplicación de los criterios y directrices del Lineamiento de Conversión Hospitalaria y fortalecer las estrategias de aplicación para evitar la suspensión de la atención primaria.

Tanto los Lineamientos como el Convenio son documentos coherentes, contruidos a partir del amplio conocimiento de este fenómeno. Estrategias diseñadas considerando los recursos disponibles (humanos, de equipamiento e infraestructura); los lineamientos nacionales e internacionales respecto a la atención de la salud materna y neonatal;²² el cumplimiento de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos. Desafortunadamente la transición, entre estas publicaciones y su aplicación en terreno, puede ser accidentada y en muchas ocasiones el resultado dista de las proyecciones iniciales.

Catalina, además de la pérdida de los servicios de salud públicos, se enfrentó a la incertidumbre económica. Su pareja perdió el empleo y ella tuvo que cerrar su negocio debido a las medidas sanitarias. En ese momento de vacío, por recomendación de una amiga, se puso en contacto con Ilaria, una doula y partera. Tuvieron una conversación telefónica en la que le ayudó a identificar posibles opciones de atención y a trazar una ruta de los pasos a seguir. Entre las posibles opciones, Ilaria le puso sobre la mesa la posibilidad de un parto en casa, opción que Catalina eligió. ¿Cuántas mujeres tendrían a la mano a un profesional privado?, ¿cuántas contarían con los recursos económicos, educativos o de redes familiares que les permitieran subsanar este vacío?, ¿cuántas mujeres tendrían opciones de atención diversas según su lugar de residencia? No hay que olvidar que el abanico de posibilidades en la Ciudad de México es muy distinto a otras latitudes del país, que generalmente es más amplio.

Yo no estaba tan segura. Estaba muy temerosa, pero era el momento. No tanto el temor de *parir* en casa. Sino que era un momento en que [...] empecé a ser vulnerable. Empecé a escuchar en las noticias que las embarazadas en primer lugar, y todo el mundo me preguntaba: ¿cómo estás? ¡Ay que duro estar embarazada! [Le pregunto: ¿Qué es para ti la palabra vulnerable?] —Como frágil [...] como cristal.

²² También de lineamientos de atención y seguimiento a pacientes con covid-19 o el Lineamiento de reconversión hospitalaria.

De acuerdo con Martínez (2019:2), los acercamientos clásicos a la noción de vulnerabilidad "supone(n) la imposibilidad o al menos la limitación del ejercicio de agencia". La autora propone trascender estos acercamientos y plantea pensar en la agencia desde la vulnerabilidad. Martínez, apropiándose del trabajo de Butler, dice: "la vulnerabilidad es la condición de posibilidad de otras formas de agencia y acción" (2019:2). La autora reconoce que la noción de agencia está anclada a la construcción de los sujetos modernos, por tanto, exhorta a analizar las condiciones socioestructurales en las que éstos se encuentran ubicados para tener o no agencia. Conviene preguntarnos, en el marco de la pandemia, ¿qué nos hace vulnerables?, ¿qué hace a las mujeres embarazadas ser una población vulnerable?

En mayo, una de las médicas del protocolo le preguntó a Catalina: "¿Ya tienes dónde vas a tener a tu bebé? Porque los hospitales están saturados". Le respondió que estaba planeando tenerlo en casa. La médica aprobó su decisión y le explicó que, de acuerdo con el seguimiento a las 30 mujeres que conformaban el protocolo, habían detectado que el sistema de salud público estaba rebasado.

PANDEMIA Y CUIDADOS

Entiendo que la pandemia producida por el coronavirus es una crisis, no sólo sanitaria, sino también social, económica y política. La experiencia de Catalina es una de tantas entradas a una problemática compleja, la de "los cuidados y atención de la salud materna en la pandemia".

A partir de su experiencia es pertinente realizar las siguientes preguntas: ¿qué tipo de acompañamiento precisan las mujeres según su trayectoria vital?, ¿qué tipo de formación y herramientas necesitan las y los profesionales de la salud para acompañar de manera integral las experiencias reproductivas? Estas no son preguntas nuevas, pero ante la emergencia sanitaria resultan pertinentes para optimizar los recursos a disposición: humanos, materiales, de infraestructura y equipamiento.

Las respuestas, desde mi punto de vista, deben considerar las intersecciones sociales en que las mujeres viven su experiencia reproductiva. Es indispensable comprender que embarazo, parto y posparto son parte de la trayectoria reproductiva de las mujeres, por tanto, es pertinente en la atención obstétrica, además de conocer la evolución fisiológica, comprender la evolución de la experiencia reproductiva en las historias de las mujeres. Atender a sus experiencias en relación, por ejemplo, con sus edades, clases sociales, adscripción étnica o lugar de residencia.

Por otro lado, resulta perjudicial en la atención obstétrica obviar que la violencia contra las mujeres en México es una constante que afecta todas las esferas de la vida,²³ entre éstas el ámbito de la atención al embarazo, parto y puerperio. Antes de la pandemia, en México –como en otras partes del mundo– las protestas encabezadas por mujeres eran constantes y numerosas. En ellas se denunció la impunidad ante la violencia doméstica, el abuso sexual, la desaparición de mujeres, la trata de mujeres y niñas, y el feminicidio. En una de las marchas del 8 de marzo de 2020, un conjunto de madres y parteras portaban una manta que decía: “La violencia obstétrica es violencia de género”.

En un país donde la tasa de cesáreas es tres veces mayor a lo recomendado por la OMS, transformar el trato medicalizado de la atención del embarazo, parto y posparto implica un cambio del trasfondo simbólico y cultural de estas experiencias. La percepción del embarazo como una patología, en los modelos de atención obstétrica dominantes, ha resultado en que este proceso sea atendido en los hospitales. Trasladar la atención obstétrica del tercer o segundo nivel al primer nivel, implica más que una transformación logística, un cambio en la percepción del proceso reproductivo y personal capacitado para la atención del parto fisiológico.

Hablar sobre cuidados del embarazo, parto y puerperio es un reto, pues en estas tareas se superponen capas de “valor negativo”. Una de éstas es cómo las labores de cuidados son devaluadas; otra es el valor de la labor reproductiva entre la veneración y el abandono; las mujeres como cuidadoras y cuidadas –en sociedades marcadas por la misoginia–; el personal sanitario como cuidadores que ejercen en jerarquías, muchas veces, muy rígidas susceptibles a vivir maltrato; y finalmente estos escenarios son exacerbados por el riesgo de contagio por coronavirus.

La literatura sobre cuidados pone el acento en cómo desde los modelos de producción capitalista se invisibilizan las labores de cuidados y se crea un espejismo sobre el “individuo moderno” como independiente y autosuficiente. Las perspectivas de análisis feministas han enriquecido la economía política clásica al enfocar las labores de cuidado –generalmente ubicadas en la esfera privada– que son sostén y motor de la vida pública.

²³ Incluso en confinamiento los índices de violencia contra las mujeres no han disminuido. Según fuentes periodísticas, hasta el 13 de abril de 2020 habían fallecido en México 100 mujeres a causa de covid-19, mientras que 367 fueron asesinadas; además habían sido recibidas más de 40 mil llamadas por violencia doméstica en el número mexicano de emergencia 911, la cifra bimestral más alta desde el 2016. Mientras escribo estas páginas, en medio de la pandemia, mujeres activistas han tomado las instalaciones del Centro Nacional de Derechos Humanos en la capital del país en protesta por la falta de acción estatal en la impartición de justicia y protección a la vida de las mujeres.

Dolors Comas d'Argemir señala que en la actualidad la percepción social "otorga un gran valor a la producción de mercancías tanto materiales como ficticias y, en cambio, restringe la responsabilidad del cuidado al ámbito familiar y considera sus actividades como propias de las mujeres, ancladas en su naturaleza, así como en dimensiones morales y afectivas" (2014:3). El rezago de la salud materna es parte de un proceso histórico con las relaciones sociales y económicas ancladas en la división sexual del trabajo.

En los cuidados del embarazo, parto y puerperio debemos pugnar para que sean provistos, y brindados de la mejor manera. El abuso de poder en el proceso se manifiesta de distintas formas y tiene una estrecha relación con la valorización social del proceso reproductivo. Es un asunto complejo porque las labores de cuidados son de por sí poco valoradas.

La pandemia ha expuesto la crisis de los cuidados, lo poco valoradas socialmente que están aquellas actividades relacionadas con el mantenimiento de la vida; planteando la urgencia de transformar las relaciones de poder que tienen lugar en la organización política y social para el mantenimiento del cuerpo humano con una perspectiva crítica de la división sexual del trabajo. Discusión en la que se encuentran perfectamente ancladas las labores de reproducción de la vida: el embarazo, parto y puerperio.

Las actividades como la reproducción han sido, históricamente, menospreciadas y naturalizadas únicamente como femeninas, Comas reconoce que "la ficticia separación entre trabajo productivo y trabajo reproductivo contribuyó a la invisibilización y desvalorización de este último" (2014:7). Además de generar una sensación unidireccional sobre los cuidados que se precisan para la atención de la reproducción. Como sabemos, las mujeres, además de ofrecer cuidados, requieren cuidados integrales.

Es necesario que los cuidados de la reproducción, en esta coyuntura histórica, no sean asumidos únicamente por las mujeres y sus familias, más aún entre los casos donde el proceso de vulnerabilidad es crónico. Es indispensable que se atiendan las necesidades físicas, emocionales y sociales de las mujeres y de sus familias tanto como cuidadores, como al ser personas necesitadas de cuidados.

Por otro lado, el *Lineamiento de Reconversión Hospitalaria para la atención de la emergencia sanitaria* también tiene como uno de sus objetivos procurar la salud "física, mental y emocional de los profesionales de la salud y de más trabajadores involucrados en la gestión y apoyo de pacientes [...] evaluando aspectos relacionados con agotamiento, trauma vicario o desgaste por compasión, uso y abuso de sustancias nocivas para la salud, depresión mayor y trastornos de ansiedad, riesgo suicida" (Burnout, 2020:8). Los costos en vidas y salud de los profesionales de la salud son una deuda histórico-social y política que precisa una amplia reflexión. Un tema al que debe darse continuidad para mitigar los costos presentes y buscar la reparación hacia el futuro.

GESTACIÓN Y VULNERABILIDAD

Catalina contrató a Ilaria como proveedora de salud, planeó un parto en casa. Pudo pagar los servicios de una partera privada debido a que su pareja, Edmundo, encontró un empleo que además les dio la posibilidad de un seguro de gastos médicos mayores que contemplaba dentro de la cobertura el parto en casa. Sin embargo, la partera Ilaria recomendó el traslado a un hospital privado debido al agotamiento de Catalina por un trabajo de parto prolongado. El traslado no fue de emergencia, sino para acceder en principio a una epidural para así proseguir con el parto vaginal. En el sanatorio Catalina continuó con la atención de su partera y al equipo se integraron un ginecólogo, anestesiólogo y pediatra (red profesional construida por las relaciones personales de su partera). Sin embargo, después de varias horas de trabajo de parto Ilaria y el equipo le recomendaron a Catalina y Edmundo realizar una cesárea. Catalina dio a luz a Álex en un quirófano el 14 de junio.

En este punto quiero regresar a la noción de vulnerabilidad. Propongo que la construcción de las mujeres embarazadas como población de riesgo debe comprenderse desde una mirada interseccional e histórica. Quiero decir, se debe comprender que la vulnerabilidad no es una característica inherente a una población sino resultado de un proceso social e histórico. Crenshaw (1991) plantea que es necesario cuestionar la acción de políticas públicas basadas en las identidades, tal como retoma Martínez en sus reflexiones sobre vulnerabilidad. Crenshaw propone, en su trabajo centrado en comprender las experiencias de las mujeres de color en Estados Unidos, que la raza y el género se cruzan en la configuración de los aspectos estructurales y de representación de la violencia contra la mujer. La autora reflexiona que en la incidencia en problemáticas de violencia “el problema de la política de identidad no es que no trascienda las diferencias, como afirman algunos críticos, sino todo lo contrario: que frecuentan o ignoran las diferencias intragrupalas”²⁴ (Crenshaw, 1991:1242; traducción propia).

En el caso que aquí se trata, la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas es producida por cuestiones estructurales preexistentes a la aparición de la pandemia, tales como el tratamiento patológico del embarazo, la falta de una cobertura gratuita y universal a servicios de salud materna, la precarización de los propios servicios de salud, la pobreza y la violencia de género —particularmente la violencia obstétrica. Vulnerabilidad que se agudiza o aminora según la intersección social en la que las

²⁴ The problem with identity politics is not that it fails to transcend difference, as some critics charge, but rather the opposite- that it frequelates or ignores intragroup differences.

embarazadas se encuentran: edad, clase social, estado civil, etnicidad, adscripción religiosa, identidad de género, preferencia sexual y nivel educativo.

La aparición de la pandemia ha complejizado un escenario de por sí problemático. Las medidas puestas en práctica para la disminución del contagio, tales como el confinamiento y la reorganización del sistema sanitario, responden sólo parcialmente a una problemática social de descubierto a las mujeres en procesos reproductivos.

El confinamiento de las mujeres embarazadas durante estos meses, si bien aminora las posibilidades de contagio, también potencia la soledad con la que se viven los cambios fisiológicos, emocionales y sociales. Ilaria, la doula, y partera de Catalina, en una entrevista mencionó lo siguiente:

De por sí, el embarazo, parto y posparto son crisis; y una pandemia es una crisis en sí misma. Ahora imagínate, lo abrumadas que pueden estar [las mujeres] al vivir dos crisis al mismo tiempo. Sumado al estrés económico, ya que hay familias que perdieron sus fuentes de ingresos. Mamás que tienen su segundo o tercer hijo; con clases en línea y aisladas con un bebé recién nacido.

Urge reflexionar sobre el doble cariz del embarazo y el posparto, generar políticas públicas que atiendan el proceso reproductivo como un continuum; debemos nutrirnos de una reflexión sobre la dimensión social de la gestación desde una perspectiva de género que involucre tanto a las mujeres como a sus familias.

Establecer espacios alternativos para la atención del parto y contratar personal de salud especializado como enfermeras obstétricas y parteras, es sin duda una alternativa viable. Sin embargo, como en el caso del acceso al Convenio, la burocracia se convierte en una traba mayúscula. Existen antecedentes sobre la dificultad de contratar parteras en el sistema de salud público tanto por la carencia de un “código de contratación” como por la falta de certificación. La creación de espacios alternativos de salud es urgente, pero este tipo de procesos son largos y precisan permisos, protocolos y personal capacitado. Es un plan pertinente que debe, desde mi punto de vista, seguir impulsándose; sin embargo ¿qué se puede hacer en lo inmediato? Existen redes de parteras autónomas y profesionales —entre ellas enfermeras obstétricas— que impulsan su reconocimiento desde hace algunos años; también redes de casas de partos con las cuales se pueden establecer alianzas para la canalización de usuarias al primer nivel. Sin desatender los planes de largo plazo de reorganización del sistema de salud.

La burocracia y la falta de rutas claras de acción, tanto para las y los usuarios como para el personal, entorpecen la aplicación de los *Lineamientos* y el *Convenio*. A lo que se suman las múltiples posibilidades de interpretación. Por ejemplo, en el Lineamiento se recomienda espaciar las consultas prenatales; sin embargo, en el trabajo de campo

encontré que el servicio no se ha espaciado sino cancelado.²⁵ La atención prenatal es un avance histórico que ha permitido la disminución de la muerte materna ya que a partir del monitoreo es posible detectar y prevenir estados de salud que podrían derivar en una emergencia obstétrica. Actualmente, la covid-19 se ha convertido en la primera causa de muerte materna en México; el virus es más agresivo en casos donde hay enfermedades preexistentes o indicadores de alarma propios del embarazo; por tanto, es necesario reforzar no sólo las medidas sanitarias y el confinamiento sino las estrategias para dar continuidad y seguimiento. Sin duda el reto no es sencillo.

CONCLUSIONES

La experiencia de Catalina en la búsqueda de atención obstétrica es atípica, pues acudió al sistema de salud privado y público; así como a diversos modelos de atención: biomedicina hospitalaria pública, modelo de partería para parto en casa y, finalmente, dio a luz en un hospital privado mediante una cesárea, bajo el esquema de parto humanizado. Su tránsito es relevante, pues muestra cómo los rezagos en términos de salud materna se agolpan con los retos inherentes a la coyuntura histórica actual.

El análisis de los servicios de salud obstétricos urbanos en México, es una oportunidad de poner sobre la mesa la articulación de problemáticas de cuidados de la salud materna y la reorganización y redistribución de los recursos públicos –y privados– ante la emergencia sanitaria por la expansión de la covid-19.

En México, desde antes de la aparición de la pandemia, estaban presentes problemáticas tales como: altos índices de mortalidad materna, el abuso en el uso de la cesárea, la violencia obstétrica y limitada atención al posparto. La reorganización del sistema sanitario, debido a esta crisis sanitaria, ha supuesto retos para subsanar tales problemáticas y mantener la continuidad, calidad y calidez de los servicios de salud obstétricos. Reconozco que ha existido una voluntad política desde las instancias correspondientes,²⁶ sin embargo, los servicios se han visto rebasados, la precarización de los servicios y la burocracia complejizan los escenarios.

Es pertinente que la organización y articulación para atender la salud materna y neonatal considere tanto la dimensión fisiológica como las dimensiones sociales y emocionales de este proceso reproductivo –atendiendo a las circunstancias de confinamiento

²⁵ Testimonio de usuarias y personal sanitario que labora en clínicas públicas.

²⁶ El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud en México.

sugerido a mujeres embarazadas y puérperas. En las que sean consideradas cuestiones tales como la violencia de género, la salud mental y el acompañamiento durante el posparto.

Una alternativa es formalizar la alianza con parteras y casas de parto que están en funcionamiento, posibilitando a familias de escasos recursos y generando convenios que accedan a servicios de salud variados que puedan responder a las necesidades diferenciadas de las familias, lo cual permita desahogar el servicio hospitalario, pero además, debemos cuestionar la forma en que es considerado el proceso reproductivo.

Las personas cuidadas también son cuidadores –y no sólo meros receptores. El análisis de la pandemia nos invita a confrontar la idea de la autosuficiencia en sociedades en las que predomina la noción del individuo como unidad básica; que además ha puesto al descubierto la relevancia de las labores ejercidas por las mujeres. Retomando el trabajo de Cole y Sabik (2010), conviene preguntarse en la generación de políticas públicas, y en la propia lectura de este texto, ¿de quién es la perspectiva representada y quién queda fuera en los servicios de atención obstétricos y labores de cuidados?, ¿qué papel desempeña el poder?, y ¿dónde hay similitudes entre los actores, espacios y modelos de atención?

REFERENCIAS

- Cámara de Diputados (2019). "Aprueban diputados reformas en materia de violencia obstétrica", LXV Legislatura [<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/28/3783-Aprueban-diputados-reformas-en-materia-de-violencia-obstetrica#:~:text=Palacio%20Legislativo%2C%2028%2D11%2D,el%20embarazo%2C%20parto%20y%20puerperio>].
- Campiglia Calveiro, Mercedes (2017). "La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto". Tesis doctoral. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México.
- Cole, Elizabeth R. y J. Natalie Sabik (2010). "Repairing a broken mirror: Intersectional approaches to diverse women's perceptions of beauty and bodies", en Michele Tracy Berger y Kathleen Guidroz (eds.), *The Intersectional approach: Transforming the academy through race, class, and gender*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press, pp. 173-192.
- Comas d'Argemir, Dolors (2014). "La crisis de los cuidados como crisis de reproducción social. Las políticas públicas y más allá", Conference: XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español. Tarragona. Universitat Rovira i Virgili.
- Crenshaw, K. (1991). "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color", *Stanford Law Review*, 43(6), pp. 1241-1299 [<http://www.jstor.org/stable/1229039>].

- Freyermuth, G., María del Pilar Ochoa y José Alberto Muños (2017). “El Subsistema de Información sobre Nacimientos: Estudio de caso en una región indígena de Chiapas, México”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, 32(3), pp. 451-486 [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6428593>].
- IBFAN (2003). *Boletín Semanal del Centro de Recursos de la red IBFAN de América Latina y el Caribe*, año 1, núm. 18, del 7 al 13 de agosto de 2003. En IBFAN @LC informa [<http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A1N18.htm>].
- Pisanty-Alatorre (2017). “Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal”, *Salud Pública de México*, 59(6), pp. 639-649 [<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8788>].
- Sen, G., B. Reddy y A Iyer (2018). “Beyond measurement: The drivers of disrespect and abuse in obstetric care”, *Reproductive Health Matters*, 26(53), pp. 6-18 [<http://www.jstor.org/stable/26504896>].
- Vignolo, Julio, Mariela Vacarezza, Cecilia Álvarez y Alicia Sosa (2011). “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”, *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), pp. 7-11 [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es], fecha de consulta: 19 de septiembre de 2020.



