



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

**“MUJERES Y MUERTE FETAL EN CIUDAD DE MÉXICO.
UN ESTUDIO DE CASOS MÚLTIPLES.”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS EN SALUD
COLECTIVA**

PRESENTA: M.S.C. IGNACIO JAVIER HERRERA SOTO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. CAROLINA J. TETELBOIN HENRION

COMITÉ DE TESIS:

DRA. DAISY ITURRIETA HENRÍQUEZ

DR. EDGAR JARILLO SOTO

DRA. CAROLINA MARTÍNEZ SALGADO

DR. BERNARDO ROBLES AGUIRRE

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO.

DICIEMBRE 2022

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a las mujeres que decidieron participar de esta tesis con sus relatos. Gracias por confiar en mí.

Gracias a mi familia, sin su apoyo emocional nada esto habría sido posible.

Finalmente quiero agradecer a mi tutora, Carolina Tetelboin Henrion por su guía y apoyo, incluso en mis momentos de mayor dispersión.

Contenido

I. Primera parte: Protocolo	8
1. Antecedentes de la situación de las mujeres en México y CDMX	8
2. Contexto de la sociedad mexicana entre 2013 y 2018	15
3. Estado del arte: Una primera aproximación al tema	22
4. Problema de investigación	36
5. Objetivos.....	41
6. Marco Teórico- metodológico.....	42
II. Segunda parte: Descripción de los resultados	67
7. Las mujeres en las políticas, las leyes y los programas sociales	69
8. Las mujeres en las encuestas y estudios académicos cuantitativos	91
9. Las mujeres los estudios académicos cualitativos.....	103
10. Las mujeres desde sus experiencias de muerte fetal	116
III. Tercera parte: Análisis y Reflexiones.....	158
11. La situación de las mujeres en el campo familiar	159
12. La situación de las mujeres en el campo laboral	184
13. La situación de las mujeres en el campo de los servicios de salud.....	201
14. Conclusiones.....	219
15. Sobre el ámbito familiar.....	220
16. Sobre el ámbito laboral	225
17. Sobre el ámbito de los servicios de salud.....	228
18. Reflexiones generales y sobre la reflexividad.....	233
19. Anexos	239
Figura 1. Mención de género en los grupos de documentos.....	239
Figura 2. Condiciones de Vida, relaciones sociales y experiencia subjetiva en los documentos oficiales.....	239
Figura 3. Presencia de las Condiciones de vida, Relaciones sociales y subjetividad en los distintos campos sociales dentro de los documentos oficiales	240
Tabla 1. Mención de “trabajo doméstico” en los grupos de documentos	241

Tabla 2. Porcentaje de muertes fetales de acuerdo con una serie de variables seleccionadas durante el año 2013 hasta 2018.	241
Gráfico 1. Número de muertes fetales entre los años 2014 y 2018 en la CDMX	246
Pauta de entrevista	247
20. Bibliografía	249

Introducción

Este proyecto comienza su proceso de madurez durante mi colaboración en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) de México en 2018, Esta institución se ocupa de temáticas de salud relacionadas con niños y niñas. En esta institución trabajé en el desarrollo neurológico del lenguaje, con niños que habían sufrido un evento de asfixia durante su gestación. En esta experiencia tuve la oportunidad de conversar con las madres de esos niños a través de breves entrevistas con el objeto de cotejar algunas variables de tipo sociodemográficas como sus años de escolaridad, actividad laboral, composición familiar, edad, entre otras. En estas conversaciones pude observar que estas mujeres vivían en condiciones materiales similares, caracterizadas por empleos precarios, situaciones familiares complejas y necesidades de salud generalmente insatisfechas. Entonces el foco de mi interés se movió desde el estudio de los niños con asfixia, a las condiciones en las que vivían las madres de estos niños, para preguntarme hasta qué punto éstas incidían en el proceso de desarrollo de sus embarazos, desde la perspectiva de la Medicina Social y la Salud Colectiva. Es así como en un primer momento me propuse abordar la asfixia perinatal. Sin embargo, la variabilidad en la asfixia por el daño orgánico puede adquirir distintas formas, y no existe un consenso médico para observar sus consecuencias, por lo que decido cambiar el foco hacia la Muerte Fetal. Esta decisión es reforzada por dos elementos: el primero es la necesidad de observar una condición biológica definitiva, como es la Muerte Fetal; y la segunda, es en relación con la forma de registro en México, que considera en sus estadísticas la Muerte Perinatal que va desde la semana 22 de gestación hasta la primera semana de vida del neonato, y la muerte infantil sin considerar la muerte fetal, que ocurre desde la semana 22 hasta el momento del alumbramiento, y ha sido relacionada con las condiciones de la madre, el feto y la placenta. Desde nuestra perspectiva, la Medicina Social y la Salud Colectiva, se busca conocer y analizar el proceso de la Muerte Fetal, a través de las formas en las que las mujeres gestantes realizaron sus vidas y vivieron su embarazo,

intentado explicar cómo subsumen y determinan ciertos procesos y dinámicas sociales, lo biológicos. Por lo tanto, en este trabajo se estudian las condiciones en que los grupos sociales en determinadas sociedades y en ciertos momentos sociohistóricos organizan la vida y la relevancia que adquiere la salud de las futuras madres dentro de éstas.

En síntesis, la presente investigación se centra en las condiciones de las mujeres en una serie de campos sociales en México y particularmente en la Ciudad de México, intentando conocer las condiciones en general con las que el Estado mexicano ha abordado en los años 2013-2018, periodo en el que se produjo el evento de muerte estudiado en el problema, los avances en políticas, los cambios legales de los derechos, los programas sociales hacia las mujeres en edad fértil y embarazo, y los datos estadísticos sobre ellas. A la vez, para el estudio específico de la muerte fetal en la Ciudad de México, se realizaron dos tipos de estudios de caso, entrevistas a mujeres individualmente, y participación en un grupo de Facebook, que nos permitió conocer la experiencia de las mujeres durante el proceso de embarazo que culminó con un desenlace fatal, realizadas durante el año 2021, a fin de conocer sus discursos, percepciones e interpretaciones en torno a este evento en sus vidas. Vale la pena mencionar que el trabajo de campo con las mujeres se realizó durante la pandemia de COVID-19, que imposibilitó la realización de las entrevistas de forma presencial, limitando seguramente, la información y el tipo de acercamiento. Las entrevistas se realizaron a través de distintas plataformas como Zoom y GoogleMeet, y la etnografía digital a través de Facebook. También he de mencionar que las entrevistas se realizaron desde Chile, habiéndolo acordado previamente con las entrevistadas.

Desde la mirada de este trabajo, el evento de Muerte Fetal no debe verse como la consecuencia de una serie de eventos aislados, mucho menos desde la perspectiva del riesgo individual. Sino que es concebida como el resultado de un conjunto de determinaciones sociales, que culminan en eventos de esta naturaleza, no sólo explicables biológicamente sino también debido posiblemente a eventos relacionados a la forma en que la sociedad está organizada y el lugar que ocupan estas mujeres en los grupos sociales a los que pertenecen. Estas

determinaciones comprenden tres dimensiones: la económica, política e ideológica/cultural y actualmente las condiciones ambientales producto de la modificación depredadora de la naturaleza por la acción humana en esta etapa del desarrollo. Es entonces que nos proponemos que un evento complejo, como es la Muerte Fetal, pueda ser abordada desde esta perspectiva. El objetivo de nuestra propuesta es conocer las formas en que se articulan estas determinaciones sociales: las condiciones de vida, las relaciones sociales y la experiencia subjetiva en los campos de la vida familiar, laboral y en la vinculación con los servicios de salud de las mujeres.

Un elemento para resaltar es que el concepto de muerte fetal fue central en la primera parte de la realización y resultados de esta tesis, a través del análisis documental. Sin embargo, posteriormente, a partir de las entrevistas y de la opinión de las participantes del grupo MISS-ECA¹, se modifica el concepto de muerte fetal por el de muerte gestacional, retomando la consideración y opinión de que para ellas ese concepto es despectivo y/o irrespetuoso. Desde el punto de vista ético pareció importante considerar este comentario, por lo que en la segunda parte se utilizó el concepto de muerte gestacional.

Las principales conclusiones de este trabajo, en relación con la parte de la revisión documental fueron: la buena alineación de los documentos normativos, que considera la Constitución Política; las leyes federales y estatales, y los programas sociales, con relación a la erradicación de todas formas de violencia. Por otro lado, las encuestas revelaron las múltiples situaciones de violencia que sufren las mujeres en todos los espacios sociales. Esta incongruencia se debe a la dificultad de normar la violencia de género estructural.

Con relación a la investigación realizada con mujeres entrevistadas, que cursaron eventos de muerte fetal observamos que existe similitud en la forma en que nuestras participantes organizan sus vidas, cuatro de las cinco son profesionales, tres de las cinco vivían con sus parejas, cuatro de las cinco recibieron atención en el IMSS. También observamos que todas sufrieron algún tipo de violencia en

¹ Este es el nombre del grupo de Facebook que reúne a mujeres que cursaron un evento de muerte gestacional.

campos sociales que revisamos, ya sea durante la atención prenatal, durante el evento de muerte o bien, durante el duelo.

I. Primera parte: Protocolo

1. Antecedentes de la situación de las mujeres en México y CDMX

Antes de comenzar con este apartado debemos mencionar que fue difícil conseguir los datos desglosados por entidad federativa en el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI), ya que cuando se solicitó la información específica para Ciudad de México se nos negó, argumentando la pérdida de la significación estadística de los datos. Es por esto por lo que la construcción de este apartado se realizó solo con información accesible de forma pública.

Nos enfocaremos en tres campos sociales de la vida de las mujeres, el campo laboral, el campo familiar y el campo de los servicios de salud. Además, para la construcción de este apartado consideraremos información proveniente de dos fuentes secundarias, la primera corresponde a datos provenientes de artículos que abordan el contexto político y económico de México. La segunda fuente proviene de una serie de encuestas realizadas entre el año 2002 y el año 2012. El objetivo de este apartado es explorar el contexto previo a nuestra ventana de análisis (2013-2018), y comprender el espacio social en el que viven las mujeres mexicanas, y en particular las de Ciudad de México, ya que es en ese marco determinado, donde cursan el evento de Muerte Fetal.

Por ejemplo, y considerando estos campos sociales, podemos decir que en México entre 1970 y 1980 las condiciones de vida de la población en general se pueden rastrear a través de algunos datos, como la tasa de plusvalía, la que giraba en torno a 2.5 – 3.0 por ciento, período que es descrito como “Estado benefactor”, mientras que con la instauración del neoliberalismo se duplica, llegando al 5.0 – 6.0 por ciento. Se predica la necesidad de privatizar las

actividades económicas y se promueve el libre mercado, esta visión también impacta al sector salud, donde se reduce el gasto público, por lo que el Estado financia a los privados para que ellos atiendan a los trabajadores salarios y asalariados, por lo tanto, los obreros verán mermadas sus capacidades para atender sus necesidades de salud. Desde el punto de vista del empleo, si bien el Producto Interno Bruto ha aumentado lentamente, la capacidad del mercado de absorber la creciente demanda de trabajo es escasa, lo que ha producido que la estructura de clases sociales sea insana. Es por esto que la mayoría de trabajo en México es por cuenta propia u ocasional, es decir son trabajadores pobres y socialmente poco integrados (Valenzuela Feijóo, 2017).

El contexto mexicano está marcado por el aumento de la pobreza, el desempleo, el costo de los alimentos y la distribución desigual de los ingresos, todos estos elementos han precarizado las condiciones de vida de las poblaciones (López Arellano, Rivera Márquez, Delgado Campos, & Blanco Gil, 2010). De lo anterior podemos derivar que las condiciones macroestructurales, producen condiciones de vida que se manifiestan, o expresan en la salud de la diada mujer-feto, lo que podría desencadenar un evento de Muerte Fetal. Este evento biológico tiene una mayor prevalencia en las poblaciones de mujeres de bajo nivel socioeconómico (Vaughan, 1968) (Navarro-Pérez, y otros, 2015).

En Ciudad de México al considerar el período entre el año 2000 y el año 2013 observamos una disminución de la Muerte Fetal. El año 2000 en Ciudad de México se contabilizó 3783 muertes fetales, mientras que el año 2005, esta cifra disminuyó a 3.413 y el año 2010 continuó su disminución llegando a 2.995. El año 2000 México se suscribe a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), donde el objetivo cinco es mejorar la salud materna. A partir de ese momento México diseña un Programa de Acción Específico (PAE) de salud materna y perinatal, conducida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, asociado al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y al Programa Sectorial de Salud 2013-2018. El programa de Salud Materna y Perinatal es el instrumento de la política en salud. El programa busca brindar a las mujeres en edad fértil o que

estén embarazadas: atención pre gestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada; control prenatal integral; consejería durante la edad fértil, el embarazo, puerperio, para una lactancia exitosa; atención obstétrica de bajo riesgo, en el primer nivel y manejo calificado en el segundo nivel; cesárea bajo indicación médica; envío de pacientes con urgencias obstétricas y neonatales; prevención del parto prematuro; reanimación neonatal adecuada; atención neonatal; prevención y control del VIH y el SIDA; fomentar alimentación de calidad; impulsar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses².

A continuación, daremos cuenta, de una serie de encuestas que nos revelan las condiciones en que las mujeres vivían en México antes del año 2013. La Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENAGH, 2012), la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE, 2010), la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006) y la encuesta nacional de uso del tiempo y aportaciones en los hogares mexicanos (2002) que después se llamaría Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT). Estas evidencian datos sobre cómo vivían las mujeres en México, en tres dimensiones de interés en esta tesis, a saber: las condiciones de vida, las relaciones sociales y la experiencia subjetiva.

Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (2012), según esta encuesta en tamaño de los hogares en México era de 3.8 integrantes. Cuando las mujeres son jefas de hogar su edad promedio es de 52.1 años y la edad promedio cuando ellas son las principales proveedoras es de 48.8 años. Los años promedio de escolaridad de las jefas de hogar era de 7.1, en comparación con los hombres jefe de hogar que sus años promedio de escolaridad era de 8.4 años. También menciona que el promedio de personas ocupadas por hogar era de 1.7. En el 37.6% de los hogares estaban compuestos por dos o más adultos trabajando y tienen al menos un niño, el 25% de los hogares estaban compuesto por al menos un niño y por dos adultos, con un adulto trabajando, el 4.3% de los hogares tiene niños y un único adulto trabajando, mientras que un 15.1% tiene dos o más

² Esta información fue obtenida desde el sitio web del Gobierno de México. Link: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-salud-materna-y-perinatal-cnegsr-12031>

adultos trabajando y sin niños. Además, menciona que el gasto anual promedio por persona en México es de 38.110 pesos y en Ciudad de México es de 59.203 pesos. En México el gasto de consumo promedio anual por hogar, específicamente en el ítem salud es de 4.450.

La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE, 2010) menciona una serie de datos relevantes, por ejemplo, menciona que de la población de 14 años y más de áreas urbanas, económicamente activa, 9.698.266 estaba ocupada, mientras que 656.024 estaba desocupada. El desglose por sector económico nos muestra que en México 5.899.290 personas estaban empleados en el sector primario (agricultura, ganadería, caza y pesca), este número se reduce a 176.762 en áreas urbanas, 10.594.481 personas estaban empleadas en sector secundario (industria extractiva y eléctrica, manufactura y construcción), en áreas urbanas estaban empleadas 5.671.204 personas en el sector secundario. Mientras que el sector terciario (comercio, restaurantes, servicios de alojamiento, transporte, comunicaciones, correos, servicios sociales y gobierno) empleó a 27.860.436 trabajadores, y de ellos 17.629.117 se encuentran en áreas urbanas. La mano de obra total de México es de 44.651.832, las áreas urbanas aglomeran a 23.689.099. En relación con el acceso de los trabajadores a instituciones de salud considerando los trabajadores totales (44.651.832), sólo 15.573.752 tienen acceso (en áreas urbanas este número disminuye a 10.954.702), y 28.811.435 trabajadores no tienen acceso a instituciones de salud (en áreas urbanas este número disminuye a 12.542.532). La Población Económicamente Activa (PEA) en México era de 32.532.232 (en áreas urbanas es de 16.458.462 personas), la edad promedio de la PEA en áreas urbanas es de 38 años, y en promedio tenían 10.4 años de escolaridad, sus ingresos por hora trabajada fue de 35 pesos, sin embargo los empleadores ganaban 68.2 pesos por hora, mientras que los empleados por cuenta propia ganan 35.8 pesos, los trabajadores por cuenta propia en actividades no calificadas 30.9 pesos por hora trabajada, los trabajadores subordinados y remunerados asalariados ganaban en promedio, 33.8 pesos por hora trabajada, finalmente los trabajadores subordinados y remunerados con percepciones no salariales ganaban 29.8 pesos por hora

trabajada, cabe decir que estos valores son para población urbana, ya que para población rural sus valores son menores.

Analizaremos la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006). Para revisar los datos de esta encuesta nos centraremos en la información que hace referencia a las mujeres de todo México y en caso de que los datos estén disponibles, en las mujeres de Ciudad de México (ex Distrito Federal). El número total de mujeres en México era de 54.025.966, de ellas 4.601.652 vivían en Ciudad de México. Los grupos etarios que concentraban a la mayor cantidad de mujeres fue entre 55 años y más, seguido por 30 a 34 años. La población femenina de 12 años y más Económicamente Activa (PEA) en México fue de 16.023.096, mientras que en Ciudad de México era de 1.764.694. El total de viviendas de los Estados Unidos Mexicanos era de 19.170.965, y de ellas 11.461.422 no reportaron incidentes de violencia, mientras que 7.627.429 reportaron algún tipo de violencia (emocional, económica, física y/o sexual). Los datos de violencia familiar en Ciudad de México (para mujeres de 15 años y más de acuerdo con su estado conyugal), ascendían a 505.096, de ellas 271.206 estaban casadas o unidas, 69.387 alguna vez estuvieron unidas y 164.503 estaban solteras al momento de sufrir el evento de violencia. Otro dato interesante son los eventos de violencia familiar según condición de habla indígena para mujeres de quince años y más. El número de mujeres encuestadas en México, que reporta hablar lengua indígena fue de 2.304.243, de ellas, 1.972.331 no reportaron haber sufrido incidentes de violencia familiar, mientras que 327.628 sí reportó haber sufrido algún evento de violencia que puede ser; insultos u ofensas, amenazas con golpes, correrla de casa, humillación o menosprecio, la ignoraron, la encerraron, la agredieron físicamente o la obligaron a entregar su dinero. De las mujeres que no hablan lenguas indígenas encuestadas, que son en total 33.417.209, y de ellas 5.353.286 sufrieron algún evento de violencia como los antes mencionados.

En el campo laboral la ENDIREH (2006) nos mostró la situación de las mujeres en relación con la violencia en ese campo social. El total de las mujeres encuestadas

en México fue de 10.268.036, de ellas 3.069.211 reportaron haber sufrido un evento de violencia laboral (ya sea discriminación y/o acoso). En Ciudad de México el tamaño de la muestra fue de 1.204.885, de ellas, 339.226 reportaron haber sufrido de algún evento de violencia laboral (ya sea discriminación y/o acoso), además, el estado conyugal de estas mujeres no difirió, ya que la cantidad de mujeres casadas o unidas que han sufrido de violencia laboral es de 144.026, mientras que 142.521 eran solteras.

Continuando con la ENDIREH (2006), y en relación a la violencia ejercida por parte de la pareja en mujeres de 15 años o más, en los últimos 12 meses la encuesta mencionó que en México se reportan 8.656.871, mientras que las mujeres que no habían sufrido de violencia por parte de su pareja son de 12.883.249, en Ciudad de México las mujeres que sufrieron de violencia por parte de su pareja durante los últimos 12 meses es de 733.612, en contraste con 1.036.054 mujeres que no reportan haber sufrido de violencia. Las formas de violencia que considera esta encuesta son, violencia emocional, económica, física y sexual. También se describe la relación entre violencia ejercida por la pareja en los últimos 12 meses y el nivel de instrucción de las mujeres de México, sus resultados muestran que del total de mujeres con incidentes (8.656.871), 2.232.632 no tenían instrucción primaria o era incompleta, 4.204.869 mujeres tenían entre primaria completa a secundaria completa y 2.215.762 tenían postsecundaria (esto incluye, carreras técnicas con secundaria completa, preparatoria o bachillerato, carrera técnica con preparatoria completa, normal, profesional, maestría y doctorado). Se mostró también la cantidad de mujeres en México de 15 años y más casadas o unidas y que sufrieron violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses fue de 8.656.871, de ellas, 3.443.190 eran económicamente activas, 4.263.047 se dedicaban a quehaceres del hogar y 948.890 realizaban otra actividad no económica. Para Ciudad de México el total de mujeres que reportaron incidentes de violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses fue de 733.612, de ellas 321.112 eran económicamente activas, 284.228 se dedicaba a quehaceres del hogar, y 128.272 se dedicaban a otra actividad no económica.

La Encuesta de Uso del Tiempo y Aportaciones en los hogares mexicanos (2002) revela que quienes realizaban más trabajo doméstico eran las mujeres (28.6%), por sobre los hombres (3.8%). Con relación al cuidado de niños un 11.6% de las mujeres mencionó realizar esta tarea, mientras que un 2.6% de los hombres la realizaba. El 41.4% de los hombres realizan trabajo extra-doméstico, mientras que solo el 12.3% de las mujeres lo realizó.

En el campo de los servicios de salud, Roberto Castro y Joaquina Erviti mencionan que entre los años 2000 al 2012 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, registró la mayor cantidad de denuncias en el ámbito ginecológico y obstétrico, contabilizando 2877 (Castro & Erviti, 2014). En consecuencia, la Revista Género y Salud en Cifras menciona que la violencia obstétrica es una forma de violencia de género, y de la misma forma que se percibe a la mujer en la sociedad, se percibe en el campo médico, es decir se percibe como un sujeto que puede ser abusado, y donde las consecuencias de ese abuso no serán recibidas. A este fenómeno lo denominan violencia institucionalizada en la salud reproductiva, y es la extensión de la cultura patriarcal que se establece como un orden social y cultural, donde los hombres pueden decidir sobre los cuerpos de las mujeres, y en esta tarea cuentan con enfermeras, médicas, y personal no médico femenino, como sus aliados. Es entonces que se menciona la triada, violencia obstétrica, violencia institucional y violencia patriarcal (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2001).

En conclusión, vemos que el período previo a nuestra ventana de interés (2013-2018), la situación de las mujeres se caracterizó por eventos de violencia en todos los campos sociales en que nos enfocaremos, el campo familiar, laboral y de los servicios de salud. Esto nos muestra que la posición social que ocupaba la mujer con relación a los hombres es baja y está marcada por una serie de elementos perjudiciales para su salud como, empleos precarizados, dobles o incluso triples jornadas y violencia en todos los campos mencionados. La dimensión ausente en esta revisión es la experiencia subjetiva de las mujeres que han cursado un evento de Muerte Fetal. Esto revela que este evento podría estar fuera del foco de

atención por parte de los distintos agentes que realizan encuestas, entre los que destaca el Estado mexicano. Sin embargo, para poder aceptar esta afirmación, en el siguiente apartado haremos una revisión exhaustiva de los abordajes que se han realizado sobre la Muerte Fetal en México y alrededor de las mujeres que cursan embarazos.

Cabe mencionar, además, que la forma en que el Estado mexicano abordó los problemas de salud entre el año 2000 y 2013 fue el Seguro Popular. Este punto será abordado en el siguiente apartado.

2. Contexto³ de la sociedad mexicana entre 2013 y 2018

En este apartado abordaremos el contexto social, político y económico en el que las mujeres desarrollaron sus vidas en México entre los años 2013 y 2018. La información será clasificada en relación con los campos sociales que hemos seleccionado. Exploraremos el campo familiar, el campo laboral y el campo de los servicios de salud. Debemos mencionar que los datos aquí referidos han sido obtenidos de forma íntegra del Instituto Nacional de la Mujer (INMUJERES), el que está asociado al Sistema de Indicadores de Género, el que obtiene sus datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el que, a su vez, obtiene sus datos de una serie de encuestas nacionales.

En términos generales, México responde a un orden económico mundial, donde la expansión del capital ha sufrido una expansión global, y se ha conformado un mercado global, esta tesis mencionada en el manifiesto comunista por Marx (citado en Harvey, 2020), esta expansión territorial y geográfica del capital, estuvo acompañada por el concepto de *aniquilación a través del espacio a través del tiempo*, lo que en palabras de Harvey significa que, a pesar de las grandes distancias geográficas, las transacciones de capital iban a requerir muy poco tiempo (Harvey, 2020), entonces, debemos pensar la sociedad actual ligada a la

³ Estas estadísticas fueron obtenidas de INMUJERES, del siguiente link donde se encontrarán los informes y las encuestas que se trabajaron: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/temas.php>

expansión del capital, y a la colonización de todos los espacios sociales por dicho capital, y no nos referimos solamente al capital económico y financiero, sino a las lógicas detrás del capital que, en el sentido bourdeano, es todo aquello que tiene cierto valor en un determinado contexto, y que tiende, dada su naturaleza, a ser acumulado por ciertos agentes, pues esto les ayuda a tener una mejor posición en un determinado campo social. Además, México ocupa una posición periférica, en términos de la organización centro-periferia, lo que lo posiciona como un productor de materias primas, y servicios, por lo que no hay una industria desarrollada, la que fue desmantelada, junto con el Estado de Bienestar. David Harvey (2020), citando a Hegel, menciona que el capital tiende a acumularse, en forma de un infinito negativo, ya que tiende a acumularse, pero desconocemos la dirección en la que lo hace, es así como al final de la jornada laboral, hay más capital, la pregunta es ¿Quién lo tiene? Y ¿dónde está? La respuesta del autor es que hay estructuras que garantizan que el capital se acumule en cierta dirección, y no en otra. El crecimiento económico, entonces, ha marcado a la sociedad mexicana, y se ha impuesto como un mandato individual y colectivo.

Esta forma de organizar la sociedad, alrededor del crecimiento económico, han definido a la modernidad, en la que autores como Ulrich Beck, han descrito una “categoría zombi”, donde existen instituciones zombis, que están muertas, pero todavía viven, ejemplos de estas son el Estado-Nación, el nacionalismo o la familia, ellas están vivas-muertas pues no logran interpretar la compleja realidad actual, este estado ambivalente y de tensión presiona a las personas que desarrollan sus vidas dentro de ellas, en nuestro caso nos interesa la institución familia. Los Estados modernos despliegan una serie de procedimientos legales y sociales para mantener esta institución, sin embargo, ha tendido a fragmentarse (Beck, 2000). En palabras de Zygmunt Bauman, los individuos se han tenido que enfrentar a nuevas pautas y marcos de configuración, “que, aunque nuevas y mejores, seguían siendo tan rígidas e inflexibles como antes” (Bauman, 2004, pág. 9), podemos ver, reflejados en esta cita, procesos como la flexibilidad laboral, la explotación del hombre por el hombre, el divorcio, entre muchos otros procesos que se llevan a cabo en la actualidad y que se imprimen en la identidad de las

personas, determinando sus esquemas de acción y de significación. Este tipo de instituciones crea presión sobre las poblaciones y sobre las personas, ya que no logran adecuarse a los estándares, imposibles, que estas instituciones plantean, por lo que “la gente fue liberada de sus viejas celdas, solo para ser censurada y reprendida si no lograba situarse -por medio de un esfuerzo dedicado, continuo y de por vida- en los nichos confeccionados por el nuevo orden” (Bauman, 2004, pág. 9).

El filósofo Byung Chul Han, en su libro *Psicopolítica*, hace una radiografía muy clara de la subjetividad de la sociedad moderna, en la que por supuesto, encaja la sociedad mexicana. El autor menciona que “Hoy, por el contrario, se extiende la ilusión de que cada uno, en cuanto proyecto libre de sí mismo, es capaz de una autoproducción ilimitada” (Byung-Chul, 2014, pág. 17). El modelo neoliberal, ha transformado la explotación del hombre por el hombre, en la explotación de uno mismo, por sí mismo. Esta auto explotación es un mandato de rendimiento y productividad propio de la sociedad moderna, y quien no cumpla con este mandato, es el único responsable, y recae sobre él, la vergüenza. Se culpa por el fracaso, y no pone en duda la validez del sistema. En palabras del autor, “Esta auto agresividad, no convierte al explotado en revolucionario, sino en depresivo” (Byung-Chul, 2014, pág. 18).

Antes de comenzar debemos mencionar un elemento común a todos los campos sociales que nos interesa abordar. Este elemento es la violencia de género, la que de acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) se define como “cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas”, esta definición nos permite situar la violencia como una dinámica sociocultural asociada a significaciones, normas y valores de lo que implica ser mujer.

En relación con el perfil de morbilidad y mortalidad de las mujeres en México, según la Secretaría de Salud en el año 2018, se mencionan dentro de las 20 enfermedades más reportadas están, infecciones respiratorias agudas, infecciones

de vías urinarias, infecciones intestinales, úlceras, gastritis y duodenitis, gingivitis y enfermedad periodontal, vulvovaginitis, conjuntivitis, obesidad, otitis media aguda, hipertensión arterial, además resaltan casos de depresión y de violencia intrafamiliar. Estas dos últimas no se presentan dentro de las 2 enfermedades reportadas por hombres. Algunas otras patologías que difieren en la comparación entre sexos (más presencia en mujeres en comparación con hombres) son, anorexia, bulimia y otros trastornos alimenticios, la candidiasis urogenital y obesidad.

2.1. Campo familiar

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018) existen en México 35.316.306 hogares.

Según la Encuesta Nacional sobre Dinámicas de las Relaciones en los hogares (ENDIREH, 2016), esta se enfoca en varios campos en los que la mujer participa, sin embargo, nos centraremos en el campo familiar.

Dos terceras partes de las mujeres de 15 años y más mencionaron haber sufrido al menos un evento de violencia durante su vida ejercida por cualquier agresor. La violencia más común es la violencia emocional, seguida por la violencia económica o patrimonial, violencia sexual y la violencia física. El 44,8% de las mujeres de 15 años y más menciona haber sufrido un evento de violencia por parte de cualquier agresor en los últimos 12 meses.

Un 43,9% de las mujeres de 15 años y más afirma haber sido víctima de violencia por parte de su actual o más reciente pareja, ya sea en noviazgo, matrimonio o convivencia.

La violencia emocional ha afectado a 4 de cada 10 mujeres, esta se manifiesta en forma de humillación, menosprecio, la encerraron, le destruyeron sus cosas o cosas del hogar, la vigilaron, la amenazaron con abandonarlas, correrlas de casa o quitarles a sus hijos, las amenazaron con algún arma, las amenazaron con

matarlas o matarse, les revisaron el celular o el correo electrónico, ejercieron algún tipo de control mediante llamadas telefónicas para saber con quién estaban, o que estaban haciendo.

En relación con la violencia patrimonial, 2 de cada 10 mencionan haber sido víctimas de cuestionamientos por cómo gastaban el dinero, les han prohibido trabajar o estudiar, les han quitado dinero o bienes, o los ha usado sin su consentimiento.

Con relación a la violencia física la encuesta menciona que un 17,9% de las mujeres menciona que su pareja la ha golpeado, amarrado, pateado, tratado de ahorcar o asfixiar, o agredido con un arma.

También se menciona la violencia sexual, y un 6,5% de las mujeres les exigieron u obligaron, sus propias parejas, a tener relaciones sexuales, sin que ellas quisieran, o las obligaron a hacer cosas que no querían, o tener relaciones sexuales sin protección, o mirar escenas pornográficas.

El 25,6% de las mujeres de 15 años y más dijeron haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja durante el último año.

De las mujeres que sufrieron violencia, un 11,3% se aproximó a alguna autoridad para pedir ayuda. De este porcentaje, 25,8% lo hizo en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF), mientras que un 16% pide ayuda a las autoridades municipales o delegacionales, un 14,4% se acerca a la policía, un 10,9% a la Defensoría Pública, mientras que el resto acudió a institutos municipales o federales de la mujer o a centros de justicia de la mujer. En relación con la mortalidad el INEGI el año 2018 mencionó que la principal causa de muertes tanto en hombres como en mujeres fueron, enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, en hombres la cuarta causa de muerte es a causa de homicidios, mientras que en mujeres son las enfermedades cerebrovasculares.

La ENDIRE (2016) explora la autonomía de las mujeres, entendida como la capacidad que poseen para decidir y actuar de manera libre, y sin influencia de otras personas. La encuesta menciona que las mujeres podrían tener autonomía en un campo, pero no necesariamente en otro. Sobre esta dimensión el 52,4% de

las mujeres de 15 años y más, mencionan que la decisión de trabajar es únicamente de las mujeres, un 30,4% toman la decisión con su pareja, y un 8,9% declara que su pareja toma la decisión. En relación con la decisión sobre tener o no, relaciones sexuales, un 81% menciona que se toma en pareja, un 7% menciona que solo ellas deciden, y un 7,5% menciona que es su esposo quien decide.

La ENDIREH (2016) menciona que un 54,6% de las mujeres que trabaja decide personalmente sobre su sueldo, mientras que un 6% menciona que son sus parejas quienes deciden sobre su dinero.

2.2. Campo Laboral

De las mujeres que trabajaron, en algún momento, o trabajan al momento de la encuesta, experimentaron algún evento de violencia o de discriminación, ya sea por razones de género o por embarazo un 11,2% reportó haber sufrido de violencia sexual, mientras que un 10,2 sufrió de violencia emocional en sus trabajos.

Un evento que también fue reportado fue la solicitud de pruebas de embarazo como requisito para ingresar o mantenerse en sus puestos laborales a mujeres (11,8%), esto entre los años 2011 y 2015. Y a pesar de que la Legislación Laboral prohíbe que, frente a un embarazo, los empleadores tomen acciones como, no renovación de contrato, disminución de sueldo, disminución de prestaciones o despidos, un 12,7% de las mujeres informó al menos, uno de estos tipos de situaciones.

Para el año 2016 un 22,5% reportó haber sufrido de, al menos, un incidente de violencia o de discriminación en el campo laboral. Un 21,9% de las mujeres asalariadas reportaron haber sufrido al menos un evento de violencia o discriminación como, por ejemplo, recibir un menor sueldo, o menores

posibilidades de ascenso, o menores prestaciones en comparación a los hombres en iguales condiciones de carga laboral.

En relación con la autonomía económica de las mujeres la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH, 2018), un 36,6% de las mujeres de 15 años y más declaró no tener ingresos propios, mientras que en los hombres es de un 6,3%.

2.3. Campo de Servicios de Salud

En términos generales, el contexto que rodea a este campo es bien descrito en la literatura, como orientado por reformas que son guiadas por lógicas de mercado, bajo la premisa de “más mercado y menos Estado” (Tetelboin, Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina, 2007, pág. 50). Estas reformas abrieron el sector salud a las empresas privadas, lo que planteó con una serie de estrategias como, por ejemplo, el desfinanciamiento de los servicios públicos, la separación de funciones, y la descentralización (Tetelboin & Laurell, 2017). Asa Cristina Laurell explica la forma en que México abordó la salud:

“México mantiene un sistema segmentado y fragmentado en el cual el seguro social laboral es obligatorio y público mientras que el Sistema nacional de protección Social en Salud (SNPSS), mejor conocido como el Seguro Popular (SP), es voluntario y solo la población sin seguro social laboral es susceptible a ser afiliada. El SP se financia con contribuciones fiscales de los gobiernos federal y estatales y una prima de los afiliados de los deciles V a X. El SP ofrece un paquete de servicios –el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)– muy inferior a los seguros médicos de los institutos de seguro social laboral, y solo incluye un reducido número de enfermedades de alto costo.” (Laurell, 2013, pág. 16).

Según la página web del CAUSES, el año 2019 se cubrían 24 intervenciones relacionadas con el estado de gravidez, y del recién nacido (Gobierno de México, 2019). Las mujeres debían cumplir con dos condiciones para ser afiliadas al SP, la primera era ser residente en territorio nacional y no ser derechohabiente de la seguridad social, IMSS, ISSSTE, PEMEX, etcétera. Cumpliendo con estos requisitos, la mujer podía recibir cada mes su control prenatal. Laurell (2013) menciona que el año 2009 se crearon dos programas sociales llamados Embarazo Saludable y Seguro Para una Nueva Generación (SPNG), que se incluía dentro de un paquete de servicios y medicamentos y, gastos catastróficos, todos los otros gastos los cubre la paciente. La autora menciona que estos programas permitían que las mujeres del primero al séptimo decil accedieran de forma gratuita, mientras que a partir del decil cinco, debían pagar.

Con relación a la atención obstétrica recibida por las mujeres de entre 15 y 49 años que, en los últimos 5 años, tuvieron al menos un parto, el 33,4% informaron de maltratos en la atención obstétrica. Destacan maltratos como regaños durante el parto, tardanza en la atención debido a que le dijeron que estaba gritando mucho, ignoraron sus preguntas en relación con el bebé o al parto, a 1 de cada 10 mujeres la presionaron para colocarle un dispositivo u operarla con el fin de que ya no pudieran embarazarse (9,2%) (Castro & Frías, 2020).

3. Estado del arte: Una primera aproximación al tema

La Muerte Fetal es un evento biológico que tiene ocurrencia en un contexto social particular, marcado por desigualdades estructurales y de distinta índole. Nuestra estrategia de construcción del estado del arte consistió en una revisión sistemática de información, proveniente de distintas fuentes, académicas, o estudios, publicados en repositorios como Scielo, Elsevier, Pubmed y Redalyc. La información reunida de esta búsqueda se organizó en cuatro grandes criterios: en el primero se agruparon los resultados obtenidos de las posiciones o herramientas conceptuales de los artículos revisados que responden a una visión

Biomédica/conservadora, o en el segundo caso, agrupa a los artículos que responden a la visión de la Medicina Social y la Salud Colectiva. A su vez, para ambos tipos de perspectivas, corresponden hallazgos o aportes al conocimiento sobre el desarrollo histórico del tema, o evidencias empíricas que aportan a ambas visiones.

Mucho se ha investigado y escrito sobre este evento, sin embargo, la serie de cinco artículos y cuatro resúmenes ejecutivos, publicados por *The Lancet* el año 2016 se ha convertido en un eje rector para los gobiernos y los investigadores de todo el mundo. Es por eso por lo que la primera parte de nuestro estado del arte, que se enfoca en la visión Biomédica/conservadora se centrará en esta serie de nueve artículos. Para América latina, el Caribe y México recurriremos a búsqueda de artículos en diversos repositorios de revistas, como Redalyc, Elsevier, Scielo. Comenzaremos revisando la serie de artículos de *The Lancet*, que se inscriben en una corriente Biomédica. En la segunda parte se revisarán estudios que se adscriben a la corriente representada por la Salud Colectiva y la Medicina Social, que se enfoca en las Determinaciones Sociales, así como en las condiciones de vida y salud de las mujeres.

Corriente Biomédica/conservadora.

Esta corriente se caracteriza por definir la Muerte Fetal como un evento que se deriva de la conjunción de múltiples factores, tanto biológicos como sociales, estos factores se manifiestan en una concepción particular de riesgo. En otras palabras, se utiliza el riesgo para definir la probabilidad de las mujeres de sufrir un evento de este tipo. Comprender la teoría del riesgo es clave para poder comprender la explicación que esta corriente les otorga a las muertes fetales. El Riesgo entendido como probabilidad de ocurrencia, en conjunto con la visión factorial de la realidad, este tema será abordado en el párrafo 4.1.1. Tenemos una segunda trama conceptual que son las redes causales, estos son los elementos que vamos

a abordar en el siguiente apartado de herramientas conceptuales. Otro elemento que caracteriza a esta visión es su reduccionismo epistemológico, el que opera observando una realidad compleja y reduciendo sus complejas interacciones y propiedades emergentes, a relaciones simples y causales entre los elementos más simples de las tramas naturales (Lewontin, Rose, & Kamin, 1987). Esta operación desarticula gran parte de los procesos sociales y lo separa de los procesos biológicos, pues comprenden niveles de análisis distintos y no existe posibilidad de articularlos.

Una última característica de esta visión es el uso de la racionalidad instrumental. Parafraseando a Max Horkheimer, de la escuela de Frankfurt, esta forma de racionalidad ha centrado su capacidad explicativa en el desarrollo tecnológico, lo que ha causado la deshumanización de los sujetos, amenazando así la autonomía de los individuos. Esta forma de racionalidad se enfoca en cumplir objetivos y fines particulares, sin considerar los medios por los cuales se logran. No mencionaremos la gran cantidad de conflictos éticos que trae consigo esta forma de operar sobre el mundo. Sin embargo, diremos que, al no considerar las experiencias de las comunidades y personas, incurre en abusos sistemáticos, con el argumento de, por ejemplo, disminuir las tasas de Muerte Fetal. En definitiva, la razón se constituye como un elemento tiránico, y totalizante, cuyo objetivo es el control, no sólo del hombre, sino también de la naturaleza.

Herramientas conceptuales de la visión Biomédica, el Riesgo.

Conceptualmente distinguimos dos elementos claves en la visión Biomédica. El primero es la noción de red causal y el segundo es el factor de riesgo. Ambos conceptos serán trabajados en el marco conceptual, sin embargo, podemos decir que la visión de *The Lancet*, rescata ambos elementos. El artículo de Lawn y otros, 2016 justifica las bondades de observar la Muerte Fetal desde la visión factorial.

La definición de factor de riesgo que propone la OMS se corresponde con la visión que se utiliza en los artículos *The Lancet* donde “Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”⁴.

El artículo de la serie donde se analizan los factores de riesgo es el publicado por Lawn y colaboradores (2016). Ellos realizan un análisis de literatura, con la intención de identificar los factores descritos por la literatura científica. La construcción que realizan del concepto considera dos categorías, los factores maternos, donde incluyen los relacionados con elementos demográficos, fertilidad, infecciones, nutrición, estilos de vida, enfermedades no comunicables, y ambientales. Por otro lado, la categoría factores fetales, que agrupa factores como, el sexo, la edad gestacional, anomalías congénitas y la enfermedad del factor RH.

El concepto de riesgo es lo que Ricardo Ayres denomina una “ampliación del sistema de objetos conceptuales”, esto en la práctica, es la construcción de nuevas entidades que pueden ser cuantificadas. Ayres también menciona que el concepto de riesgo, a mediados del siglo XX, adquiere una noción probabilística, de naturaleza causal, lo que es, a todas luces reduccionista e inferencial, pues se liga lo posible a lo probable, lo muestral a lo poblacional, y todo lo anterior al nivel individual. Es entonces que se reduce el espacio público de la salud, al individuo (Ayres, 2005). Esta cita de Ayres nos habla de la desnaturalización de la muerte fetal, y su inclusión en un campo formalizado, repleto de operaciones matemáticas complejas, cuya consecuencia es la formalización empirista y reduccionista de los fenómenos del espacio público.

En el siguiente apartado exploraremos los resultados que ha producido la corriente biomédica de la mano de su principal herramienta conceptual, los factores de riesgo.

En la tabla 1 de los anexos se muestra el enfoque que cada artículo tiene.

⁴ Esta definición fue sacada del sitio web de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Aporte al conocimiento.

Lawn y colaboradores (2016) menciona que el año 2015, en el mundo, hubo aproximadamente 2.6 millones de muertes (rango de incertidumbre 2.4 a 3.0 millones), las que se han reducido más lentamente que otras, por ejemplo, la tasa de muerte de menores de 5 años se ha reducido de 90 a 43 por cada mil nacidos vivos entre 1990 y 2015, o la tasa de muerte materna que ha disminuido de 380 por cada cien mil nacidos vivos el año 1990, a 210 por cada cien mil nacidos vivos el año 2013, lo que significa una reducción de 45%⁵. Tanto la muerte de menores de cinco años, como la muerte materna se incluyen dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Mientras que la Muerte Fetal no se incluye dentro de estos objetivos esta es una de las probables razones por la que algunos gobiernos no las contabilizan o no las investigan (Lawn J. , y otros, 2016).

En el resumen ejecutivo publicado el año 2016 *The Lancet* menciona que un 98% de las muertes intrauterinas ocurre en países de renta baja o media, y 1.3 millones (la mitad de las muertes) ocurren durante el parto y al momento de nacer. También se menciona que muchas de estas muertes son causadas por condiciones prevenibles, como infecciones maternas, enfermedades no contagiosas y/o complicaciones obstétricas, además de malformaciones congénitas, y dentro de estas algunas también son prevenibles (The Lancet, 2016).

Otro artículo de la misma serie, conducido por Joy Lawn, realiza el ejercicio de observar dónde ocurren estas muertes, cuándo y por qué ocurren. ¿Dónde? De las 2.6 millones Muertes anuales ocurridas durante el tercer trimestre de gestación un 55% ocurren en familias rurales del África subsahariana y el sur de Asia, donde la asistencia especializada y las cesáreas son mucho menos usuales que en las áreas urbanas. En Finlandia, por ejemplo, las Muertes Fetales intrauterinas tienen

⁵ El detalle de estas cifras puede ser revisadas en el informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las Naciones Unidas publicado año 2015. URL: https://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/UNDP_MDG_Report_2015.pdf

una tasa de 2 cada mil nacidos vivos, mientras que en Nigeria la tasa es de 40 por cada mil nacimientos. ¿Cuándo? 1.19 millones de muertes ocurren durante la labor de parto, 1.46 ocurren antes del parto. ¿Por qué? Uno de los problemas de las comparaciones internacionales es que existen más de 35 sistemas de clasificación diferente para estas muertes, por lo que los datos son difíciles de obtener y de comparar, sin embargo, existe bastante consenso en que las cinco causas principales son: complicaciones del parto; infecciones maternas durante el embarazo; afecciones maternas, especialmente hipertensión; restricción del crecimiento fetal; y anomalías congénitas. Para América Latina y el Caribe la Tasa de Mortalidad Fetal se ha estimado en 9.4 por cada mil nacidos vivos, de ellas un 28% ocurre en un contexto rural, este porcentaje es similar a lo que ocurre en regiones desarrolladas, donde un 22% de las muertes ocurre en áreas rurales (Lawn J. , y otros, 2011). Este último dato no es discutido en el artículo, sin embargo, nos parece crucial preguntarnos ¿por qué ocurren más muertes en áreas urbanas, donde se asume existe un mejor acceso a servicios básicos y de salud?

En la parte final del artículo de Joy Lawn y otros (2011) hacen una breve referencia a la relación de las condiciones de la madre con el evento de Muerte Fetal. Mencionan que el resultado del embarazo está estrechamente ligado a las condiciones de riesgo de la madre, tal es el caso de la Restricción de Crecimiento Fetal, patología que está –posiblemente– ligada a la hipertensión. Plantean que son muchas las condiciones de la madre que se ligan potencialmente a la Muerte Fetal, la diabetes y la hipertensión son usuales en muchos países, mientras que en otros la sífilis, la malaria y las infecciones de VIH son relevantes. Para países de ingreso medio, bajo y alto el tabaquismo y la obesidad son factores para considerar. Otros factores de riesgo que se mencionan son la escolaridad y el nivel socio económico.

Flenady y colaboradores (2011) en *The Lancet* analizan los resultados de Muerte Fetal de países de ingreso alto. Esta revisión sistemática incluyó 96 artículos, de cinco países y se reportan los siguientes factores de riesgo.

- Sobrepeso materno y obesidad: índice de masa corporal por sobre 25 kg/m². Fue el factor de riesgo modificable con mayor peso en el modelo entre 8 y 18%, contribuyendo con un total de 8000 muertes en mayores de 22 semanas de gestación, el resultado es anual.
- La edad Materna Avanzada (más de 35 años) revelo un peso de entre 7 y 11% (4200 muertes al año).
- El tabaquismo materno posee un peso de entre 4 y 7% (2800 muertes al año). Mencionan que en poblaciones vulnerables este factor podría alcanzar el 20%.
- El ser madre primeriza tiene un peso de 15%.

Desde el punto de vista médico los factores de riesgo serían.

- Bajo tamaño con relación a la edad gestacional (25%).
- Desprendimiento del feto (15%).
- Preexistencia de hipertensión (6.9%)
- Preexistencia de diabetes (4.7%).

Una de las dificultades que enfrento este artículo fue la clasificación de la Muerte Fetal. Algunos de los artículos consideraron la Muerte Fetal desde la semana 22, otros desde la semana 28, incluso un estudio consideró desde la semana 40. Esta observación refleja la dificultad para comparar investigaciones y construir datos, tanto a nivel local, como de países. En la discusión proponen que la obesidad lejos de ser un factor exclusivo de los países de ingreso alto es un factor presente en el mundo entero. Sobre esto afirman una relación causal entre la obesidad y varios resultados obstétricos indeseados. Mientras que en relación con la edad gestacional de la madre (mayor a 35 años) afirman que es un riesgo asociado a la obesidad, lo que aumenta el riesgo de diabetes, infertilidad, lo que motiva el uso de tecnologías reproductivas. También se menciona que en los países de ingreso alto hay poblaciones de mujeres con desventajas, las que tienen mayor riesgo de Muerte Fetal que las mujeres que no tienen dichas desventajas. Los Estados deberían desarrollar programas que motiven a dejar el hábito de consumo de tabaco durante el embarazo y mejorar el acceso a atención prenatal, estas

medidas disminuirán la brecha. Los autores llaman a mejorar las oportunidades de las mujeres en materia de educación y empleo (Flenady, y otros, 2011).

En el artículo tres de la serie de *The Lancet* escrito por Alexander Heazell y colaboradores, hacen énfasis en las consecuencias de la Muerte Fetal, y su impacto en distintos niveles, en los padres, las familias, proveedores de salud, y a la sociedad en su conjunto. Sus costos pueden ser directos, indirectos e intangibles. El objetivo de cuantificar las pérdidas es poder comparar con los costos de intervención política para prevenir o aminorar los efectos negativos de la pérdida (Heazell, y otros, 2016).

Al enfocarnos en América Latina y el Caribe vemos que la visión Biomédica/conservadora, también ha sido replicada. El año 2017 en Chile se realizó un estudio de caso con cuatro mujeres, que explora la relación entre la obesidad y la Muerte Fetal, su enfoque en un análisis histológico y de marcadores biológicos como la apelina y leptina que regulan el tono vascular placentario. En este artículo se muestra que en la obesidad afecta el desarrollo de la placenta, esto se establece a través de resultados morfológicos placentarios (Ovalle, Barriga, & Kakarieka, 2017). En Cartagena, Colombia se realizó un estudio entre los años 2012 y 2014 que incluyó a 458 casos de Muerte Fetal, las principales causas fueron; insuficiencia placentaria (44,7%), alteraciones del líquido amniótico (18,6%), causas maternas (12,8%) y causas fetales (12%), mientras que un 2,8% se clasificó como inexplicado. El objetivo de este estudio fue poner a prueba un instrumento para clasificar a los fetos muertos a partir de la semana 22, este instrumento tuvo un 97% de efectividad (Alvis-Estrada, 2016).

En México el enfoque biomédico también ha producido resultados. Un estudio publicado el año 2015 que analizó los certificados de nacimiento y defunción entre el año 2008 y el año 2012, se enfocó en las muertes producidas debido a malformaciones congénitas, las que, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10), representan un 79,68% del total de Muertes Fetales en México. Los cinco estados con mayor tasa de Muerte Fetal por malformaciones congénitas fueron; Aguascalientes (44,5 por cada 10.000 nacidos

vivos), Tlaxcala (27,7 por cada 10.000 nacidos vivos), Querétaro (27,3 por cada 10.000 nacidos vivos), Distrito Federal (24,6 por cada 10.000 nacidos vivos), Guanajuato (24,0 por cada 10.000 nacidos vivos) (Canún Serrano, Navarrete Hernández, Reyes Pablo, & Valdés Hernández, 2015).

El año 2017 en la revista Salud Pública de México se publicó una carta al editor donde se resumen los resultados de un estudio aplicado en Hospital Mónica Petrelini, en Toluca, Estado de México. En este artículo se analiza una condición de embarazo específica, la llamada Ruptura Prematura de Membrana (PROM, su sigla en inglés); ellos concluyen que una dieta baja en vitamina C podría causar anomalías a nivel del colágeno, una molécula relevante en la constitución y mantención de la membrana corioamniótica. Mencionan que el Nivel Socioeconómico se ha considerado como una variable relevante en estudios anteriores, sin embargo, esta diferencia no se ha observado en México, por lo que no se consideró la variable, el objetivo de esta decisión fue evitar las posibles confusiones (Hernandez-Garduño & Meneses-Calderón, 2017).

Alejándonos de la muerte fetal, y desde el punto de vista de la Atención Prenatal, también hemos encontrado artículos de investigación que se enfocan en el componente del Sistema de Salud, y el aseguramiento público en una población particular, las adolescentes. Este grupo de mujeres que comienza a cursar un embarazo durante la adolescencia pertenecen, usualmente, a entornos sociales desfavorecidos, donde se observan carencias nutricionales, educativas y de servicios básicos en general. Se menciona que alrededor de un 20% de los embarazos en México, son cursados por adolescentes. En México, el año 2003 se creó el Sistema de Protección Social que operó el Seguro Popular. Su objetivo era garantizar la atención equitativa en salud, así como la protección financiera a través de transferencias económicas a los subsistemas de salud estatales. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre el aseguramiento público de salud y recibir atención prenatal adecuada (oportuna, frecuente y con el contenido suficiente) entre los años 1995 y 2012. Los autores comprueban que las adolescentes que cuentan con aseguramiento en salud tuvieron mayor posibilidad

de recibir atención prenatal oportuna y frecuente, en comparación a las adolescentes que no contaban con aseguramiento. También observaron diferencias dentro de los tipos de aseguramiento, por ejemplo, las mujeres con Seguridad Social mostraron ventajas, en comparación con las que no, sin embargo, no se observó diferencias significativas entre las mujeres con Seguro Popular y sin. En el período considerado aumentó la posibilidad de recibir atención prenatal oportuna y frecuente. El año 2012 un 77% de las adolescentes recibió atención médica durante el primer trimestre de embarazo, mientras que un 84,8% de las mujeres adultas recibieron atención durante el mismo trimestre (Saavedra-Avendaño, Darney, Reyes-Morales, & Serván-Mori, 2016). En los estudios realizados en México se observa un enfoque de riesgo individual, lo que se condice con la visión propuesta por los estudios de *The Lancet*.

Corriente de la Medicina Social, la Salud Colectiva o desde el pensamiento crítico.

Esta corriente se funda sobre el pensamiento de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana, la que posee una forma particular de comprender la sociedad y las desigualdades en salud, para ello ha desarrollado un marco teórico que se enfoca en las diferencias en las condiciones de vida de las distintas clases sociales, género y etnia. Su otro componente busca conocer la forma en que las colectividades y los individuos crean significados acerca de la salud, los que se manifiestan en prácticas en salud, las que al articularse con las condiciones de vida producidas por las formas de organización social construyen los modos de vida (González-Guzmán, 2009).

Considerando lo anterior, el corpus que hemos seleccionado para construir la visión crítica de la Muerte Fetal se enfocará en aspectos relacionados a las condiciones de vida, las relaciones sociales y de las mujeres que sufren un evento de Muerte Fetal.

Un punto que debemos realizar es que la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas no solo es la corriente desde donde emana nuestro marco teórico y conceptual, sino también surge un fuerte compromiso ético. Este compromiso ético nos lleva a precisar que la categoría mujeres, se refiere a un grupo heterogéneo de personas, y no a una categoría homogénea. Esto tiene implicancias metodológicas de las que nos haremos cargo en los siguientes apartados.

Herramientas conceptuales de la Medicina Social y la Salud Colectiva. La Determinación Social de la Salud.

La principal herramienta de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana radica en la concepción de Determinación Social de la Salud. Este concepto se ancla en dos observaciones empíricas que tienen valor teórico/metodológico, la primera es la dualidad del Proceso Salud Enfermedad Atención, en otras palabras, que es un proceso biológico y social (Laurell, 1982), de esta forma lo biológico se ve subsumido por lo social (Samaja, 2004). La segunda observación es que el Proceso Salud Enfermedad Atención en las sociedades, está ligado a las dinámicas productivas de éstas, entonces, el proceso de Salud Enfermedad y Atención es profundamente histórico y particular para cada sociedad (Eslava-Castañeda, 2017). Es por lo anterior que la determinación se convierte en un sinónimo de devenir histórico (Bunge, 1972), a través del cual las personas y poblaciones, cursan procesos biológicos en contextos sociales particulares que no pueden ser desmembrados en pro de la causalidad unidireccional (Breilh, 2013).

Esta visión crítica, rompe con la visión de la corriente biomédica/conservadora, que se caracteriza por ser funcionalista y pragmática, y que ha impactado negativamente en la sociedad, acelerando la economía, produciendo con esto, condiciones de vida y relaciones sociales insanas (Breilh, 2010).

La teoría de la Determinación Social será tratada en detalle en el apartado de Marco Teórico-Metodológico, en el capítulo 8.

Aporte al conocimiento.

Comenzaremos describiendo investigaciones empíricas que se encarguen de analizar el campo laboral, para luego seguir con el campo familiar y terminar con el campo de los servicios de salud.

En un informe elaborado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) publicado el año 2018 se realizan algunas afirmaciones preocupantes con relación a la participación de las mujeres en el mercado laboral, por ejemplo, se afirma que las mujeres ven vulnerado su derecho a un salario igualitario con relación a los hombres, el 78.5% de las mujeres ocupan puestos de trabajo en sectores que tienden a tener bajo salarios. Las mujeres que participan en el sector terciario tienen un salario promedio de 37.7 pesos por hora trabajada, mientras que los hombres reciben 40.6 pesos por el mismo tiempo de trabajo. En el sector secundario la diferencia se agudiza, pues las mujeres reciben un salario de 28.5 pesos por hora trabajada, contra 35.2 pesos para los hombres. Estas cifras nos dicen que las mujeres reciben menor salario por el mismo trabajo. En relación con la formalidad del trabajo, las mujeres son más propensas a trabajar en la informalidad (empleo no agrícola) con un 56.3%, mientras que los hombres poseen un 49.2% (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2018).

Sin duda la división sexual y social del trabajo es un elemento que ha marcado las vidas de las poblaciones femeninas en México, esto se expresa tanto en el trabajo doméstico como extra-doméstico. Para Orlandina de Olivera y Marina Ariza el hecho que la mujer haya sido históricamente relegada a la esfera del trabajo doméstico es una forma de exclusión social, por lo que se les ha impedido el acceso a recursos sociales básicos, como el trabajo extra doméstico. Mencionan

que el concepto de exclusión es útil en este caso, pues han sido excluidas de la participación en la sociedad, sus consecuencias son una baja participación en la actividad económica tanto en México como en Ciudad de México. El concepto de exclusión es, para las autoras, eminentemente procesual y multidimensional, pues radica en las formas de relación social entre individuo y Estado, y entre Estado y Sociedad Civil, que paulatinamente ha ido aislando a las mujeres, esto elimina la visión casuística a la exclusión. También consideran, dentro de este proceso de exclusión, el mosaico género, clase social y etnia, lo que impacta sobre el trabajo doméstico, tanto como el extra doméstico, actividades asalariadas y por cuenta propia, de tiempo parcial y completo (De Oliveira & Ariza, 2000).

El segundo campo lo compone la relación de las mujeres con sus familias durante el momento del embarazo. Esta relación ha sido estudiada desde distintas perspectivas, sin embargo, nos interesa realizar una aproximación cualitativa, pues se ajusta de mejor manera a nuestro interés y a la visión de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana. Pues esta se centra en las experiencias de las mujeres, así como en las significaciones que le otorgan a ciertos temas y conceptos que rodean a la muerte fetal.

Una perspectiva interesante es la que viven las madres solteras. María de Lourdes Patricia Femat González publica un amplio estudio sobre estas mujeres, en él se menciona que 13.7% de las mujeres que son jefa de hogar monoparental declararon ser solteras, su edad oscila entre los 15 y 24 años, la mitad de ellas tuvieron su primer embarazo siendo solteras y el 16% de ellas sigue siendo soltera antes de que su hijo cumpla los 5 años. Su estudio se realizó con diez mujeres de Iztapalapa, y sus resultados arrojan varias categorías reveladoras. La primera categoría es “maternidad”, donde se observa que la identidad de mujer se encuentra definida a partir de ser madres. La categoría “familia” se ve presente en las entrevistas, y se describe la idea de una familia compuesta por padre, madre e hijos, para ellas esa es la normalidad y es ahí donde se enfrenta su expectativa con la realidad (Femat González, 2015).

En otra investigación realizada por Elizabeth de Guadalupe Rojas Elena, donde entrevista a jóvenes que fueron madre, y que tenían entre 17 y 20 años. Sus resultados coinciden con la investigación antes descrita. Se observa la cristalización del mandato de ser madre, a pesar de ser un evento no buscado voluntariamente, sin embargo, también se cuestiona a la falta de oportunidades laborales y educativas que ofrece la sociedad. La maternidad les entrega la certeza de un lugar en la sociedad, de obtener visibilidad y reconocimiento (Rojas Elena, 2018).

El tercer campo de interés lo conforman las mujeres en relación con los servicios de salud. Esta interacción posee una arista de investigación bien definida, y que tiene una amplia cantidad de información disponible tanto en México como en América Latina. El fenómeno de la Violencia Obstétrica fue definido en 1993 por la Organización de las Naciones Unidas como toda forma de violencia que se sustenta en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, también se incluye toda forma de coerción, amenazas o privación de la libertad.

Verdugo y Salinas realizan un estado del arte sobre la situación de la Violencia Obstétrica en América Latina y México. Entre sus conclusiones destaca la subordinación de las mujeres en el campo de la salud, donde el saber médico regula, controla y determina qué es lo normal o patológico. El enfoque biopolítico resulta particularmente interesante, pues describe la relación desigual de poder entre las mujeres y el conocimiento médico, así como las acciones que ejerce el personal de salud para lograr la subordinación de las mujeres, desplazándolas del rol protagónico que deberían jugar en el proceso del embarazo. Para él y la investigadora es, en esta forma de violencia, que se cristalizan las relaciones de poder, la cultura médica hegemónica, la discriminación y la desigualdad social (Verdugo Torres & Salinas Urbina, 2018).

Irazú Gomes García publicó el año 2017 una investigación (realizada el año 2011) de tipo estudio de caso. En ella exploró la Violencia Obstétrica en Victoria, una

mujer tsotsil de 25 años, que vivía en ese momento, en San Cristóbal de las Casas y que se atendió en el Instituto Mexicano de Seguridad Social. Su caso es relevante pues frente a un diagnóstico durante el tercer trimestre de, doble circular de cordón umbilical y posición transversal, el médico recomendó una cesárea, a lo que ella junto con su marido accedieron, por sobre las recomendaciones de una partera, quien sugirió realizar masajes para acomodar al bebé. El desenlace del embarazo fue Muerte Fetal. En las conclusiones la investigadora menciona que la violencia de género atraviesa toda la vida de todas las mujeres, afectando todos los ámbitos de su existencia, siendo expuestas al control y exposición de su cuerpo, regañones ya sea por ser jóvenes, mayores, primerizas, por haber tenido muchos hijos, por su contextura física, obesa o delgada, por su estatura. En el caso de Victoria, ella vio vulnerado su derecho a recibir información de forma adecuada y sufrió de omisión de información, lo que resultó en la muerte de su bebé (Gómez García, 2017).

4. Problema de investigación

El problema que nos interesa abordar es la Muerte Fetal, sin embargo, nuestras unidades de análisis son las mujeres que sufrieron la pérdida, así como las leyes y programas sociales, Federales y estatales que se enfocan en las mujeres que se embarazan. La situación de las mujeres del mundo ha sido bien descrita por múltiples organismos, y en América Latina y en México. En el caso de México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)⁶, dentro de sus estadísticas de registro, considera la muerte fetal desde la semana 22 hasta el momento del parto, lamentablemente, muchas de las variables que considera este indicador no cumplen con la rigurosidad que esperaríamos, pues existen ventanas temporales donde no se realizan ciertas preguntas, lo que hace imposible analizar las series temporales (este punto se revisará en detalle en los resultados).

⁶ Revisar tabla 2 con las variables disponibles en el sitio web de INEGI.

Las mujeres que cursan uno o más eventos de Muerte Fetal lo hacen en contextos sociales particulares, sin embargo y como fue descrito en el Estado del Arte, referido a la corriente Biomédica, el enfoque es reduccionista. El enfoque de las políticas fue instrumental, esto llevó a la implementación de una serie de medidas enfocadas en objetivos concretos, sin considerar las realidades particulares, es decir, ha excluido a las personas y sus discursos y pensamientos.

Abordemos la situación de las mujeres en Ciudad de México. Y la primera operación epistemológica y ontológica que debemos realizar es hacer un giro desde la visión biomédica a la visión de la Medicina Social. Este giro conlleva, observar las vidas de las mujeres que cursan un evento de Muerte Fetal, y la conceptualización de las dimensiones de la vida de las mujeres es un giro guiado por un compromiso ético y político con las poblaciones excluidas socialmente. De esta visión es que proponemos la concepción de campo familiar, campo laboral y campo de servicios de salud, la mujer participa activamente en todos estos campos, esto quiere decir, que las interacciones en estos campos deben ser acordes a roles asumidos de forma histórica y cultural. La relación entre la cultura y las distintas políticas que generan los Estados es compleja, y requiere un abordaje que considere esta complejidad, es por eso por lo que conceptualmente incluimos tres dimensiones; las condiciones de vida, relaciones sociales y, la experiencia subjetiva, en estas categorías se cristalizan características culturales, políticas y económicas que determinan los perfiles de morbilidad de las mujeres en la sociedad mexicana.

Para abordar las vidas de las mujeres que cursaron uno o más eventos de Muerte Fetal utilizaremos los datos expuestos en los Antecedentes para explicar nuestro problema de investigación. Lejos de analizar los campos sociales como entidades ontológicas independientes, los comprendemos como campos de intersección, atravesados por ejes culturales y normativos determinados y determinantes, que impactan en la salud de las mujeres. Esto se observa en todos los campos. Por ejemplo, se observa que las mujeres de México son menos activas económicamente en comparación con los hombres, esta dinámica laboral conlleva

una serie de situaciones al interior de los hogares, como, por ejemplo, una distribución desigual de los recursos económicos, lo que se evidencia en eventos de violencia, principalmente emocional y/o económica. En relación con la violencia ejercida por sus parejas y exparejas, podemos decir que aproximadamente el 40% de las mujeres, tanto de México como de la Ciudad de México, afirma haber sufrido de al menos un evento de violencia, y este porcentaje es el mismo también, para las mujeres que hablan lengua indígena. En el campo laboral, las mujeres en Ciudad de México según la Encuesta Nacional sobre Dinámicas de las Relaciones en los Hogares (2016), sufren distintas formas de violencia, entre las que destacan la discriminación, donde se reportan pruebas de embarazo al iniciar sus trabajos, las despidieron o les bajaron el sueldo como resultado de un embarazo, también sufren de acoso laboral, donde se mencionan humillaciones, agresiones físicas, las ignoran o las hacen sentir menos por ser mujer, también les hicieron insinuaciones o propuestas de carácter sexual. Estas formas de violencia son comunes tanto para mujeres casadas, como para solteras. Debemos mencionar que las relaciones de poder que se producen en los campos sociales son jerárquicas, sin embargo, no descartamos que existan relaciones de colaboración, así como de competencia.

Con relación al uso del tiempo, y como revela la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENSANUT 2018), las mujeres destinan más tiempo que los hombres a trabajo en el hogar, por ejemplo, destinan más tiempo que los hombres al trabajo doméstico, cuidado de niños, destinan más tiempo a realizar compras, llevar o recoger a algún miembro del hogar, al cuidado de enfermos y ancianos, entonces se configura la llamada doble o incluso triple jornada.

En el campo de los servicios de salud la Encuesta Nacional de Dinámicas Demográficas (2018), menciona que la jerarquización de las relaciones sociales tiene su máxima expresión en la violencia obstétrica, esta forma de violencia de género tiene muchas manifestaciones como gritos y regaños, tardanza en el tiempo de atención porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho, le dijeron cosas ofensivas o humillantes. Las mujeres sufren particularmente la

posición de subordinación en este campo, esta subordinación es al saber médico, quien norma la experiencia de la maternidad, ignorando que es el cuerpo de la mujer el territorio en el que ocurre el proceso de maternidad.

Para cerrar esta primera parte de nuestro problema de investigación, debemos explicitar que nuestro problema radica en la forma en que las mujeres desarrollaron sus vidas en ciudad de México, en general, para lo cual revisaremos las condiciones de vida, las relaciones sociales y la experiencia subjetiva desde las políticas que les incumben y los resultados que producen en sus condiciones materiales, sociales, y su subjetividad. En el caso de las mujeres que se embarazaron y cursaron una muerte fetal como es el caso de nuestro problema de investigación, estas no se pueden entender sin los elementos anteriores, a la vez que es difícil rastrear sus condiciones exactas en las estadísticas nacionales, por lo cual nos hemos propuesto conocer en sus palabras cómo vivieron estas experiencias, un grupo de ellas en la Ciudad de México. También hemos propuesto en esta investigación explorar sus vidas en general y en lo particular de un estudio de caso, a través de tres dimensiones, a las que hemos llamado campos sociales a fin de acotar el universo de preocupación sobre las mismas. Estos son, el campo familiar, que se entiende como el espacio donde habitan y existen estas mujeres, ahí se producen y reproducen un determinado tipo de condiciones de vida según su pertenencia de clase, etnia y género, las que se estudiarán a través de información general de las políticas hacia la familia y sus condiciones de vida; las relaciones y el papel de ellas en esas relaciones, cómo lo viven, qué pasó durante el embarazo (objetiva y subjetivamente), finalmente, conocer también desde su propia vivencia, cuáles pueden haber sido los elementos que precipitaron esta situación; el segundo campo social es el laboral, ya sea que desarrollen trabajo doméstico, que aunque no sea remunerado se considera trabajo, y en el caso del trabajo formal o informal, qué posición ocupa, sus relaciones sociales laborales y qué pasó durante su embarazo; finalmente, el que llamamos campo de los servicios de salud, dónde las mujeres en general viven sus eventos de salud sexual y reproductiva, apoyadas por programas sociales; queremos conocer qué pasa en términos de las políticas y programas

sociales, pero también de la atención misma a través de los indicadores de salud y de la atención del parto mismo, específicamente en el caso de estas mujeres que vivieron un evento de muerte fetal. Nos interesa conocer el evento desde su propia vivencia, cuáles pueden haber sido los elementos que precipitaron esta situación. En tal sentido la investigación aborda el problema, en distintos campos que se interseccionan. Es estas condiciones sociales de profunda desigualdad y violencia, que las mujeres gestan a sus hijos.

En México durante los años 2013 y 2018 ocurrieron en promedio 18.828 Muertes Fetales según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI), y si bien los datos muestran una disminución en general, sigue siendo una cifra preocupante. Sobre todo, en Ciudad de México, donde se presenta la mayor prevalencia de Muertes Fetales⁷. El año 2015 los líderes mundiales adoptan la agenda 2030, de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS). Esta agenda comprende 13 objetivos que son un llamado a poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar la paz a todas las personas. El objetivo 3 es garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. La primera meta del objetivo 3 es disminuir la razón de Muerte Materna, y México ha sido relativamente exitoso en este punto, bajando de 38.2 por cada mil nacidos vivos en año 2013, a un 36.7 por cada mil nacidos vivos el año 2016. En Ciudad de México la reducción de la Muerte Materna fue un 41.9 por cada mil nacidos vivos el año 2013 a un 28.3 por cada mil nacidos vivos el año 2016 (Agenda2030, 2020). Otras metas del objetivo 3 son, disminuir la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, vacunación de niños menores de un año, partos atendidos por personal calificado (Cifras observables en el sitio web de la agenda 2030). Si bien ninguna de las metas del ODS-3 aborda directamente la Muerte Fetal, abordan variables colaterales al fenómeno. Sin embargo, las cifras nos muestran que estas variables no logran influir en los eventos de Muerte Fetal.

A pesar de que todas las metas mencionadas han logrado una reducción modesta, la tasa de Muerte Fetal presenta una persistencia que resulta preocupante.

⁷ Estos datos fueron calculados por nosotros. La metodología se explica en la Tabla 2 y Gráfico 1.

Debemos destacar que México ha implementado, en su Programa Nacional de Desarrollo y en el Plan Sectorial de Salud del sexenio 2013-2018, una serie de políticas para abordar el ODS-3, sin embargo, el indicador de Muerte Fetal se muestra especialmente resistente a las políticas laborales, familiares y de salud.

Finalmente debemos mencionar que la serie de artículos de *The Lancet* del 2016 menciona la imposibilidad de la comparación entre países, debido a los diferentes métodos de registro que muchas veces se implementan. Esto revela una falta de consenso en la determinación de la muerte fetal, lo que podría resultar en un subregistro del evento.

Pregunta de investigación

¿Cuáles y cómo fueron las características de la vida de las mujeres que han cursado un evento de Muerte Fetal, en lo que respecta a sus condiciones de vida, relaciones sociales y desde su experiencia subjetiva, en los ámbitos familiar, laboral y su vinculación con los servicios de salud, entre los años 2013 y 2018 en Ciudad de México?

5. Objetivos

Objetivo general

Conocer qué elementos contribuyeron al desenlace de una muerte fetal en mujeres de la CDMX entre los años 2013 y 2018 considerando las políticas las condiciones de vida, las relaciones sociales en general, y en particular la experiencia subjetiva en relación con lo familiar, laboral y en la vinculación con los servicios de salud.

Objetivo específico 1

Caracterizar las políticas, leyes y programas sociales, hacia las mujeres, especialmente en edad fértil y embarazadas en México y la Ciudad de México.

Objetivo específico 2

Describir las condiciones de las mujeres, en general, y específicamente en las que cursaron embarazos y especialmente los que culminaron en eventos de muerte fetal en México, en particular en Ciudad de México.

Objetivo específico 3

Analizar los significados de las experiencias subjetivas de las mujeres que cursaron un evento de muerte fetal.

6. Marco Teórico- metodológico

Marco teórico

Debemos mencionar que nuestro Marco Teórico está compuesto por dos teorías, la primera es una teoría de largo alcance, como es la teoría de la Determinación Social de la Salud, desarrollada por distintos autores, en su mayoría Latinoamericanos. Esta teoría busca explicar los procesos de salud y enfermedad a través de la forma de organización de la producción que adoptan los países, las que configuran perfiles patológicos específicos (Laurell, 1982) (Rosales-Flores, Mendoza-Rodríguez, & Granados-Cosme, 2018). Además, utilizaremos la Teoría

de la Reproducción Social propuesta por Pierre Bourdieu, esta teoría es considerada como de alcance medio, pues busca describir las acciones y significaciones de las personas en razón de las estructuras sociales, las que determinan sus esquemas cognitivos y por lo tanto sus estrategias de adaptación al mundo.

La utilización de estas dos teorías busca explicar, tanto los movimientos de las mujeres en los campos sociales, como la forma en que ellas perciben el mundo en el que están inmersas, sin descuidar el orden social que las norma y al que deben responder. En otras palabras, la conformación de los perfiles patológicos es producto de la organización social propuesta por los Estados, así como por las formas de reproducir los elementos materiales y simbólicos que las mujeres despliegan en los distintos campos sociales en los que participan.

Esta articulación teórica fue propuesta por Blanco Gil y Sáenz Zapata, en su obra Espacio Urbano y Territorio, proponen abordar la Reproducción Social como una forma de expresión particular de Determinación Social. En esta propuesta se operacionaliza desde la corriente cuantitativa, la dimensión de Condiciones de Vida en una serie de indicadores, de los que consideraremos ocupación principal, tipo de contratación, nivel de escolaridad, tipo de vivienda, medio de transporte, número de integrantes en el hogar, días de trabajo, horario de trabajo, derecho a la atención médica, derechos a otras prestaciones, uso de otros servicios de salud (Blanco-Gil & Sáenz-Zapata, 1994). Por otro lado, la Reproducción Social la abordaremos desde la visión de Pierre Bourdieu, quien propone la dimensión de Estrategias de Reproducción, esta propuesta aborda esta dimensión desde el paradigma cualitativo, utilizando conceptos como *habitus* y campo. De esta propuesta se desprenden dos dimensiones que abordaremos, las Relaciones Sociales, y la experiencia subjetiva.

8.1.1. Teoría de la Determinación Social de la Salud

Nuestro Marco Teórico proviene de la Salud Colectiva y la Medicina social Latinoamericana, esto quiere decir que tomaremos una posición política, social y ética sobre como observar la muerte fetal. Esta posición implica que el evento biológico de nuestro interés tiene su núcleo explicativo, en la dimensión social, lo que se abordará desde la teoría de la Determinación Social de la Salud (DSS), la que está compuesta por una serie de premisas que comentaremos a continuación.

Lo biológico es subsumido por la dimensión social. Juan Samaja, en su modelo epistemológico describe dos tramas que nos interesa explicitar, la primera menciona que la vida humana se describe como un complejo articulado de procesos, tanto históricos, como sociales, de permanente producción y reproducción, y es en esta trama donde emergen tensiones y conflictos que motivan acciones que pueden ser de reparación o de transformación. El segundo entramado es el resultado de dichos procesos históricos y sociales, estos resultados se expresan en forma de estratos, en distintos niveles de integración jerárquicos, que se organizan y se producen desde el nivel inferior hacia el superior, mientras que, desde los niveles superiores hacia los inferiores, se reproducen y se regula la actividad de los niveles inferiores (Samaja, 2004). Desde el punto de vista ontológico consideramos los siguientes niveles jerárquicos, el primero es el nivel biológico, que comprende una serie procesos celulares y tisulares que tendrán influencia en el desenlace del nonato, el segundo nivel es el individual, compuesto por las mujeres que cursan un embarazo que tuvo como resultado la muerte del feto, en tercer lugar, las distintas formas de organización social, como es la familia, compuesta por distintos actores que pueden o no compartir un lazo sanguíneo, el trabajo y los Servicios de Salud.

Continuando con Samaja, el nivel jerárquicamente superior es el Estado, el que normativiza los campos sociales a través de leyes, políticas y programas sociales. La integración ascendente describe la producción de complejidad en el sentido que un grupo de células compone y produce tejido, la organización de dicho tejido compone órganos, y así sucesivamente hasta producir a un individuo, luego, la organización de individuos produce espacios sociales. Por otro lado, la regulación

descendente se describe en términos de la reproducción de los niveles, esto quiere decir que los niveles superiores regulan a los inferiores, por ejemplo, los servicios de salud regulan las acciones de las mujeres, en el sentido que existen normas que deben seguir en dicho campo social, y esto a su vez regula la salud de las mujeres. En el campo laboral ocurre lo mismo, ya que es un espacio normado, las mujeres deben actuar como se espera que actúen, y lo mismo ocurre en el campo familiar. La regulación descendente, entonces, nos ayuda a explicar el porqué de los estados de Salud-Enfermedad-Atención.

Sin embargo, como nos recuerda Samaja, el componente histórico se hace carne en todos los niveles, es decir hay convergencia, o presencia del pasado en lo actual. Lo biológico está determinado por la historia filogenética. El actuar de las mujeres en el campo familiar, laboral y de los servicios de salud responde a una historia de interacciones que define cual es el rango posible de acciones, pensamientos y emociones que son posibles tener en dichos espacios. El último nivel que nos interesa es el nivel de políticas públicas, de las que se derivan los programas sociales. Este nivel superior ejerce el rol rector sobre los niveles inferiores, y esto es evidente sobre todo en procesos biológicos/sociales, como la maternidad. Este proceso está fuertemente normado por el nivel político, el que crea programas sociales que buscan realizar una serie de acciones médicas y no médicas para asegurar un desenlace exitoso. Sin embargo, a pesar del rol rector de las políticas sociales, los actores subvierten las normas en los distintos campos, producto de las tensiones que se generan al interior, por distintos motivos, por ejemplo, inconformidad con los roles asignados o con las normas, o la incapacidad de cumplir con lo que se espera de los actores. Estas acciones de rebeldía o contra hegemonía en los campos deben ser descritas y ancladas a los procesos históricos y sociales de las sociedades.

La Medicina Social y la salud colectiva han anclado a la Teoría de Determinación Social una serie de conceptos, sin embargo, nos interesa rescatar la dimensión de Condiciones de vida, desarrollado principalmente, por José Blanco Gil, en conjunto otros investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana (Blanco-Gil &

Sáenz-Zapata, 1994; López Arellano, Rivera Márquez, Delgado Campos, & Blanco Gil, 2010; López-Arellano , Blanco-Gil, & Mandujano-Candia, 2007).

6.1.2. Condiciones de Vida

Esta dimensión busca reflejar que los procesos de carencia y satisfacción de las distintas necesidades no son homogéneas, y están socialmente determinadas (López-Arellano , Blanco-Gil, & Mandujano-Candia, 2007), por lo tanto es en la relación macro-local que las Condiciones de Vida adquieren forma (Scarponetti, 2019). En lo macro vemos inequidades que no se limitan a resultados sanitarios, sino que también se expresan en la forma en que la sociedad se organiza (estratos sociales), donde se reproducen y producen desigualdades (López-Arellano & Blanco-Gil, 2004), mientras que en lo local estas inequidades se manifestarán a través de las, estrategias de reproducción de la vida.

¿Qué elementos debe considerar la dimensión Condiciones de Vida? En su texto del año 2002, Naomar De Almeida Filho llamado “La Ciencia Tímida, Ensayo de reconstrucción de la Epidemiología” menciona uno de los axiomas de nuestra propuesta. Él, propone retomar de forma estratégica los modelos que se han desarrollado, y considerar sus características totalizadoras, con el objetivo de complejizar, para buscar la construcción de una teoría general del proceso vida y salud (De Almeida Filho, 2002).

En este sentido debemos mencionar que las Condiciones de Vida son producto de la determinación económica, política e ideológico/cultural.

La determinación económica se relaciona con el modo de producción vigente, y en el caso del modo de producción neoliberal, nos interesa destacar la productividad, entonces “ser saludable es ser productivo” (Granados, Rosales, & Mendoza, 2019, pág. 58). A esto agregamos la conclusión propuesta por Laurell, quien demuestra que cada grupo social mostrará un perfil de morbimortalidad específico, de

acuerdo con el tipo de actividad económica que realice o al estrato social al que pertenezca (Laurell, 1982).

La determinación política se expresa, en la forma en que los Estados definen el concepto de salud, y en concordancia orientarán determinadas acciones públicas, lo que se concretará en Leyes y Programas Sociales. Granados, Rosales y Mendoza (2019), citando a López y Blanco (2001) mencionan el ejemplo del “Estado mexicano, principalmente durante las décadas de los ochenta y noventa cuando el concepto de salud como derecho fue utilizado como punta de lanza para la reestructuración de la economía nacional” (Pág. 59). Responder a un estado de salud requiere, entonces, una serie de acciones curativas, que implican procedimientos normativos, que son, en definitiva, acciones políticas: “nos dicen qué hacer y cómo hacer, plantea definiciones de lo bueno y lo malo” (Granados, Rosales, & Mendoza, 2019, pág. 59).

La determinación ideológica y cultural se enfoca en la salud como un bien social, que es valorado de acuerdo con la cultura en la que estén insertos los individuos. La definición de salud y cuerpo son culturales, en nuestro caso, responden a la cultura occidental, la que se caracteriza por un dualismo entre el cuerpo y la mente. Y es bajo este esquema que se definen las patologías. También debemos considerar que las formas de interacción entre grupos sociales responden a dinámicas, entre las que destacan las relaciones sociales, por ejemplo, las relaciones de género, que son, en definitiva, relaciones de poder, las que determinan, junto con las otras dimensiones de determinación, los procesos de salud-enfermedad-atención.

6.1.3. Teoría de la Reproducción social

Pierre Bourdieu es el filósofo y sociólogo que desarrolló esta postura teórica. Debemos considerar que esta teoría busca responder a la pregunta ¿cómo es posible que este mundo perdure en términos temporales? Y ¿cómo es posible que

el orden social y las relaciones que componen este orden, se perpetúan? En la obra *El Sentido Práctico* (2019), el autor se propone superar el antagonismo de dos grandes constructos o modos de pensar, el primero es el subjetivismo, que se propone como una fenomenología social, es decir busca reducir a fenómenos individuales o a experiencias, fenómenos sociales complejos (como la relación sujeto-estructura), en palabras del autor, "...tiene por objeto reflexionar sobre una experiencia acerca de la cual, por definición, no se reflexiona" (Bourdieu, 2019, pág. 44). Es, en otras palabras, un subjetivismo que no puede ir más allá de una descripción. El autor menciona que esta visión no considera las "condiciones de posibilidad", es decir la forma en que se conjugan las estructuras objetivas (por ejemplo, las instituciones), y las estructuras incorporadas. El segundo modo de pensar cuestionado por Bourdieu es el objetivismo, el que se manifiesta como una física social. Su objetivo (similar al positivismo lógico del círculo de Viena) es descubrir las regularidades objetivas que gobiernan a las estructuras, los sistemas de relaciones, sin considerar las conciencias individuales. La propuesta bourdeana recoge elementos de ambos modos de conocer, rescata la experiencia subjetiva del individuo, pero como un elemento que está íntimamente relacionado con las estructuras, y su constante evolución. Es por eso por lo que la autora y traductora al español de Bourdieu, Alicia Gutiérrez clasifica la posición del autor como "Estructuralismo Genético" (Gutiérrez A. , 2005), esta posición es eminentemente relacional, que en palabras de la autora se expresa como:

"Pensar relacionamente es centrar el análisis en la estructura de las relaciones objetivas -lo que implica un espacio y un momento determinado- que determina las formas que pueden tomar las interacciones y las representaciones que los agentes tienen de la estructura, de su posición en la misma, de sus posibilidades y de sus prácticas" (Gutiérrez A. , 2005, pág. 22).

Nos interesa rescatar la teoría de la reproducción social, como una forma de abordar las relaciones sociales entre agentes y entre agentes y estructuras, así

como el movimiento que ambos realizan frente a distintos eventos coyunturales de salud, como es el caso de la Muerte Fetal.

En términos conceptuales, la teoría de la reproducción social utiliza una serie de elementos que explicaremos a continuación desde el más general a los más específicos.

6.1.3.1. Estrategias de Reproducción Social y Experiencia subjetiva

El concepto más importante de la teoría de Bourdieu es el de “Estrategias de Reproducción”, este concepto es desarrollado por el autor en una conferencia traducida y editada por Alicia Gutiérrez en un libro llamado “Las estrategias de la Reproducción Social”. En él, Bourdieu explica que el concepto de estrategia como “acciones de construcción y reconstrucción de las estructuras que en principio dependen de la posición ocupada en las estructuras por quienes las llevan a cabo” (Bourdieu, 2011, pág. 31). Por otro lado, son definidas por dos elementos, el primero es la estructura de distribución de capital (más adelante abordaremos las formas de capital que nos interesa explorar) y los mecanismos que buscan asegurar su reproducción, y el segundo elemento que la define son las disposiciones individuales a la reproducción. Con relación a las clases de estrategias que propone Bourdieu podemos mencionar las *estrategias de inversión económica*, que buscan perpetuar o aumentar el capital, y dentro de estas se sitúan las *estrategias de inversión social*, las que apuntan a mantener relaciones sociales utilizables o movilizables, o bien, institucionalmente garantizadas en forma de derechos (Bourdieu, 2011).

Otra estrategia que considero, son las de *inversión simbólica*, que apuntan a conservar o aumentar el reconocimiento que los agentes o instituciones poseen, facilitando, con esto, la reproducción de ciertos esquemas cognitivos (como la percepción y la valoración). Dentro esta clase de estrategias destaca también las

de *sociodicea*, esta busca naturalizar la dominación y su fundamento (Bourdieu, 2011).

Este último párrafo nos ayuda a insertar otro de los conceptos clave de la teoría de la reproducción social, el *habitus*, que en palabras de Bourdieu es:

“...sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructura estructurada predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente "reguladas" y "regulares" sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta.” (Bourdieu, 2019, pág. 86).

Entonces, *el habitus* se posiciona como un concepto mediador entre las estructuras objetivas y las subjetivas. Y cuando hablamos de estructuras objetivas estamos pensando en la política, en las leyes y en los programas sociales, así como en las instituciones que son normadas por estructuras objetivas de orden superior. En otras palabras, la familia, el trabajo y los servicios de salud son instituciones normadas por leyes, políticas públicas y programas sociales. Y en concordancia con la propuesta de Juan Samaja (2001), y su visión compleja y dialéctica de la realidad, la teoría bourdeana sitúa al *habitus* como una estructura estructurada, pero a la vez estructura estructurante, en el sentido que el *habitus* determina formas de pensamiento, emociones, significación y acción (todos estos elementos corresponden a la cognición, y por lo tanto a la experiencia subjetiva). En este punto es que podemos hablar de la relación entre *habitus* y experiencia subjetiva, pues para Bourdieu el *habitus* es sentimiento, que en primera instancia es producto de la construcción de significados, producidos en una posición del campo social particular, que ocupa un actor en un momento determinado.

Para Bourdieu y su sociología del individuo, los actores se definen en interacción con otros actores, con instituciones y con estructuras que los preceden

temporalmente, ahí es donde el individuo construye sus estructuras cognitivas subjetivas (*habitus*) que le permitirán construir su experiencia subjetiva.

En este punto, donde hemos supeditado la experiencia subjetiva, al concepto de *habitus*, es que debemos abordar otro de los conceptos que conforman esta teoría, el concepto de campo social.

Este concepto es utilizado por Pierre Bourdieu, y es definido como un espacio social, donde los actores realizan acciones con el fin de influir sobre los otros actores. El objetivo de los actores en los campos es acumular capital. Es, en este juego de acumulación de capital, que los actores se posicionan dentro del campo, esto les permite excluir a otros actores que no comparten sus ideas o, incluso, excluir instituciones que no comparten sus visiones del mundo. El concepto de campo es indisoluble del concepto de capital y *habitus*. En su breve texto llamado Los Tres Estados del Capital Cultural, Bourdieu nos menciona que su definición de capital, supera a la visión economicista y funcionalista, pues no se refiere a inversiones monetarias realizadas por actores o instituciones, sino más bien, se refiere al capital como recursos que se movilizan en contextos específicos (Bourdieu, 2011). La forma de capital que caracteriza a las relaciones sociales es el capital simbólico, el que se manifiesta en el prestigio y la reputación de los actores, lo que los posiciona jerárquicamente en los campos. La densidad de capital de cada actor es distinta, dependiendo del campo social en el que participe. Esto se relaciona con la posibilidad que los actores tienen de movilizar sus propias redes sociales para enfrentar las situaciones cotidianas. En nuestro caso las mujeres podrían movilizar ciertas redes sociales para enfrentar el evento de Muerte Fetal, sin embargo, esta movilización de redes dependerá de la acumulación de este tipo de capital, que la mujer previamente haya realizado. Entonces es posible explorar la densidad del capital simbólico de las mujeres que han cursado un evento de muerte fetal describiendo y analizando las redes que se despliegan en los distintos campos sociales.

Debemos explicitar que nuestra visión de los campos se centra en la interacción que realizan los actores con otros actores e instituciones. Estas formas de

interacción están determinadas por una forma de capital particular, el capital simbólico. Esta forma de capital se relaciona con el prestigio y reconocimiento que los actores acumulan dentro del campo. En este sentido, un médico tiene mayor capital simbólico que un enfermero. Notemos que el capital simbólico es específico para un determinado campo, en el campo familiar el capital simbólico se puede expresar de distintas formas, las mujeres pueden acumular esta forma de capital realizando actividades económicas como el trabajo, o el trabajo doméstico, estas acciones le permitirán ganar cierto reconocimiento por parte de los otros actores. La jerarquía de cada campo está ligada al capital simbólico que los actores logran acumular, entonces, una mayor cantidad de este capital le permitirá al actor ponerse por sobre los otros, gracias al reconocimiento de sus pares.

Ya hemos nombrado los campos sociales que nos interesa estudiar, sin embargo, los explicitaremos en este momento y realizaremos algunas acotaciones.

Nos interesa abordar el campo familiar, el campo laboral y el campo de los servicios de salud. Debemos destacar la heterogeneidad de cada uno de estos campos, en términos, no sólo de normas, variedad de actores, posición de actores, formas de relaciones sociales, sino también en términos de su propia construcción histórica, las que son producto de las Determinaciones Sociales. Con esto queremos decir que no solo los campos son producto de una forma de Determinación Social específica, sino que también lo son las estrategias de reproducción, la distribución de las distintas formas de capital y, en primera instancia, el mismo *habitus*.

Este nexo entre una teoría de largo alcance como la Determinación Social y, una teoría de alcance medio como la reproducción social, nos permitirá explorar el evento de Muerte Fetal desde dos niveles, el primero corresponde a las formas en que la enfermedad, la muerte y la atención es diferente, dependiendo del estrato social en que se inserten las mujeres, y como esta posición determina formas de reproducción social particulares y propias del espacio en el que viven.

Estrategia Metodológica y técnicas de obtención de datos

La estrategia propuesta responde a la necesidad de abordar el evento de muerte fetal, desde una perspectiva compleja, integrando niveles jerárquicos que poseen sus propias normas. Es en estos intersticios que las mujeres producen y reproducen sus vidas, tanto materiales como simbólicas, siempre al alero de las estructuras gubernamentales y culturales que delimitan sus posibilidades de acción y pensamiento. Las estrategias de producción y reproducción de la vida material y simbólicas responden a determinaciones económicas, políticas e ideológico-culturales. En este sentido la estrategia metodológica busca develar cómo la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado, específicamente en el caso de las mujeres que cursaron muertes fetales, deviene más allá de la causalidad biológica-técnica, de las condiciones de determinación social en las que se ubican estas mujeres, es decir, de las circunstancias políticas, económicas e ideológico-culturales, que construyen esas condiciones.

Las distintas formas de determinación social de la salud operan de forma compleja sobre las colectividades y sobre nuestras participantes en particular. Con relación a la determinación política, estas se expresan en la forma en que el Estado genera, inclusiones, exclusiones y financiamientos para ciertos sectores sociales, en nuestro caso, genera respuestas u omisiones frente a las mujeres que sufren eventos de muerte fetal. La determinación económica, por otro lado, se expresa en distintas formas de trabajo, tanto doméstico, de cuidados, así como extradoméstico. Finalmente, la determinación ideológica y cultural, que se manifiesta no solo en las estructuras subjetivas, que son constitutivas del *habitus*, sino, también en la forma en que las mujeres le otorgan significado al evento de muerte fetal, así como a la maternidad, al trabajo y la atención médica. En este nivel también debemos mencionar que la relación entre memoria y narración ha sido ampliamente revisada desde distintos enfoques (Haye, y otros, 2017). La memoria no sólo está organizada por el contexto social, sino que está mediada por los

sistemas de significaciones que se obtienen de la cultura en la que los individuos viven y conviven (Maines, 1993).

Nuestro diseño metodológico ha comprendido, desde la construcción del problema de investigación, la importancia de profundizar en la situación de las mujeres que cursaron un evento de muerte fetal en la CDMX, sin la intención de generalizar las inferencias que realizaremos en el análisis. Hans Gundermann Kroll (2015) propone una serie de elementos importantes a definir, para el desarrollo de un estudio de caso. El primer elemento que rescatamos es que “un caso es algo específico que tiene un funcionamiento específico; es un sistema integrado” (Pág. 233), en este sentido consideramos a las mujeres casos, o unidades empíricas que tienen una historia de interacciones políticas, económicas e ideológico culturales. Los estudios de caso pueden ser intrínsecos o instrumentales, los primeros buscan la comprensión en profundidad de un caso, mientras que los instrumentales “aspiran a ser un medio de descubrimiento y desarrollo de proposiciones empíricas de carácter más general que el caso mismo” (Gundermann Kroll, 2015, pág. 236). Gundermann Kroll menciona que en la práctica es difícil establecer una delimitación estricta entre ambos tipos de estudios de caso, por lo que en la práctica es posible establecer una mixtura de ambas definiciones.

Uno de los autores más importantes relacionados con los estudios de caso es Robert Yin, quien en su libro “*Case study research and applications : design and methods*” publicado, inicialmente el año 1993 y reeditado en múltiples ocasiones, menciona que este tipo de estudios no se limitan a un caso único, por lo que es posible un estudio de casos múltiples comparados, aproximándonos a nuestro fenómeno desde un enfoque complejo, lo que se expresa en un abordaje desde múltiples fuentes de información (Yin, 2018). Entonces el interés está definido por el objeto de estudio, que es la muerte fetal, mientras que las unidades de estudio son las mujeres que cursaron este evento. El estudio de caso es entonces, un diseño de investigación.

Marradi, Archenti y Piovani (2018) mencionan una serie de factores en los que se basan los estudios de casos. La primera es que al considerarse una o pocas unidades, se utiliza un análisis en profundidad, sin la intención de establecer regularidades empíricas, más bien se enfoca en inferencias acotadas, que permiten generalizaciones parciales. Por último se enfoca en el escenario natural de las agentes, ya que es ahí donde se producen los fenómenos que nos interesan (Marradi, Archenti, & Piovani, 2018).

Considerando los elementos anteriores es que desplegaremos un diseño de estudios de casos múltiples, lo que nos permitirá comparar los distintos elementos que hemos descrito en distintas participantes.

En este apartado no abordaremos el problema de la validez, ya que al igual que Maxwell (2019), consideramos que la validez es “una propiedad de las inferencias, no de los métodos” (Pág. 176). Por lo que este tema será abordado en el análisis.

En relación a los aspectos éticos, debemos mencionar que nos apegamos a los criterios básicos de la investigación científica con personas. Mantendremos la confidencialidad de los datos personales, esto implica que los nombres de las participantes serán modificados. No existen riesgos asociados a esta investigación. Tampoco hay costos asociados. Las entrevistas son voluntarias, y en cualquier momento es posible que las entrevistadas se retiren o reagenden la reunión. Frente a la imposibilidad de obtener un consentimiento informado firmado de forma presencial, éste será informado de forma verbal y deberá aceptado en la misma modalidad.

En los siguientes apartados propondremos distintas estrategias metodológicas para el abordaje de los objetivos específicos, que están supeditados al objetivo general.

6.2.1. Objetivo Específico 1

En este objetivo se realizará el análisis de documentos oficiales, emitidos por el Estado mexicano y por el Gobierno de la Ciudad de México, y de carácter normativo que abordan a las mujeres en general y en particular a las en edad fértil, así como el abordaje que realizan de eventos de morbilidad durante el embarazo.

El marco normativo y legal, busca definir el abordaje que los estados construyen para prestar atención médica a las mujeres que cursan embarazos, y en particular el abordaje de las mujeres que han cursado un evento de Muerte Fetal. En otras palabras, exploramos el eje de la Determinación Política, que, parafraseando a Granados y colaboradoras, afirman que la definición de salud está subordinada a una serie de saberes y prácticas, que, en el caso de México, estaba subordinada al saber biomédico, por otro lado, esta definición orienta ciertas acciones públicas, que buscan resolver ciertas problemáticas, a través de políticas y programas sociales (Granados, Rosales, & Mendoza, 2019).

El abordaje político de los problemas de salud se relaciona, en parte, con la capacidad de ciertos grupos de influir o presionar a los distintos poderes del Estado para incluir en la agenda político/legislativa sus propios intereses. Esta disputa de poder genera una dualidad poco deseada, nos referimos a la dualidad incluidos/excluidos. Entonces el Estado decide abordar ciertas situaciones de salud, por sobre otras. En nuestro caso, la determinación política de la muerte fetal se expresa como un vacío legal, donde la exclusión de las mujeres que sufren este tipo de eventos no es considerada por el Estado. Es entonces que en este objetivo específico nos abocamos a la descripción del contexto político en el que las mujeres cursan un evento de muerte fetal.

6.2.1.1. Estrategia analítica y técnica de obtención de datos

La estrategia analítica que se usará para el cumplimiento de este objetivo, y los otros, es el análisis de contenido, que fue propuesto y desarrollado por Klaus

Krippendorff quien define esta forma de análisis como: “una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto” (Krippendorff, 1997, pág. 28). Esta técnica nos permitirá realizar afirmaciones e inferencias sobre la forma en que se ha abordado el problema de la muerte fetal por parte de distintos actores, como el Estado mexicano, la academia y las mujeres que han cursado un evento de este tipo.

Para la realización de ese objetivo es necesario Identificar las políticas sociales y de salud, las leyes y programas, así como investigaciones realizadas por la academia, orientados hacia las mujeres embarazadas. Se seleccionaron los siguientes documentos oficiales, organizados en tres grupos de documentos:

1) Marcos Legales Federales

- a. Ley Federal del Trabajo
- b. Ley General de Salud
- c. Ley del Seguro Social
- d. Ley de Planeación de desarrollo del Distrito Federal
- e. Ley del Instituto Nacional de las Mujeres
- f. Ley Federal para Prevenir y eliminar la Discriminación
- g. Ley General de Acceso de las mujeres a una Vida Libre de Violencia
- h. Ley General de Educación
- i. Ley General de Población
- j. Ley General para la igualdad entre hombres y mujeres

2) Marco Legal Federal

- a. Ley de Igualdad Sustantiva entre mujeres y hombres en el Distrito Federal
- b. Ley de Salud del Distrito Federal
- c. Ley de Desarrollo social para el Distrito Federal
- d. Ley de igualdad sustantiva entre mujeres y hombres
- e. Ley que establece el derecho al acceso a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral
- f. Ley para la prevención y tratamiento de la obesidad y los trastornos alimenticios en el Distrito Federal
- g. Ley para el tratamiento y control de la diabetes en el Distrito Federal
- h. Ley de protección y fomento al empleo para el Distrito Federal

3) Marco Político

- a. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- b. Plan Nacional de Desarrollo
- c. Programa sectorial de trabajo y previsión social
- d. Programa sectorial de desarrollo social
- e. Programa de salud materna y perinatal
- f. Programa de planificación familiar y anticoncepción

En relación con nuestra estrategia analítica, realizaremos un análisis de contenido de cada uno de los documentos seleccionados, buscando las referencias directas o indirectas a las condiciones de vida, relaciones sociales y experiencia subjetiva. La selección de documentos fue guiada por nuestro tema de investigación y atendiendo a los campos sociales que nos interesa explorar.

Utilizaremos el programa ATLAS-ti 9, la versión de escritorio y la versión de la nube. Este programa nos permitirá explorar los documentos a través de distintas herramientas de búsqueda, entre las que destacan la búsqueda de frases de interés y búsqueda de conceptos específicos. Este procedimiento nos permitirá revisar los documentos y asignar a cada cita o párrafo, un determinado código que serán previamente seleccionados (proceso deductivo). Una vez que los textos hayan sido codificados en su totalidad, realizaremos distintos tipos de análisis, el que destaca es el de coocurrencia, este análisis nos permitirá observar los códigos que más de repiten en los textos, construyendo así la densidad de códigos.

6.2.2. Objetivo Específico 2

Este objetivo específico busca responder a la pregunta ¿en qué condiciones viven las mujeres que cursan embarazos, y que cursaron un evento de muerte fetal en la Ciudad de México?

La visión abductiva propone establecer una visión complementaria entre datos provenientes de fuentes secundarias y datos provenientes de fuentes primarias. En esta intersección de niveles jerárquicos y, por lo tanto, de complejidad, es donde podemos observar el poder explicativo de nuestras teorías, que comprenden tanto, fenómenos estructurales, como particulares. Considerando los planteamientos de Juan Samaja (2004) quien nos propone la relación entre las condiciones de vida y el proceso de salud-enfermedad-atención, esta relación no solo es analítica, sino empírica. Es en este sentido que el desafío para este objetivo específico es hilar los elementos materiales de la reproducción social, y las condiciones de vida de las mujeres que cursaron un evento de muerte fetal.

Es necesario también, explorar en primera persona la situación de las mujeres que cursaron un evento de muerte fetal, con el fin de comparar los datos de fuentes secundarias, con datos de fuente primaria, obtenidas de un estudio de casos múltiples, que explora a cinco mujeres que participan o participaron de un grupo

de auto atención, especializado en mujeres que cursaron un evento de muerte fetal, esto se abordará en el objetivo específico 3.

8.2.2.1. Estrategia analítica y técnica de obtención de datos

Para la realización de este objetivo utilizaremos la misma herramienta analítica propuesta en el objetivo específico 1, el análisis de contenido (Krippendorff, 1997). Las fuentes secundarias se organizaron en dos grupos, el primero corresponde a una serie de encuestas realizadas a nivel nacional, y en Ciudad de México entre los años 2013 y 2018, mientras que el segundo grupo está compuesto por una serie de estudios provenientes de la academia, publicadas en el período de tiempo antes mencionado.

El primer grupo lo componen las siguientes encuestas:

- a) Encuesta Nacional de Hogares (2013). Código: ENH (2013)
- b) Encuesta Nacional de Hogares (2015). Código: ENH (2015)
- c) Encuesta Nacional de Hogares (2016). Código: ENH (2016)
- d) Encuesta Nacional de Hogares (2017). Código: ENH (2017)
- e) Encuesta Nacional sobre las Dinámicas de las relaciones en los hogares (2016). Código: ENDRH (2016)
- f) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018). Código: ENSANUT (2018)
- g) Mujeres y Hombres (2018). Código: MyH (2018)
- h) Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (2014). Código: ENUT (2014)
- i) Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (2019). Código: ENUT (2019)

El segundo grupo lo componen los siguientes artículos científicos, organizados en base a nuestros ejes conceptuales, y a los campos sociales:

- a) Condiciones de vida
- b) Relaciones sociales
- c) Experiencia subjetividad

- d) Campo Familiar
- e) Campo laboral
- f) Campo de servicios de salud

6.2.3. Objetivo Específico 3

El objetivo específico 3 es analizar los significados de las experiencias subjetivas de las mujeres que cursaron un evento de muerte fetal. La realización de este objetivo implica una serie de pasos metodológicos que se describirán a continuación.

Este objetivo tendrá tres elementos, el primero, A) será comprender el significado que tiene para las mujeres el evento de Muerte Fetal. Utilizamos la idea de significado en el sentido que lo propone Maxwell, que incluye la cognición, los afectos, emociones, las intenciones y las acciones, en definitiva, la perspectiva de los participantes, el autor menciona que debemos considerar las construcciones de los participantes, que si bien, son propias e individuales nos ayudan a comprender "...cómo los participantes interpretan y en cómo esa interpretación influye en sus conductas." (Maxwell, 2019, pág. 40). B) conocer los contextos específicos, nos referimos a los campos sociales, y a la influencia que estos tienen sobre las acciones y significaciones de nuestras participantes, en otras palabras, buscamos "...comprender cómo los acontecimientos, acciones y significados son modelados por las circunstancias particulares en las cuales ocurren." (Maxwell, 2019, pág. 40).

Este objetivo busca explorar, al igual que lo hacen los otros objetivos específicos, un aspecto particular de la Determinación Social, y es la Determinación Ideológica y Cultural. Esta dimensión considera que "La salud es un bien social e individual valorado positivamente, pero cuyas valoraciones dependen de la cultura prevaleciente." (Granados, Rosales, & Mendoza, 2019, pág. 59).

Esta idea nos ayuda a comprender que las entidades nosológicas son constructos culturales específicos, que en el caso occidental, están sustentados en un dualismo cartesiano, entre el cuerpo y la mente (Granados, Rosales, & Mendoza, 2019), lo que podría llevar a comprender el evento de Muerte Fetal como un evento, exclusivamente relacionado con el cuerpo de las mujeres, sin considerar, por un lado el impacto psicológico que el evento tiene para ellas, y por otro lado, la relación entre la inserción social y la posición cultural de estas mujeres, con el evento en sí. Es por esto por lo que este objetivo se centra en la forma en que nuestras entrevistadas perciben y se mueven en los campos sociales en los que participan. Esta significación y movilización son el reflejo de la cultura y el momento histórico en los que ellas habitan.

De acuerdo con lo expresado anteriormente, el objetivo específico 3 se compone de dos partes.

La primera parte busca comprender el significado que tiene para nuestras participantes el evento de Muerte Fetal, así como el significado que ellas le otorgan a los distintos actores e instituciones con los que interactúan previo al evento, durante el evento y posterior al evento, con especial foco sobre los campos familiar, laboral y de los servicios de salud. También busca conocer los contextos específicos en los que las mujeres desarrollan sus vidas, nos referimos a los campos sociales, y a la influencia que estos tienen sobre las acciones y significaciones creadas por nuestras entrevistadas. Ambos, al ser elementos muy específicos, se abordarán de forma individual para cada una de nuestras participantes, y se utilizará una entrevista semi estructurada. Esta técnica se explicará a continuación y posteriormente se definirá la estrategia de análisis a seguir.

La segunda parte de este objetivo específico se relaciona con la forma en que las mujeres que cursaron este tipo de eventos se organizan y se apoyan a través de un grupo de autoayuda en la red social Facebook. Nos interesa conocer qué uso le dan a esta plataforma, que tipo de interacciones se producen, y caracterizar a posibles nuevos actores. También nos interesa conocer el lenguaje que se utiliza.

8.2.3.1. Primera estrategia analítica y técnica de obtención de datos.

De acuerdo con Álvarez-Gayou la entrevista es una conversación estructurada, que posee un propósito, busca comprender el mundo desde la perspectiva de la persona entrevistada, investigando los significados que tienen para esta persona las experiencias que vive (Álvarez-Gayou, 2004). En palabras de Steinar Kavale (citado en Álvarez-Gayou, 2004) el objetivo de la entrevista en la investigación cualitativa es “obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos” (Pág. 109).

Este autor, basándose en lo mencionado por Kavale menciona una serie de elementos que nos interesa destacar, el primero la posibilidad de explorar el mundo de la vida, que es, en definitiva, la vida de la persona. También la entrevista busca interpretar los significados que las personas le otorgan a los temas centrales.

Por otro lado, también nos interesa develar las formas de reproducción social, que son, en definitiva, el producto de la posición que nuestras entrevistadas ocupan en un campo social específico (Gutiérrez, Rodríguez, & Galak, 2009).

- Construcción de los casos: se estableció contacto con un grupo de auto atención que reúne a mujeres de distintos países de América Latina, que han cursado eventos de muerte fetal.
- La selección de casos se realizó con un muestreo intencionado. Se realizó un llamado a participar de forma voluntaria, al que acudieron 7 mujeres mexicanas, que sufrieron la muerte de sus bebés en la CDMX entre los años 2013 y 2018, del total, una no volvió a contestar⁸, y otra que no cumplía con los requisitos de inclusión⁹, por lo que se seleccionó y entrevistó a cinco mujeres.

⁸ A esta participante se le excluyó pues, a pesar de que se puso en contacto con el investigador y, se le solicitó su disponibilidad para realizar la entrevista, la mujer no contestó este correo, tampoco se le insistió.

⁹ Esta participante había tenido tres abortos espontáneos antes de las 22 semanas de gestación y al momento de la entrevista cursaba su cuarto embarazo, del que llevaba 23 semanas de gestación. A pesar de que se le realizó la entrevista, sus datos no fueron analizados.

- Criterios de inclusión y exclusión: se incluye a mujeres que hayan cursado un evento de muerte fetal entre los años 2013 y 2018 y que vivieran en CDMX. En relación con los criterios de exclusión se consideró que no participaran mujeres que estaban atravesando el proceso de duelo o que no estuvieran preparadas para exponer sus experiencias, además se excluyó a mujeres que hubieran cursado múltiples muertes fetales.
- Dimensiones para abordar: la entrevista en profundidad nos permite cierta flexibilidad, sin embargo, nos proponemos realizar preguntas relativamente amplias, profundizando en la experiencia subjetiva de las mujeres, intentando no guiar las narrativas de las mujeres, y permitiéndoles profundizar en los elementos que ellas consideren importantes y en caso de requerir profundizar en temas específicos, se solicitará. Como grandes dimensiones consideraremos los campos sociales y como dimensiones particulares consideramos los actores, especialmente los integrantes de su familia, compañeros y jefatura de trabajo, así como personal de salud, y el hospital como institución.

Análisis de la entrevista en profundidad: seguiremos la dinámica de análisis inductiva propuesta en los apartados anteriores desarrollada por Krippendorff (1997). Proponemos tres enfoques de análisis, el primero compara las significaciones de las mujeres alrededor del evento de Muerte Fetal. Un segundo enfoque de análisis se propone comparar el campo de la familia, el trabajo, y los servicios de salud como espacios vividos de forma específica por las mujeres, donde es posible observar las normas y reglas que se imponen dentro de dichos campos sociales, así como las formas de subversión que las mujeres pudieran realizar.

Se utilizarán los mismos códigos que se han empleado en las fases anteriores. Si bien es posible que no tengamos un número muy amplio de entrevistas, lo importante es que no busquemos la validez estadística, sino validar los relatos en tanto experiencias vividas por las mujeres, lo que nos permite generar inferencias locales en términos espaciales y temporales.

8.2.2.2. Segunda estrategia analítica y técnica de obtención de datos

Para la fuente de información primaria se seleccionó, y contactó a un grupo de auto atención que reúne a mujeres (principalmente mexicanas) que han cursado un evento de Muerte gestacional llamado MISS-ECA Grupo de ayuda frente a la muerte gestacional. Esta agrupación, producto de la pandemia de COVID-19, se ha coordinado en un grupo de Facebook, espacio virtual que ha permitido un diálogo fluido entre mujeres que han cursado este tipo de eventos. La observación de este espacio nos permitirá conocer información valiosa sobre los actores que participan durante y una vez ocurrido el evento, así como las situaciones que les preocupan, y el lenguaje que ellas desarrollan. Nos parece relevante observar lo virtual como un espacio de socialización que es utilizado por las participantes de este grupo.

Se consideró una ventana temporal de dos meses y se seleccionaron, y analizaron todos los mensajes escritos por las integrantes. Las categorías de análisis se construyeron de forma deductiva considerando los ejes conceptuales de condiciones de vida, las relaciones sociales y experiencia subjetiva. En otras palabras, utilizando nuestros ejes conceptuales, clasificamos los comentarios que las mujeres realizaron en el grupo de Facebook.

Desarrollo de Etnografía Digital: La multiplicidad de formas de organización que este grupo de mujeres despliega, nos propone un desafío metodológico, pues no podemos separar la vida *on line*, de la vida cotidiana u *off line* (Pink, y otros, 2019), es por esto por lo que nos parece necesario incorporar información sobre el grupo de Facebook. Como modelo de diseño de etnografía digital utilizamos la propuesta Sarah Pink junto con sus colaboradores publicada el año 2019.

Análisis de datos provenientes de la etnografía digital: Se utilizó el programa ATLAS-ti 9 en su versión de escritorio. Se siguió el modelo sugerido por Saldana (2016), que propone un primer ciclo de codificaciones (deductivo) y un segundo

ciclo donde se comparan los códigos asignados entre sí, con el objetivo de una comparación constante, la finalidad de esta iteración es obtener una mayor validez para nuestros códigos (Saldana, 2016). Cuando hablamos de codificación nos referimos a otorgar etiquetas preexistentes a párrafos específicos del texto, este trabajo nos permite estructurar nuestro análisis con el fin de establecer relaciones entre distintos códigos. Nuestros tres principales códigos fueron condiciones de vida, relaciones sociales y experiencia subjetiva, dentro de estos consideramos, por ejemplo, relaciones de poder, trabajo doméstico, actividad económica, emociones positivas, negativas o neutras, entre otros.

Las fotografías que las mujeres comparten en estos espacios también serán codificadas con el programa ATLAS-ti 9.

6.3. Criterios de Selección de los casos

En el contexto de pandemia es que se nos han presentado una serie de dificultades en la selección de casos, En un principio tomamos contacto con un grupo de auto atención que agrupa a mujeres que han cursado un evento de Muerte gestacional (en este grupo se incluyen mujeres que perdieron hijos de hasta un año), conducido, también, por mujeres que habían cursado un evento de Muerte Fetal. Este grupo se reunía de forma presencial, una vez al mes en casa de alguna de las participantes, sin embargo, producto de la pandemia de COVID-19, sus reuniones mensuales se trasladaron a la plataforma ZOOM. Además, cuentan con un grupo de Facebook y una cuenta de Twitter.

Nuestros casos serán obtenidos de este grupo de auto atención. Los criterios de inclusión serán:

- Haber cursado el evento entre el año 2013 y 2018. Además de ser nuestra ventana temporal, es importante respetar el proceso de duelo de las mujeres (Mota, 2018). Ya que es un evento sensible, y es necesario haber

procesado el duelo para poder abordar las temáticas que nos interesan. En caso de que exista algún caso particular será discutido en su momento. En relación a este punto existe una divergencia de opiniones, algunos autores no consideran la variable temporal en los estudios cualitativos (Álvarez-Gayou, 2004), específicamente en los estudio de maternidad (Sánchez Bringas, 2013) (Sánchez Bringas, 2009), mientras que otros sí consideran el paso del tiempo como un elemento que influye en el relato de las experiencias, olvidando datos y eventos que podría ser relevantes (Espinoza Reyes, 2019). Esta discusión nos obliga a tomar una decisión, frente a lo que elegimos mantener nuestra ventana temporal.

- Haber vivido y haber recibido atención obstétrica durante el embarazo en alguna institución de salud de la Ciudad de México, ya sea una institución pública o privada entre los años 2013 y 2018.
- En la medida de ser posible buscaremos incluir a mujeres de distintas edades, clase social, nivel de escolaridad, ocupación. Estos elementos son relevantes para nuestro análisis.
- Que cumplan con el criterio de la muerte fetal, es decir que hayan tenido la muerte de sus bebés entre la semana 22 de gestación y el momento del parto.

II. Segunda parte: Descripción de los resultados

A continuación, se presentan los resultados del proceso de investigación llevada a cabo con base en el protocolo construido en función del problema que nos planteamos. El objetivo general tuvo por objeto conocer e identificar elementos que pudieran contribuir a explicar el desenlace final de una muerte fetal en mujeres de la CDMX entre los años 2013 y 2018 desde dos perspectivas: una desde la determinación social, es decir, tratando de considerar las condiciones

generales en las que vivieron las mujeres en México y la Ciudad de México, en relación a las políticas orientadas hacia las mujeres y las en edad fértil en general; la identificación de las condiciones de vida para ellas también en general, y en particular en relación a datos de las encuestas revisadas que aportaron información general y/o más específica; a las relaciones sociales y a aspectos de su subjetividad como conceptos fundamentales. Las estrategias metodológicas fueron: la recuperación documental que consistió en el análisis de contenido desarrollado por Krippendorff (1997), que consiste en generar categorías preexistentes deductivas. Esta información, se organizó en tres ámbitos o campos de interés en y para el desarrollo de la vidas de las mujeres: campo familiar, laboral y en su vinculación con los servicios de salud. La segunda perspectiva y estrategia metodológica se llevó a cabo a través de información primaria, recuperada a partir de dos tipos de estudios de caso con mujeres que sufrieron eventos de Muerte Fetal: entrevistas y participación en una conversación de Facebook durante la pandemia, para conocer de qué manera vivieron esta experiencia desde su subjetividad.

Los resultados se presentan en relación con los hallazgos en los tres objetivos específicos propuestos. El capítulo séptimo corresponde al objetivo específico 1 de: “Caracterizar las políticas, leyes y programas sociales, hacia las mujeres, especialmente en edad fértil y embarazadas en México y la Ciudad de México”, y al respecto se exponen los resultados de la revisión de los documentos oficiales, a saber, el marco de las políticas, el marco legal y los programas sociales orientados a las mujeres en general, en edad fértil, y las que cursan embarazos. En el capítulo octavo y noveno se aborda el objetivo específico 2: “Describir las condiciones de las mujeres, en general, y específicamente en las que cursaron embarazos y especialmente los que culminaron en eventos de muerte fetal en México, en particular en Ciudad de México”, recuperados de las encuestas como y de estudios académicos que abordan la situación de las mujeres desde la perspectiva cuantitativa. En el capítulo diez y once se aborda el objetivo específico 3: “Analizar los significados de las experiencias subjetivas de las mujeres que cursaron un evento de muerte fetal”, y se exponen los resultados de las

entrevistas realizadas a las cinco participantes, y los resultados de la etnografía digital realizada al grupo de Facebook MISS-ECA, de mujeres que cursaron un evento de muerte fetal.

7. Las mujeres en las políticas, las leyes y los programas sociales

En este capítulo se describen los hallazgos hacia las mujeres, especialmente en edad fértil y embarazadas en México, y la Ciudad de México, encontrados en la revisión de las políticas, leyes y programas sociales, en los documentos oficiales emitidos por el gobierno federal y de la CDMX más significativos, según la selección guiada por un criterio de inclusión de los temas estudiados. Estos resultados se presentan ordenados por los ejes conceptuales condiciones de vida, relaciones sociales y experiencia subjetiva, que nos permite caracterizar la forma en que el Estado mexicano considera, aborda y conceptualiza estos eventos. Este objetivo buscaba describir la normatividad o el “deber ser”, del espacio social en que las mujeres viven y donde ellas cursan una muerte fetal, a nivel general.

El libro de códigos o diccionario de códigos es una herramienta metodológica que busca describir, apegado a la teoría, cada uno de nuestros ejes conceptuales, así como los campos, esta operación nos permite identificar de forma confiable los elementos que serán revisados y posteriormente analizados. En este sentido, construimos definiciones de los conceptos, ellas guían nuestra búsqueda en los documentos, estas definiciones fueron construidas por nosotros, basados en los distintos teóricos que aportan en nuestro marco teórico.

El primer eje conceptual es condiciones de vida, este eje se buscó en los documentos oficiales toda mención que se refiera a la forma en que el Estado despliega leyes y políticas para abordar la situación de las mujeres en edad fértil y que cursan embarazos, así como sus derechos y formas de vida. También se refiere a las estrategias que ellas despliegan en los distintos campos, estas estrategias están relacionadas con el capital económico y simbólico, lo que está

ligado especial, pero no exclusivamente con las formas de trabajo que las mujeres realizan.

El eje conceptual de las relaciones sociales se refiere a las menciones en los documentos oficiales sobre las formas de interacción de distintos actores con las mujeres y entre ellas, considerando también a los agentes públicos o privados, en los distintos campos sociales, es decir en las relaciones familiares, laborales y en la vinculación con los servicios de salud. El sentido de estas interacciones puede ser de distinto carácter, desde la colaboración, hasta la competencia, hegemónicas o de subordinación, o patriarcales.

El tercer eje conceptual es en referencia a la experiencia subjetiva, en otras palabras, nos interesa saber si los documentos oficiales y la normatividad considera situaciones que afectan a las mujeres y su subjetividad, así como su salud mental y los estados emocionales, las que se vinculan a situaciones como discriminación, exclusión, patriarcalismo. Las causas de este malestar pueden deberse a la configuración que se produce de los dos ejes conceptuales que preceden a este, en otras palabras, las condiciones de vida y las relaciones sociales impactan directa o indirectamente sobre la experiencia subjetiva.

El marco normativo está compuesto por una serie de documentos emitidos por el Estado Mexicano y por el Gobierno de la Ciudad de México.

Los documentos oficiales seleccionados se clasificaron en dos grupos, el primero corresponde al marco legal, que agrupa a las leyes tanto de México, como de Ciudad de México, mientras que el segundo está conformado por la Constitución política de México, el Plan Nacional de Desarrollo y los programas sociales orientados a mujeres:

- 1) Constitución de los Estados Unidos Mexicanos
- 2) Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
- 3) Ley Federal de Trabajo
- 4) Ley General de Salud
- 5) Ley del Seguro Social
- 6) Ley del Instituto Nacional de las Mujeres
- 7) Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

- 8) Ley General de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia
- 9) Ley General de Educación
- 10) Ley General de Población
- 11) Ley General Para la Igualdad entre Hombres y Mujeres
- 12) Ley de Igualdad Sustantiva Entre Mujeres y Hombres en el Distrito Federal
- 13) Ley de Salud del Distrito Federal
- 14) Ley de Desarrollo Social Para el Distrito Federal
- 15) Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral
- 16) Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar
- 17) Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018
- 18) Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018
- 19) Programa Sectorial de Salud 2013-2018
- 20) Programa de Acción Específico: Salud Materna y Perinatal 2013-2018
- 21) Programa de Acción Específico: Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018

En este apartado se exponen los resultados de los hallazgos encontrados en los tres grupos de documentos oficiales explorados, a saber, los documentos de Política Pública, el marco legal Federal y Estatal de los gobiernos de México y Ciudad de México (ex Distrito Federal) en el periodo 2013-2018. Esta exploración fue guiada por los ejes conceptuales seleccionados en esta investigación, que se centraron en recuperar en el discurso oficial todas aquellas referencias a las condiciones de vida, las relaciones sociales y las experiencias subjetivas de las mujeres.

La técnica de análisis de contenido nos permitió responder a la pregunta ¿qué dicen los documentos sobre las condiciones de vida, relaciones sociales y experiencia subjetiva, profundizando en su relación con los distintos campos sociales que hemos propuesto, en los que se desenvuelven en general las mujeres y en particular -seguramente- las que cursaron muertes fetales? El punto

de partida fue identificar las condiciones generales para las mujeres, en las que se incluyen, específicamente, de interés en este estudio.

Se utilizó el software de ATLAS.ti en su versión 9 para buscar y organizar en los textos oficiales aquellas frases y menciones con contenidos específicos durante la revisión documental.

Cada eje conceptual se organiza a continuación describiendo según los tres campos sociales de las mujeres: familiar, laboral y de los servicios de salud.

7.1. Las condiciones de vida de las mujeres en las políticas, las leyes y los programas sociales según campos sociales

Esta búsqueda fue guiada por el eje conceptual de condiciones de vida en los documentos oficiales, y sus resultados fueron organizados de acuerdo con los campos sociales familiar, laboral y servicios de salud. La búsqueda incluyó las referencias a las mujeres en general y en particular a las en edad fértil y, específicamente a las que cursaron embarazos.

El concepto condiciones de vida es sobre el cual más referencias se encontraron en los documentos revisados, por lo que la selección de las menciones no presentó mayores dificultades y, se generó una densidad de información importante, lo que consideramos, es un criterio de validez para dar cuenta de la posición de los gobiernos analizados (Figura 2).

7.1.1. Las condiciones de vida de las mujeres en las políticas, las leyes y los programas sociales en relación con el campo familiar

7.1.1.1 Las mujeres en las políticas en el campo familiar

Dentro de las condiciones de vida, el campo familiar ocupa un lugar relevante. Para empezar, está fuertemente normado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos del año 1917, cuya última reforma fue publicada el 24

de diciembre del año 2020, publicada en versión PDF, para revisión en dispositivos móviles Android y apple iOS.

Se encontraron varias referencias a estas normas en la Constitución. La primera es: “Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.” (Pág. 25), que obliga al Estado mexicano a proteger la organización y el desarrollo de la familia, sin embargo, este párrafo no es explicado, por lo que su amplitud tiende a confundir. Otro párrafo que establece una norma en este campo aparece en el artículo: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos” (Pág. 25) que, a diferencia de la cita anterior, norma el derecho reproductivo, asegurando la libertad, tanto de hombres como de mujeres, para tener hijos/as; esta libertad se liga a la responsabilidad y a la necesidad de estar informados. No hay menciones explícitas al rol de la mujer en el núcleo familiar, ni al tipo de responsabilidad que deben tener los padres y madres

En relación con la vivienda, aunque no se refiere a los derechos de las mujeres estrictamente, el artículo 4 menciona que: “Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.” (Pág. 27), esta cita hace referencia las condiciones mínimas materiales de la vivienda. Sin embargo, se menciona que la ley definirá la forma en que se entregará este derecho, lo que abre las puertas a políticas que se desvían del objetivo mencionado en la Constitución en la medida que los gobiernos federales del periodo 1982-2018 fueron neoliberales.

7.1.1.2. Las mujeres en las leyes en el campo familiar

En la ley General de salud en el artículo 27, fracción IX, menciona que el Estado deberá promover un estilo de vida saludable, lo que lo sitúa como un promotor y planificador de actividades que apunten a que las familias y sus integrantes desarrollen y mantengan estilos de vida saludables, cabe mencionar la importancia que se le otorga al concepto de estilos de vida. El artículo 67 menciona lo prioritario que es para el Gobierno Mexicano la planeación Familiar,

su objetivo es disminuir el riesgo reproductivo, el que se asocia con un embarazo antes de los 20 años y después de los 35, así como espaciar los embarazos y reducir su número. Lo anterior se logrará mediante un correcto uso de métodos anticonceptivos.

Otra de las Leyes que hemos revisado es la Ley del Instituto Nacional de las Mujeres, la que en su cuarto artículo se propone que uno de los objetivos del INMUJERES es erradicar la violencia y la discriminación contra las mujeres mediante la mejora de las condiciones sociales, de esta población. No se menciona el campo familiar en particular, pero sí se menciona la vida social, en general (Pág. 1).

La Ley Federal del Trabajo, publicada en abril de 1970, y reformada por última vez en abril del año 2012. Esta ley aborda someramente el campo familiar y laboral de manera conjunta refiriéndose a que el trabajo es un derecho y un deber social, a través del cual se busca asegurar un buen nivel económico, de vida y de salud, tanto para el trabajador, como para su familia (Pág. 1). Otro aspecto que se menciona en el capítulo cuarto, Artículo 90 de esta Ley es el salario, el que deberá ser suficiente para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia, en lo material, social y cultural, lo que incluye la educación de sus hijos.

En la Ley del Seguro Social se menciona que todas las familias de México tendrán acceso a un seguro de salud para sus miembros, este seguro podrá ser otorgado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Esta ley aborda este eje en los artículos 209 y 210, en ellos se menciona que las prestaciones sociales tienen como objetivo final, mejorar las condiciones de salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a mejorar los niveles de vida de la población. El rol de los programas de promoción de la salud es difundir conocimientos a través de cursos directos, campañas de bienestar, cultura y deportes, así como a través de medios de comunicación masiva.

En la Ley General de Educación, en el capítulo II, en el párrafo II, se encontró una única mención a las relaciones sociales. En esta se alude al rol de promover el respeto a la dignidad humana, como un valor. La educación debe tener un enfoque humanista, que contribuya a una buena convivencia social, así como el

respeto por los derechos individuales, y la integridad de las familias, así como la corresponsabilidad con el interés general. La perspectiva de género es un foco que impacta sobre el campo familiar, y es un objetivo transversal en esta Ley.

En la Ley General de Población en el capítulo I, artículo tercero, párrafo II, las condiciones de vida son abordadas y su aproximación hace hincapié en la realización y fiscalización de programas de planeación familiar, los que serán realizados por los servicios educativos, y por los servicios de salud pública. También deben estar alineados con el respeto a los derechos fundamentales del hombre, y preserve la dignidad de las familias. Otro objetivo es controlar, racionalmente, el crecimiento de la población, con la intención de aprovechar de mejor manera los recursos humanos y naturales.

La Ley de Salud del Distrito Federal menciona en el Capítulo VII, en sus artículos 52 y 53, los objetivos y acciones de los servicios de salud sexual, reproductiva y de planificación familiar. Destaca la prioridad de esta área, para asegurar el derecho de cada persona a decidir de manera informada y responsable, acerca del número de hijos que desea tener, así como del espaciamiento entre estos, con respeto de su dignidad. También se menciona el rol educativo de los servicios de salud, en materia de salud sexual y reproductiva, en base a contenidos científico. También deberán educar en materia de enfermedades de transmisión sexual, así como el fomento de la paternidad y maternidad responsable.

7.1.1.3. Las mujeres en los programas sociales en el campo familiar

También sin ser una referencia directa a las mujeres, pero incluyéndolas, una de las estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 es fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida, y con esto incrementar su capacidad productiva (Pág. 112). Sus líneas de acción son: acceso a todos los niveles de educación, fomentar el acceso a derechos sociales, otorgar beneficios del sistema de protección social en salud, capacitar a la población para fomentar el autocuidado en salud, mejorar el

desempeño escolar y promover acciones de desarrollo infantil temprano (Pág. 112).

En relación directa a las mujeres, menciona que la tasa de fecundidad elevada impacta tanto en el Estado, y el sistema de salud, como en las familias. También exige la reestructuración familiar, en términos del trabajo doméstico y de la carga de cuidados, que recaen sobre las mujeres (Pág. 49).

El Programa de Acción específico de Salud Materna y Perinatal en su capítulo 1, del marco teórico, se menciona el impacto económico de los problemas de salud en las familias, lo que las lleva al empobrecimiento. Se menciona el impacto de la morbilidad materna y neonatal, debido al importante rol de la mujer en la reproducción social, por lo que su ausencia disminuye o elimina su aporte económico, afectivo y social, tanto en la familia como en la sociedad en su conjunto. También se menciona que el trinomio de salud materno-paterno-infantil, es de interacción y complementariedad, y en él descansa la reproducción biológica y social, así como el desarrollo de las familias.

7.1.2. Las condiciones de vida de las mujeres en las políticas, las leyes y los programas sociales en relación con el campo laboral

7.1.2.1. Las mujeres en las políticas en el campo laboral

En relación con el embarazo en general y específicamente en el trabajo, la Constitución Política en su Título Sexto sitúa el embarazo como una etapa del ciclo de vida de las mujeres que requiere especial cuidado, y el Estado mexicano explicita, en su constitución, que las mujeres que cursen este evento no pueden desarrollar trabajos u esfuerzos que pudieran poner en peligro al producto, durante la gestación. De forma forzosa tendrán de seis semanas de descanso, previas a la fecha estimada de parto, y de seis semanas posterior al este. Esta incapacidad se realizará percibiendo la integridad de su salario. Al momento de su reintegro ellas obtendrán todos los beneficios que tenían antes de llevarse a cabo la incapacidad (Pág. 389).

7.1.2.2. Las mujeres en las leyes en el campo laboral

El artículo 165 de la Ley Federal del Trabajo expresa la intención de proteger a las mujeres durante el proceso de maternidad. En ese mismo artículo también explicita que las mujeres no podrán sufrir el perjuicio de su salario y prestaciones, tampoco podrá realizar su trabajo en condiciones insalubres, o realizar trabajos peligrosos como trabajo nocturno industrial, en establecimientos comerciales, o de servicios, después de las diez de la noche, así como horas extras. Se explicita que la incapacidad de seis semanas antes del parto, y seis semanas después del parto. Esta incapacidad podrá ser extendida en caso de que la mujer presente dificultades para trabajar, a causa del embarazo o del parto.

La Ley General de Salud, en su artículo 65 menciona que tanto las autoridades sanitarias, educativas y laborales, deberán apoyar e incentivar que las actividades laborales desarrolladas por las mujeres que cursan un embarazo no pongan en peligro su salud (pág. 63).

En los artículos 101 y 102 de la Ley del Seguro Social aborda las condiciones en que las mujeres realizan el trabajo extra doméstico. Las mujeres aseguradas tendrán, a lo largo del embarazo y del puerperio, tendrán un subsidio del 100 por ciento de su salario diario de cotización, el que será recibido 42 días antes del parto y 42 días después del parto. El subsidio antes mencionado se entregará siempre y cuando la asegurada haya cubierto al menos 30 cotizaciones semanales, en un período de 12 meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar el pago del subsidio. Que el embarazo sea confirmado por el Instituto y que se emita una fecha de parto. Y que no realice ningún tipo de trabajos en el período de pago del subsidio. En caso de que la mujer realice algún tipo de trabajo, se suspenderá el pago del subsidio.

Este eje conceptual no es abordado de forma directa por la Ley del INMUJERES, sin embargo, se menciona en su sexto artículo, que uno de los objetivos del Instituto es promover y fomentar la no discriminación y la igualdad de oportunidad

y trato en su participación económica. Este punto incluye, bajo nuestra apreciación, el salario.

la Ley General de Población, hace una única mención sobre las condiciones laborales es en el capítulo I, artículo tercero, párrafo V. Esta fracción fue adicionada el 31 de diciembre de 1974. En ella se menciona la promoción de la integración de la mujer a los procesos económicos, social y cultural.

El artículo 2, del Capítulo 1, de la Ley de Salud del Distrito Federal menciona, que los habitantes del Distrito Federal, con independencia de su edad, género, o condición económica, tienen derecho a la protección a la salud. El gobierno tiene la obligación de cumplir este derecho.

7.1.2.3. Las mujeres en los programas sociales en el campo laboral

En el Plan Nacional de Desarrollo (PND) menciona la posición desigual de las mujeres, lo que se traduce en puestos de trabajo precarios y muchas veces sin acceso a seguridad social (pág. 46). La mayoría de las mujeres se desempeña en el sector servicios como profesoras, vendedoras, enfermeras y cuidadoras de niños. La brecha de salario entre hombres y mujeres es algo que se menciona de forma reiterada en el PND, por lo que se proponen algunas acciones, entre las que destacan que la Banca de Desarrollo facilite la integración de las mujeres al sistema financiero, en base a la educación financiera (pág. 85). Un objetivo secundario es que las mujeres aumenten su productividad (pág. 85).

Cambiando el foco en los programas sociales, el Programa Sectorial de Trabajo y prevención social en el Objetivo 3, en su estrategia 3.1 se propone contribuir a eliminar la desigualdad y discriminación del mercado laboral y promover el trabajo digno y decente.

7.1.3. Las condiciones de vida de las mujeres en las políticas, las leyes y los programas sociales en relación con el campo de los servicios de salud

7.1.3.1. Las mujeres en las políticas en el campo de los servicios de salud

En términos de los servicios de salud, la Constitución mexicana en su artículo cuarto asegura el acceso efectivo a los servicios de salud, mediante una amplia cobertura del sistema nacional, donde se respeta la medicina tradicional. El enfoque de derechos es explícito en el documento, sin embargo, se menciona que la forma en la que este derecho se hará efectivo será materia de la Ley. La reforma del año 2020 explicita el rol de un sistema de salud para el bienestar, esta reforma no se corresponde con nuestra ventana de análisis, pero revela el giro en las políticas que ha enfrentado México con el gobierno de Andrés Manuel López Obrador y la Cuarta Transformación.

7.1.3.2. Las mujeres en las leyes en el campo de los servicios de salud

La Ley General de Salud explicita en su primer artículo el derecho que toda mujer embarazada tendrá derecho a obtener servicios de salud, en donde se respeten sus derechos.

La Secretaría de Salud impulsará, tanto al sector público como privado a fortalecer los servicios de salud en materia de atención materna y fetal. El año 2015 se adiciona el artículo 64 Bis 1 menciona que las emergencias obstétricas serán atendidas, con independencia de la derechohabencia, o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

Existe un énfasis en la universalidad e igualdad del acceso gratuito, progresivo, oportuno y sin discriminación, lo que incluye intervenciones quirúrgicas, medicamentos, atención hospitalaria. Este apartado corresponde al Artículo 77 Bis 1, el que fue adicionado el año 2003, y reformado el 29 de noviembre del año 2019.

En relación con nuestra categoría principal, muerte fetal, la Ley en su artículo 391 menciona que el certificado de defunción será expedido una vez que se verifica la muerte del producto, y determinadas sus causas, esto deberá ser verificado por profesionales o por personas autorizadas por la autoridad competente.

En el artículo 85 de la Ley del Seguro Social, se menciona que el Instituto Mexicano del Servicio Social (IMSS) es la institución donde se hace efectivo el seguro de salud. Todas las mujeres mexicanas podrán recibir prestaciones de maternidad, en los términos que estipula el reglamento.

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación establece que se considerará discriminación impedir el acceso a la seguridad social y sus beneficios. Tampoco se podrá establecer limitaciones en la contratación de seguros médicos, con excepción de los casos que se establecen en la Ley (Pág. 4). No se podrá limitar el acceso a ningún servicio público (Pág. 5).

Este eje conceptual es abordado en una ocasión por la Ley General de Educación, en su artículo 30, donde el párrafo VIII hace mención de que los programas de estudio, que imparte el Estado, así como los privados, deben apuntar a la promoción de estilos de vida saludables, así como una educación centrada en la salud.

Este eje conceptual es mencionado una vez, en el artículo 37 de la Ley General para la Igualdad Entre Mujeres y Hombres, y busca promover el acceso a derechos sociales, y al disfrute de éstos.

A nivel Estatal, de Ciudad de México, la Ley de Salud del en ese entonces Distrito Federal el Capítulo II, artículo 12, se mencionan los deberes de los usuarios de los servicios de salud. Entre estos se mencionan respetar los derechos del personal de salud, llevar un estilo de vida enfocado en el autocuidado, y una buena salud personal. Se menciona también el deber de acatar el tratamiento y las indicaciones que el personal sanitario le refiera en relación con su estado de salud. También deberán participar activamente de los programas y actividades de prevención.

7.1.3.3. Las mujeres en los programas sociales en el campo de los servicios de salud

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) propone capacitar a la población para fomentar el autocuidado de la salud, con énfasis en la educación alimentaria y en

la prevención de enfermedades. Otra línea del PND propone implementar sistemas de distribución de medicamentos, así como desarrollar y fortalecer la infraestructura del sistema de salud. Busca garantizar la oportunidad, calidad y seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud. Su enfoque busca garantizar el acceso de todos los mexicanos, con independencia, de su situación laboral o social (Pág. 121).

Se delega en el Instituto Mexicano del Seguro Social la entrega de prestaciones económicas, y de servicios, que protejan a los trabajadores y a sus familiares frente a algún evento que pudiera presentar un riesgo para la salud.

Finalmente, el PND menciona tres elementos que impiden asegurar el acceso al derecho a la salud, el primero es que las instituciones no fueron creadas con énfasis en la prevención, sino, con énfasis en lo curativo. Segundo, las políticas no tienen un enfoque interdisciplinario y multidisciplinario, que apunte a mejorar la calidad de los servicios de salud, el que también carece de un enfoque multicultural. Tercero, las instituciones fragmentadas, y cuyas lógicas organizacionales verticales, limitan la capacidad operativa, y la optimización del gasto público en el sistema mexicano de salud (Pág. 49).

A nivel de programas, el Programa Sectorial de Desarrollo Social la estrategia 1.5. busca incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva, prestando atención a las poblaciones joven y a las vulnerables. La línea de acción 1.5.9. se propone fomentar los embarazos, partos y puerperios saludables y seguros.

La estrategia 4.2. se propone abordar de manera integral, con participación de todos los actores, para reducir la muerte materna, con especial foco en las poblaciones más marginadas. La línea de acción 4.2.5. se propone vigilar, con un enfoque de riesgo, y derivación oportuna a la evaluación especializada. Esta línea de acción posee perspectiva de género, dentro del cual destaca la importancia de disminuir la muerte materna y fortalecer la atención perinatal con un enfoque intercultural. En esta perspectiva, se propone incorporar a las niñas y mujeres embarazadas a los esquemas de programas alimentación.

El Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal, en su capítulo V, llamado organización del programa, se mencionan dos objetivos principales que

se relacionan con este eje conceptual. El primero es propiciar el acceso universal de las mujeres que cursen embarazos, y durante todas las etapas de éste, a servicios de calidad y respetuosos. El segundo objetivo que se propone este Programa es reducir la morbilidad materna y perinatal, con un enfoque intercultural, con especial énfasis en los grupos vulnerables.

La estrategia 1.1. se propone incrementar el acceso de las mujeres a los servicios de salud de calidad en las etapas tempranas de embarazo y durante el parto. Sus líneas de acción están alineadas con esta estrategia.

7.2. Las relaciones sociales de las mujeres en las políticas, las leyes y los programas sociales según campos sociales

Esta búsqueda fue guiada por el eje conceptual de relaciones sociales en los documentos de gobierno, y sus resultados fueron organizados de acuerdo con los campos sociales familiar, laboral y servicios de salud.

Este eje conceptual tiene una presencia alta dentro de los documentos revisados. La definición del eje rector del concepto en torno a fenómenos como la discriminación y la violencia de género facilitó la búsqueda, y nos permitió ampliar la revisión, en lugar de restringirla.

7.2.1. Las relaciones sociales de las mujeres en el campo familiar

7.2.1.1. Las mujeres en las políticas en el campo familiar

La Constitución en su artículo primero busca asegurar relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, eliminando cualquier forma de discriminación. Este principio rector es extensivo para todas las etnias, nacionalidades, género, edad, las discapacidades, condición social, condiciones de salud, las religiones, las opiniones, las preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra forma de discriminación que atente contra la dignidad humana (Pág. 3).

7.2.1.2. Las mujeres en las leyes en el campo familiar

La Ley General de Salud menciona la educación, y el impacto que tiene el consumo de alcohol y otras drogas en las relaciones sociales que se producen en la familia, especialmente entre los adultos y las niñas, niños y adolescentes, considerando también, las comunidades indígenas, así como otros grupos vulnerables (Pág. 214).

La Ley Federal para la Prevención y Eliminación de la Discriminación propone medidas para prevenir la discriminación, entre las que destaca la creación de instrumentos pedagógicos, con el objetivo de promover la igualdad. Tampoco se podrá negar o limitar información sobre derechos sexuales y reproductivos, así como negar la libre elección de pareja o cónyuge (Pág. 3-4).

En el título III, artículo 17, párrafo VIII, de la Ley General para la Igualdad Entre Hombres y Mujeres se propone la creación de medidas que aseguren la corresponsabilidad, tanto en el trabajo, como en la vida personal y familiar, tanto de mujeres como de hombres.

Este eje conceptual es transversal en la Ley General de Educación. En él se establece que la educación debe tener como objetivo el fomento de la igualdad de género, apuntando a la construcción de una sociedad libre e igualitaria. Este eje es aplicable tanto al campo familiar, como al campo laboral y al campo de los servicios de salud (Pág. 7).

En el nivel Estatal se encontraron los siguientes resultados. Este eje conceptual es abordado directamente a nivel Estatal, en la Ley de Igualdad Sustantiva Entre Mujeres y Hombres en el Distrito Federal. Se busca establecer medidas para erradicar la violencia de género, así como la violencia familiar. Hace énfasis en la protección de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y sus efectos en la esfera pública y privada. En el Título IV, artículo 21, se menciona el derecho de conciliación, que se traduce como el acceso a una convivencia armónica y equilibrada, en la esfera personal y familiar, con el objetivo de lograr el pleno desarrollo de los individuos. También el Título IV, artículo 21 de esta Ley, se menciona el rol de las madres, y padres, así como sus derechos. Se busca

contribuir en la distribución equitativa de las tareas familiares, lo que apunta a la igualdad sustantiva. Se considera a las madres adoptivas, y su derecho de solicitar un permiso de quince días. Los padres por consanguinidad o por adopción, poseen un permiso de quince días.

El Capítulo cuarto de la Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en la Ciudad de México, en su artículo 26, párrafo VIII, menciona que el rol de la Ciudad de México, ex Distrito federal, es promover campañas que apunten a generar conciencia, tanto a hombres como a mujeres, acerca de la participación equitativa de la vida familiar, así como la relación de las personas que dependen de ellos.

7.2.1.3. Las mujeres en los programas sociales en el campo familiar

En relación con Programa de Desarrollo Social, la estrategia 4.4. se propone consolidar la detección, atención y prevención de la violencia intrafamiliar.

7.2.2. Las relaciones sociales de las mujeres en el campo laboral

7.2.2.1. Las mujeres en las políticas en el campo laboral

El eje rector de la Constitución Mexicana en relación con la no discriminación también es extensible, por lógica, a las mujeres que cursan embarazos, sin embargo, no es específico. Este documento no es específico con respecto a las formas y tipificación de relaciones sociales violentas en el ambiente laboral en contra de las mujeres, solo se refiere a la carga de trabajo físico, que podría configurarse en un peligro para una mujer embarazada.

7.2.2.2. Las mujeres en las leyes en el campo laboral

El enfoque de género está presente, y ocupa un lugar muy importante en la redacción de Ley del Instituto Nacional de las Mujeres, sin embargo, no se mencionan las relaciones sociales en el campo laboral.

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación hace una referencia a este campo, donde se menciona la prohibición de explotar, abusar o degradar a cualquier persona (Pág. 5).

Este eje conceptual es abordado por la Ley General para la igualdad entre Hombres y Mujeres en el título III, artículo 17 se propone la corresponsabilidad, igualdad sustantiva, en lo económico y laboral. También se propone establecer medidas para facilitar el acceso a las mujeres al empleo, así como la aplicación efectiva del principio de igualdad y no discriminación. El eje de no discriminación por sexo se aplica, también, al campo laboral. Esta ley propone mecanismos para evitar el acoso sexual y su prevención, para esto es necesario que las instituciones creen un código de buenas prácticas, campañas informativas. Este último párrafo fue adicionado el catorce de junio de 2018, lo que lo deja fuera de nuestra ventana de análisis. También menciona que la política nacional debe evitar la segregación, por motivos de sexo, del mercado laboral. Una fracción adicionada el 14 de noviembre del año 2013, y reformada el 14 de junio del año 2018, promueven condiciones que eviten el acoso sexual, a través de la elaboración y difusión de un código de buenas prácticas. Estos códigos deben ser promovidos dentro de las instituciones.

Este eje conceptual es transversal en la Ley General de Educación. En él se establece que la educación debe tener como objetivo el fomento de la igualdad de género, apuntando a la construcción de una sociedad libre e igualitaria, lo que es extensible a todos los campos sociales, entre ellos el campo laboral.

La Ley General de Población en su Capítulo V, artículo 84, párrafo IV, menciona la no discriminación, por autoridades, a causa del género, estado de salud, embarazo, entre otras. Se busca la igualdad de oportunidades entre las personas.

La Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en el Distrito Federal aborda este eje conceptual, y se aborda en el Título III, artículo 10. En él se menciona la importancia de garantizar la igualdad de trato y la igualdad de oportunidades, en las políticas laborales y sociales. Esta ley también se enfoca en la importancia de generar políticas que busque la convivencia armónica en la esfera laboral. En su Título IV, artículo 22 de esta Ley, busca garantizar la

igualdad sustantiva en la vida económica entre hombres y mujeres. Son las entidades públicas las responsables de velar que las personas morales y físicas, titulares de empresas o generadores de empleos, se apeguen a las disposiciones de esta Ley. Para lograr esto deberán implementar medidas para erradicar cualquier tipo de discriminación en el campo laboral.

7.2.2.3. Las mujeres en los programas sociales en el campo laboral

El Programa Sectorial de Trabajo y Previsión social, en la acción 3.14 se propone impulsar las buenas prácticas en materia laboral, procurando el enfoque de derechos humanos y de género. Dentro del Programa Nacional se propone la Igualdad de oportunidades y no discriminación contra las mujeres, cuyo primer objetivo es alcanzar la igualdad sustantiva, entre mujeres y hombres, y propiciar un cambio cultural respetuoso. En su estrategia 1.2 se propone realizar acciones afirmativas para garantizar que las mujeres no sufran de discriminación, por motivos de género. De esta estrategia se deriva la acción 1.2.5 la que propone desarrollar protocolos y códigos de conducta para que los prestadores de servicios no incurran en discriminación o misoginia.

7.2.3. Las relaciones sociales de las mujeres en el campo de los servicios de salud

7.2.3.1. Las mujeres en las políticas en el campo de los servicios de salud

No hay menciones dentro del marco de políticas

7.2.3.2. Las mujeres en las leyes en el campo de servicios de salud

La primera mención de este eje conceptual en el campo de los servicios de salud es en la Ley General de Salud donde se establece que la objeción de conciencia, por parte de los médicos, no podrá derivar en ningún tipo de discriminación. El

artículo 77 de la Ley explicita la no discriminación, este es un elemento que está presente en el espíritu de la Ley. Se explicita que ninguna persona podrá ser discriminada por ningún motivo, en su acceso a atención médica.

Los ejes transversales de la Ley General para la Igualdad entre Hombres y Mujeres se centran en la no discriminación, equidad, e igualdad sustantiva, estos son transversales, y por lo tanto se deduce que se extienden al campo de los servicios de salud, sin embargo, no es un campo que se aborde de forma explícita. Este eje conceptual es transversal en la Ley General de Educación y en él se establece que la educación debe tener como objetivo el fomento de la igualdad de género, apuntando a la construcción de una sociedad libre e igualitaria. Esta declaración impacta en todo el operar de la sociedad, es por eso por lo que nos parece importante destacarlo.

Algo similar ocurre con la Ley General de Población donde es posible extender lo mencionado en el capítulo V, artículo 84, párrafo IV, al campo de los servicios de salud, donde la igualdad de oportunidades es un eje transversal.

La Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en el Distrito Federal, en su capítulo VI, artículo 30, menciona que los entes públicos de Ciudad de México deberán tener entre sus objetivos, la erradicación de los estereotipos que fomentan la discriminación y la violencia contra las mujeres. El artículo 31 menciona que las autoridades deberán promover la utilización de un lenguaje con perspectiva de género.

La Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en la Ciudad de México, en su capítulo cuarto, que se refiere al disfrute de los derechos sociales de hombres y mujeres, en el artículo 27, párrafo VII, menciona la necesidad de integrar el principio de igualdad sustantiva en la formación del personal médico para atender situaciones de violencia de género.

En el capítulo IV artículo 21, párrafo I, se desarrolla el derecho a una vida libre de discriminación por sexo, específicamente en referencia a la discriminación, omisión o conducta, ejercida por parte de los servidores públicos, en el ejercicio del derecho de acceso a una vida libre de discriminación por razón de sexo.

Finalmente, el capítulo VI, llamado “de eliminación de estereotipos establecidos en función del sexo”, en su artículo 30 se menciona que los entes públicos de la Ciudad de México tendrán, como uno de sus objetivos, eliminar los estereotipos que pudieran provocar violencia o discriminación en contra de las mujeres.

7.2.3.3. Las mujeres en los programas sociales en el campo de los servicios de salud

El Programa Sectorial de Desarrollo propone en su estrategia 4.4. consolidar la detección, atención y prevención de la violencia intrafamiliar. La línea de acción más relevante para nosotros es la número 4.4.1. que busca impulsar la detección de violencia sexual en contra de las mujeres en las unidades de salud.

En el Capítulo III, de diagnóstico, el Programa de Acción Específico de Salud materna y Perinatal se menciona la necesidad de sensibilizar al personal de salud en relación con el parto respetuoso, para mejorar la aptitud frente a las pacientes, así como el trato a estas. Se menciona el derecho a recibir la información necesaria.

7.3. La experiencia subjetiva de las mujeres en las políticas, las leyes y los programas sociales según campos sociales

Esta búsqueda fue guiada por el eje conceptual de experiencia subjetiva en los documentos de gobierno, y sus resultados fueron organizados de acuerdo con los campos sociales familiar, laboral y servicios de salud.

La búsqueda de este eje conceptual fue compleja, en parte porque el uso del concepto habitus de Bourdieu debió restringirse para buscar expresiones de lo subjetivo en los discursos oficiales de los documentos de gobierno, que no van más allá de recuperar las dimensiones referidas a la salud mental, como lo más próximo a lo subjetivo y que son las que se retomaron en muchos de los casos.

7.3.1. La experiencia subjetiva de las mujeres en el campo familiar

7.3.1.1. Las mujeres en las políticas en el campo familiar

No hay menciones en el marco de políticas.

7.3.1.2. Las mujeres en las leyes en el campo familiar

El artículo 67 de la Ley General de Salud hace referencia a que las autoridades sanitarias y educativas, deberán apoyar y fomentar, actividades recreativas, culturales y de esparcimiento, con el objetivo de fortalecer el núcleo familiar, así como la salud mental de los integrantes.

7.3.1.3. Las mujeres en los programas sociales en el campo familiar

En el capítulo III, apartado 1 del Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal donde, se hace referencia al impacto emocional de la muerte materna para la familia. Se menciona, además, el impacto económico, afectivo, y la dificultad de supervivencia y de educación de los hijos.

7.3.2. La experiencia subjetiva de las mujeres el campo laboral

7.3.2.1. Las mujeres en las políticas en el campo laboral

La Constitución Política asegura que las personas que tengan cualquier tipo de accidente del trabajo tendrán acceso a atención médica. En caso de que las mujeres estén trabajando, deberían de acuerdo con este apartado, recibir ayuda psicológica por parte de la seguridad social.

7.3.2.2. Las mujeres en las leyes en el campo laboral

El artículo 67 de la Ley General de Salud aborda el campo laboral. En ella se llama a las autoridades laborales a vigilar que las mujeres en general, y en particular las que cursan embarazos, para que no pongan en peligro su salud mental.

7.3.2.3. Las mujeres en los programas sociales en el campo laboral

No hay menciones en el marco de políticas.

7.3.3. La experiencia subjetiva de las mujeres en relación con el campo de los servicios de salud

7.3.3.1. Las mujeres en las políticas en el campo de los servicios de salud

La experiencia subjetiva en el campo de los servicios de salud no es mencionada por los documentos oficiales revisados.

7.3.3.2. Las mujeres en las leyes en el campo de los servicios de salud

El artículo 77 de la Ley General de Salud menciona que el Estado deberá generar condiciones que permitan el acceso gratuito y progresivo, oportuno y de calidad a tratamiento y rehabilitación. Se entiende que la atención psicológica entra dentro de esta responsabilidad.

Este eje conceptual es abordado de forma directa por la Ley de Salud del Distrito Federal, en ella se menciona en su Capítulo IV, artículo 49, que la salud materno-fetal es prioritaria, y comprende una serie de acciones, de las cuales las siguientes son aplicadas en el período prenatal. El párrafo III se menciona la obligación de realizar estudios de laboratorio, gabinete y aplicación de indicaciones preventivas, así como el tratamiento médico que corresponda, el objetivo de esto es evitar, diagnosticar defectos de nacimiento. En el párrafo VI, en relación con la atención

materno-infantil, durante el embarazo, el parto y el puerperio. El 20 de febrero del año 2015 se adiciona una reforma que incluye la atención mental.

7.3.3.3. Las mujeres en los programas sociales en los servicios de salud

No hay menciones en el marco de programas sociales.

8. Las mujeres en las encuestas y estudios académicos cuantitativos

Los resultados expuestos en este apartado se alinean con el objetivo específico 2, que busca describir las condiciones de las mujeres, en general, y específicamente en las que cursaron embarazos, especialmente los eventos de muerte fetal en México, y en particular en la Ciudad de México, en la información estadística de encuestas, datos de distintas instituciones, y la revisión de los estudios académicos que aportaran información cuantitativa sobre los conceptos orientadores de esta tesis: las condiciones de vida, relaciones sociales y las experiencias subjetivas de las mujeres entre los períodos 2013-2018. Se describen, por lo tanto, las situaciones de las mujeres en cifras.

La selección de las encuestas se llevó a cabo utilizando un criterio de pertinencia basado en la selección de elementos que contuvieran los elementos conceptuales buscados y en referencia a los campos familiar, laboral y en relación con los servicios de salud.

La selección de encuestas se presenta a continuación y fueron aplicadas y coordinadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, y están disponibles en el sitio web <https://www.inegi.org.mx/default.html>, con acceso gratuito y público. Estas son:

- a) La Encuesta Nacional de Hogares, 2013; 2015; 2016; 2017).
- b) La Encuesta Nacional sobre las Dinámicas de las relaciones en los hogares, 2016, ENDRH (2016)
- c) La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018). Código: ENSANUT (2018)

- d) La encuesta de Mujeres y Hombres (2018). Código: MyH (2018)
- e) La Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (2014; 2019).

Las encuestas seleccionadas se aplicaron entre los años 2013 y 2018, que coinciden con la ventana temporal de este estudio, con la excepción de la Encuesta Nacional de Uso del tiempo (2019), que analiza datos obtenidos durante el año 2018, pero que fue publicada el año 2019. Todas las encuestas fueron aplicadas a nivel nacional, sin embargo, en algunas de ellas se muestran los datos específicos para Ciudad de México, en caso de que estos datos estén disponibles que serán mencionados. La capacidad de comparación entre encuestas no es exacta dado que cada año se agregan algunos indicadores y se eliminan otros, lo que dificulta su comparación. Debemos aclarar que es usual que cada año se incluyan nuevas preguntas y se eliminen otras, es por eso que con algunas preguntas sea imposible realizar una comparación dentro de la misma encuesta a través de los años.

La estructura de este apartado es la siguiente, comenzaremos señalando los resultados del eje conceptual 10.1 condiciones de vida en el campo familiar, condiciones de vida en el campo laboral, condiciones de vida en el campo de los servicios de salud, seguido por, 10.2 relaciones sociales en el campo familiar, relaciones sociales en el campo laboral, relaciones sociales en el campo de los servicios de salud, y finalizando con, 10.3 experiencia subjetividad en el campo familiar, en el campo laboral y campo de los servicios de salud.

8.1. Condiciones de Vida

8.1.1 En el campo familiar

Iniciaremos este apartado comentando algunos resultados relacionados con el uso del tiempo que realizan las mujeres en México, nuestro foco se centra en una comparación entre hombres y mujeres en una serie de tareas relacionadas con el Proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado, este proceso está socialmente

determinado y se distribuye de forma desigual entre géneros y entre clases sociales y entre los distintos grupos étnicos.

Las mujeres destinan más del doble de tiempo que los hombres a actividades de cuidado en el hogar (28,8 Horas contra 12,4 Horas respectivamente); destinan tres veces más tiempo a trabajo no remunerado en comparación a los hombres a la semana (29,8 horas vs 9,7 horas) (ENSANUT, 2018).

Profundizando en el trabajo no remunerado en los hogares, observamos los siguientes resultados. En relación con tiempo de trabajo de la población total (hombres y mujeres) de 12 años y más, un 55,4% del tiempo total es destinado a trabajo no remunerado en los hogares, un 41,9% del tiempo es destinado a trabajo para el mercado, y un 2,7% del tiempo es de producción de bienes para el uso exclusivo del hogar. La estadística por género menciona, en relación con las actividades de cuidados personales que en promedio las mujeres de 12 años y más destinan a la semana, 55,1 horas a dormir (hombres 54,3 horas), 8,2 horas a comer (hombres 8,6 horas), 5,2 horas a aseo y arreglo (hombres 6,4 horas), 5,0 horas a cuidados de la salud (hombres 4,6 horas), 3,6 horas en rezar, meditar y descansar (hombres 3,1 horas), lo que revela que en términos del tiempo que se destina a cuidado personal la situación es similar entre hombres y mujeres (ENUT, 2014).

Esta encuesta explora el promedio de horas comparando los géneros masculino y femenino, de 12 años y más de edad, en actividades dedicadas al trabajo de cuidados. Con relación al cuidado de integrantes del hogar de 60 años y más, las mujeres destinan 17,7 horas (hombres 14,9 horas), cuidado realizados por mujeres a integrantes del hogar de 15 a 59 años 2,3 horas (hombres 2,1 horas), cuidados realizados por mujeres a integrantes del hogar de entre 0 y 14 años 24,9 horas (hombres 11,5 horas), cuidados especiales realizados por mujeres a integrantes del hogar con enfermedad crónica, temporal o discapacidad 26,6 horas (hombres 14,8 horas). En otras palabras, las mujeres de 12 años y más en México realizan más horas de trabajo de cuidado que los hombres, y la actividad a la que más tiempo destinan es al de cuidados especiales a integrantes del hogar con enfermedades crónicas, temporales o discapacidad (ENUT, 2014).

En relación a otras actividades realizadas por mujeres de 12 años y más en el hogar destacan, preparación y servicios de alimentos 13,7 horas (hombres 4 horas), limpieza de la vivienda 9,6 horas (hombres 4,1 horas), limpieza y cuidado de ropa y calzado 5,0 horas (hombres 1,7 horas), compras 2,8 horas (hombres 2,3 horas), mantenimiento, instalación y reparaciones menores de la vivienda y otros bienes del hogar las mujeres destinan 1,1 horas, mientras que los hombres destinan 1,9 horas a la semana. En pagos y trámites las mujeres destinan 1,2 horas a la semana (hombres 1,1 horas) y a la gestión y administración del hogar las mujeres destinan 1,1 horas (hombres 1,1 horas). La única actividad de trabajo no remunerado a la que los hombres destinan más tiempo que las mujeres es al mantenimiento, instalación y reparaciones menores (ENUT, 2014).

Observando la situación de los gastos en los hogares, algunos puntos que consideramos relevantes son los siguientes. El gasto de consumo anual promedio por hogar por quintiles de hogares seleccionados y división de gasto; se comparó el primer quintil, de menores ingresos (Q1) con el quintil 5, de mayores ingresos (Q5). Los gastos del Q1 en alimentos y bebidas no alcohólicas son de 39,5%, mientras que en el Q5 es de 17,2%. Podemos afirmar que el quintil de menos ingresos gasta más en alimentos y bebidas no alcohólicas que el quintil con mayores ingresos (ENH, 2013).

Gasto de consumo promedio anual por hogar por división de gasto según año de levantamiento. Para esto se compara el gasto en salud entre los años el año 2012 (4,656 MNX) y 2013 (4,565), lo que representa una disminución de -2.0%. No se observa una disminución importante en el gasto de consumo en salud en los hogares mexicanos. Gasto de consumo promedio anual por persona por división de gasto según año de levantamiento. En salud el año 2012 cada persona gastó anualmente el año 2012, 1.210 MNX, y el año 2013 bajó a 1,185MNX, una diferencia del -2.0%. Gasto de consumo anual promedio por hogar por divisiones de gasto según sexo del proveedor principal del hogar, 2013. En el gasto de salud, cuando los hombres son el proveedor principal, los hombres gastaron en promedio 4.530 MNX, mientras que cuando el proveedor principal es mujer, las mujeres gastaron 4.659 MNX (ENH, 2013).

El 83,9% de los hogares con jefatura mujer son hogares familiares, mientras que el 16,1% de los hogares eran no familiares. Del total de hogares monoparentales de México, el 54,6% poseían jefatura de hogar femenina, mientras que los hogares biparentales con jefatura femenina eran de un 17,6%, en comparación con la jefatura masculina, que es de un 72,7% de los hogares ENH (2015).

Por otro lado, el porcentaje de hogares con jefatura femenina por entidad federativa. El promedio nacional es de 27,3%, mientras que CDMX presentó un 35,3% de los hogares con jefatura mujer, ubicándose como la segunda entidad federativa con mayor porcentaje de hogares con jefatura femenina, solo superada por Sonora, con un 36,1%. En el desglose del total de hogares, los hogares familiares totales con jefatura femenina representan un 82,5%, mientras que un 91,9% tenía jefatura masculina. A nivel de entidades federativas el promedio, en porcentaje, de hogares familiares es de 89,4%, CDMX se sitúa en el tercer puesto de entidades federativas con menor porcentaje de hogares familiares con un 84,9%. Al observar los hogares no familiares, conformados por una o un solo integrante, o por corresidentes sin parentesco, se observa que un 17,5% poseen jefatura femenina, mientras que los hogares no familiares con jefatura masculina son de 8,1%. Los hogares monoparentales con jefatura mujer representan el 54,7% de los hogares parentales, mientras que los hogares parentales con jefatura hombres (ENH, 2016).

Para el año 2017 el porcentaje de hogares familiares con jefa mujer es de un 81,6%, mientras que los hogares no familiares, con jefatura femenina en México es de un 18,4%. Esta encuesta informa que CDMX es la entidad federativa con mayor porcentaje de hogares con jefatura femenina llegando al 37,8%, mientras que el promedio nacional es de 28,5% (ENH, 2017).

Con relación al gasto dentro de los hogares, el gasto total entre los años 2012 y 2013 tuvo una variación de -4,1%. El primer quintil (Q1) tuvo la variación más dramática, y fue de un -6,8%, mientras que el quinto quintil (Q5) tuvo la variación más baja, de un -3,5%. En otras palabras, los quintiles de menores ingresos gastan menos en su consumo al comparar los años 2012 y 2013. Sin embargo, también son los que menos gastan. Al observar el gasto de consumo total en

salud se menciona que el año 2012 fue de 3,0%, y el año 2013 aumentó a 3,1%. En relación con el gasto de consumo en salud, el mayor porcentaje del gasto del año 2012 fue en productos farmacéuticos (36,7%), el año 2013 el mismo ítem bajó a 36,2% (ENGH, 2013).

8.1.2. En el campo laboral

En este apartado nos ocuparemos de describir la situación de las mujeres en relación con las formas de trabajo que ellas desarrollan tanto a nivel nacional, como a nivel de la Ciudad de México.

Lo primero que debemos mencionar es que el 74.8% de las mujeres de 16 años y más no tienen ingresos propios (ENSANUT, 2018). Por otro lado, la participación económica a nivel nacional posee diferencias importantes, hombres 77,5% y mujeres 43,7%, para este indicador en CDMX los hombres presentan 74,9% y mujeres 51,9% de participación económica. En México el 40,8% de las mujeres tiene jornada laboral de menos de 40 horas, mientras que el 23,4% de los hombres tiene esa jornada. Para jornadas de 40 horas y más el 55,4 de las mujeres tiene esa jornada, y el 73,6 de los hombres tiene esa jornada. El 53,7% de las mujeres que trabaja lo hace en el sector servicios. En términos de ingreso mensual real la brecha entre hombres y mujeres, entre los años 2013 y 2018 fue de 1.040 pesos (MyH, 2018). También se observan los nacimientos registrados de mujeres que no trabajan según las entidades federativas en porcentaje, donde en la CDMX el 61,8% de las mujeres que no trabajan tuvieron hijos, mientras que el promedio nacional es mayor, elevándose al 70%. La distribución porcentual de los nacimientos registrados de acuerdo con la condición de actividad y posición en el trabajo de la madre es la siguiente, mujeres que trabajan el 21% tiene hijos, mientras que el 70% de las mujeres que tienen hijos no trabajan. De las mujeres que trabajan y tuvieron hijos, el 74,3% era empleada (MyH, 2018).

8.1.3. En el campo de los servicios de salud

En el siguiente apartado exploraremos el perfil de morbilidad de las mujeres, tanto de México como de CDMX. El objetivo de este apartado es describir el estado de salud de las mujeres en general.

En relación con la situación de salud de las mujeres podemos mencionar que el porcentaje de mujeres de 20 años y más con diagnóstico de diabetes, el año 2012 fue de 9,7%, mientras que el año 2018 aumentó a 11,4%. En la CDMX el año 2018 un 12,7% de las mujeres ha sido diagnosticada con esta enfermedad. Con relación a la hipertensión el año 2012 un 18,5% de las mujeres fue diagnosticada con esta enfermedad, porcentaje que aumentó al 20,9% el año 2013. CDMX presenta un 20,2% de mujeres con esta condición (ENSANUT, 2018).

En relación con las condiciones de vida en el campo de los servicios de salud menciona 8 de cada 10 mujeres dicen tener derecho a la salud (83%). La cobertura más baja es en mujeres de 20 a 29 años (78.4%). Un 11,4% de las mujeres de 20 años y más presentan diabetes versus un 9,1% de hombres, en CDMX el porcentaje de población con diabetes es de 12,7%. Las mujeres tienen niveles de colesterol, y triglicéridos más altos que los hombres (21% vs 17,7%). Las mujeres presentan más obesidad que los hombres (40,2% 30,5%) (ENSANUT, 2018).

En relación con el porcentaje de mujeres que tuvieron al menos un parto en los últimos 5 años fue de 26.7% (ENDIREH, 2016).

El 53,4% de las mujeres en edad reproductiva utilizó algún método anticonceptivo ENADID (2018).

Podemos concluir que la obesidad, la hipertensión y la diabetes son condiciones de salud comunes entre las mujeres mexicanas. Existe una correlación cuantitativa importante entre estas condiciones y el riesgo de que se produzcan muertes fetales durante la gestación.

8.2. Relaciones Sociales

8.2.1. En el campo familiar

En los últimos 12 meses 10.3% de las mujeres de 15 años y más, fue víctima de algún acto violento por parte de algún integrante de su familia, sin considerar al esposo o pareja. El 8,1% de las mujeres experimento violencia emocional, el 3,1% violencia económica o patrimonial, 2,8% violencia física y un 1,1% violencia sexual. Los principales agresores fueron los hermanos (25,3%), padres (15,5%), madre (14,1%) y otro familiar (9,6%). En su mayoría ha ocurrido en sus casas (67,1%), o en casa de algún familiar (26,3%). Al considerar la casa de la mujer, la violencia con mayor prevalencia es la emocional (59,6%), seguida por la violencia económica y patrimonial (17,5%) (ENDIREH, 2016).

CDMX es la segunda entidad federativa con mayor porcentaje de violencia ejercida por la pareja durante el último año con un 52,6%, mientras que el promedio nacional es de 43,9% (ENDIREH, 2016).

En relación con la violencia en las relaciones de pareja de las mujeres, revela una serie de situaciones complejas para las mujeres. La proporción de mujeres de 15 años y más que han experimentado violencia por parte de su última o actual pareja, esposo o novio, en dos períodos de tiempo, a lo largo de la relación y durante el último año. Un 40,1 menciona que sufrió violencia emocional a lo largo de la relación, mientras que un 23,2 la ha sufrido durante el último año. Un 20,9 sufrió violencia económica a lo largo de la relación, y un 10,0 sufrió esta forma de violencia durante el último año. En relación con la violencia física un 17,9 la ha sufrido a lo largo de la relación, mientras que un 6,5 la ha sufrido durante el último año. La violencia sexual tiene una proporción de 6,5 a lo largo de la relación, un 2,1 durante el último año (ENDIREH, 2016).

La prevalencia de violencia ejercida por la pareja actual o la última pareja, a lo largo de la relación en mujeres de 15 años y más que tienen o tuvieron pareja, al comparar el año 2011 y 2016 revelan los siguientes datos. La violencia emocional disminuyó de un 43,1 el 2011, a un 40,1 el 2016. La violencia física aumento de un 14,0 el 2011, a un 17,9 el 2016. La violencia sexual disminuyó de un 7,3 el 2011 a un 6,5 el 2016. La violencia económica o patrimonial disminuyó de un 24,5 el 2011, a un 20,9 el año 2016 (ENDIREH, 2016).

La CDMX (52,6%) está sobre el promedio nacional (43,9%) en relación con la violencia ejercida por la pareja a lo largo de la relación actual o la última (ENDIREH, 2016).

Otro elemento importante de mencionar es que el promedio de hijos ideal de las mujeres mexicanas era de 2.4. Al explorar las razones por las que las mujeres de estrato socioeconómico bajo que tuvieron más hijos de los que deseaban, mencionan el hecho que no conocían métodos anticonceptivos, la segunda razón fue que sus parejas querían tener más hijos (ENADID,2018).

8.2.2. En el campo laboral

La forma de violencia más común en el campo laboral ejercida en contra de las mujeres en México en los último 12 meses, es la discriminación 21,9%, seguida por la violencia sexual 6,6% seguida por la emocional, 6,5%. La CDMX presenta una prevalencia de violencia laboral contra las mujeres de un 29,5%, mientras que el promedio nacional es menor (26,6).

Los principales agresores en el campo laboral son compañeros/as de trabajo (35,2%), patrón/a o jefe/a (19,3%), clientes (10,8%), supervisor/a, capataz o coordinador/a (10,2%). En relación con el lugar donde ocurre la violencia laboral, la mayoría ocurre en las instalaciones del trabajo (79,1%), el 11,5% ocurre en la calle, parque o en un lugar público que está cerca del trabajo, un 4,3% ocurre en el transporte público, un 3,1% en una casa particular, y un 1,1% en una calle, parque o lugar público lejos del trabajo (ENDIREH, 2016).

Con datos obtenidos el año 2016, que abordan la discriminación laboral en mujeres de 15 y más por motivos de embarazo, de acuerdo con su estado conyugal, y revela que el 81,4% de las mujeres casadas no sufrió discriminación por motivo de embarazo, y un 13,2% sí la sufrió. En las mujeres solteras un 86,3% revela no haber sufrido de discriminación por su estado, mientras que un 11,5% menciona que sí se sintió discriminada. Al comparar los porcentajes de prevalencia de discriminación por motivos de embarazo en mujeres de 15 años y más para México, las mujeres sin discriminación son 83,2%, frente a un 12,7%

que sí sufrió de discriminación. En CDMX este porcentaje es similar, un 85,5% no sufrió discriminación, y un 10,4% sí la sufrió (MyH, 2018).

8.2.3. En campo de los servicios de salud

La violencia obstétrica es un fenómeno que ha sido incluido en una de las encuestas que se han realizado durante la ventana temporal que nos interesa analizar. A pesar de ser un fenómeno social importante solo la ENDIREH (2016) lo aborda, y sus datos son retomados por la Encuesta Nacional de Mujeres y Hombres (2018).

En relación con la violencia obstétrica se observa que en los últimos 5 años el 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron. La CDMX es la segunda entidad federativa con mayor porcentaje de violencia obstétrica (39,2% vs promedio nacional 33,4%). Dentro de las situaciones que experimentaron en México, destacan gritos y regaños (11,2%), se tardaron en atenderlas debido a sus quejas (10,3%), la ignoraron cuando solicitó información (9,9%). El porcentaje de mujeres en México que atendieron sus partos o cesáreas durante los últimos 5 años de acuerdo con el lugar donde se atendieron, aparecen los Hospitales o IMSS con un 40,8%, otros hospitales o clínicas públicas de la entidad federativa 38,7%, un 34,7 la sufrió en centros de salud, un 30,7% la sufrió en un hospital o clínica del ISSSTE de la entidad federativa, un 18,2% la sufrió en un hospital o clínica privada, y un 17,7% en un consultorio médico particular. Estos datos revelan que las instituciones del Estado son en donde las mujeres mencionan que sufren más eventos de violencia, considerando toda la república mexicana. Esta encuesta menciona que el número total de cesáreas realizadas en México, en los último 5 años es de 3,7 millones, de ellas un 10,3% no fue informado el motivo de ella, y un 9,7% se realizó sin autorización. En relación con la persona que autorizó la cesárea se menciona que en un 57,3% de los casos fue su esposo o su pareja, en un 19,6% de las cesáreas fue su padre, madre o algún familiar quien la autorizo,

en un 15,8% no fue autorizada por nadie, y en un 7,3% de los casos fue autorizada por otra persona (ENDIREH, 2016).

La Encuesta Nacional de Mujeres y Hombres (MyH, 2018) retoma los datos entregados por la ENDIREH y no agrega nuevos datos.

8.3. Experiencia subjetiva

8.3.1. En el campo familiar

En relación con la experiencia subjetiva de las mujeres en el campo familiar se observa que un 22,9% de las mujeres de 7 años y más se sintió muy preocupada o nerviosa (hombres 18%). Las personas de 12 años y más que presentan con mayor frecuencia preocupación y/o nerviosismo (a diario) están casadas o unidas (64,77%). El 36,9% de las mujeres de 12 años y más, casadas o unidas se han sentido deprimida, mientras que el 63% menciona que nunca se ha sentido deprimida. El 11,5 de las mujeres se siente deprimida a diario, mientras que el 13% lo hace semanalmente. En relación con estos mismos sentimientos de preocupación y nerviosismo, esta encuesta compara la situación conyugal de las mujeres, y se muestra que el 55,7% de las mujeres solteras tuvieron estos sentimientos alguna vez al año, en esta misma situación conyugal el 14,6% los sintió mensualmente, el 15,0% los sintió semanalmente, y un 14,7% los sintió a diario. De las mujeres casadas o unidas un 47,6% de las mujeres se sintió nerviosa o preocupada algunas veces al año, un 12,0% tuvo estos sentimientos mensualmente, un 17,8% semanalmente, 22,6% los sintió a diario, y de las mujeres separadas, divorciadas o viudas, un 40,3% se sintió preocupada o nerviosa algunas veces al año, el 11,1% de ellas tuvo estos sentimientos mensualmente, el 16,7% los sintió semanalmente y un 31,9% los sintió a diario. Estos datos nos muestran que las mujeres que menos se sienten preocupadas o nerviosas diariamente son las solteras, seguidas por las casadas o unidas y finalmente, las separadas, divorciadas y viudas. Esta tendencia se mantiene en las otras frecuencias. Sobre la sensación de depresión, esta encuesta la aborda en las

mujeres de 12 años y más, de acuerdo a la frecuencia y a la situación conyugal, donde un 69,7% de las mujeres solteras tuvieron este sentimiento alguna vez al año, el 11,8% lo sintió mensualmente, el 11,0% lo sintió semanalmente y un 7,5% lo sintió a diario, de las mujeres casadas o unidas el 62,4% lo presentó algunas veces al año, 12,9% lo sintió mensualmente, el 14,6% semanalmente y el 10,1% lo sintió a diario, por otro lado, de las mujeres separadas, divorciadas o viudas, un 53,5% de ellas tuvo sentimientos de depresión algunas veces al año, el 12,3% lo sintió mensualmente, un 17,0% semanalmente y un 17,2% diariamente. De esta información se puede inferir que las mujeres solteras tienen a sentirse menos deprimidas diariamente, mientras que las que sienten este sentimiento son las separadas, divorciadas o viudas (ENH, 2014).

Un año más tarde, la misma encuesta menciona que los integrantes de 7 años y más, que han tenido sentimientos de preocupación o nerviosismo en la entidad federativa en la que residen, la CDMX, que en ese año se llamaba Distrito Federal, un 63,4% de los integrantes tuvo estos sentimientos, mientras que a nivel nacional se revela que un 49,6% de los integrantes tuvo sentimientos de preocupación o nerviosismo. Al observar la distribución porcentual de los integrantes de 7 años y más de acuerdo con el sexo de los integrantes de acuerdo con la intensidad con que sintieron nerviosismo y preocupación, se menciona que un 57,2% de las mujeres se han sentido un poco nerviosa o preocupada, el 22,9% de ellas mencionan que sintieron mucha preocupación o nerviosismo, un 19,8% manifestó que no sintieron ni mucho ni poco, y el 0,5 menciona que no sabe. Sobre el sentimiento de las mujeres de 12 años y más durante el año 2015, esta encuesta revela que el 34,3% se ha sentido deprimida, un 36,9% las mujeres casadas han manifestado tener este sentimiento, mientras que un 23,8% de las mujeres solteras se ha sentido de esta forma. Estos datos nos revelan que la situación de las mujeres en términos de su subjetividad se mantuvo similar entre los años 2014 y 2015 (ENH, 2015).

Dos años después, el 2017, se menciona en relación con el sentimiento de preocupación o nerviosismo, que en promedio en México el 51% de los integrantes del hogar se han sentido nerviosos, mientras que en la CDMX el

63,7% de los integrantes de 7 años y más han tenido estos sentimientos. En relación con el sentimiento de depresión, el promedio nacional es del 30,5% de los integrantes del hogar han tenido este sentimiento, y en la CDMX el 35,1% de los integrantes del hogar han sentido depresión. En las ENH del año 2014, 2015 y 2017, la CDMX tenido mayor porcentaje de integrantes del hogar con sentimientos de preocupación y nerviosismo y de depresión (ENH, 2017).

En relación con otras formas de violencia, se menciona el 90.6% de las mujeres que experimentó violencia sexual y/o física por un agresor distinto a su pareja no realizó una denuncia. De estas mujeres el 34,1% consideró que un evento sin importancia, el 19,5% tuvo miedo a las consecuencias y el 14,3% no denunció por vergüenza, mientras que el 9,1% no sabía dónde denunciar. Estos datos nos muestran la subjetividad de las mujeres en relación con los eventos de violencia y las acciones que realizan o no, frente a las agresiones (ENDIREH, 2016).

8.3.2. En Campo laboral

El 91,2% de las mujeres que experimentó violencia sexual y/o física no realizó una denuncia. De ellas un 41,1% no denunció debido a que consideró que fue un evento sin importancia, el 23,9% lo hizo por miedo a las consecuencias y el 14% no denunció por vergüenza. El 20% de las mujeres dijo que no sabía dónde denunciar. Estos datos nos muestran que las mujeres son víctimas de violencia, y estos eventos afectan su subjetividad y movilizan emociones negativas, como el miedo (ENDIREH, 2016).

8.3.3. En el campo de los Servicios de Salud

Las encuestas revisadas no abordan este eje conceptual en el campo de los servicios de salud.

9. Las mujeres los estudios académicos cualitativos

La selección de investigaciones producidas desde la academia fue focalizada, esta decisión es producto de un vacío de conocimiento observado en la revisión de documentos de gobierno, y de encuestas. Entonces, emerge la necesidad de complementar los vacíos en el conocimiento producidos por la falta de abordajes cualitativos que se refieran a nuestros ejes conceptuales y campos sociales, a saber, las condiciones de vida, relaciones sociales y experiencia subjetiva en el ámbito familiar, laboral y en la vinculación con los servicios de salud.

9.1. Condiciones de vida

9.1.1. En el campo familiar

Los estudios académicos consideran a la familia como una unidad analítica, lo que implica que es posible conceptualizarla y producir teoría. Se ha realizado un esfuerzo importante por anclar esta categoría analítica al desarrollo de la sociedad mexicana en su conjunto, es por eso por lo que concurren distintas disciplinas como la antropología, la psicología, la historia y la medicina entre otras.

La disminución de los apoyos económicos gubernamentales al desarrollo social, acompañado del aumento en la inflación durante los años 80, presionó a las familias y se incrementó el número de trabajadores por familia (Pérez y Téllez, 2012 citado en Gutiérrez, Díaz, & Román, 2016). La crisis que produjo este aumento de trabajadores y trabajadoras por familia afectó de forma desigual a las clases sociales, en particular afectó a las mujeres y a su rol en el trabajo doméstico no remunerado, las consecuencias fueron abordadas por el Estado mexicano, el que generó políticas focalizadas a las familias nucleares o tradicionales (Gutiérrez, Díaz, & Román, 2016). Esta focalización produjo la exclusión de otras formas de familia, las que caían fuera de normal, por lo que no podían acceder a los beneficios del Estado, esta forma de crear políticas públicas produjo una sensación de abandono en las poblaciones, sobre todo en las mujeres, las que han sido históricamente oprimidas y vulneradas.

En una revisión realizada acerca de la evolución de las relaciones de género en las familias mexicanas contemporáneas, entre sus conclusiones destaca que la modernización ha producido nuevas identidades de género y nuevas formas de división sexual del trabajo. Menciona también, que los cambios en las relaciones familiares y de pareja, han sufrido cambios generacionales importantes, lo que es desigual, dependiendo de los estratos y grupos sociales, eso se cristaliza en que los cambios más significativos se limitan a los sectores sociales con mejores condiciones de vida, mayor nivel educacional, así como al ámbito urbano. Estos elementos, menciona la autora, podrían facilitar la autonomía de hombres y mujeres, así como cierta resistencia a los mandatos de género, lo que les permitiría modificar las formas de relación en el espacio familiar, por ejemplo, abriendo espacios de negociación. También se menciona que las nuevas generaciones han comenzado a cuestionar la división sexual del trabajo, en particular se refiere que los varones jóvenes han abandonado el monopolio de la toma de decisiones, propiciando espacios de confianza más igualitarios y horizontales. En relación con las capas medias, la autora menciona que el cuestionamiento a la división sexual del trabajo se produce a causa de la inserción de las mujeres en labores extra domésticas, las que modifican las estructuras de autoridad y poder, debido al avance de la autonomía económica. Entonces, la autora afirma que los niveles de escolaridad, y el empleo fuera del hogar, la posibilidad de elegir a sus parejas y la opción de elegir entre diversos métodos anticonceptivos, todo esto les permite reducir, retrasar o controlar su fecundidad, fenómeno que les permite desarrollar procesos reflexivos relacionados con su identidad de género. Finalmente, la autora menciona que estos procesos de reflexión alrededor de la identidad de género, se ha limitado a las capas más favorecidas de la sociedad, dejando de lado a gran parte de las mujeres, a esto se suman estructuras que impiden estos procesos de reflexión, como la religiosidad y el parentesco, que tienden a poner a los hijos como el centro de la familia. Estas estructuras se mantienen en las poblaciones marginadas y menos favorecidas, donde el vínculo familiar se sostiene sobre la descendencia. La autora relativiza el empoderamiento femenino de los estratos bajos, puesto que no permite que las

mujeres cuestionen sus roles tradicionales, tampoco las protege de la violencia en el campo intrafamiliar (Rojas, 2016).

9.1.2. En el campo laboral

En relación con las condiciones de vida en el ámbito laboral se ha explorado varios elementos utilizando fuentes secundarias, destaca que la edad de inserción de las mujeres mexicanas es entre los 21 y 22 años, lo que coincide con la edad en que las mujeres mexicanas tienen su primer embarazo, por lo que muchas de las mujeres que están iniciando su vida laboral, también cursarán un embarazo. Otro de los puntos de estas investigadoras es que la formación profesional, y la inserción laboral, marcan la significación que las mujeres hacen de la maternidad (Contreras-Tinoco & Castañeda-Rentería, 2016).

Otra línea de investigación explora una serie de contradicciones que nos parecen importantes, una de ellas es la “ilusión de igualdad lograda” (Manni, 2010, pág. 146), ilusión que se expresa en la vida laboral de hombres y mujeres, pero que sobrecarga a las mujeres, al tener que hacerse cargo del trabajo doméstico no remunerado. La autora menciona que aún en la sociedad moderna, se considera que hay alguien (generalmente una mujer), dentro del hogar, dedicada exclusivamente al trabajo de cuidados y a la satisfacción de las necesidades. La idea del hombre moderno entonces, no se extiende al trabajo de cuidados. La carga femenina en el proceso producción-reproducción presiona en ambos extremos a las mujeres, al tener que participar de la producción de recursos económicos y de cuidados, y además de la reproducción simbólica y biológica.

Las mujeres organizan estratégicamente sus vidas, lo que incluye la elección de sus carreras profesionales, los trabajos y sus embarazos, y esta posibilidad que emerge en la modernidad, la que les otorga la posibilidad de elegir cuando y en qué condiciones ejercer la maternidad (Contreras-Tinoco & Castañeda-Rentería, 2016).

9.1.3. En el campo de los servicios de salud

En relación con este eje conceptual, la medicina social y la salud colectiva latinoamericana menciona una serie de elementos importantes de destacar, en relación con la ejecución de derecho a la protección a la salud, el que, en concreto, no se realiza debido a varios elementos, por ejemplo:

“...la extensión de la pobreza; la segmentación y fragmentación de los sistemas nacionales de salud; la falta y desigual distribución de los recursos financieros, físicos y humanos en el sistema de salud; así como el recorte del gasto social, la depresión salarial y el crecimiento del empleo precario a raíz de los ajustes estructurales; entre otros factores.” (Laurell, 2013).

La reforma del año 1993 diseñada por el Banco Mundial, adopta una visión mercantil de la atención médica, basada en paquetes de servicios, financiados con fondos del Estado. Por otro lado, esta visión genera tres consecuencias, la primera es un aumento en la desprotección en la salud, en segundo lugar, el aumento del gasto de bolsillo, y finalmente un creciente descontento social. A esta reforma le siguió otra, que propone el avance progresivo a un aseguramiento universal. México mantiene un sistema de salud fragmentado, donde convive un seguro laboral público y obligatorio, con el llamado Seguro Popular, que es de afiliación voluntaria, solo para la población que no tenga seguro laboral público. A lo anterior, la autora nos recuerda que existió el compromiso del Gobierno Federal, de lograr la cobertura universalidad para el año 2010, que luego se amplió al 2011, y luego al año 2012 (Laurell, 2013).

Un dato que destaca es que la universalidad no se logró, ya que el 25% de la población no tiene ninguna forma de aseguramiento en salud (Laurell, 2013).

En relación con la morbilidad de las mujeres que cursan embarazos en México las investigadoras Ángeles Sánchez-Bringas y Guadalupe Pérez-Baleón (2014) realizan un análisis cuantitativo con importantes hallazgos. En su introducción las investigadoras mencionan que la morbilidad en el grupo de mujeres que cursan embarazos, que paren y puérperas, no es extenso desde las ciencias sociales, enfocándose en las enfermedades que causan la muerte de las mujeres. En este

estudio se analiza la Encuesta Nacional de Dinámicas Demográficas (ENADID, 2009), se menciona que el 97% de las mujeres tuvieron atención prenatal en México, un 64,9% tuvo alguna complicación durante el embarazo, 47,8% tuvo complicaciones durante el parto y un 55,4% tuvo complicaciones asociadas a morbilidades serias (Sanchez-Bringas & Pérez-Baleón, 2014).

En relación con las principales complicaciones durante el embarazo el 20,9% sufrió de sangrado vaginal, 34,3% hinchazón de piernas o de cara y 26,7% dolor de cabeza, visión borrosa, lucecitas y zumbido de oídos (Sanchez-Bringas & Pérez-Baleón, 2014).

9.2. Relaciones sociales

9.2.1. En el campo familiar

Si bien es cierto que la CDMX está a la vanguardia en el aseguramiento de derechos, esto posiciona a las mujeres en un terreno mucho más firme al momento de enfrentar las relaciones sociales en el ámbito familiar, lo que es determinante en la construcción de una nueva forma de relacionarse. En general, las mujeres jóvenes tienden a subvertir la noción de obligatoriedad que se expresaba en las antiguas normas de género, que las mandataban a obedecer a sus maridos, y donde no colaboran con los quehaceres domésticos era también una norma establecida (Agoff & Espinoza, 2019). Sin embargo, si las mujeres son adolescentes, la maternidad se percibe como un evento enmarcado por la culpa y el miedo (Jiménez-Arroyo & Rangel-Flores, 2018).

Al ser el campo familiar un espacio complejo, donde se producen intersecciones de relaciones sociales podemos observar que “las intersecciones entre las diferentes relaciones sociales pueden a veces reforzarse mutuamente en una serie de subordinaciones, pero pueden también conducir a procesos contradictorios” (Anthias, 2008, citado en (Krause, 2016, pág. 107).

9.2.2. En el campo laboral

Existe gran variedad de estudios cuantitativos enfocados en el campo laboral, preocupados por explorar la precarización de las mujeres en este campo social (Cota & Navarro, 2015). Lamentablemente estos estudios no permiten explorar la forma ni los tipos de relaciones de poder que establecen las mujeres que cursan embarazos en el ámbito laboral.

Una línea de investigación con amplio desarrollo trabaja la hipótesis de que la persistente precarización laboral y social, impacta especialmente, sobre las mujeres, y a pesar de esto, ellas enfrentan este campo cotidianamente, con las escasas herramientas que tienen a su alcance (Güemes, 2020).

En algunos casos el embarazo se percibe como un evento que dificulta el desarrollo laboral, por lo que la mujer debe decidir entre el ascenso laboral o ser madre, a esta dificultad de desarrollo se suma la violencia, la desigualdad y el acoso sexual (Cordero, Sánchez, & Samperio, 2016).

Un elemento crítico propone que las formas de trabajo determinan formas de relaciones sociales, en este punto emergen conceptos como economía informal y formal (Cardoso, 2017), este elemento busca conjugar las redes sociales, familiares y laborales que se despliegan para enfrentar el empleo. Rescatando la idea informalidad, debemos destacar que existe informalidad dentro de la formalidad, esto implica que trabajadores de negocios formales no tienen derechos laborales, dentro del que destaca el derecho a la salud (de la Garza, 2017).

Existe una brecha que debe eliminarse, esta brecha se presenta entre los datos sociodemográficos que se proporcionan por los estudios cuantitativos y que usualmente son generados por instituciones gubernamentales, y datos cualitativos, que hagan énfasis en las percepciones de los y las trabajadoras en temas como la discriminación (Vela-Barba, 2017).

9.2.3. En el campo de los servicios de salud

Uno de los abordajes que desde la academia se realizan al campo de los servicios de salud, con énfasis en las mujeres que cursan embarazos, es el de derechos. Este enfoque sitúa la atención médica prenatal como un derecho que debe ser asegurado por el Estado mexicano, entonces vale la pena preguntarnos “¿cómo se configura el derecho a la salud materna” (Pintado y López, 2019, pág. 92), esto desde la perspectiva que la salud es un derecho, que contiene una visión integral de la salud. Las autoras mencionan una serie de elementos entre los que destacan, a) todas las dimensiones de la salud de las mujeres desde el inicio del embarazo hasta el momento del parto, b) los medios disponibles para lograr alcanzar el más elevado nivel de salud posible durante las etapas obstétricas y c) una atención otorgada sin discriminación de ninguna clase o motivo (Pintado & López, 2019).

Otra perspectiva con una historia importante es la bourdeana la que se propuso la tarea de construir y reconstruir el campo social de los médicos en México, como un objeto sociológico (Castro & Erviti, 2014) (Castro & Villanueva, 2019). El objetivo de este proyecto ha sido caracterizar a los actores y las formas en que se estructuran las relaciones de poder entre los distintos actores del campo médico, con énfasis en los médicos.

Se ha distinguido el subcampo de la medicina moderna, que se caracteriza por relaciones jerarquizadas basadas en las distintas especialidades. Estas dinámicas se explican por los *habitus* que se construyen en este subcampo y, por las luchas internas, propias de las instituciones, como las luchas gremiales o entre profesionales, estas disputas se enfocan en controlar el monopolio de distintas formas de capital (Castro & Villanueva, 2019).

La violencia obstétrica es un fenómeno relacional ampliamente descrito y evaluado. Roberto Castro y algunas/os de sus colaboradoras/es también lo ha explorado, un ejemplo de esto es el artículo Castro y Frías del 2020, en el que revisa las doce preguntas que propuso la ENDIREH (2016), acerca del último parto. El autor propone un análisis factorial para conocer las principales dimensiones del fenómeno, y se revelan dos, la primera a la que denominan *abuso y violencia*, y la segunda, *atención no autorizada*. Algunas de sus

conclusiones son que este no es un evento exclusivo de las instituciones públicas, también se produce en las privadas. Otra conclusión es la relación entre esta forma de violencia con otras formas de violencia de género, que son producto de la condición de subordinación de las mujeres en todos los campos sociales. A lo largo de las investigaciones este grupo de investigación ha revelado que “el autoritarismo médico está anclado a la desigualdad de género” (Castro & Frías, 2020, pág. 71). Esta investigación deja abierta la necesidad de explorar de forma cualitativa la subjetividad de las mujeres para esclarecer la relación entre las distintas formas de violencia que se viven en este campo (Castro & Frías, 2020). El enfoque biopolítico también ha realizado aportes a la comprensión de la relación Estado-Mujeres, se ha estudiado la muerte materna en el sur de México, donde se describe un panorama marcado por una biopolítica negativa, que deja morir a partir de dispositivos saber-poder vinculados a la salud (Bautista & López, 2019).

9.3. Experiencia subjetiva

9.3.1. En el campo familiar

La maternidad es una de las aristas posibles en el abordaje de la subjetividad alrededor de la muerte fetal. La arista de la experiencia subjetiva tiene, a su vez, una serie de abordajes que nos parecen importantes de mencionar, especialmente en lo que se refiere a la dimensión sociocultural.

Uno de los abordajes relevantes es el psicoanalítico y feminista, los que describen el cuerpo como una construcción en la que se imbrican múltiples discursos, estos producen lo que conceptualmente la autora llama *ser del cuerpo* (Pedroza, 2015), lo que impacta en la propia percepción de las mujeres sobre su cuerpo, donde muchas veces, no son conscientes de los mandatos que operan sobre ellas. Se analiza el discurso de la maternidad, que en las mujeres mexicanas se ha internalizado y anclado “*hasta el tuétano*” (Pedroza, 2015, pág. 46), este discurso es difundido por los medios de difusión masiva, por el sistema educativo y por las

prácticas sociales. Entonces, se concluye que las mujeres están comenzando a vivir sus vidas de maneras diferentes, pero todas lo hacen con la carga sociohistórica que se traduce psíquicamente, en malestar subjetivo de la abnegada buena madre (Pedroza, 2015).

Otra línea de investigación es la que busca desnaturalizar la reproducción, y situarla en el espacio socio cultural, adoptando una perspectiva feminista, propone que es necesario:

“evidenciar el carácter constitutivo de la cultura y la vida social en el cuerpo reproductivo de la mujer: queríamos deslindarnos del enfoque que marca una diferencia entre la maternidad como fenómeno sociocultural, discursivo y subjetivo y la capacidad reproductiva como un fenómeno biológico, perspectiva que escinde la maternidad biológica de la maternidad social.”

(Sánchez Bringas, 2009, pág. 153).

Debemos comprender el proceso reproductivo como: “... el trabajo físico, mental y emocional que se desarrolla al concebir y dar a luz o adoptar, criar y socializar niños/as, así como crear y mantener en buen estado los hogares y a las personas” (Colen, 1995, citado en Sánchez Bringas, 2009, pág. 153).

Además, se menciona que los distintos eventos por los que atraviesan las mujeres no pueden verse como eventos aislados, sino que comprenden múltiples dimensiones de la experiencia humana, como la material, la simbólica y la social. Es en esta complejidad que las mujeres experimentan sus cuerpos, y viven sus experiencias. El orden simbólico cultural norma la forma en que los eventos relacionados con la reproducción se viven, estos eventos conllevan producción de pensamientos (emociones, proyectos e idealizaciones entre otras) y, además, desgaste físico y energético, así como acciones. Todos estos elementos se producen y reproducen en campos sociales más o menos normados y regulados por procedimientos, vínculos sociales o por esquemas, que buscan delimitar y entregar sentido a las acciones y pensamientos. En relación con los eventos reproductivos, se describe que se despliega una serie de procesos fisiológicos y emocionales que ocurren en el cuerpo de las mujeres, y sobre los cuales no opera la voluntad de ellas, pero que, sin embargo, ellas reflexionan. Es posible que

emerjan sentimientos ambivalentes como miedo-alegría, alegría-enojo, así como la emergencia de nociones culturales, que se manifiestan en ideaciones relacionadas con ser madre, el hijo/a, la familia, la pareja, entre otras. También se menciona que los procesos fisiológicos permiten que las mujeres imaginen a su bebé, y comiencen a evaluar los cambios que se producirán en los distintos campos sociales, además de recordarnos que el embarazo ocurre en el cuerpo de las mujeres, el que es disciplinado con distintos dispositivos, como dietas, prescripciones médicas, reglas culturales, el objetivo es producir conciencia del estado de embarazo (Sánchez Bringas, 2009).

Dentro de las conclusiones se destaca que, a pesar de la extensión de la atención médica prenatal y el parto, así como la implementación de programas sociales orientados a la anticoncepción y planificación familiar, se mantienen las desigualdades sociales en las trayectorias reproductivas de las mujeres mexicanas. Las relaciones de parentesco destacan como especialmente complejas, ya que son parte de relaciones de poder sustentadas en el género, que impulsa a las mujeres a buscar la maternidad como una forma de iniciar la adultez y lograr reconocimiento, mientras que, en contraposición, tienen dificultades para llevar a cabo sus derechos reproductivos. La familia nuclear es un campo social normado y reconocido por las políticas públicas y programas sociales, lo que construye en los y las sujetas/os modelos de vida ideales a construir (Sánchez Bringas, 2009).

Debemos mencionar que los nuevos arreglos familiares y de pareja, producen nuevas formas de tensión sobre las/los integrantes de estos arreglos (Sánchez Bringas, Espinosa, Ezcurdia, & Torres, 2004).

Otro abordaje importante es el que se realiza desde la perspectiva sociocultural la que propone que:

“El autoconocimiento, así como el conocimiento de la realidad, son producto de la interrelación de las acciones humanas y el ambiente; así, se niega la idea de la realidad aprehendida pasiva y objetivamente. La realidad es entonces una expresión de la estructura de aquel que conoce, siendo el sujeto un activo en su construcción (García, 2017, pág. 270).

Esta cita posiciona al conocimiento de la realidad como una construcción individual, que sin embargo está anclada inextricablemente un contexto social, político, económico, a la vez que material y simbólico, por lo que es posible hablar de la determinación social de la experiencia subjetiva de la maternidad.

Otra perspectiva que nos parece relevante es la visión histórica de la maternidad, que explora el México posrevolucionario, en el que se utiliza el concepto de maternidad con el objetivo de sustentar el proyecto de nación, lo que conlleva una serie de dispositivos de control sobre la sexualidad de las mujeres. Entonces, el objetivo era la reproducción de los hijos de la nación moderna. Además, busca alejarse de la visión glorificada y romántica de la maternidad, y asumir que al ser la maternidad un proceso complejo, existen múltiples significaciones a su alrededor (Gutiérrez Sánchez, 2017).

Finalmente, debemos decir que el cuerpo de las mujeres está atravesado por múltiples normatividades, entre las que destacan las reproductivas, donde se incluye la maternidad, estas normativas configuran una subjetividad compleja y específica (Contreras-Tinoco & Castañeda-Rentería, 2016).

9.3.2. En el campo laboral

El aumento de la presencia de las mujeres en distintos sectores laborales ha despertado la preocupación de distintos niveles, sin embargo, la subjetividad no es un nivel que presente una densidad importante de artículos académicos. A pesar de esto, hemos encontrado artículos que exploran distintas dimensiones de la experiencia subjetiva, en distintos sectores laborales.

Partiendo de la situación tercerizada, precarizada e informal del trabajo en México podemos mencionar una serie de investigaciones.

Se han explorado las experiencias de las mujeres que trabajan en la venta de alimentos. Una observación importante de estos estudios revela la dificultad de distinguir el espacio privado del espacio público, esa separación implica que se refuerce la separación sexual del trabajo, y en la práctica, las distintas actividades que realizan las mujeres buscan satisfacer tanto la reproducción de la familia

como la obtención de capital económico, se entiende que la actividad económica que desarrollan es una extensión del trabajo doméstico no remunerado, que puede ser, en algunos casos, satisfactorio cuando se vincula a la capacidad de agencia y los resultados del trabajo son positivos, lo que refuerza el autoestima de las mujeres (Villagómez-Ornelas , 2021).

Otra forma de explorar las experiencias de las mujeres en el ámbito laboral es observar si las mujeres se perciben como sujetas de derechos cuando desarrollan actividades económicas que no son reconocidas ni validadas (Salinas-Boldo, 2016)

Se ha estudiado a la población femenina residente en sectores populares de la Ciudad de México el objetivo fue conocer las subjetividades de las mujeres de sectores populares que trabajan en ocupaciones masculinizadas. La investigación menciona tres valores presentes en estas mujeres, el primero es el de la familia patriarcal clásica proveniente de la cultura popular tradicional, el segundo valor es el del amor romántico como sinónimo de respeto, y el tercer valor es la capacidad de cuestionar los dos valores, esta capacidad se liga a ideas de equidad de género y democratización del espacio familiar. La investigadora también menciona valores morales como la responsabilidad, la complementariedad o la abnegación, que en apariencia pueden presentarse como separados de intereses materiales, pero que responden a la necesidad de supervivencia (Herrera , 2019).

9.3.3. En el campo de los servicios de salud

Este eje conceptual es escasamente explorado en el contexto mexicano.

Un estudio relevante que encontramos se centra en jóvenes de entre 13 y 19 años. Las/os entrevistadas/os mencionan que el embarazo implica madurar y lograr la felicidad, también mencionan que se modifica su propia imagen corporal. En relación con el campo de los servicios de salud, las/os entrevistadas/os mencionan que existe falta de privacidad en la atención de los servicios de salud, lo que es acompañado de miedo y vergüenza al momento de acercarse a las

instituciones médicas (Mejía-Mendoza, Laureano-Eugenio, Ortiz-Villalobos, Blackaller-Ayala, & Benítez-Morales, 2015).

El duelo gestacional es uno de los temas que ha nutrido nuestros resultados, los que apuntan a la necesidad de que los centros de salud implementen consensos para medir las etapas del duelo (Mota, Calleja, Gómez, Aldana, & Sánchez, 2010), así como desarrollar instrumentos para evaluar las capacidades del personal de salud para tratar a estas mujeres y familias (Mota, 2018). Cecilia Mota, psicóloga e investigadora del Instituto Nacional de Perinatología ha desarrollado una propuesta de intervención psicoterapéutica grupal, en mujeres que cursan embarazos de alto riesgo (Gómez, Aldana, González, Mota, & Sánchez, 2009), la que ha demostrado ser efectiva, sin embargo, este Instituto no es capaz de atender a todos los casos de muerte fetal que se producen en CDMX.

10. Las mujeres desde sus experiencias de muerte fetal

Hasta ahora hemos avanzado en describir y conocer la forma en que el Estado mexicano aborda la situación de los embarazos desde las políticas, las leyes y los programas sociales, y hemos observado que la muerte fetal es un espacio en blanco dentro de la normativa vigente, lo que sitúa a las mujeres que sufren este tipo de eventos en un espacio no normado, lo que se podría traducir en situaciones de abuso por parte de distintos actores tanto del campo familiar, laboral o en los servicios de salud. Las encuestas y los estudios académicos describen una situación compleja para las mujeres en general, esto incluye a las que cursan embarazos, ellas se ven expuestas a violencia y discriminación en todos los campos sociales que hemos revisado, el familiar, laboral y los servicios de salud. Los estudios cualitativos, tampoco se refieren al evento de muerte fetal, sin embargo, nos entregan información importante, tal como la maternidad con perspectiva de género, el duelo en algunos casos de muerte perinatal. La muerte fetal y las mujeres que sufren de muerte fetal, tampoco son abordadas, al menos en las fuentes revisadas.

El vacío normativo y de información en el que se encuentra la muerte fetal y las mujeres que sufrieron de muerte fetal, nos exigió iniciar una búsqueda desde una segunda perspectiva teórico-metodológica, a través de un trabajo con las propias mujeres. Este trabajo se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, y a través de la realización de una etnografía digital del grupo de Facebook MISS-ECA, este grupo reúne a mujeres que sufrieron un evento de muerte fetal.

El desarrollo de esta parte de este estudio se desarrolló en el contexto de pandemia, por lo que la investigación se desarrolló a través de plataformas como ZOOM y Google. Esta dinámica fue compleja desde el punto de vista de la reflexividad, que se refiere a la necesidad de revisar de forma crítica el efecto que tiene la investigación sobre el propio investigador, proceso subjetivo a la vez que intersubjetivo (de la Cuesta-Benjumea, 2011) (de la Cuesta-Benjumea, 2003).

A pesar de esto, las emociones que rodearon estos trabajos fueron importantes para la comprensión del fenómeno tanto de las personas involucradas, como del investigador. Las participantes se motivaron a contar sus historias, en un ambiente grato y sin límite de tiempo o de temas a través de los cuales podían explayarse y con la profundidad que ellas estimaran. Para el investigador la intención fue explorar la muerte fetal desde la perspectiva, las interpretaciones y la recuperación de las subjetividades de las mujeres, desde una perspectiva ética libre de prejuicios y vulnerarlas o revictimizarlas.

10.1. Las entrevistas a mujeres que cursaron una muerte fetal

Se realizaron un total de cinco entrevistas. Las participantes se presentaron de forma voluntaria a través de una convocatoria abierta realizada por el grupo de Facebook MISS-ECA.

Este ejercicio narrativo se realizó a partir de una entrevista semiestructurada que se anexa. No obstante que los temas a abordar fueron definidos por el investigador, las mujeres participaron modelando la entrevista con autonomía e incorporando con elementos que a ellas les parecieron importantes, y apegándonos a la estructura de los relatos de las mujeres.

Los resultados fueron organizados de acuerdo con los ejes temáticos de la tesis: condiciones de vida, relaciones sociales y experiencia subjetiva, y a diferencia de los resultados descritos anteriormente, en este caso no se organizaron por campos sociales (familiar, laboral y de los servicios de salud) si no, manteniendo la experiencia de las mujeres conservando la fidelidad de los relatos, sin desarticularlos.

Los resultados se exponen en ocasiones con citas textuales, y otras en una narración interpretada basada en sus relatos, cuidando ser lo más apegadas al texto y rescatando los elementos centrales y útiles para las búsquedas de esta tesis.

10.1.1. La experiencia de Fresia

Cuando supo que estaba embarazada en el año 2015, Fresia de 23 años, vivía sola en un departamento de propiedad de su padre y madre, en la alcaldía Miguel Hidalgo, también es hija única. Inicialmente, con su pareja no convivían, pero luego de dos meses de embarazo, se fueron a vivir juntos al departamento de Fresia. En el hogar existía una distribución de tareas equitativa, ambos colaboraban en los quehaceres, y ambos trabajaban. En ese momento ella realizaba trabajo asalariado en una empresa privada y tiene acceso al IMSS, y es en uno de sus hospitales donde atiende su parto.

Su núcleo familiar más cercano, previo al evento de muerte fetal, estaba constituido por su madre y padre quienes vivían en un municipio cercano, Naucalpan, en Estado de México. Su madre estudió una carrera profesional y trabaja en PEMEX, su padre tiene el oficio de Mesero.

A pesar de que el embarazo de Fresia no fue planificado, causó mucha alegría en la familia, considerando que ellos son bastante conservadores.

Por otro lado, su pareja no tenía en sus planes ser padre, a pesar de esto el aceptó bien el embarazo.

Fresia comienza hablándonos sobre lo que ocurrió en el espacio laboral. Cuando ocurre la muerte de su hija, el shock emocional la lleva a renunciar a su trabajo, a

pesar de una excelente perspectiva laboral debido a su compromiso con la institución. Ella utilizó la incapacidad, la que finalizó cuando ella perdió a su bebé, pero ella logró negociar con su empleador para poder tomarse los 42 días que le correspondían por ley. Ella menciona que:

"también sentía como ese compromiso de estar bien, de ser (...) la misma empleada que era antes, y sabía que no iba a tener el mismo desempeño, entonces pedí mi renuncia".

Su familia cercana la ayudaba algunas veces a la semana con la preparación de alimentos. Su abuela, por ejemplo, colabora con curaciones, ella es enfermera y cree en la medicina alternativa.

Frente al evento de muerte fetal Fresia utiliza esta frase:

"una tía en especial, que había pasado por un proceso igual al mío, me mandó a tanatología para que yo empezara con este proceso y no se me hiciera tan complicado".

El proceso de atención médica en el IMSS ella lo define como impersonal. Una vez que le dicen que el bebé está muerto, la ubican en la sala contigua al lugar donde estaban las mujeres que habían parido, y escuchaba a los bebés llorando. Sin embargo, rápidamente la pasan a una sala especial, donde estaba junto con otra mujer que también había sufrido la muerte de su bebé.

Su madre recoge el cuerpo del bebé, por lo que la apoya en el proceso administrativo.

Luego de la muerte, su familia materna, la que no había estado de acuerdo con un embarazo fuera del matrimonio, se aleja después del pésame, mientras que su madre se mantiene cerca y la ayuda en los quehaceres. La familia paterna tenía otras dinámicas, estuvieron presentes, pero ella no los describe como apapachadores, pero sí preocupados por sus necesidades materiales. Un elemento que nos parece importante es que Fresia menciona que su padre no cree en la psicología.

En términos de estudios, ella es Licenciada en relaciones comerciales y profesora de natación y su pareja es profesor de natación.

Fresia tenía, antes de la muerte fetal una agenda activa en términos laborales. Luego de la muerte de su bebé su familia la presiona para volver a trabajar, y a esto también se suma la necesidad económica, por lo que decide regresar al trabajo como profesora de natación en un horario más cómodo (lunes a viernes de 7:00am a 16:00pm, y sábados de 8:00am a 13:00pm), y con niños. Cabe mencionar que este trabajo se lo consigue su pareja, en la misma alberca en la que él trabajaba.

El proceso psicoterapéutico, en el servicio privado la ayuda a tomar conciencia que muchas de sus actividades las realizó solo por cumplir, sin una real conciencia de lo que ella quería o buscaba. Este proceso se pausa, debido a un nuevo trabajo, esto se repite nuevamente algunos años después. Hay varias interrupciones durante el proceso, pero finalmente le dan el alta.

Su pareja no enfrenta el duelo con las mismas estrategias que ella y comienza un proceso de alejamiento/distanciamiento emocional entre ambos. Él comienza a vivir su soltería y ella se enfrasca en su sufrimiento y en el duelo por un proyecto de familia y de maternidad que se vio truncado.

Tiempo después ella ingresa a estudiar psicología, algo que ella lo ve como irónico. Inicialmente quería especializarse en neuromarketing, pero deriva, quizás por sus propias experiencias de vida, a la psicología clínica.

Fresia percibe que hubo negligencia en la atención, y a causa de esto su bebé murió. Va a buscar una segunda opinión acerca de la muerte de su bebé con un médico particular, quien le pide su expediente médico, cuando acude al IMSS a solicitar su expediente, sufre de violencia por parte del personal, en sus palabras:

“lo fui a pedir como a los 15 días (...), estaba (...) en pleno dolor, y les dije perdí a mi bebé, y quiero el expediente, y como con tono burlón de... lo perdiste ¿pues en donde se quedó (...)? o sea como haciéndome hincapié que no era pérdida, era muerte, qué bueno se murió, pero pues yo en ese momento no lo podía decir.”

Se lo entregan, pero viene incompleto, y tiene que volver a solicitarlo. Inicia la consulta con un psiquiatra, quien la deriva a un tratamiento psicológico, sin embargo, se le termina el Seguro Social y por eso no pudo comenzar el proceso,

debido a eso ella decide migrar al sistema privado. Pudo costear el tratamiento psicológico en una institución privada con el dinero obtenido por la liquidación de su trabajo anterior.

En su familia y en su red cercana comienza un proceso de aislamiento, en parte porque las personas no comprenden el proceso por el que ella pasa. Fresia tenía sentimientos encontrados, por un lado, quería que la apoyaran, pero por el otro quería estar sola. Hubo un alejamiento de familiares, por ejemplo, cortó relaciones de forma permanente con el lado materno. Con el lado paterno mantuvo algunos lazos, debido a que una tía de ese lado de la familia sufrió una muerte fetal.

Su relación de pareja termina a los dos años de la muerte de su hija. Luego de esto, ella realiza un viaje al extranjero, y sus padres se quedan en el departamento, cuidando a su perro. Su papá y mamá se van a vivir con ella una vez que ella regresa del viaje, uno de los motivos es que su madre se cambió de trabajo y le queda más cerca. Ahí ellos se dividen las tareas del hogar de forma equitativa.

Sobre la maternidad, esto aparece como algo muy importante y Fresia lo resume en la siguiente frase:

"para mí la maternidad es lo más importante, y creo que es lo que me falta para sentirme realizada otra vez, ya he hecho como otras cosas, y he resignificado otros temas, pero la maternidad ahí sigue... sigue siendo como lo más importante, que tiene que tener Fresia".

Ella ha resignificado el concepto de maternidad tradicional, no siente que sea necesario tener una pareja para ser madre, y ella explicita que esto no le duele.

Su subjetividad al rededor del campo laboral también se ha resignificado. Tomó conciencia de que había trabajado solo por un sueldo, y no para lograr su satisfacción. Ahora tiene planes a futuro, quiere ser maestra y quiere ser psicóloga, ese es su sueño.

Elementos más importantes del relato de Fresia

El caso de Fresia presenta varios elementos importantes.

Es una mujer joven, profesional, con un buen nivel socioeconómico y segunda generación universitaria. La relación con sus padres era bastante estrecha antes de la muerte de su bebé, y una vez que ocurre el evento ellos se despliegan como una red de apoyo muy importante, la que se mantiene hasta el día de hoy.

En el campo laboral se muestra como una trabajadora muy comprometida, y hace carne el mandato de productividad y compromiso institucional. El cumplimiento a este mandato la lleva a renunciar en beneficio de la empresa, la que se podría ver perjudicada por su estado emocional y el bajo desempeño que podría tener. Además, realiza una reflexión importante relacionada con la importancia de hacer lox que le gusta, toma conciencia que trabajó mucho tiempo solo por un sueldo, sin pensar en su propio desarrollo.

Su experiencia hospitalaria la describe como impersonal. La percepción de que la muerte de su bebé se debió a una negligencia médica está presente, y despliega una red de colaboración para indagar esta posibilidad, sin embargo, no avanza en el proceso.

La maternidad es muy importante para Fresia, es un elemento que la define, sin embargo, hay una resignificación del concepto, lo que se traduce en una apertura hacia formas disidentes de maternidad, la que puede vivirse sin pareja.

Destaca de forma importante el foco que Fresia realiza sobre el trabajo en su proyecto de vida que emana de la vivencia de la muerte de su bebé, y el compromiso con su propia felicidad. Todo esto podría estar vinculado con sus estudios de psicología y el giro desde el neuromarketing a la psicoterapia.

En términos de la reflexividad (de la Cuesta-Benjumea, 2011) concepto que hace referencia a la toma de conciencia crítica a lo largo de esta conversación puedo mencionar que fue una entrevista donde me sorprendió el nivel de racionalización del evento, lo que es explicable debido a su participación en el grupo de apoyo. Fresia se mostró muy dispuesta a abordar todos los temas con una actitud muy abierta. Hubo momentos emocionalmente complejos, pero ella decidió continuar con el relato, lo que fue impactante para mí, y me lleva a reflexionar sobre la importancia de las redes de apoyo familiar, el desarrollo emocional y personal, así como la capacidad de agencia que es capaz de desplegar Fresia. Todo anterior se

vincula, desde mi punto de vista, con una importante densidad de capital cultural que Fresia ha acumulado durante su vida, lo que se sustenta sobre una densidad importante de capital económico y patrimonial. No puedo dejar de lado la fuerte red familiar que ha sostenido a Fresia durante este proceso, su padre y su madre han jugado roles críticos durante el período de duelo gestacional.

10.1.2. La experiencia de Claudia

Claudia es una mujer que tenía 42 años cuando ocurrió la muerte de Carlitos, su bebé de 34 semanas de gestación el año 2013. Ella estudió comunicación, su marido es diseñador gráfico, su madre estudió hasta primaria luego se dedicó al trabajo doméstico, su padre estudió una carrera técnica. Vivía con su marido (44 años) con quien llevaba ocho años de casados, y residían en la delegación Iztapalapa, ambos trabajaban y la distribución de tareas al interior del hogar era equitativa, y colaborativa, él se encargaba de la cocina y ella de la limpieza. Durante su embarazo se atendió en el ISSSTE.

Claudia buscó el embarazo por siete años, acudió a muchos médicos, y le realizaron varios estudios, a pesar de ello, no obtuvo un diagnóstico que explicara por qué no podía embarazarse. Finalmente llega a atenderse con una doctora especialista en biología reproductiva y con ella se logró el embarazo. La doctora intentó una inseminación artificial, pero no funcionó, entonces, utilizando una cánula “*abrió algo que estaba cerrado*”, relata Claudia. Luego de eso, y asistiendo a otro doctor con quien seguía un tratamiento hormonal o de ovulación, ella consigue embarazarse.

Claudia trabajaba, y actualmente trabaja en una institución relacionada con los derechos humanos de la Ciudad de México, en el momento de inicio del embarazo ella trabajaba en el área de síntesis informativa, y sus horarios eran desde las 4:30 am hasta las 12:30 pm, estos horarios implicaban que ella debía dormirse muy temprano para poder llegar al trabajo a tiempo. Ella se movilizaba en carro, desde Iztapalapa hasta su lugar de trabajo.

Cuando se embarazó, sus compañeros de trabajo más cercanos se alegraron, ya que conocían todo el proceso. Ellos habían organizado un *baby shower*, que se planificó (sin saberlo) para 3 días después de que falleció su bebé. Su jefa directa también fue empática cuando ocurrió la muerte de Carlitos, sin embargo, Claudia percibe que no saben cómo reaccionar frente a una muerte fetal.

Una vez que ocurre la muerte del bebé le realizan una cesárea y le otorgan una incapacidad por un mes y medio. Durante ese tiempo pocos compañeros de trabajo la llamaron, recuerda que una compañera lo hizo, y Claudia le cortó porque no quería hablar con nadie del trabajo. Claudia piensa que les costaba abordar el tema. Para Claudia chocan dos elementos, el que ella no quería hablar con nadie, y la necesidad de percibir preocupación por parte de sus compañeros, en sus palabras:

"...es así complejo Ignacio porque, a la vez no quieres que se acerquen, pero si no se te acercan, también te sientes mal".

Una vez que muere su bebé, y se termina su incapacidad ella no quería volver al trabajo, debido a un sentimiento de culpa, ya que sentía que los había decepcionado, en sus palabras:

"...no (...) quería (...) verlos porque... tenía, (...) como un sentimiento (...) de culpa, (...) como que los había decepcionado... (...) sentía que yo los había decepcionado".

Antes de regresar al trabajo Claudia comienza un proceso terapéutico, el que la ayuda a trabajar sobre el peso del "*¿qué dirán?*", ella percibe que esto la afecta psicológicamente, este proceso fue importante para poder regresar a su trabajo.

Cuando regresa al trabajo, se siente incómoda, se siente señalada y siente que le tienen lástima, también observa que hay gente que la evita. Pocos compañeros/as se acercan a darle el pésame, también hubo desinformación ya que algunos compañeros/as se acercaron a preguntar el sexo del bebé, sin conciencia de que había muerto. Uno de sus jefes fue muy frío y distante con ella. Una de las

situaciones complejas ocurre cuando ella se entera que existía una prestación para cubrir los gastos del funeral de un pariente directo, sin embargo, a ella no se le informó de esta ayuda económica, esto le causa mucho coraje porque “*es como minimizar ese tipo de muerte*”. Otro evento complejo ocurre el 10 de mayo, cuando se celebra el día de la madre, y donde inicialmente y por recomendación de su jefatura directa (mujer) Claudia estaba incluida en esa lista, sin embargo, a causa de la decisión de otra jefatura (hombre), él decide que no se le entregaría el regalo que se le otorga a quienes son madre. Esta situación afecta emocionalmente a Claudia, que vuelve a vivir la invisibilización de este tipo de muertes. Estos eventos la motivan a aprovechar otro espacio, una charla sobre contención emocional que se dictó en horario laboral, para hablar sobre el tema de la muerte fetal y donde se alía con un compañero de trabajo que dos años antes también sufrió la muerte de su bebé, y le cancelaron su licencia de paternidad. En esa instancia ellos exponen todo el malestar que tenían producto de las situaciones que habían sufrido, y ejercen presión para que la institución considere la muerte fetal y/o perinatal dentro de los protocolos de apoyo, lo que tiene un desenlace positivo.

En su vinculación con los servicios de salud Claudia menciona que se atendió de forma particular con un ginecólogo y paralelamente iba a controles en el ISSSTE, este último lo ve como institución que le servirá para obtener su incapacidad. Ella percibió que la atención privada fue empática y respetuosa, mientras que en el ISSSTE Claudia siente que la expusieron mucho, en parte porque su embarazo fue clasificado de alto riesgo, por su edad y por su hipertensión. El hospital al que ella debía asistir a controles estaba muy descuidado, sucio y saturado de gente. También hubo situaciones donde el médico estaba impartiendo clases a estudiantes de medicina, y sin preguntarle a Claudia, él los hacía pasar a revisarla, lo que ella percibía como algo muy incómodo. Además, usaba expresiones como “*es una paciente muy grande*”, “*es embarazo de alto riesgo porque se embarazó a los 42 años*”, Claudia menciona que sentía como que le “*echaba la pedrada*”, expresión que se refiere a que la culpa era de ella.

Al momento de sentir que su bebé no tenía movimientos, llama a su médico particular, y le comenta esta situación, él la envía a realizar un ultrasonido con un médico con el que usualmente Claudia acudía a realizarse este tipo de exámenes, ella lo contacta y fijan la hora de consulta. Ahí el médico que aplica el ultrasonido le informa que no habían latidos, y le solicita que adopte distintas posiciones con la intención de encontrar los signos vitales, sin embargo, no los encontró, y él dice *“lo siento mucho, no hay señales de latidos”*, en ese momento su esposo interviene preguntando si no se puede hacer nada, a lo que el médico replica que no hay nada que hacer. En ese momento Claudia menciona que entra en shock, ya que no lloró, mientras que su esposo si comenzó a llorar y ella le dice *“no llores”*, y le pregunta al doctor ¿qué hay que hacer? Entonces el doctor contacta a su médico, y se aleja para conversar en privado con él. Su esposo lloraba y ella intentaba tranquilizarlo, diciéndole frases como *“todo va a estar bien”*, *“así son las cosas”*, ella menciona que su cerebro bloqueó el evento. Luego es derivada al hospital donde el médico iba a decidir si se realizaría una cesárea o no, Claudia dice que hoy en día esto la impacta, ya que fue una decisión que el médico tomó, no ella, pero en ese momento esto le pareció normal.

Una vez que ingresa al hospital su esposo la acompañó en todo momento. Finalmente, el médico le dice *“te voy a hacer una cesárea”*, a pesar de los deseos de Claudia por tener un parto normal, esto debido a que ella ya había tenido una cirugía en la matriz, y fue un proceso muy doloroso y traumático que ella quería evitar, sin embargo, esta petición no fue atendida. El proceso de la cesárea fue muy rápido, nadie del personal médico decía nada sobre la muerte de su bebé, como si hubiera sido algo normal. Cuando ella estaba volviendo de la anestesia recuerda un diálogo entre las enfermeras relacionado con el tipo de hilo que usarían para cerrar la herida, a lo que alguien dice que ella es de *“seguro”*, es decir que el seguro pagaría. Ella recuerda con mucho afecto a un muchacho, a quien no identifica, y que le dijo *“no te contengas, si tienes ganas de llorar, llora”*, es el único del personal médico que le dijo algo. Su ginecólogo le informa que el cordón umbilical se había torcido en la rodilla y que había dejado de recibir fluidos sanguíneos, y eso causó que su corazón se detuviera. El médico dice frases que

la marcaron como *“pero no nos quedemos así, hay que intentarlo de nuevo”*, lo que en ese momento la tranquilizó. Estuvo dos días internada en el hospital luego de la cesárea.

Su marido, por recomendación de la hermana de Claudia, le preguntó si quería conocer a su hijo, a lo que ella dijo que sí. Momentos más tarde el médico del hospital le dijo que no se lo mostrarían por que se podría *“poner mal”*, es entonces que su marido interviene y le dice:

“...pues no le estoy preguntando, le estoy diciendo que mi esposa quiere ver a su hijo... a nuestro hijo...”

A los 15 minutos llegó una enfermera con el cuerpo de Carlitos, envuelto en unas telas quirúrgicas azules. Claudia, a causa de la cesárea no pudo cargarlo, pero menciona, *“tenía rizos, tenía mucho cabello, no tenía un aspecto de sufrimiento, pues yo lo vi muy bonito”*. Su hermana lo persignó, y se lo llevaron. A causa del postoperatorio Claudia no pudo participar de la organización del funeral, y tampoco pudo, en ese momento, involucrarse debido al impacto emocional por el que estaba comenzando a transitar. Tiempo después ella le pide a su marido que le cuente los detalles del funeral, la ropa que le pusieron, los zapatitos y el rosario que usaron.

Durante la salida del hospital ella menciona una serie de elementos importantes, el primero es que le dan el alta sin información sobre el diagnóstico médico de su bebé, le dieron analgésicos y antibióticos para la herida, no le dieron instrucciones sobre el manejo de la lactancia, no la derivaron a un psicólogo o tanatólogo, ella menciona: *“...yo salí en blanco, yo sentía que era la única a la que le había pasado esto... la sensación era tristeza, de mucha, mucha, mucha culpa”*.

Dos meses después de la muerte de Carlitos ella, por iniciativa propia, comienza a enfrentar el duelo, esto ocurre producto de un profundo sentimiento de pena, al punto que dice *“yo ya no quería seguir viviendo”*, y es entonces que ella decide comenzar con un proceso terapéutico. La familia no siempre es un espacio de

protección y cuidado, ella menciona que se le dijeron frases como “*embarázate rápido y ya...se te va a pasar*”.

Su madre realizó trabajos de cuidados post operatorios, incluso Claudia relata que estaba con ella al momento que comenzó a producir leche, y esto le causó una conmoción importante y mucha confusión, ella dice “*es terrible que te sale leche y no tener a tu bebé*”. Su madre también impactada le recomienda que contacten al ginecólogo, luego de programar la consulta él le receta pastillas para cortar la lactancia, no le dio otro tipo de información.

Claudia relata que en su familia no son muy emocionales, su madre no es una mujer que acostumbre a llorar, al igual que su padre, las muestras de cariño en la familia son abrazos y palmaditas en la espalda, pero no son de decir cosas. También menciona que ella intentaba mostrarse fuerte y no llorar frente a ellos. El rol de su padre fue de acompañamiento, pero desde la distancia emocional. Claudia menciona que su familia tiene dificultades para hacer frente a la situación, ellos son en general distantes en términos emocionales, y les cuesta expresar el cariño. Sus hermanas lloraron en el hospital, su madre y padre no. A pesar de que Claudia siente que sí les dolió mucho, sus hermanos no le dijeron nada, sin embargo, ella lo deduce en base al lenguaje corporal y a los silencios. Los momentos que ella tenía para llorar se reducían a las noches, durante el día ella dormía. Emerge en Claudia la percepción de que evitaban hablar de su hijo, y le duele que no lo llamen por su nombre, sin embargo, ella es comprensiva, y lo asocia al dolor que sienten. Su madre es quien le expresa que cuando esté mejor, asista al ginecólogo para ver si se podría embarazar de nuevo.

La dinámica emocional con su marido tuvo varios hitos, el primero que Claudia relata fue cuando les dan la noticia de la muerte de su hijo y él llora, Claudia le dice que no llore. Posteriormente él la apoya en sus momentos de crisis, el primero fue cuando le retiraron los puntos de la cesárea, y el segundo momento crítico fue cuando fueron al panteón a visitar la tumba de su hijo. Él no contaba con herramientas para ayudarla, y le expresaba su preocupación por la situación. Ella se da cuenta que al principio el lloraba, pero con el tiempo dejó de llorar, ella

lo atribuye a esta cultura, que les impide a los hombres ser sensibles y llorar, y donde el objetivo de esto sería no afectar a sus parejas mujeres.

Finalmente, Claudia menciona que la maternidad es un tema que ha dejado de ser importante para ella, en un momento de su vida si fue muy importante, producto de la visión tradicional de familia, y ella se considera una madre de brazos vacíos. Ella no logró volver a embarazarse, y ahora concibe otras formas de vida en las que la maternidad no es algo tan importante. Ella destaca la presión de la sociedad, y la importancia de buscar otros espacios donde la mujer puede desempeñarse sin la necesidad de ser madre.

Elementos más importantes del relato de Claudia

Claudia es una mujer profesional y casada, su marido también es profesional y viven en el municipio de Iztapalapa. Ella es primera generación universitaria, su padre estudió una carrera técnica.

Su trabajo es demandante en términos de horario y emocionalmente, pues trabaja en un organismo relacionado con los Derechos Humanos. Previo al evento de muerte de su hijo ella lo percibía como un espacio muy agradable, sin embargo, luego de la muerte comienza a sentirse excluida y se dan situaciones que la hacen sentir muy incómoda. Emergen en ella sentimientos de culpa.

El espacio médico Claudia lo describe como vulnerador, los médicos dicen frases que la hacen sentir mal.

Su familia no cuenta herramientas psicológicas para apoyarla, ella los describe como distantes emocionalmente, a pesar de que sí les dolió mucho la muerte de su hijo. Su madre y su marido son su red de apoyo más cercana, su madre realizando trabajo de cuidados postoperatorios y su marido apoyándola en las crisis emocionales. El apoyo psicológico lo obtiene de profesionales.

Desde el punto de vista de la reflexividad puedo mencionar una serie de elementos que ocurrieron durante la entrevista. La primera es que sorprendió lo profundo y detallado del relato de Claudia, ella es una de las fundadoras del grupo de apoyo a mujeres que sufrieron de una muerte gestacional MISS-ECA. La

continuidad y la estructura que desplegó para abordar los espacios que le propuse revela un alto nivel de racionalización del evento, el que puede ser explicado debido a su participación en el grupo.

Un segundo elemento importante tiene relación con el lenguaje técnico que Claudia ha desarrollado, maneja conceptos relacionados con el campo médico y social que son específicos y enriquecen su relato.

Un tercer elemento que me sorprendió es la carga emocional que produce revivir este evento. Hubo momentos de quiebre muy importantes, sin embargo, ella decide continuar y se sorprende a ella misma de la intensidad de las emociones.

Un último elemento importante es la capacidad de agencia que despliega Claudia, sobre todo en su espacio laboral, asociándose con otro compañero que también había sufrido la muerte de su bebé, y ejerciendo presión para que se creen protocolos que consideren estos eventos y visibilizándolo para que nadie más vuelva a sufrir lo que ella y su compañero sufrieron.

Personalmente, y continuando con la reflexividad, el relato de Claudia fue muy importante e impactante, me sorprendió la capacidad de sobreponerse a las emociones y continuar el relato. Ella se veía afectada, pero continuaba, en ese momento no logré comprender el compromiso que ella sentía con la necesidad de compartir estos eventos, su compromiso no solo es con la necesidad de concientizar a la sociedad acerca de estos eventos, también es con las mujeres y con la importancia de desplegar una agenda política alrededor de la muerte fetal. Todos estos elementos me ayudaron a comprender las motivaciones que existen detrás del relato de Claudia.

Debo agregar que el nombre de su bebé también fue modificado con la intención de cuidar su identidad.

10.1.3. La experiencia de Alma

Alma tenía 26 años cuando sufrió la muerte de su bebé durante la gestación, vivía y vive en la delegación Iztapalapa, no realizaba trabajo asalariado, ella se dedicaba al trabajo doméstico no remunerado, como cocinar, y llevar a su hijo al

colegio, ella mantenía una relación cercana con su madre y pasaba mucho tiempo con ella, porque la escuela de su hijo quedaba cerca. Su marido trabajaba en una pipa de gas. Atendió su embarazo en el sistema de salud privado. Desde que se casó dejó de vivir con su padre y madre. Ella tiene un hijo concebido antes de su matrimonio que en ese entonces tenía 10 años. Su hija fallecida se llama Celeste y tenía 22 semanas de gestación.

Ella buscó durante cinco años quedar embarazada, por lo que la noticia fue muy bien recibida por toda la familia, y comienzan a comprar algunas cosas más bien simbólicas, cosas que la hicieran sentir que ella (Celeste) ya estaba ahí, a pesar de que faltaban muchos meses por delante.

Alma logra su embarazo luego de iniciar un tratamiento médico conducido por su ginecóloga. Al momento de presentar un atraso en su menstruación, ella contacta a la doctora, y comienza el proceso de atención prenatal.

La maternidad era un elemento importante para Alma, ella quería que su *“hijo tuviera ese compañerito, ver a mis dos bebés”*.

Su familia está compuesta por dos hermanos, su papá, su mamá, su esposo, su hijo, una de sus abuelas y ella, ese es el círculo más cercano.

Ella asiste un sábado a realizarse un ultrasonido, en ese momento se le informa que es una niña, la doctora le dijo que todo estaba bien, y al día siguiente fueron a comprar una carriola, y algunas cosas de ropa. El lunes ella comienza con sangrado, por lo que se pone en contacto con su doctora, quien toma la decisión de internarla, una vez que le realizan una serie de estudios, le informan que todo está bien, y el martes le dan el alta. Alma recuerda que la doctora le dijo que lo mismo que ellos podían hacer en la clínica, ella podía hacerlo en su casa, que era básicamente reposo absoluto. El sangrado continuó durante toda la semana, no asistió a otro control, y Alma se recrimina a sí misma el no haber pedido una segunda opinión durante ese tiempo. El viernes de esa semana comenzó con contracciones, por lo que asiste a consulta con su doctora, la que la tranquiliza y le dice que todo está bien con ella y con la bebé, y que continuara con el reposo, Alma menciona que seguía con sangrado. La doctora le receta un medicamento para reducir las contracciones. La noche del viernes tuvo fuertes dolores de

estómago, y en un intento por vomitar se rompe su fuente, su marido y su madre contactan a la doctora, ella les dice que se reúnan en la clínica, ellos llegan, sin embargo, la doctora no estaba ahí, Alma menciona:

“no sabían que hacer conmigo, me tenían parada afuera, antes del elevador para subirme... La doctora tardó en llegar a la clínica, y cuando llegó (...) ya me dijo que mi bebé era muy pequeña y que el parto ya era inevitable... y que por el tiempo que tenía de gestación, no iba a sobrevivir...”

Tiempo después de que el evento ocurriera, Alma asiste con el médico que atendió su primer embarazo, quien le comenta que, si había una infección, se le deberían haber recetado antibióticos fuertes, ya que en el acta de defunción dice que falleció producto de una bacteria. Esta situación hace percibir a Alma que hubo negligencia por parte de su doctora.

La mantienen internada desde las 9 de la noche hasta las 11, y su bebé aún tenía signos vitales, Alma le pide que le realice una cesárea, a lo que la doctora se niega por que su hija no iba a sobrevivir, y si se realizaba una cesárea ella iba a perder una opción de tener otro bebé, ya que una mujer solo se puede realizar tres cesáreas. Su esposo interviene y le dice a la doctora que ese no era su problema, y que querían la cesárea, a lo que la doctora replica, que si la bebé nace con vida ellos no contaban en la clínica, con los implementos necesarios para atenderla. En ese momento deciden irse a un hospital del IMSS, donde ella creía que tendrían los implementos necesarios en caso de que su bebé naciera viva, sin embargo, cuando llegan al hospital le informan que ya no hay latidos.

Tiempo después del evento, Alma sentía que no podía cerrar el proceso sin hablar con la doctora, por lo que la enfrentó y le recriminó su responsabilidad en la muerte de su bebé, Alma sentía agradecimiento con ella por su rol en el proceso de quedar embarazada, sin embargo, cuando sufre la muerte de su bebé, ella responsabiliza a la doctora. Alma recuerda que cuando se reunieron, le pidió explicaciones por las decisiones que se tomaron, frente a este cuestionamiento la doctora le responde que había riesgo que le pasara algo a ella si realizaba la cesárea.

El ingreso al hospital del IMSS fue, en palabras de Alma:

“ahí fue donde empezó mi calvario, porque desde que yo llegue el doctor me miró mal, incluso por el hecho de traer un suero de clínica particular. Ni siquiera se volteó a verme y me preguntó ¿qué te pasó? Yo le dije y me respondió “ha no, ya se va a morir si no es que ya se murió”. En ese momento mi esposo empezó a discutir con el doctor, y le dijo que se evitara sus comentarios y que mejor me revisara y entonces a él lo sacaron”

Alma menciona que cuando sacan a su marido de la habitación donde estaban, ella recibió malos tratos, estaba con mucho dolor y no le prestaron ayuda. La dejaron en una camilla desde las 11 de la noche hasta las 4:30 de la mañana, hora en que su hija nació. Una muchacha, que Alma no identifica como enfermera, le decía al personal médico que por humanidad la ayudaran, ya que tenía mucho dolor. Una vez que ingresa a pabellón le realizan un legrado, y ella en las pantallas podía ver lo que estaban haciendo, además le decía al médico que sentía dolor, y el médico seguía con el procedimiento, en un momento relata Alma, le pusieron suero y ella se quedó dormida, sin embargo, momento después la despiertan para que se cambie a la camilla, porque no había camilleros. Una vez que sale del quirófano es ingresada a la sala de maternidad, donde se encontraban mujeres, con sus bebés amamantando.

Alma relata que toda su familia se puso muy mal, la muerte ocurrió el sábado en la noche, les entregan el cuerpo el domingo en la mañana, la velaron todo el domingo, toda la noche, y el lunes le dan el alta a Alma, y acuden al bautizo de la bebé y luego acuden al panteón, toda su familia la acompaña. Ella menciona que todos, con excepción de su madre, le decían que sanara rápido y sintió presión para que avanzara con su vida. Su marido la quería ver bien, y Alma relata que se sentía sola y nada más sentía el apoyo de su madre.

Alma toma conciencia de la importancia de sanar y decide tomarse su tiempo, y deja de aparentar que estaba bien. Recuerda con emoción que su hijo de 10 años le dijo *“tienes que aprender a recordarla con sonrisas en vez de con lágrimas”*. Inicia el proceso terapéutico con un psicólogo que le quedaba cerca de casa, luego cambia a una tanatóloga que era parte de una asociación civil, finalmente llega a MISS-ECA y es ahí donde se siente cómoda y acompañada, para ella fue

importante escuchar a otras personas que habían pasado por situaciones similares y que lograron salir adelante.

Su percepción en relación con la forma en que su marido vivió el proceso de muerte de su hija es que él no vivió el duelo “*se preocupó por ser fuerte para mí*” dice Alma. El lloró en dos momentos, el día que muere su hija y el día que la entierran. Por otro lado, su suegra tuvo comentarios que la hicieron sentir mal como “*que no servía para tener hijos*”.

Alma tiene la creencia, producto de su propia experiencia, que para la sociedad son bebés que no importan, deja de hablarse de ellos, y se piensa que nunca existieron, y comenta, “*siempre que me preguntan ¿cuántos hijos tienes? Respondo, tengo dos*”.

Elementos más importantes del relato de Alma

Alma es una mujer joven, que realiza trabajo doméstico no remunerado y vive en Iztapalapa.

Su red de apoyo familiar nuclear es limitada, considera a sus hermanos, padre, madre, esposo, y una de sus abuelas. Ellos frente a la muerte de su bebé respondieron muy bien, sin embargo, su madre fue quien jugó un rol clave durante el proceso de muerte de su bebé. El espacio familiar extenso se muestra ambivalente en este caso, sobre todo cuando observamos el núcleo más cercano y lo comparamos con el más lejano, donde ciertas personas mencionan frases que resultaron hirientes.

Alma tiene una visión tradicional de familia, es por eso por lo que ella inicia un recorrido médico para poder tener un segundo bebé, ya que quería un compañerito para su primer hijo.

El proceso médico privado y en el IMSS fue terrible para Alma, marcado por discriminación en el IMSS debido a que venía de una institución privada, y también marcado por ignorar sus preocupaciones, síntomas y dolores.

Durante el proceso médico destacan varios elementos.

El primero fue el cambio desde una institución privada no preparada para recibir a una bebé prematura, a una institución del IMSS en la que se le discriminó y vulneró. El segundo elemento relevante es la capacidad de agencia de Alma, desplegada frente a la necesidad de obtener explicaciones acerca de la muerte de su bebé, ella enfrenta a la doctora que la atendió y obtiene respuestas. Finalmente destacamos la red de apoyo familiar que la sostiene durante el proceso funerario. Desde nuestra reflexividad podemos mencionar que el relato de Alma destaca por la fluidez, lo que revela un alto nivel de racionalización del evento, probablemente influido por su participación en grupos de apoyo y por la estructura flexible de las entrevistas. Además, percibí una muy buena disposición de Alma para abordar todos los temas que le propuse, y aunque hubo momentos emocionalmente complejos, mi silencio le permitió avanzar en su relato sin perder la emoción de los momentos, simplemente avanzar y fluir en sus emociones.

10.1.4. La experiencia de Erika

Al momento de quedar embarazada, el año 2013, Erika (25 años) vivía solo con su padre y madre en la delegación de Iztacalco, tiene un hermano mayor que no vivía con ellos en ese momento. Ella estudio licenciatura en Administración de empresas y estaba trabajando en una empresa privada. Su bebé se llama Clara y fallece a las 33 semanas de gestación. Su atención prenatal y parto lo realizó en el IMSS.

En ese momento, los tres integrantes del hogar trabajaban, su papá y mamá tienen un negocio familiar relacionado con el transporte de carga, y existía una distribución equitativa de las tareas en el hogar. El trabajo que Erika desempeñaba era de oficina y tenía una jornada cómoda desde las 8:00 de la mañana hasta las 15:00 horas.

Menciona que la visión de su familia es conservadora donde el matrimonio es importante, sin embargo, el hecho de haber terminado su carrera universitaria y tener solidez económica jugó a su favor al momento de informales de su embarazo, por otro lado, su padre siempre les comentaba que quería tener nietos,

Erika asume que debido a estos elementos la noticia fue bien recibida y alegró a toda la familia.

Su pareja en ese momento reaccionó bien a la noticia, sin embargo, comenta Erika que durante el embarazo las cosas fueron complicándose. Él estaba aún en la universidad cuando se enteró del embarazo, y en términos económicos él no contaba con recursos para que vivieran juntos, tampoco para sustentar los gastos económicos de las atenciones médicas, a pesar de que se le presentaban trabajos esporádicos, Erika menciona que no había una igualdad en los recursos que se gastaban. Sus casas quedaban más o menos lejos y esto complicaba las cosas, además sus rutinas eran muy distintas.

En su espacio de trabajo se sorprendieron con su embarazo, sin embargo, al ser un espacio donde la mayoría eran mujeres y hombres mayores, reaccionaron con alegría y ella se sintió muy cómoda. La relación con su jefatura directa era muy buena en lo técnico y en lo humano. Erika menciona que cuando se enteraron de su embarazo comenzaron a preocuparse más por ella, si se sentía bien o si estaba cómoda.

Su vinculación con los servicios de salud tiene varios momentos, el primero que comenta es que venía atendiéndose en el IMSS debido a un problema que presentaba en su antebrazo, es por eso por lo que cuando se enteró de su embarazo, por comodidad decide atenderse en esta institución, a pesar de que su experiencia en el IMSS no era buena y que la atención no era agradable. Al momento de informar que estaba embarazada le realizan una prueba de embarazo, y una serie de pruebas rápidas. De forma paralela asistió a un médico privado, el objetivo era que le recetaran algunas vitaminas, y realizar un ultrasonido. La asistencia al IMSS tenía un objetivo instrumental, poder acceder a la incapacidad.

Erika menciona que: *“fue terrible la muerte de mi hija, para todos”*. En un momento percibe que los movimientos de su bebé son distintos, esto ocurrió un sábado, día que ella destinaba a realizar quehaceres de la casa, le comenta a su mamá la situación, y Erika comienza a hacer lo que le sugiere, acostarse de lado, que

comiera chocolate, que hiciera reposo, pero sigue sintiendo que algo no estaba bien.

Acude al médico particular, ahí se le realiza una prueba de ultrasonido y un Doppler para revisar los latidos, los resultados son buenos y la explicación que le dan es que la bebé podría estar sentada, y que por eso la percibe distinta. El domingo y lunes ella seguía sintiendo algo extraño en los movimientos de su bebé, el martes ella tenía control en el IMSS donde se le realiza un ultrasonido de rutina, Erika le comenta al doctor que sentía que algo no iba bien con los movimientos de su bebé, a lo que él le responde que todo estaba bien, y que la bebé está perfecta. Una vez que termina el examen ella es derivada a su médica general, quien, atendiendo a las inquietudes de Erika, la deriva a un ginecólogo. Ella se traslada a la clínica de especialidad que le corresponde y debe esperar desde las 11 de la mañana hasta las 7 de la tarde, y donde se supone que ingresa como urgencia. Dentro de la clínica le realizan otro ultrasonido, y le vuelven a decir que todo está normal con el bebé, y la derivan a urgencias, es ahí donde se le realiza una prueba de cinturones para observar los movimientos de la bebé, donde efectivamente se ve que no hay movimientos fetales normales, a pesar de que el ultrasonido estaba bien. Es entonces que la doctora le dice a Erika que se debe quedar en la clínica. Esta decisión impacta fuertemente en ella, y le produce mucha ansiedad y miedo. Durante la mañana siguiente se le realiza nuevamente la prueba de cinturones, y nuevamente se observa que no hay movimiento fetal, es por eso por lo que se decide que es necesaria una cesárea, Erika les preguntaba ¿por qué me van a hacer una cesárea? A lo que ellos respondían que hay algo que no está bien, pero no sabemos que es, a lo que Erika seguía pidiendo explicaciones, su percepción es que ellos no le explicaban porque creían que no entendería los motivos de la decisión.

La preparan para una cesárea de urgencia, y en ese momento se realiza un cambio de turno, y es entonces que Erika piensa en moverse a una clínica privada, para pedir una segunda opinión, sin embargo, la percepción de que estaba frente a una urgencia la hace desistir de cambiar de clínica, por otro lado, también menciona que tenía buenas referencias de ese hospital. Cuando ocurre el

cambio de turno, el nuevo médico que la atiende le dice que no se hará cesárea, y que lo mejor es que continúe el embarazo las semanas que quedan, pero se debería quedar hospitalizada, porque no sabían lo que estaba ocurriendo. Es entonces que la llevan a la sala de tococirugía, y es ahí donde Erika relata que sintió un fuerte jalón dentro de su panza, y es en ese momento en el que ella cree que su hija murió. En el siguiente control de rutina ya no encontraron pulso, frente a lo que Erika les pide una explicación y les pregunta si su hija está viva o está muerta, a lo que le responden que debían confirmarlo, entonces se acerca el médico encargado del turno, y el realiza un nuevo ultrasonido, y Erika relata lo que le dijo el médico jefe del turno:

“lo siento mucho, no hay latido, no sabemos qué pasó no sé si tu hija tenía una cardiopatía, tu bebé parece ser una bebé sana, no sé qué pasó, de verdad no sé, te pido una disculpa”

En ese momento, ella pide hablar con su mamá, a lo que él accede y su mamá entra a la sala, en ese momento Erika le dice *“Clara está muerta, no sé qué pasó, no saben qué pasó, márcale al papá de Clara y dile lo que está pasando”* su mamá le responde *“márcale tú”*, entonces Erika le informa que Clara falleció. Durante la noche ella ingresa a pabellón para realizarle una cesárea.

La percepción de Erika en relación con la atención médica recibida en el IMSS la explica en sus palabras:

“espantosa, horrible, fue una tortura para mí, haber estado en el IMSS fue una tortura completamente (...), no podría llamarla de otra manera, si existen las malas prácticas en los hospitales yo lo vi reflejado ahí completamente, cada hora y cada momento que estuve en ese hospital”.

Una vez que ocurre la muerte de su bebé, y considerando que estaba en las últimas etapas de la gestación le otorgan 42 días de incapacidad, ella agrega que legalmente son 84 días, 42 destinados a prenatal y 42 a postnatal, sin embargo, a ella solo le otorgaron 42. Erika había decidido, antes de la muerte de Clara, tomarse un año para estar con ella y para esto ella renunciaría, además ella ya estaba entrenando a una persona para quedarse en su puesto de trabajo. Una vez

que ocurre la muerte de Clara su jefe le ofrece quedarse en su puesto de trabajo, a lo que Erika responde:

“yo le dije que no, yo necesitaba sanar, y necesitaba alejarme como de todo ese lugar donde yo estuve gestándola (...) y donde tenía (...) los recuerdos con ella, que prefería tomarme ese año que yo ya había decidido tomarme... insistió mucho (...) que me quedara, pero yo no quise hacerlo”

Erika se sintió muy apoyada por toda su familia luego de la muerte de Clara, también por su pareja, fueron muy cercanos y empáticos y respetuosos con su sufrimiento, no realizaron comentarios que la hicieron sentir mal. Ella no pudo estar en el proceso funerario de Clara, y su familia le consultó todas las decisiones que se tomaron.

Ella menciona que el rol de su padre fue importante, ya que él recogió el cuerpo de Clara en el área de refrigeradores y *“esto le rompió el corazón”*, por un lado, que la entrega fuera en un área tan poco preparada para este proceso, y el hecho de recibir el cuerpo de su nieta a la que el ansiaba.

Erika buscaba ayuda emocional, en sus palabras:

“yo lo que quería era que alguien me ayudara, que alguien me ayudara emocionalmente, yo sentía que me iba a volver loca, esa era la sensación que tenía todos los días, que iba a enloquecer, este dolor me estaba rebasando tanto que yo no sabía que hacer”

Ella decide buscar ayuda, sin embargo, en una primera búsqueda no encontró nada. Continuando con su búsqueda encontró un artículo sobre la muerte fetal, y al final venía un correo electrónico al que escribió pidiendo ayuda, de forma simultánea contacta a un grupo de tanatólogas con quienes comienza a atenderse, además ellas la contactan con un grupo de apoyo, esto lo complementa con un terapeuta psicológico. Ella utiliza estas tres instancias las que le requerían un gran esfuerzo físico y psicológico.

Tanto su padre como su pareja adoptaron una actitud proactiva y se enfocaron en la negligencia médica, y en la necesidad de realizar una demanda. Erika estaba sufriendo mucho y no quiso ser parte de este proceso, en parte porque sentía que nada de lo que hicieran le devolvería a su hija y debido a que ella sabía cómo

funcionaba la justicia mexicana. Dos años después del evento ella interpone una demanda. Erika recuerda que una amiga que es partera y enfermera le preguntó por su historia, es entonces que Erika le muestra los informes que ella tenía, dentro de los que destaca la necropsia y el expediente médico. Su amiga los revisa, y le comenta que hubo negligencia médica y el expediente lo dice. En ese momento decide que puede llevar su caso a un ámbito legal, ella busca ayuda de una agrupación quienes le mencionan que por el tiempo que había pasado no es posible hacer una demanda civil, esta agrupación la contacta con un perito quien ratifica que hubo negligencia, entonces Erika contacta a un abogado particular quien le dice que si hubo negligencia y que hay posibilidades de ganar un juicio. Erika se encontró con muchas negativas en el proceso que duró cerca de dos años, donde finalmente pierden el caso contra el IMSS.

Mas o menos un año después de la muerte de Clara, Erika comienza a replantearse su desarrollo profesional, y quiebra con lo que venía haciendo, por lo que decide comenzar a tomar cursos relacionados con la maternidad, ella menciona:

“comencé a tomar cursos de este estilo, pero aun así (...) no lograba concretar nada en específico, hasta después (...) que ya regresé al campo laboral (...) con el negocio de mis papás”

Sus padres le abren una puerta para que ella participe del negocio familiar, realizando algunas actividades administrativas, por otro lado, la intención de ellos era que Erika también se dedicara a otras actividades que le llamaban la atención.

Su círculo de amistades se cerró y se quedó sin amigos, en sus palabras:

“no entendían (...), pensaban que exageraba, que si ni siquiera la había conocido (...) por mucho tiempo (...), como ¿a qué le lloraba? O algo así, y esto a mí me lastimaba enorme, porque hasta el día de hoy sigo amando a mi hija (...). Nunca lograron entender lo que ella es para mí”

Dentro de los grupos de apoyo a los que asistió, Erika logró establecer amistades con personas que habían pasado lo que ella, y esas amistades se han mantenido en el tiempo, y la siguen apoyando y entendiendo.

La percepción de Erika sobre cómo la sociedad ve la muerte fetal es más bien negativa, ella cree que este tipo de muertes se minimizan e invisibilizan, no hay conciencia de las consecuencias que tiene perder un bebé en gestación, tampoco hay información clara para realizar acompañamientos.

En el momento más álgido de la muerte de Clara, Erika decide, debido a algunos quiebres previos, terminar la relación sentimental con el papá de su hija, en lo que ella describe:

“quizás como un arranque mío, de decir no quiero esto ya, la niña ya se murió entonces ya no hay porque (...) estar jaloneándonos de un lado o del otro (...) que cada quien siga el camino por donde quiera ir. Él me dijo que no, que no me iba a dejar sola ahora que la niña estaba muerta, que él sabía cómo era emocionalmente y que iba a necesitar apoyo”

La relación se mantuvo por casi seis años más, y Erika menciona que sí se sintió apoyada, a pesar de que él no asistió a terapia ni a grupos de apoyo. La ruptura no tuvo que ver con la muerte de Clara.

Para ella la maternidad ocupa un lugar muy importante dentro de su vida y es un elemento esencial como mujer, y que es algo que desde siempre ha querido hacer.

Elementos más importantes del relato de Erika

Erika es una profesional joven, que vivía con su padre y madre al momento de quedar embarazada, su pareja vivía lejos de ella.

Su familia es conservadora en relación con el orden en que deben realizarse las cosas (estudios, matrimonio y luego hijas/os), pero la noticia de un bebé fue más importante en comparación a que ella no estuviera casada, por lo que todos se alegraron con la noticia. Su relación de pareja se fue deteriorando durante el embarazo, el motivo principal tenía que ver con las disparidades en las responsabilidades económicas. A esto se suma que él no contaba con los recursos para que ambos iniciaran una vida de pareja.

Durante el proceso de muerte de su hija su familia fue una red de apoyo muy importante, la apoyaron con el funeral y le consultaban las decisiones

El espacio laboral reaccionó muy bien a la noticia, Erika menciona que en su mayoría eran mujeres, por lo que se sintió muy bien recibida. A pesar de esto, una vez que la muerte de su hija ocurre, ella decide renunciar y no regresa a ese espacio. Tiempo después ella comienza a trabajar en la empresa familiar.

El proceso de atención médica prenatal que ella eligió fue mixto, iba a IMSS para obtener la incapacidad, y además asistió a un médico privado.

El proceso hospitalario está marcado por actitudes médicas que minimizan e ignoran las inquietudes de Erika, lo que termina con la muerte de su hija.

Erika despliega una importante capacidad de agencia, apoyada por su madre y su pareja, al momento de decidir iniciar una acción legal en contra de IMSS, y a pesar de que no avanzó es un hito importante.

Con relación a la reflexividad, podemos mencionar que se enfoca en la capacidad de Erika de profundizar de forma importante en el proceso de atención médica, el que estuvo marcado por violencias de distintos tipos, pero a pesar de ser eventos emocionalmente complejos, ella logra hilar de forma consistente sus sentimientos en su relación con los eventos. Para mí como investigador fue importante no controlar la entrevista y observar la habilidad que Erika tenía para saltar de campos sociales en un relato coherente y consistente, lleno de detalles valiosos. Emocionalmente no me fue difícil empatizar con su relato y guiarla de forma sutil por la entrevista. Pero el proceso de transcripción y codificación fue complejo, pues las situaciones de violencia y negligencia por parte del personal de salud fue muy injusto, y no ha sido fácil lidiar para mí, como hombre, con la complejidad emocional que me produjo el relato de Erika.

10.1.5. La experiencia de Ema

Ema tenía 32 años cuando muere su bebé de 40 semanas de gestación, la muerte ocurre durante el parto, el año 2014. Ella vivía en Ciudad de México, en la colonia ex hipódromo, Peralillo, en la Delegación Cuauhtémoc. Su nivel de estudios era de

licenciatura completa, es ingeniera y trabajaba en un laboratorio veterinario, y se atendió en el IMSS.

Al momento de enterarse que estaba embarazada ella vivía con su pareja, los quehaceres eran distribuidos de forma equitativa. Durante el embarazo y debido al trabajo de su pareja que viajaba constantemente, no pasaba mucho tiempo en casa.

En su trabajo tenía muchas responsabilidades, y en un principio su embarazo no fue bien recibido por la gerenta, quien le dijo en palabras de Ema:

“Cómo es posible que me hubiera embarazado, ¿Por qué no lo había planeado mejor?”

En este enfrentamiento ella relata que se sintió molesta, pero no le dijo nada y no quería generar un conflicto. Por otro lado, su jefe fue comprensivo y fue muy considerado con ella. Sus compañeros de trabajo también reaccionaron bien a la noticia. Ella se movilizaba en carro hasta su trabajo.

Ema asiste al IMSS cuando se entera de su embarazo, ahí le realizan una batería de exámenes y acude mensualmente a los controles. De forma paralela ella asiste a consultas con una ginecóloga particular, y ahí se realizaba ultrasonidos, ella comenta que en el IMSS solo le hicieron un ultrasonido a los 6 meses de gestación. Ema intentaba coordinar los controles médicos fuera de su horario laboral, en sus palabras *“se me hacía como irresponsable tomar tiempo del trabajo, y cómo salía temprano, me daba tiempo de ir a mis citas”*.

Ella recuerda que a su primer ultrasonido la acompañó su madre, esto debido a que su pareja estaba de viaje en ese momento. Su madre la acompañó durante el embarazo, y realizó trabajos de cuidado, como preparar comida y otras labores, y durante la cuarentena le preparaba baños de hierbas, la ayudó a fajarse. Por otro lado, su padre se encuentra viviendo en otro país, y ella menciona que probablemente no se enteró de su embarazo. Ema tiene un hermano mayor, pero no participó activamente del proceso.

La incapacidad en el trabajo luego de la muerte de su bebé fue de 42 días, su jefe le ofreció tomarse más días, pero ella sentía que ya no podía quedarse en casa, en sus palabras:

“...entonces yo necesitaba hacer algo, porque no podía seguir ya en la casa, ya no podía seguir en la casa... entonces... sentía que tenía que salir a distraerme, porque si no me iba a volver loca”

El regreso al trabajo fue complicado.

El ingreso al hospital fue un momento crítico y en palabras de Ema: *“desde que me ingresaron al hospital ahí fue, para mí, como que comenzó la pesadilla”*. Cuando ingresa al hospital, ella aún no había roto la fuente y no había dilatado lo suficiente, entonces, el médico toma la decisión de romper la fuente para acelerar el proceso, luego de eso ella a las 6 de la mañana comienza con contracciones, y a las 8 de la noche la ingresan, ese tiempo fue un tormento para ella, menciona que pedía ayuda, pero todos estaban ocupados. Ella veía como otras mamás entraban y en dos horas salían, cuando la revisaban decían que todo estaba bien. Cuando se dieron cuenta que estaba tardando mucho la llevaron a hacer un ultrasonido, pero no prestaban atención, ni vigilaban el examen, Ema estaba con contracciones y se movía mucho, por lo que ese estudio no sirvió de nada. Ella escuchó a dos enfermeras hablar, y una le dijo a la otra *“se me hace que tiene circular, y por eso no baja”*, ella no entendía a qué se referían. Ella recuerda que le decían que estuviera tranquila porque tenía buenas caderas y que ya iba a nacer y que no sería necesaria una cesárea.

A las 6 de la mañana tenía 9 centímetros de dilatación, entonces la llevan a la sala de parto, pero no podía nacer, la niña venía con el cordón umbilical enrollado en su brazo, y no había líquido amniótico por que el médico rompió la fuente, entonces se asfixió y hubo expulsión de meconio, y como hicieron mal el ultrasonido no se dieron cuenta que la niña estaba sufriendo, por esto Ema considera que debieron realizarle una cesárea. Al momento del parto la bebé no nacía, incluso una enfermera se le subió al abdomen para acelerar la expulsión, luego, en sus palabras

“nace mi hija y pues no llora, no se mueve, no nada, la empezaron (...) a reanimar, y (...) pues (...) no... la oía que lloraba, (...) y se la llevaron... y (...) la doctora se quedó conmigo, esperando a que saliera la placenta... pasó como media hora, y regreso una enfermera, y me dijo que lo habían intentado... pero que no lo habían logrado... y yo no entendía que me quería decir con eso, y yo le decía... ¿pero está bien mi hija? Ahí fue cuando me dijo no, tu hija murió”

Ema recuerda que el proceso hospitalario fue muy traumático, incluso recuerda que, frente a sus quejas de dolor, una enfermera le dijo *“para que había abierto las piernas”*. Después de la muerte de su niña, no sabían qué hacer con ella y la tuvieron esperando algún tiempo, y la pasaron a una sala de recuperación. Ema tenía miedo de que la llevaran a la sala de maternidad, pero eso no pasó. Momentos después la doctora a cargo se le acercó, pero Ema estaba muy enojada y no quería que la tocara ni examinara. Acto seguido otra doctora se le acerca para examinarla y Ema le pide que le dé el alta, a lo que ella replica que puede hacerlo, pero bajo su responsabilidad, solo en ese momento dejaron entrar a su pareja, y ambos lloraron. Durante la tarde le dieron el alta y pudo regresar a su casa. Se relatan frases muy fuertes que marcaron a Ema, como por ejemplo *“ya pónganle anestesia a esta señora para que (...) se calle”*, *“ay, como esos hay muchos casos”*.

Una vez que llegan a casa, llegó su mamá, sus tías, y primos, todos estaban conmocionados por la noticia y acuden para cuidarla y acompañarla durante el velorio. Ema estaba sumida en su dolor, en sus palabras

“yo no sabía si estaba soñando, o estaba despierta (...), yo veía a mi hija y sentía que se iba a despertar, sentía que yo me iba a despertar en cualquier momento, que iba a ser una pesadilla horrible, entonces yo no tenía cabeza para nada”

Ella menciona que entre su pareja y su familia tomaron la decisión de que se cremaría, y ella no supo quien se hizo cargo de los gastos, ellos se encargaron de todo.

Una vez que el proceso funerario termina, su madre sigue estando muy presente, al igual que sus tías. La muerte de su hija ocurrió en noviembre y en navidad todos trataron de alegrarla, pero ella no podía. Sus recuerdos en relación con su pareja en ese momento no son claros, pero ella recuerda que:

“No... (se) muy bien, porque yo estaba (...) muy sumergida en la parte del dolor, pero recuerdo que todo mundo le decía que él tenía que ser fuerte, y que tenía que sostenerme, entonces cuando estaba conmigo pues él no lloraba, yo nunca lo vi llorar, nunca lo vi triste... bueno sí se veía triste, pero no lo vi llorar. Entonces lo único que hacía era como... tratar de contenerme cuando yo lloraba”

Una vez que Ema cumple los 42 días de incapacidad debe regresar a su lugar de trabajo, ahí siente que algunos de sus compañeros la saludaban y se daban la vuelta, otros simplemente la evitaban. Ella recuerda que:

“hubo una compañera que (...) se me acercó, (...) y me dijo “y ¿cómo está tu bebé”, y pues le dije así: “mi bebé murió” Y se quedó (...) pálida, y se fue (...) ni siquiera me dijo nada... se fue, y al otro día habló conmigo y me dijo discúlpame, yo no sabía que había pasado eso”

Otra compañera de su trabajo se embarazó, y Ema tenía sentimientos negativos frente a su embarazo, menciona que le causaba repulsión y hacía todo lo posible por evitarla. Ema decide enfocarse en su trabajo, no hablar con nadie e interactuar con la menor cantidad de gente posible. El 10 de mayo fue una fecha muy compleja para ella, ya que ese día a todas las mujeres que eran madres les daban un pequeño regalo, y podían retirarse temprano del trabajo, pero a ella no la consideraron como madre y nadie dijo nada. A pesar de estas situaciones Ema sigue trabajando en el mismo lugar.

Su proceso terapéutico comienza debido a una serie de ideas negativas que comenzó a tener, en sus palabras:

“... yo la verdad es que me sentía (...) desesperada, muy mal, yo sentía que, si no buscaba ayuda, o si no hacía algo iba a acabar matándome, tenía ideas muy feas, muy tristes, hubo momentos en los que yo (...) quería

salir a la calle a ver si encontraba un bebé, sentía que no podía con tanto dolor (...) o sea (...) me quería matar... sentía que me iba a volver loca”

Ema busca apoyo por dos vías, a través de psicoterapia y grupos de apoyo. En el primer grupo de apoyo, MISS-ECA, no se siente cómoda, ella explica que era un grupo especializado en muertes gestacionales donde había mujeres que luego de dos, tres hasta cuatro años y seguían muy mal, por ese motivo se aleja de ese grupo. Asiste a otro, que reunía a mujeres que habían perdido hijos de mayor edad, y es ahí donde se siente cómoda, viendo que estas mujeres continuaban con sus vidas, y volvían a sonreír.

Ella percibe que la sociedad invisibiliza la muerte fetal, y que no consideran a las mujeres que sufren este tipo de eventos como madres.

En relación con la importancia que Ema le otorga a la maternidad menciona que:

“era, importante para mí... (...) no era (...) todo, pero sí era una parte importante, que yo quería tener, y que siento que me fue (...) arrebatado de golpe”

La importancia de la maternidad la motivó a iniciar el proceso terapéutico, ya que ella quería ser madre, y comprendía que sin un proceso de sanación esto no sería posible, en sus palabras:

“busqué ayuda en el grupo, y pues traté (...) de echarle muchas ganas, o sea de mejorar yo, de sanar, de sanar por dentro, (...) de cuidarme físicamente, porque yo quería tener otro bebé, entonces (...) después decidimos volver a tener otro bebé, ahí lo tuvimos al año y medio”

Su segundo embarazo Ema repite la fórmula del IMSS y atención privada. Ella menciona que el IMSS era importante para la incapacidad, y continuó con la misma ginecóloga que la atendió durante el embarazo anterior. Este segundo parto lo realizó en una clínica privada, y una de las cosas que ella destaca es que su pareja pudo estar con ella.

Finalmente, Ema menciona el devenir de su relación de pareja. Una vez que nace su hijo su pareja *“ya estaba con la botella tomando”*. Ella cree que no pudo enfrentar el duelo, y eso desencadenó en un alcoholismo que acabó en la separación de su relación cuando su hijo tenía tres años.

Elementos más importantes del relato de Ema

Ema es una mujer de mediana edad (32 años) y profesional. Vivía con su pareja cuando quedó embarazada. Él, en ese momento, viajaba mucho por lo que no estaba mucho en casa. La madre de Ema la acompañó en algunas ocasiones a la consultas y controles prenatales, también desarrollo trabajos de cuidados durante su embarazo y en el postparto.

El espacio laboral se muestra complejo, marcado por una alta carga laboral y de responsabilidades. También destacan relaciones tensas con la gerenta, pero buenas con sus compañeros y jefatura. Ema demuestra un gran compromiso con su trabajo, y busca acomodar los controles prenatales a sus horarios laborales.

El proceso de parto fue tortuoso para ella. La hicieron esperar largos momentos, ignoraban sus preguntas y su dolor, también ocurrieron descuidos al momento de tomarles los exámenes. A esto se suman frases por parte del personal médico que la hicieron sentir mucha rabia. Todo lo anterior lleva a Ema a pedir que le den el alta, porque quiere salir de ahí.

El proceso funerario fue decidido por su familia, esto debido a que ella estaba sumida en un profundo dolor. Su familia intentó apoyarla en lo que podían.

El regreso al campo laboral está marcado por la desinformación, algunos de sus compañeros no sabían que había sufrido la muerte de su bebé. Ema se vuelca a su trabajo e inicia un proceso de acompañamiento psicológico y con un grupo de auto ayuda especializado.

Abordando la reflexividad, podemos decir que destacan varios elementos importantes, el primero es la madurez emocional que Ema demuestra al momento de realizar su relato. En segundo lugar, cuando inicio la entrevista hubo algunas respuestas cortas, lo que me llevó a pensar que Ema estaba incomoda, entonces tomo la decisión de realizar preguntas más generales y ver si ella usaba esos espacios para explayarse, lo que resultó bien. El momento emocionalmente más complejo para Ema y para mí fue cuando relató el proceso de parto, hubo pausas emocionales que me impactaron y dificultaron la transcripción y la codificación, sobre todo considerando las frases del personal médico.

10.2. Resultados de la etnografía digital

Antes de comenzar con los resultados debemos mencionar que temporalmente, esta etnografía se realizó antes que las entrevistas, y fue un insumo importante al momento de construir la pauta de entrevista. La decisión de ubicarla al final de los resultados guarda relación con la profundidad de los resultados obtenidos. Ya que logramos describir el uso que se le da al espacio virtual, a través de la codificación de los mensajes, también logramos identificar actores clave, y comprender el lenguaje apropiado para comunicarnos con las mujeres. A continuación, comentaremos los principales resultados.

Un primer acercamiento a la experiencia de mujeres que cursaron un evento de muerte fetal consistió en la realización de una etnografía digital con el objetivo de familiarizarnos con el lenguaje propio de las mujeres que han sufrido este tipo de eventos, además tuvimos dos reuniones previas con informantes claves del grupo de apoyo, el objetivo de estas reuniones fue conocer la historia del grupo, los valores y las luchas que ellas han desarrollado a lo largo de la historia del colectivo. También buscamos conocer las dinámicas colectivas que se dan en el interior del grupo, tanto prepandemia, como durante la pandemia, estas reflexiones se podrán revisar en el capítulo 11.

En este apartado nos hemos propuesto relatar los principales elementos del evento muerte fetal en cinco mujeres entrevistadas. El mecanismo de contacto fue a través de un llamado público en un grupo de Facebook que agrupa a mujeres que cursaron muertes fetales y/o perinatales, aquellas que les interesara participar, y que cumplieran con algunos requisitos, como haber sufrido la pérdida entre la semana 20 y el parto, y que vivieran en Ciudad de México entre los años 2013-2018. Se realizaron dos llamados a los que acudieron siete mujeres, de ellas una no volvió a ponerse en contacto, y una no cumplía con los requisitos necesarios para participar, por lo que se decidió excluirla.

10.2.1. Aspectos generales de MISS-ECA

Para generar estos resultados se seleccionaron 179 mensajes, realizados durante cinco meses, entre junio y octubre del año 2021 en el grupo de Facebook llamado “Miss-Eca, Red de Apoyo Ante Muerte Gestacional y la niñez temprana”, así como información obtenida desde su sitio web. En la actualidad esta comunidad agrupa a 14.804 personas, de distintos géneros y países, sin embargo, la mayoría son personas mexicanas. En la descripción del grupo se menciona lo siguiente.

“Eca es una organización mexicana que surge de la necesidad de visibilizar a las familias que atraviesan por la muerte de uno o más hijas e hijos en la etapa de embarazo, en el parto y después de nacer, así como crear espacios y enlaces para poder difundir y crear conciencia de lo que las familias pasan después de la muerte de un hijo o hija, incentivando a los organismos públicos y privados a crear protocolos para atender a las familias que viven este suceso. Eca ayuda a las familias a transitar por el duelo, acompañando, guiando y siempre respetando cada proceso de cada mujer, hombre y familia.

¿Qué significa Eca y por qué surge?

Eca significa ABRIGO en náhuatl. Elegimos una lengua nativa porque nos hace enraizarnos, saber de dónde venimos y jamás olvidar el punto de partida. Después de la muerte de una hija o hijo quedamos devastados, necesitamos a alguien que nos abrigue, que nos cobije, que nos dé la calidez que se necesita y que se necesitará al recorrer el largo camino del duelo.”¹⁰

La agrupación dispone de un sitio web¹¹, en él se pueden revisar los motivos por los que nace este grupo, donde se menciona que:

“Surge de la necesidad de visibilizar la problemática emocional y social de las familias que atraviesan por la muerte de uno o más hijas e hijos en la etapa de gestación, en el parto o después de nacer, así como la de crear espacios y enlaces para poder difundir y crear conciencia del impacto emocional y social de lo que las familias pasan después de esta muerte”¹².

¹⁰ El enlace de referencia es: https://www.facebook.com/missecaduelo/about/?ref=page_internal

¹¹ Enlace del sitio web: <http://ecareddeapoyo.org>

¹² Enlace del sitio web: <http://ecareddeapoyo.org/conocenos/historia/>

En este párrafo podemos constatar un diagnóstico que hemos venido construyendo desde los inicios de esta tesis, el que gira alrededor de la invisibilización de estos eventos y de las mujeres que los cursan. También establecen dos dimensiones de impacto, la emocional y la social. Además, destacan la importancia de crear espacios de difusión y concientización que aborden las consecuencias que generan este tipo de muertes.

Otro diagnóstico que realizan en su sitio web es:

“Ante la carencia de espacios o grupos en México para exponer la problemática tan específica de este tipo de muertes, algunas familias que atravesaron por la muerte de sus bebés iniciaron la creación de espacios de acompañamiento, y fueron ellos mismos quienes buscaron apoyos profesionales para, a su vez, recibir a las madres y padres que llegaban buscando apoyo emocional.”¹³

La experiencia de este grupo de mujeres es pionera en América Latina, y uno de sus primeros diagnósticos, el que emerge de sus propias experiencias, es que no existen espacios de apoyo para las mujeres que cursan este tipo de eventos, hay ausencia por parte del Estado mexicano, quien debería legislar para asegurar el derecho a una atención médica apegada a los derechos humanos, así como normar los protocolos de atención que deberían desplegar los distintos establecimientos de salud, tanto privados como públicos. La sociedad civil tampoco ha dado respuesta a este tipo de eventos. La confluencia de la carencia de normativas y la ausencia de la sociedad civil han aportado la invisibilización de estos eventos, y esta presión es la que motivó a este grupo de mujeres a organizarse y crear este espacio colectivo de apoyo.

Debemos mencionar que ha habido movimientos importantes dentro del grupo en los últimos años, un ejemplo de esto es la especialización que de forma natural se ha ido dando, algunas de sus integrantes han estudiado psicología y se han especializado en tanatología.

Desde el punto de vista intersectorial han establecido redes con el sector privado, con el sector público, y con la sociedad civil, tanto nacionales como

¹³ Enlace del sitio web: <http://ecareddeapoyo.org/conocenos/historia/>

internacionales. Estas redes de colaboración se han fortalecido y les han permitido conocer experiencias de distintos países.

Esta red intersectorial ha favorecido el despliegue de una agenda política propia, que se centra en la importancia de establecer una normativa clara para enfrentar los eventos de muerte fetal, con un fuerte enfoque de derechos y de género.

10.2.2. ¿Cómo y para qué se usa el espacio digital?

Una primera observación del espacio virtual nos reveló que este espacio es multifuncional. Su uso primario es el de coordinación de reuniones y otras actividades informativas, donde del total de mensajes revisados (n=174), 34 fueron de coordinación de reuniones o invitación a charlas relacionadas con la muerte fetal. Un uso secundario, pero con una fuerte presencia fue el de socialización de testimonios (123 de 174). Del total de mensajes testimoniales (n=123), los testimonios que tienen mayor presencia son los relacionados con la paternidad (n=49), esto se debe a una campaña por la visibilización del duelo paterno, lo que implicó varios mensajes y varias interacciones. Le siguieron mensajes testimoniales sobre el duelo de las mujeres luego de la muerte fetal (n=25). La lactancia materna también tiene menciones (n=19), también encontramos testimonios relacionados con la importancia de que las madres puedan acceder a los bebés luego de que estos mueran (n=18), finalmente encontramos testimonios relacionados con experiencias de mujeres que sufrieron de muerte fetal dentro del campo de los servicios de salud (n=13). El resto de los testimonios como aspectos legales (n=9), testimonios relacionados con aspectos legales (n=6), relacionados con el campo laboral (n=2), estos testimonios tienen baja presencia, sin embargo, aportan elementos importantes.

La emergencia de los tipos de testimonios fue espontánea, y su clasificación nos ayudó a comprender los temas que son más relevantes para este grupo.

10.2.1. Los hombres y la muerte fetal

Este tema es un emergente, esto significa que no estaba considerado dentro de nuestro marco de posibilidades inicial, sin embargo, ocupa un lugar importante dentro de los mensajes analizados. Debemos mencionar que la mayoría de los mensajes se realizó el día 21 de junio, fecha cercana al día del padre, por lo que la agrupación realizó una campaña de visibilización del duelo paterno frente a la muerte fetal.

La campaña que se desplegó fue visualmente importante, ya que los padres escribían los nombres de sus hijas/os en sus manos y compartían las fotografías. Lamentablemente, no estamos en condiciones de realizar un análisis más profundo de estas fotografías, ni de las interacciones que generaron. El motivo de esto es que nuestro marco teórico, conceptual y metodológico se enfocó en las mujeres gestantes y no en los padres, sin embargo, nos parece importante abrir una posible línea de investigación alrededor del duelo paterno.

10.2.2. La lactancia de las mujeres cuyos bebés murieron

Este tema tiene una presencia importante (n=19), y también responde a un tema emergente, ya que no estaba considerado como un evento relevante.

Estos testimonios se refieren de forma importante a experiencias personales relacionadas con el inicio de la lactancia luego de la muerte fetal. Este evento tiene una carga emocional negativa, pues resulta en impacto para las mujeres. Por otro lado, algunos relatos se refieren al campo de los servicios de salud y a la medicación utilizada para evitar la lactancia. A continuación, revisaremos algunos comentarios que nos permitirán complejizar estos eventos.

El documento 54 menciona:

“Existe tanto tabú respecto a este tema, (...) uno (...) confía en quien debería estar preparado. No es bueno vendarse porque puede ocasionar una mastitis.^[P]En mi caso eso pasó, fui con alguien que (...) estaba preparado para orientar y su recomendación fue toma pastillas y vendaje lo más apretado, toma cafeína para que se seque.

Y doy gracias a dios que una amiga me haya metido a un grupo de lactancia materna (...), donde me asesoraron con los pasos a seguir y gracias a ellas no sufrí mastitis ni dolores innecesarios.

Todo mundo prepara para la llegada de un bebé, pero nadie se prepara para un bebé que abre sus alas. Abrazote enorme.” (D54)

El hecho de compartir experiencias tiene varios sentidos, uno de ellos es poder orientar a mujeres que están iniciando en estos procesos biológicos que son poco conocidos, para que no cometan errores que pudieran complicar la situación. Este es el caso del documento 55:

“Estoy en estos momentos así, ayuda, qué debo hacer” (D55)

El apoyo es espontáneo y responde a dos fenómenos, el primero es el desconocimiento de los procesos biológicos, y el segundo es que en algunas ocasiones las mujeres no reciben orientación en los servicios médicos. El apoyo se muestra en uno de los comentarios a documento 55, expresado en el documento 56:

“Lo lamento mucho, en mi caso, tuve asesoría de una asesora de lactancia, al inicio me pidieron, si quería y podía, donar en el banco de leche para los bebés en el hospital, me descongestionaría y la leche quedaría de apoyo...(D56)

Otro comentario al documento 55 se realizó en el documento 57:

“Hola, lamento mucho lo que estás pasando, hace 4 años pasé por lo mismo. Yo sí tomé medicamento, me recetaron cabergolina, con eso dejé de producir leche.” (D57)

En este documento se menciona el medicamento que le recetaron. Esto abre la puerta a la automedicación. Este fenómeno puede ser entendido como una respuesta a la falta de información, o como el miedo a acudir a los centros de salud.

Otro fenómeno que las mujeres mencionan, relacionado con la lactancia es la posibilidad o intención de donar la leche a algún banco de leche, por ejemplo, el documento 47 menciona lo siguiente:

“Cuando nació mi hija falleció a los 2 días, y me empezaba a salir la leche, el doctor me dio una pastilla y la leche se fue, sentí muy feo porque prefería haberla donado, en algún banco de leche materna, pero nadie me dejó opinar nada, simplemente me dieron la pastilla y listo” (D47)

Este documento, menciona el deseo de establecer contacto con algún banco de leche materna.

10.2.3. Testimonios personales sobre el duelo gestacional

Los comentarios que comparten las mujeres en este espacio virtual adquieren distintas formas e intenciones, referidas a distintos momentos de la muerte de sus bebés. En este apartado observaremos los comentarios relacionados con el duelo. Un primer grupo de mensajes hace alusión a la importancia de la existencia del grupo de apoyo durante el proceso de duelo. Un ejemplo de esto se expresa en los documentos 151, 152, 153, 154.

“Justo ayer platicaba con mi mamá, esta hermosa red junto con mirar al cielo fueron mi balsa en medio de esa tormenta que atravesé al ver morir a mi hija. Siempre voy a estar agradecida con todas estas maravillosas mujeres que me ayudaron a mirar esa luz al final del túnel, que me mostraron que no estoy sola, que somos muchas. Un enorme abrazo mi tribu hermosa.” (D154)

Estos comentarios revelan la crucial importancia de este grupo de apoyo para las mujeres que sufren de una muerte fetal.

“El sentirme comprendida por primera vez, ayudó a que pudiera darle palabras a lo que estaba sintiendo, y fue fundamental en mi proceso de duelo...Infinitas gracias.” (D153)

Como espacio de socialización, el grupo de Facebook les permite a las mujeres compartir sus experiencias y trabajar en sus duelos personales. Sin embargo, este espacio es uno de otros en los que participan, en el apartado 12 y 13 dimos cuenta de la importancia de la atención psicológica y/o tanatológica especializada. Estas dos estrategias son llevadas a cabo por las mujeres de forma complementaria.

10.2.4. Testimonios referidos al personal médico y al espacio de los servicios de salud.

Varios de los comentarios revisados hacen referencia al espacio de los servicios de salud y a acciones realizadas por el personal médico (44 citas, en 174 documentos). La mayoría hacen referencia a la complejidad de la experiencia, en un marco de violencia obstétrica ejercida por distintos actores que participan en el campo. A continuación, revisaremos algunas menciones.

“...a mí me abordaron como que se hubiera perdido una mascota, acababa de salir de la sala de partos y estaba sola cuando llegó el medico solo a decirme que la bebe no lo había logrado” (D39).

“Y a los médicos de la (se menciona una institución) pareciera que les molesta nuestra presencia...” (D20).

Con relación al contacto con el bebé, luego de la muerte.

“Todo fue una pesadilla, no me lo enseñaron. Cuando me anestesiaron a lo lejos vi como lo estaban limpiando y cuando desperté ya lo habían entregado a la funeraria” (D23).

“Mi nena nació dormidita en ese momento no pude/quise verla y de ahí me pasaron enfrente de los cuneros” (D25).

“Gracias a las maravillosas matronas que estaban conmigo, tuve el honor de conocer a mis dos amores más grandes” (D31).

“Yo estaba en shock, cuando nació mi bebé los doctores no me la dieron, sólo me dijeron que nació sin signos vitales y la dejaron ahí” (D33).

“en el hospital donde mi bebé nació dormido, tuvieron mucho tacto y apoyo, es un hospital católico, me dejaron pasar toda la noche con mi bebé en brazos” (D42).

“A mis bebés les llamaron "productos" como si fueran cualquier cosa desechable” (D44)

“después me hicieron cesárea, se les pasó la anestesia, yo no estaba consciente, volví como 3 horas después y la enfermera solo me dijo que mi niño estaba muy grave y la niña nació y murió... así sin más... Y después a las 48 horas murió mi niño...” (D63)

“Gracias al personal médico que hizo este trago tan amargo menos doloroso, que acompañó y respetó nuestro Duelo.” (D69)

“Cuando nació y les dije que la quería ver, me la dieron todavía en (el) quirófano y luego me la llevaron al cuarto, nos la entregaron con la delicadeza de un bebé con vida, así despacio, agarrándole su cabecita, fue muy lindo que la enfermera la tratara así.” (D70)

“A nosotros nos dieron la noticia sin ningún filtro, nos sentaron en una oficina y nos dijeron todo por lo que mi bebé pasó, y al final agregó "Y su bebé falleció" ni siquiera un pésame nos dieron, y así la enfermera con mucho amor se acercó a mí y me la dio en los brazos, y respetó mi tiempo de despedida con mi bebé, pero el médico fue muy duro al momento de decirnos” (D72).

“Desafortunadamente me tocó un pésimo trato en el IMSS, las enfermeras, doctores, residentes e internos son unos malditos no tienen nada de empatía. La pasé muy mal (con) mi bebé y todavía con malos tratos, aparte

con cada cambio de turno debes estar contando lo que te pasa a cada personal que te pregunta.” (D81).

“Yo exigí eso (certificado de defunción), no querían darme ningún documento ni menos (el de) mi bebé de 21 semanas, hasta que con mi esposo (lo) exigimos porque teníamos un poco de conocimiento acerca de esto, no muy profundo, pero sabíamos algo... entonces no les quedo de otra que hacer el procedimiento como se debe.” (D99).

En estas menciones vemos una serie de elementos que ya veníamos vislumbrando. El primero es la evidente falta de protocolos frente a la muerte fetal, en las instituciones que atienden partos y abortos, esta falta de protocolos tiene como consecuencia que el trato y las acciones, tanto individuales como colectivas e institucionales, sean arbitrarias o dependan de la discreción del personal. Un segundo elemento observado es la poca sensibilidad frente al evento de muerte fetal por parte del personal médico

III. Tercera parte: Análisis y Reflexiones

Debemos aclarar que en el siguiente apartado modificaremos el modo de exposición del análisis y las reflexiones, sin embargo, mantendremos la coherencia con el modo de investigación. Esta decisión radica en la necesidad superar la estructura rígida que guio la confección de la grilla de construcción de resultados y comenzar a observar la muerte gestacional desde los espacios propios que habitan nuestras participantes.

Entonces, el giro que propone esta tesis se da desde los ejes conceptuales, a saber, condiciones de vida, relaciones sociales, experiencia subjetiva, hacia posicionar en el centro los espacios sociales, a saber, el ámbito familiar, laboral y de los servicios de salud. Conservaremos las fuentes de obtención de datos cuantitativos y cualitativos que hemos revisado en el apartado de resultados.

La exposición de este análisis es coherente, y avanza a través de todos los elementos mencionados, a saber, nuestras dimensiones y campos sociales, nos presenta un desafío, sin embargo, la numeración y la estructura apegada lo previamente expuesto es una forma de simplificar la lectura y, además, agrupa las dimensiones de nuestro análisis. También conservamos la estructura de exposición de los resultados, en términos de los documentos oficiales, seguido por los resultados de encuestas y estudios cuantitativos, estudios cualitativos y las entrevistas junto con la etnografía digital.

La fusión de las entrevistas con la etnografía digital es una decisión que se justifica en base a los resultados expuestos en el punto 12 y 13. La principal observación que motiva la decisión es que las interacciones del grupo de Facebook corresponden a dimensiones de la experiencia subjetiva, como son los aspectos emocionales, relacionados de forma mayoritaria con el duelo y con la atención médica y con la lactancia. Esta decisión modifica la estructura inicial del apartado 16, donde se agrega otro apartado para los elementos encontrados en la etnografía digital.

Este apartado tiene múltiples retos, que van desde lo ético, a lo académico. En palabras Rene Poirier citado por Boaventura de Sousa Santos (2019) quien, recordando a Hegel y Heidegger, menciona que “la coherencia global de nuestras verdades físicas y metafísicas, solo se conoce retrospectivamente” (De Souza Santos, 2019, pág. 40). Esto significa que el ejercicio que nuestras entrevistadas realizan se mantiene en el presente y es el resultado de una síntesis personal, que en el caso de las participantes han realizado en sus contextos particulares. También consideramos que la participación voluntaria revela un interés, por parte de las mujeres, de contar sus historias, “...mis informantes se eligieron a sí mismas” (González-López, 2019).

11. La situación de las mujeres, embarazo y muerte gestacional (fetal) en el campo familiar

11.1. En relación con las condiciones de vida

11.1.2. Desde los documentos oficiales y normativos

En términos del deber ser, el Estado Mexicano se sitúa como el responsable de velar por la organización y desarrollo de la familia. Esta situación obliga al Estado no solo a asegurar el libre ejercicio de la maternidad/paternidad, sino que el deber se extiende a asegurar las condiciones de vida en las que las familias desarrollan sus vidas, situando al Estado como un actor relevante dentro del aseguramiento de derechos relacionados con la familia, dentro de los que destacan los derechos reproductivos, derecho a la vivienda, el derecho al trabajo y a la seguridad social. La Carta Magna no menciona los roles que las mujeres y madres deberían desempeñar al interior de la unidad familiar. Esta omisión nos permite inferir que los roles son principalmente culturales y heredados, por lo que son o deberían ser socializados y aprendidos, en primera instancia, en el espacio de familiar, en segunda instancia, en la escuela, y en tercera instancia, en los espacios públicos o en contacto con otras instituciones.

Se hacen múltiples referencias al rol del Estado como garante en el aseguramiento del ejercicio de derechos, como son derechos sociales y reproductivos, entre los que destaca el derecho a la protección a la salud, y al acceso al sistema de protección social con el objetivo de incentivar el autocuidado. También se posiciona al Estado como promotor de estilos de vida saludable. Otro de los roles mencionados corresponde al campo de los derechos reproductivos, donde el Estado se enfoca en la planificación familiar, con fuerte énfasis en la reducción de embarazos antes de los 20 años y después de los 35, disminuir el número de embarazos, y aumentar su espaciamiento, y donde su principal estrategia es el incentivo del uso de métodos anticonceptivos. Es necesario destacar el foco del rol transversal del Estado en asegurar buenas condiciones de vida de las mujeres, no solo en el campo familiar, sino en todos los campos sociales en los que participe. Esto se traduce en una perspectiva de género, con enfoque intercultural, que es ubicua en los documentos, con fuerte énfasis en el

respeto de los derechos individuales, la integridad de las familias y la corresponsabilidad. Nos llama la atención la mención de la corresponsabilidad como norma, propuesta específicamente en la distribución de tareas en el campo familiar. Este eje de análisis será retomado en el análisis de las entrevistas, ya que tiene una conexión importante en los casos estudiados.

Hay conciencia por parte de los órganos rectores de la desproporción en la carga de cuidados que recae sobre las mujeres, frente a este punto, el Estado llama a la reestructuración de las familias, con el objetivo de distribuir de mejor manera el trabajo doméstico. Relacionado con esto, se sitúa al trabajo como un bien social, que debería permitir que todas las familias posean un buen nivel económico, de vida y salud para todos los integrantes de estas, esto se debe lograr con sueldos que permitan cubrir las necesidades básicas, así como prestaciones como la incapacidad por embarazo y en la mantención de sus remuneraciones. Los documentos revelan la preocupación por la situación de desventaja en la posición social de las mujeres, lo que se traduce en brecha salarial, baja participación económica, y en situaciones que las vulneran, directa o indirectamente.

Un último elemento importante, es la necesidad de generar políticas intersectoriales, donde varias entidades, Estatales y Federales acudan, para abordar la necesidad de asegurar derechos sociales, como por ejemplo los servicios educativos, los servicios de salud, por otro lado, también emergen la necesidad de asegurar los derechos reproductivos de las mujeres. Esta visión amplía el rol de los servicios de salud, desde la atención médica, hacia una reorientación, donde la educación de la población con información científica verificada es un imperativo ético.

En un segundo análisis se observa una desalineación entre los grupos de documentos; el marco político, marco legal Federal y marco legal Estatal, principalmente en el concepto de género, esta desalineación se presenta en la Figura 1 de los anexos. En un análisis más profundo podemos mencionar que las consecuencias de esta desalineación se manifiestan en una fuerte normatividad en términos generales, pero una escasa regulación de los campos particulares, lo

que abre la posibilidad de que distintas formas de violencia y/o discriminación se presenten por parte de distintos actores, en contra de las mujeres.

El campo familiar es un campo de disputa y enfrentamiento, y todos los documentos lo comprenden como un espacio donde el género es un elemento relevante, sin embargo, estos documentos no se posicionan en relación con los distintos roles que las mujeres desempeñan, un ejemplo de esto es la escasa mención al trabajo doméstico no remunerado, el que solo es abordado por el marco político, mientras que no tiene presencia en los marcos legales Federal y Estatal (revisar la Tabla 1 de anexos). La problemática que genera de la baja ubiquidad de esta forma de trabajo impacta directamente sobre las condiciones de vida de las mujeres, forzándolas a desarrollar estrategias de supervivencia y de participación en el campo familiar que podría afectar de forma negativa su salud.

Otra forma de trabajo que tiene muy baja presencia en los grupos de documentos es el trabajo de cuidados, el que solo posee una mención en el marco político (revisar Tabla 1).

La escasa mención del trabajo doméstico no remunerado y del trabajo de cuidados abre las puertas a la invisibilización de estos temas relevantes para los grupos vulnerables, lo que impide que lleguen a la agenda y se posicionen como temas de debate. Las investigadoras y activistas Cinza Arruzza, Tithi Bhattacharya y Nancy Fraser (2021), en su ensayo llamado “Feminismo para el 99%, un manifiesto”, abordan de forma clara esta situación, específicamente en la tesis 4 del ensayo llamada “La crisis que vivimos es una crisis de la sociedad en su conjunto, y la raíz del problema es el capitalismo”, en ella se menciona que la subsistencia de este modelo se basa en la explotación del trabajo no remunerado, el que es básico para la reproducción tanto de los individuos en términos biológicos, como de las comunidades en términos simbólicos, lo que permite que el capital se expanda sin límites, y sin necesidad de retribuir, en términos económicos, a los individuos por asegurar su reposición. Es en esta lógica que los sistemas capitalistas degradan la naturaleza de estas formas de trabajo, esto se logra mediante la instrumentalización los poderes políticos, los que aseguran que

se mantengan invisibilizados y no se aborden de forma directa por los marcos legales que establecen las normas que rigen a la sociedad (Arruzza, Bhattacharya, & Fraser, 2021).

Cómo mencionamos en los resultados, los documentos sitúan como uno de sus ejes, la erradicación de toda forma de violencia y la no discriminación, sin embargo, no se hacen cargo de la profunda desigualdad de clases existente en México, donde “las sociedades capitalistas son también por definición una fuente de opresión de género. Lejos de ser accidental, el sexismo está inscrito en su propia estructura.” (Arruzza, et al. 2021, pág. 37). Uno de los elementos centrales es la necesidad del marco normativo, en su conjunto (legal Federal, Estatal y Político), de establecer una clara diferencia entre el trabajo reproductivo y el trabajo productivo, obviando por completo el concepto de reproducción social, que es el encargado de conceptualizar el proceso a través del cual las personas se producen, y reproducen un conjunto establecido de valores, que, en primera instancia en el sistema capitalista, buscan generar ganancias (Arruzza, et al. 2021).

Observamos una profunda carencia de una visión interseccional en los documentos de Gobierno, con relación a la interacción entre las categorías de familia y discriminación-violencia. La propuesta de interseccionalidad (Viveros-Vigoya, 2016) (Krause, 2016) invita a comprender que, en todos los problemas políticos complejos, existen múltiples categorías que interactúan de forma no lineal y es imposible la reducción de unas dentro de otras. También se debe considerar la variabilidad dentro de la misma categoría, la que puede estar compuesta por una variabilidad importante de componentes, lo que complejiza no sólo el abordaje conceptual, sino también las propuestas para abordar las problemáticas. Esta visión requiere entonces, un desarrollo no sólo conceptual de las categorías, sino también empírico (Viveros-Vigoya, 2016).

La fuerte normatividad que despliega el Estado Mexicano en torno a las familias, y su relación con la vida de las mujeres, es clara en un nivel general, sin embargo, no es clara en un nivel particular. Esta desarticulación entre niveles no sólo se

expresa en lo que el Estado y la sociedad esperan de las familias, también expresa a lo que las familias tienen acceso, en forma de derechos y prestaciones. La identidad de las mujeres mexicanas es un elemento que está desanclado de las condiciones de vida, es por esto que el enfoque de género de las políticas del Estado mexicano se basa en una definición de identidad femenina, sobre la que se diseñan las acciones políticas (Butler, 2021). En otras palabras, se busca asegurar la supervivencia de la familia a través de acciones políticas articuladas, que carecen de definiciones identitarias. El contexto actual descrito en los capítulos anteriores es el resultado de un marco normativo fuerte, sin evidencia empírica que sustente las acciones políticas propuestas por este marco.

Desde la visión de la salud colectiva podemos desarrollar un tercer elemento, que emerge de la compleja interacción entre el territorio y las dinámicas estructurales, donde destacan elementos territoriales importantes, los que se anclan a dinámicas que son socialmente determinadas, y por lo tanto históricamente estructuradas. Esto nos ayudan a observar de forma analítica las distintas realidades de nuestras entrevistadas.

Las delegaciones de residencia son distintas, una de ellas residía en Miguel Hidalgo, dos de ellas vivían en Iztapalapa, una en Iztacalco, y una en Cuauhtémoc. Esta información nos permite observar la forma en que las mujeres entrevistadas se relacionan con el territorio que habitan, esto debido a que las condiciones estructurales determinan las condiciones de vida (López Arellano, Rivera Márquez, Delgado Campos, & Blanco Gil, 2010). Entonces, dentro de Ciudad de México existen varias delegaciones, que en la actualidad se denominan municipios, y que en la medida que se alejan del centro su calidad de vida disminuye, lo que implica elementos como satisfacción de necesidades de las personas, y dificultades en el acceso a servicios básicos (Sánchez-Almanza, 2018). La visión de Wallerstein del sistema mundo, y la relación centro-periferia nos ayuda a comprender que las personas que habitan la periferia deben desplazarse largas distancias para llegar a sus trabajos que usualmente se

encuentran en el centro de la ciudad, esta forma de estructurar las grandes ciudades impacta sobre la salud de las personas y sobre el acceso a los servicios de salud, así como en otras dimensiones como el valor de los productos que consumen, lo que se suma a la distribución desigual de las riquezas entre centro y periferia.

Fresia vivía en la delegación de Miguel Hidalgo, que presenta el mayor índice objetivo de calidad de vida de México, solo superada por Benito Juárez, seguido por Cuauhtémoc, donde vivía Ema, seguido por Iztacalco delegación donde vivía Alma, finalmente la delegación Iztapalapa donde vivía Claudia y Ema. Esta última delegación es una de las que presenta el menor índice de calidad de vida dentro de Ciudad de México.

11.1.3.Desde las encuestas y los estudios académicos cuantitativos

Las distintas encuestas que hemos revisado y que hemos expuesto en los resultados en el apartado 10, correspondiente a estudios cuantitativos aplicados entre los años 2013 y 2018 nos revela una situación precaria para las mujeres en general. Esta situación está marcada por una serie de dimensiones que están subordinadas a la forma en que el estado mexicano estructuró las vidas de las ciudadanas, y de forma más local, la estructura que propuso la Ciudad de México. Es imposible comprender los datos que proveen las encuestas y los estudios cuantitativos sin comprender que son una expresión de procesos y decisiones políticas, económicas y de tipo ideológico y cultural.

El espacio familiar es sensible a las dinámicas estructurales. Al ser una institución de nivel meso, es un espacio de cristalización de la normatividad que emana de los documentos oficiales, sin embargo, esto no debe ser comprendido como una ingeniería social, sino más bien como determinación

Las condiciones de vida de las mujeres dentro de sus familias están determinadas, entre otras cosas, por las formas en que las familias se organizan para generar capital económico, ubicando así, a las mujeres en una determinada posición en la cadena de generación de esta forma de capital. La sociedad capitalista “moderna”

ha establecido la diferencia entre la producción de las personas, la que es asignada a las mujeres, y la producción de las ganancias, donde las mujeres poseen un rol de subordinación (Arruzza, Bhattacharya, & Fraser, 2021). Esta premisa se constata al observar la diferencia en el uso del tiempo entre hombres y mujeres en, por ejemplo, el cuidado de menores de edad y de personas en situación de discapacidad o enfermedad. También se constata en el tiempo destinado a la preparación y servicio de alimentos, en la limpieza de la vivienda, en el cuidado y limpieza de ropa y calzado. Entonces la sociedad capitalista invisibiliza el trabajo de reproducción social, lo que les permite a algunos actores más favorecidos, no remunerar de forma justa a las mujeres que realizan este tipo de trabajo. Esta forma de organización sitúa a las mujeres en una posición de subordinación dentro de las familias mexicanas.

Un elemento conceptual que emerge de los resultados es el trabajo de cuidados. Desde la Salud Colectiva y la Medicina Social Latino Americana se han desarrollado avances teóricos importantes, entre los que destaca el reconocimiento de que los cuidados poseen varias dimensiones: la económica, que está marcada por la precarización de los trabajos y la necesidad de generar capital económico; la dimensión política, que se caracteriza por la privatización y mercantilización de los sistemas de salud; y la dimensión ideológico/cultural, que apunta al valor que la sociedad le otorga a los cuidados y a la posición social y familiar que ocupan quienes lo realizan. Todo lo anterior posiciona al concepto de cuidados dentro de un sistema complejo de entramados irreductibles los unos a los otros (Rojas-Ortega & Jarillo-Soto, 2018). Un segundo componente teórico importante es el posicionamiento del cuidado como un derecho humano fundamental, lo que vincula con una perspectiva que rescata elementos de relaciones de poder, relaciones de género y reproducción social.

En este punto, y considerando los párrafos anteriores, es que podemos observar cómo nuestros ejes conceptuales se ven superados por una realidad compleja, que nos obliga a recurrir a nuestro marco teórico general, que es la determinación social. Este marco nos permite trascender, no solo, los ejes conceptuales, sino

también los campos sociales, ya que el nivel de imbricación es alto, así como complejo.

También constatamos la distribución desigual del trabajo de cuidados, el que presenta una alta feminización y una sobrecarga importante, lo que impacta sobre otros ejes como por ejemplo en las relaciones sociales y la experiencia subjetiva.

11.1.4. Desde las investigaciones académicas

Comprender las condiciones de vida en el ámbito familiar desde una perspectiva que sobrepase a la visión cuantitativa es complejo y requiere una visión dialéctica donde se conjuguen elementos históricos, sociales y económicos para lograr conocer de qué forma viven las familias y en particular las mujeres en este espacio.

Nuestra revisión ha observado que las transformaciones sociales, que se anclan a las transformaciones económicas afectan de forma desigual a las familias, y en particular a las mujeres dentro de este espacio. El contexto económico presiona la entrada de las mujeres al campo laboral, esta situación trajo consigo una serie de consecuencias sobre las estructuras familiares, y afectó directamente a las mujeres que desarrollaban trabajo doméstico no remunerado, imponiendo la doble o algunos casos triple jornada. Esta situación se complejiza si pensamos en las familias no nucleares que incluyen a la familia extendida, que son 28 de cada 100 hogares en México. Otro dato que nos ayuda a comprender la evolución histórica de las familias es el aumento de los hogares con jefatura femenina, los que en el año 2020 llegaron a ser el 40% de los hogares de Ciudad de México. Lejos de comprender estos datos como una situación accidental, debemos verla anclada a las transformaciones sociales, económicas y políticas.

Del párrafo anterior se derivan nuevas configuraciones en la división sexual del trabajo, donde, tanto mujeres como hombres han debido adoptar nuevos roles tanto a nivel productivo como reproductivo, pero sin duda la realidad nos revela que la situación de las mujeres está sobrecargada, pero no debemos olvidar que esto es desigual dentro de las distintas clases sociales. Sumado a lo anterior, es

cierto que hay cambios generacionales importantes, los que modifican los roles de género, pero esto también debe verse como algo distribuido de forma desigual. Lo anterior nos lleva a afirmar que las familias con mejores condiciones de vida pueden generar estructuras familiares que faciliten el quiebre de los roles de género hegemónicos, lo que también se ancla a un mayor capital educacional, cultural y económico.

Esta reflexión nos lleva a observar las condiciones de vida, como un elemento imbricado a las relaciones sociales. Esta afirmación no debe ser leída como una relación causal en el sentido de llegar a proponer que, a mejores condiciones de vida, mejores relaciones sociales, o relaciones sociales más horizontales. Mejores condiciones de vida podrían favorecer relaciones de poder más horizontales y espacios de negociación, pero esto podría estar ligado a un alto nivel educacional, tener trabajo fuera del hogar, la posibilidad de elegir a las parejas y tener acceso a métodos anticonceptivos, todos estos elementos facilitarían la reflexión alrededor del género.

11.1.5. Desde las voces de nuestras participantes

Continuando con la estructura de exposición de nuestros análisis abordaremos nuestros tres campos, familiar, laboral y servicios de salud y nuestras tres dimensiones, condiciones de vida, relaciones sociales y experiencia subjetiva. El cruce tipo grilla de los campos y las dimensiones se organiza en nueve grupos de datos cualitativos que serán analizados.

La naturaleza de este análisis se basa en la necesidad de observar los resultados descritos de las entrevistas bajo dos herramientas teóricas, la primera es la determinación social de la salud, y la segunda es la reproducción social. Esto implica un proceso deductivo, donde partiremos desde la teoría y observaremos los datos obtenidos en las entrevistas.

Como se mencionó en el apartado anterior la estrategia analítica que guía el análisis es la comparación de los datos cualitativos obtenidos en entrevistas

realizadas a nuestras colaboradoras, en este caso, el cruce del campo familiar y las condiciones de vida. La estrategia de exposición será en base a categorías creadas por nosotros basadas en los datos obtenidos. La primera categoría hace referencia a los distintos tipos de arreglos familiares, la segunda aborda el trabajo de cuidados.

11.1.5.1. En relación con los arreglos familiares

Un primer elemento que nos llama la atención son los arreglos familiares de las mujeres, estos responden a lógicas tradicionales, tres de las cinco mujeres entrevistadas vivían con sus parejas al momento de embarazarse (Claudia, Alma y Ema), una vivía sola (Fresia) y otra vivía con sus padres (Erika).

Para el año 2015, 9 de cada 10 habitantes de CDMX pertenecían a dos tipos de hogares, nucleares y ampliados, en el caso de nuestras participantes, todas vivían en hogares nucleares, también cabe mencionar que arreglos familiares pequeños suelen ser más comunes en familias de nivel socioeconómico y cultural medio o alto (Consejo de evaluación del desarrollo social de la CDMX, 2020).

Un segundo elemento emerge al observar los distintos arreglos familiares de nuestras participantes, pues se observa un número variable de integrantes y una variabilidad importante entre las características socioeconómicas, ideológicas y culturales de ellas. Estas características responden a la lógica de la determinación social, la que se expresa en una serie de elementos importantes, entre los que destacan, en primera instancia, las formas de obtención y la densidad del capital económico familiar, relacionado con las formas de trabajo, la remuneración de los integrantes de las familias y también en el patrimonio lo que refleja en la posesión de la vivienda. El caso de Fresia resulta interesante, pues ella desarrolla su vida en un departamento que es propiedad de su padre y madre, lo que nos habla de un capital económico importante, además debemos considerar que ese departamento se encuentra ubicado en el municipio Miguel Hidalgo, este municipio posee un índice de desarrollo humano alto. Por otro lado, Claudia y

Alma vivían en Iztapalapa, uno de los municipios más marginados de Ciudad de México.

Como mencionamos en el primer párrafo de este apartado, nuestras participantes responden a arreglos familiares tradicionales, conformados por sus parejas, su familia, o viven solas. Este último caso es el Fresia, sin embargo, una vez que avanza su embarazo su novio se muda a vivir con ella. Por otro lado, Erika vive con sus padres y se mantiene en esa condición durante su embarazo y luego de la muerte de su bebé.

Nos parece relevante destacar que las formas en que se expresan las condiciones de vida de nuestras participantes responden a lógicas de reproducción social que se enmarcan y están determinadas por las distintas formas de determinación.

11.1.5.2. En relación con el trabajo de cuidados

Un elemento que destaca dentro de las condiciones de vida en el ámbito familiar es el trabajo de cuidados. Esta categoría analítica ha sido desarrollada por la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, al punto de agregarla dentro del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC), el que está socialmente determinado, lo que significa que las modalidades de cuidado se relacionan con la forma en que las distintas comunidades se integran a los procesos productivos y en los niveles de acceso a las riquezas o bienes sociales que se producen (Ríos-Cázares & López-Moreno, 2018).

Este marco general de los cuidados nos permite observar que todas las mujeres que participaron de esta tesis realizan trabajos de cuidado en distintas modalidades, las que van desde dedicación exclusiva al trabajo doméstico no remunerado como es el caso de Alma, los que incluyen preparación de alimentos, realizar compras e ir a dejar a su hijo al colegio. Las demás participantes tienen trabajos extra-domésticos remunerados con jornadas laborales más o menos variables. Un elemento importante dentro de los relatos es el momento de la muerte fetal, es entonces en que los trabajos de cuidados al interior de las familias

se redistribuyen y emergen actores que no aparecían antes del evento de muerte, en este caso hablamos de las madres de las mujeres. Ellas aparecen en todos los relatos como cuidadoras principales, encargándose de distintas actividades, desde preparación de alimentos hasta curaciones post operatorias. El caso de Fresia es especialmente interesante, pues su abuela materna es conocedora de medicina tradicional, por lo que colabora con cuidados postoperatorios especializados, realizando masajes y baños con hierbas.

Un elemento para destacar en nuestras colaboradoras que realizan trabajo extradoméstico remunerado, es la distribución más o menos equitativa de las tareas del hogar con sus parejas, esto está determinado por distintas formas de capital, entre los que destacan el cultural, económico y simbólico que ellas han acumulado. Pensando en el capital cultural podemos recurrir al alto nivel de estudios de nuestras colaboradoras, considerando que en la mayoría de los casos ellas son primera generación universitaria, con excepción del caso de Fresia cuya madre también tenía estudios profesionales. El capital económico también juega un rol importante al momento de considerar que nuestras colaboradoras eran activas económicamente, y en algunos casos eran quienes mayor remuneración tenían. Finalmente, es el capital simbólico que resulta del reconocimiento de sus parejas y sus familias, lo que las valida como mujeres capaces de negociar de forma horizontal los quehaceres del hogar.

Otro elemento que se ancla al trabajo de cuidados es el nivel de estudios de nuestras colaboradoras, el que en su mayoría es de licenciatura, mientras que sus padres realizan oficios o tienen estudios técnicos, y sus madres realizan, en su mayoría, trabajo doméstico no remunerado. El hecho que sus madres realicen trabajo doméstico no remunerado facilita la colaboración en el trabajo de cuidados frente al evento de muerte fetal, sin embargo, el caso de Fresia es distinto ya que su madre tenía un trabajo administrativo en PEMEX, y aun así la apoyó durante el proceso post parto.

Es importante comprender las dinámicas estructurales de los lugares donde vivían las mujeres que sufrieron de muerte fetal, se relaciona con la forma en que las

familias realizan sus vidas, lo que incluye sus trabajos y sus formas de atender sus problemas de salud.

11.2. En relación a las relaciones sociales

11.2.1. Desde los documentos oficiales y normativos

Las relaciones sociales dentro del campo familiar se observan como un elemento fuertemente normado por los documentos oficiales, teniendo una presencia consistente dentro de los grupos de documentos revisados (Figura 2). El foco de estas normas apunta a la protección de los integrantes de las familias frente a distintos tipos de relaciones sociales perjudiciales, como la violencia y la discriminación, en un sentido amplio, donde se proponen definiciones de violencia física, emocional y patrimonial entre otras.

La perspectiva o enfoque de género es definida por la Ley General para la igualdad entre Mujeres y Hombres, donde se define como la metodología y los mecanismos a través de los cuales es posible identificar y cuestionar elementos cómo la desigualdad, la discriminación y la exclusión de las mujeres, las que se basan en diferencias biológicas, además, esta definición considera las acciones para operar sobre los factores de género y con esto, facilitar las condiciones de cambio que permitirán avanzar en la igualdad de género.

Esta perspectiva es consistente a lo largo de todos los documentos, donde a pesar de no tener una alta densidad, tiene una presencia consistente, lo que se ejemplifica en el concepto de “violencia de género” (revisar la Figura 3).

Las leyes relacionadas con el derecho familiar han acompañado a México desde su independencia en 1821. Desde entonces su marco legal estuvo fuertemente influenciados por la iglesia católica, y la tradición judeocristiana, con valores como la culpa, la organización social del silencio, lo confesional y el doble estándar moral de la sexualidad, estos valores se afianzaron de forma muy profunda en la sociedad mexicana, y tiene su expresión en formas de relaciones sociales que le otorgan a las mujeres un estatus particular. Las reformas de mediados del siglo

XIX establecieron la separación de la iglesia y el Estado, sin embargo, el carácter patriarcal de las normas que rigen el espacio familiar es, entonces, histórico (González-López, 2019).

A continuación, revisaremos un ejemplo de la forma en que el Estado patriarcal concibe, y aborda las relaciones sociales al interior de las familias. El tabú del incesto es un fenómeno que tiene una prevalencia preocupante en la sociedad mexicana, tanto urbana como rural. El espacio social en el que ocurre es la familia, y se enmarca en formas de relaciones sociales que posicionan a la mujer como una subordinada y como un objeto que puede ser utilizado con fines sexuales por distintos actores de la familia. Frente a este fenómeno de larga data, el Estado genera leyes contra el incesto, y para el año 2013 más de la mitad de los estados de la república lo tipificaban como delito contra la familia, cinco estados lo asociaban, además, con la violación de la libertad sexual y, de forma paradójica, en algunos estados el robo de ganado es penado de forma más severa que la violación de una mujer (González-López, 2019). Cuando el Estado, a través de sus instituciones, detecta situaciones problemáticas que afectan a ciertas poblaciones, los temas se sitúan en la agenda legislativa gracias, en parte, a la presión de distintos grupos de interés, entonces, los distintos poderes del Estado trabajan en la creación de un marco legal y político que apunte a establecer las normas que regirán dichas problemáticas, sin embargo, en los estados patriarcales, como el mexicano, se tiende a abordar las problemáticas de las mujeres como eventos aislados, y con enfoques de políticas instrumentales. En el caso de la muerte fetal ocurre algo similar, es un evento biológico, que ocurre en un contexto social particular y posee una prevalencia relativamente baja, pero que va en aumento, en el que los grupos de presión no han tenido la fuerza suficiente para posicionar el tema en la agenda legislativa, a pesar del impacto que este evento tiene en la sociedad mexicana.

La ideología de los estados patriarcales se basa en la diferencia sexual, que permea, a su vez, a la cultura mexicana, mientras que el estado busca ocultarla mediante un despliegue legal y político. Esta tensión se vuelve evidente en la comparación de las experiencias de las mujeres mexicanas que han sufrido de

muerte fetal y el espíritu de los documentos oficiales. La diferencia entre las categorías hombre/mujer, o masculino/femenino, propuestas por los documentos oficiales, oculta las diferencias sociales entre ambas poblaciones, pero no debemos olvidar que las diferencias sociales son siempre diferencias de orden económico, político e ideológico (Wittig, 2018). En otras palabras, el pensamiento dialéctico nos obliga a observar las contradicciones propias de los actores, es por eso por lo que la propuesta de corresponsabilidad en las tareas en el campo familiar planteada por los documentos oficiales, oculta o en el mejor de los casos ignora las profundas diferencias económicas, políticas e ideológico-culturales de las poblaciones implicadas, en este caso, las mujeres y los hombres.

En este punto se hace ineludible la tensión esencial que se ha producido de forma histórica entre las condiciones de vida material y las relaciones sociales en las que las mujeres se ven inmersas en el campo familiar.

Otra de las falencias que observamos en la revisión de los documentos oficiales es la utilización del concepto de género. Este concepto pivota entre lo biológico y lo social, entre lo concreto y lo abstracto, esta indefinición impacta sobre la normatividad que rodea a las relaciones sociales, ya que guía y propone cierto tipo de normatividad orientadas a subsanar desigualdades de orden histórico y complejo. La tensión esencial se centra en la reproducción biológica y la reproducción simbólica, y lo que implica el género en estas tareas. En la teoría feminista actual, hay cierto consenso en que el género es una estructura de relaciones, por lo que es eminentemente abstracto, pero que sin dudas es observable en términos de una jerarquía que depende de una estructura estable en el tiempo, y que abarca tanto a actores como a instituciones, los que tienden a reproducir los mapas cognitivos con los que se opera (Segato, 2020)

11.2.2. Desde las encuestas y los estudios académicos cuantitativos.

La familia como espacio social, rico en interacciones de distinto tipo, se muestra como un lugar complejo, donde la naturaleza de las interacciones sociales revela la posición y el rol de las mujeres. Lamentablemente no hay información sobre las

relaciones sociales que producen y reproducen las mujeres que cursan embarazos dentro del ámbito familiar.

La revisión de las encuestas revela que la familia no es un espacio de protección para las mujeres. Por el contrario, se visibilizan múltiples formas de violencia, física, emocional y patrimonial, éstas son ejercidas por distintos actores entre los que destacan familiares consanguíneos, como padres, madres y hermanos/as, y también por sus parejas.

11.2.3. Desde los estudios cualitativos.

La forma que adquieren las relaciones sociales dentro de las familias está anclada en primera instancia a las determinaciones sociales, y en particular a la determinación ideológica/cultural, sin embargo, también podemos observar que la determinación económica y política están ejerciendo presión sobre las familias y las mujeres. El pensar a las mujeres que cursan embarazos como agentes activos, capaces de modificar las normas culturales es clave para comprender el movimiento natural de la sociedad. Ellas logran superar mandatos que corresponden a generaciones pasadas y establecen nuevas estrategias de comunicación con sus parejas, lo que se traduce en nuevas formas de distribuir las tareas del hogar y nuevas estrategias de negociación en el uso de los recursos económicos, estas estrategias están marcadas por relaciones de poder más horizontales que verticales.

Debemos destacar que el entramado de determinaciones es complejo y la forma en que estas interactúan nos permite observar el fenómeno de la muerte fetal de una forma novedosa.

11.2.4. Desde las voces de nuestras participantes.

11.2.4.1. Relaciones sociales en el interior de las familias

Los arreglos familiares pequeños en los que nuestras entrevistadas participaban, se muestran como espacios de negociación horizontales, marcado por la corresponsabilidad, ya sea con sus parejas/esposos como es el caso de Claudia, Alma y Ema, con sus padres en el caso de Erika y sola en el caso de Fresia. El caso de esta última evoluciona de acuerdo con su historia, cuando se entera que estaba embarazada vivía sola, luego su pareja se muda a vivir con ella, luego que esta relación termina, sus padres se van a vivir con ella, y en todo momento las relaciones al interior eran horizontales y de corresponsabilidad.

Una relación que nos llamó la atención es la de Ema, quien nos relata que el evento de muerte impactó de forma importante en su pareja, ya que cuando nace su segundo hijo, él comienza con un alcoholismo que finaliza con la ruptura.

Claudia también ve modificadas sus relaciones al interior de su familia, ya que su madre comienza a realizar trabajos de cuidado no remunerados, mientras que su marido continuaba con trabajo extra doméstico, su familia se mantuvo cerca, pero distante en términos emocionales.

Las relaciones sociales de Alma no se ven demasiado modificadas, sin embargo, su madre adopta un rol de cuidados importante.

En caso de Erika tampoco se vieron modificadas sus relaciones sociales.

Podemos destacar el rol clave de las madres dentro de los eventos de muerte fetal, quienes realizan principalmente trabajo de cuidado. Sorprende que sus parejas y sus padres adopten roles ambiguos, de presencia/ausencia en este campo social.

11.2.4.2. Situación de la familia extensa

La situación de la familia más extensa que comprende a abuelas/os, tías/os, primas/os, a veces las/os hermanas/os es compleja, ya que aparece de forma bastante aislada en los relatos.

En el relato de Ema, ella menciona la cercanía de sus tías luego del evento de muerte de su bebé, y recuerda que esa navidad ellos trataban de hacerla reír, pero

estaba sumida en el dolor. Esta situación revela un apoyo importante de la familia extensa.

En su relato, Claudia aborda la situación de sus hermanos, y menciona que su familia en general es distante emocionalmente y no son buenos para demostrar sentimientos, sin embargo, estuvieron acompañándola. Sus hermanas por otro lado fueron importantes y la acompañaron en el hospital y cuando llegó a casa de su madre.

Alma menciona una situación de violencia verbal y psicológica con su suegra.

La familia extensa es una red social que se muestra ambivalente frente al evento de muerte gestacional. Hay ocasiones donde la red familiar extensa presta soporte a nuestras participantes y en otras se presentan frases o situaciones incómodas. Elementos como el capital cultural, simbólico o económico no se posicionan como elementos explicativos que nos permitan comprender por qué esta red social de despliega de una determinada forma.

11.2.4.3. El proceso funerario

Las familias despliegan distintas estrategias para enfrentar el proceso funerario de los bebés.

En el caso de claudia, ella no pudo asistir al entierro, pero su padre, madre y una de sus hermanas se hicieron cargo. La experiencia de Diana es similar, relata que su familia se hizo cargo del velorio, ella no pudo estar presente en esta parte del proceso, pues estaba en el hospital, pero una vez que le dan el alta asiste al bautizo y a su entierro. El padre de Erika recoge el cuerpo de su nieta en el área de refrigeradores.

Si bien no en todos los relatos se menciona el proceso funerario, es importante destacar que culturalmente, la muerte es considerada un tabú en algunas zonas urbanas (Romero-Levario, 2012), eso explica la dificultad para tratar este tipo de temas. Las familias acuden y colaboran durante los procesos funerarios, sin embargo, no tienen herramientas para apoyar a las mujeres en términos emocionales.

11.2.4.4. El apapacho como concepto social

Uno de los conceptos más importantes que aparece dentro del espacio familiar es el *apapacho*. Esta palabra de origen náhuatl, según la RAE, significa una “*palmadita cariñosa o abrazo*”, sin embargo, en México su significado es más profundo y se refiere a “*abrazar o acariciar con el alma*” (BBC Mundo, 2018).

Fresia menciona, con relación a la familia de su pareja, que ellos no son tan apapachadores, no son tan cercanos, pero sí estaban pendientes por si necesitaban algo, a pesar de que su familia estaba muy fragmentada.

Diana utiliza el concepto en referencia a que luego de la muerte de su bebé, su familia no sabía cómo acompañarla, y ellos querían apapacharla, pero no sabían cómo hacerlo. Ema también usa el concepto al referirse a los trabajos de cuidado y al apoyo emocional que su madre despliega al momento de la pérdida.

Si comprendemos el apapacho como un concepto social podemos ver que trata de un conjunto de estrategias orientadas al cuidado, no solo físico, sino emocional.

11.3. En relación a la experiencia subjetiva

11.3.1. Desde los documentos oficiales y normativos

La idea que rodea a la experiencia subjetiva se basa en la propuesta de *habitus* de Pierre Bourdieu, la que hace referencia a las estructuras de pensamiento y acción, que son aprendidas en los distintos espacios de socialización de las personas. Considerando esta directriz, la visión de experiencia subjetiva que proponen los documentos oficiales es reduccionista, ya que se centran en la salud mental como la una variación estadística de la normalidad (Canguilhem, 2015). Esta visión se tensiona con la visión de la salud como un evento complejo, engarzado a factores económicos, políticos e ideológico culturales.

Desde una visión estructural, los documentos oficiales abordan las distintas situaciones de salud con una visión relativamente compleja, abordando las

condiciones de vida, las relaciones sociales y la experiencia subjetiva, sin embargo, este último elemento es reducido a la salud mental, y no a la forma en que las personas vivencian el mundo de forma activa, a través de significaciones y acciones que les permiten participar del mundo, lo que a su vez es subsumido a elementos estructurales que los determinan, esta visión es la propuesta por la medicina social latinoamericana.

La visión que poseen los documentos oficiales es que, modificando las condiciones de vida, se modificarán las relaciones sociales, y por lógica la salud mental. Esta visión nos recuerda a modelos obsoletos de causalidad y unidireccionalidad, estos modelos reducen propiedades cualitativas en propiedades cuantitativas, un ejemplo de esto es la operación lógica que reduce la experiencia subjetiva a la salud mental, donde la primera es una propiedad cualitativa rica en variabilidad, mientras que la segunda es cuantificable y clasificable. Esta visión nos habla de la perspectiva biomédica del enfoque que proponen los documentos oficiales, así como el carácter instrumental de las políticas.

La experiencia subjetiva es el concepto que menos presencia tiene dentro de los documentos oficiales (Figura 2) y en particular, dentro del campo familiar, la experiencia subjetiva posee la mayor presencia en comparación a los otros campos sociales (Figura 3).

Consideramos que en los documentos oficiales existe una perspectiva relativamente clara en relación con ciertos elementos de la subjetividad, como es la salud mental. A pesar de lo anterior, la muerte fetal no es mencionada como un evento que podría ocurrir, sin embargo, la muerte materna sí es mencionada, esto podría deberse a que los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) llaman a los gobiernos a abordar la salud materna. Esta situación motiva preguntas del tipo ¿si mejora la salud materna, porque las muertes fetales se mantienen? Esta pregunta es nodal en nuestra propuesta, y no debe dársele una respuesta reduccionista, sino desde la complejidad, comprendiendo que las mujeres cursan embarazos en contextos sociales que son fuertemente resistentes a las políticas públicas, sobre todo en lo relacionado a los temas de género. En los documentos oficiales la mujer

ocupa un papel central, sin embargo, la escasa intersectorialidad en las políticas y una cultura patriarcal presentan un desafío para las mujeres, las que despliegan y construyen estructuras psíquicas que en muchos casos las afectan y se expresan en eventos de salud mental que podrían ser perjudiciales para ellas, y para sus bebés en gestación.

El campo familiar es un campo interseccional, en el sentido de que se expresan múltiples formas de discriminación producto de factores políticos, económicos e ideológico/culturales, esta articulación de factores tiene una fuerte determinación histórica.

11.3.2. Desde las encuestas y los estudios académicos cuantitativos

Se describe que los sentimientos en el ámbito familiar son en su mayoría negativos, destacando preocupación, nerviosismo y sensación de depresión. Estos sentimientos están más presentes en las mujeres en condición de casadas o unidas, que en las mujeres solteras. Este dato revela que vivir en pareja favorece sentimientos negativos, sin embargo, la encuesta no aborda las formas de familia, nucleares o extendidas, este factor podría ser una variable explicativa, al igual que las formas de relaciones de poder dentro de las familias.

En un análisis temporal podemos ver que entre los años 2014, 2015 y 2017 hay un leve aumento de los sentimientos negativos de las mujeres casadas o unidas.

11.3.3. Desde los estudios cualitativos

La exploración de los documentos académicos en relación con la subjetividad en el ámbito familiar nos propone un enfoque sociocultural de la maternidad, el que busca desnaturalizar este evento y situarlo como un fenómeno que ocurre en un contexto cultural que determina la subjetividad de las mujeres. Esta visión es compatible con el concepto de *habitus*, el que nos habla de estructuras mentales que son construidas y modeladas por las relaciones que se dan en los distintos

espacios de socialización. Es así como la maternidad puede ser entendida como un mandato cultural. Dentro de esta propuesta destaca la posibilidad de observar el mandato de maternidad anclada a distintas formas de capital económico, cultural y simbólico, las que no solo determinarán la conformación del *habitus*, sino que este determinara la forma en que se viven las experiencias y se estructura la subjetividad y las emociones que se desatan al momento en que las mujeres cursan una muerte fetal. Estas emociones que se detonan producto de la pérdida del bebé no son exploradas por los documentos académicos.

La normatividad que rodea al espacio familiar posee una historia que hace énfasis en la reproducción biológica y en cumplir con el rol de madre, esta presión que recae sobre las mujeres podría producir malestar subjetivo en las mujeres que no logran o no quieren cumplir con este mandato, y es necesario explorar la resignificación, en caso de que exista, en las mujeres que sufren de muertes fetales.

11.3.4. Desde las voces de nuestras participantes.

11.3.4.1. Contradicciones y tensiones dentro del espacio familiar

Nuestras colaboradoras vivieron el espacio familiar como un territorio de contradicciones, donde emergen distintas emociones y percepciones ancladas a distintos elementos. Es muy importante para nuestro análisis observar este espacio como algo en permanente movimiento, no como algo estático, sino que se transforma y estas transformaciones causan que nuestras colaboradoras los perciban de distinta forma a lo largo de sus procesos de muerte de sus hijas e hijos.

Todas nuestras colaboradoras relatan que en un primer momento sus familias y parejas reaccionaron bien a la noticia, y ellas se sentían queridas y apapachadas. En el caso de Fresia, ella menciona que una vez que muere su bebé ella pasa de un estado de shock a un estado de depresión muy rápidamente, y hay un alejamiento paulatino por parte de su familia extensa que incluye a sus abuelas y

tíos/as. Ella menciona que en México las personas hablan sobre la muerte y bromean, pero no saben cómo enfrentarla, entonces, ella quería hablar de lo que le ocurrió, pero su familia evadía el tema. Existe una serie de elementos importantes que destaca dentro de este relato, el primero es que una de las tías de Fresia había cursado un evento de muerte fetal y ella le recomienda que asista a una tanatóloga lo que impacta de forma positiva dentro del proceso de duelo. Otro elemento importante es que su familia por parte de su madre es conservadora, por lo que no estuvo de acuerdo con un embarazo fuera del matrimonio y tampoco les gustaba su pareja, todo esto nos ayuda a observar de forma crítica las actitudes que ocurren luego de la muerte de su bebé, por otro lado, su familia por parte de su padre estuvo presente al comienzo, pero luego con el tiempo, el apoyo se desvaneció. Fresia percibe que no querían abordar el tema, sin embargo, ella quería hablar sobre su bebé, sentía que esa era una forma de sanar, pero ella cree que su familia pensaba que no hablar sobre el tema la ayudaría a continuar su vida.

La percepción de Claudia es que su familia tendía a minimizar los eventos de muerte fetal, además dentro de su familia no son de expresar sentimientos, físicamente son de abrazos, pero no acostumbran a verbalizar las emociones, esto la lleva a mostrarse fuerte frente a su familia. Existió una diferencia importante entre las reacciones de sus hermanas que sí lloraron, y sus hermanos y su padre y madre, quienes no lloraron, esta situación demuestra una característica tanto generacional como de género frente a los eventos emocionalmente relevantes, como la muerte fetal.

Diana menciona que se sintió apoyada por su familia, sin embargo, percibía que su marido y su familia querían que continuara con su vida lo más rápido posible, con excepción de su madre, quien la apoyo durante el proceso. Ella se tomó el tiempo para contactar con su sufrimiento, y se da el espacio para vivir el duelo, dentro de este proceso su familia, especialmente su madre, facilitó ciertos espacios.

En el caso de Erika, ella siente que su familia la apoyó durante el proceso, la muerte de su bebé fue un impacto para todas/os, y acudieron en su apoyo. Ella vio

que su pareja estaba triste, sin embargo, no lo vio llorar, él fue muy respetuoso con los sentimientos que fueron emergiendo en ella, en el espacio familiar no hubo frases que la hicieran sentir mal. Todo esto causa en Erika la percepción de que su familia fue un facilitador durante el proceso de muerte de su bebé y en la confrontación del duelo, hubo dos acciones familiares que refuerzan esta idea, la primera fue las acciones legales que su pareja y su padre la impulsaron a llevar a adelante, y la segunda fue su inclusión paulatina y flexible en el negocio familiar, lo que le permitía seguir desarrollando actividades en forma paralela, actividades relacionadas con su duelo.

Para Ema su familia fue importante, y le prestó apoyo emocional y logístico. Luego de la muerte de su bebé asisten sus primas/os, tías/os, se sintió apapachada por todas/os.

11.3.4.2. Concepciones y cambios en la idea de maternidad

Fresia percibía, antes de embarazarse, que la maternidad era una opción, y una vez que se embaraza, esta visión cambia, ahora percibe que la maternidad es lo más importante y es lo que le falta para sentirse totalmente realizada.

Por otro lado, para Claudia la maternidad era importante, lo que se refleja en un proceso médico extenso para lograr su embarazo, además menciona la visión de familia perfecta que impone la sociedad, donde la maternidad es un requisito. Ella se percibe a sí misma como madre, y ha resignificado este concepto, construyendo y participando de espacios sociales donde la maternidad no es una imposición.

Para Diana la maternidad era algo que ella anhelaba, por eso busco lograr su segundo embarazo durante al menos cinco años recurriendo a tratamientos de fertilidad, su visión de familia responde a una concepción tradicional, la que se conformaba de dos hijos y un esposo.

Erika menciona que en su familia existía un *deber ser* alrededor de la maternidad, este sistema de creencias es impulsado por su padre, quien siempre le expresó a

ella y a su hermano que quería nietos. Ella describe la maternidad como una parte esencial de su vida, algo que ha querido hacer desde siempre.

Para Ema la maternidad era y es algo importante, sin embargo, menciona que no considera que fuera lo más importante para ella. Su sensación es que la maternidad le fue arrebatada de golpe. Una vez que pierde a su bebé, ella siente que para volver a intentar embarazarse era necesario “*echarle muchas ganas*”, por lo que comienza un proceso de psicoterapia el que acompaña con asistencia al grupo de apoyo, también comienza a cuidarse físicamente, y un año y medio después ella logra tener un bebé.

12. La situación de las mujeres, embarazo y muerte gestacional (fetal) en el campo laboral

12.1. En relación a las condiciones de vida

12.1.1. Desde los documentos oficiales y normativos

La principal acción política del Estado mexicano que impacta sobre las condiciones de vida de las familias y, en particular sobre las mujeres es la incapacidad producto del embarazo. Esta acción se vincula con el derecho a la protección a la salud, y a la maternidad, en el espacio laboral, estipulada por los documentos de Gobierno.

Las áreas donde se ha centrado el marco normativo son; igualdad de derechos y obligaciones entre hombres y mujeres, protección de la maternidad, prohibición de ejercer cualquier tipo de trabajo en condiciones de riesgo para la mujer, protección contra cualquier tipo violencia y/o discriminación, protección frente a la realización de trabajos exigentes en términos físicos, finalmente se menciona la prohibición de realizar trabajos nocturnos en el área industrial o en el área de servicios (Llanes, Cervantes, Peña, & Cruz, 2019). Se observa la intención de compatibilizar, de forma armónica, dos roles de las mujeres, por un lado, el rol de madre biológica, necesario para la subsistencia de la sociedad, y en segundo lugar el rol de

trabajadora, un rol mucho más nuevo en términos históricos. Ambos roles tienen una connotación cultural diferente, por lo que son valorados de forma distinta por los distintos actores de la sociedad. En los documentos oficiales se observa la tensión entre ambos roles que apuntan a distintos fines, por un lado, la reproducción biológica y por otro la reproducción del capital. La tensión a la que nos referimos presiona de forma diferenciada a los distintos actores. Pensando esto desde la interseccionalidad (Viveros-Vigoya, 2016) resulta importante destacar que la clase social es un elemento diferenciador en la definición de la fuerza de la tensión, en otras palabras, una mujer que es jefa de hogar y de clase social baja, vivirá de forma distinta la tensión de los roles que una mujer jefa de hogar de clase alta. Lo mismo ocurrirá con el género y la etnia. Este punto será desarrollado de forma profunda en el análisis de las entrevistas donde se observa la vida de nuestra entrevistadas alrededor de los roles de madre-trabajadora.

Una arista de la maternidad que aún está fuera de los documentos es la necesidad de extender la incapacidad por embarazo a la lactancia, ya que este proceso considera dos descansos por día, de media hora cada uno durante seis meses a partir de la fecha de reintegro al trabajo (Llanes, et al. 2019).

Cabe mencionar que la muerte gestacional está fuera de la normativa. Esta omisión produce que la incapacidad postparto quede a discreción de los empleadores o jefaturas. Este fenómeno es abordado por nuestras participantes, por lo que será profundizado en el análisis de las entrevistas.

12.1.2. Desde las encuestas y los estudios académicos cuantitativos

Los resultados revelan que las mujeres tienen una baja participación económica, y un porcentaje importante no tienen ingresos propios. Las que trabajan poseen jornadas extensas. La brecha salarial es una realidad. En CDMX seis de cada diez mujeres que tuvo hijos no trabaja.

La perspectiva de la Determinación Social nos motiva a explorar el campo laboral desde una perspectiva compleja, la que ilumina fenómenos como la baja participación económica, la que se complementa con el trabajo de cuidados que

realizan las mujeres. Estos dos fenómenos concatenados nos ayudan a comprender de mejor forma las condiciones de vida de las mujeres, y la superposición del campo laboral y familiar, ya que una baja participación en el mercado del empleo formal es compensada por una alta participación en el trabajo de cuidados. La sociedad capitalista moderna presiona para que esta configuración se perpetúe, afectando no solo las condiciones de vida que se relacionan con la forma en que las familias obtienen los recursos para la reproducción de las vidas de sus integrantes, sino también las relaciones sociales y la experiencia subjetiva de las mujeres que deben cumplir con dobles o incluso triples jornadas. Las estrategias de reproducción social, biológica, simbólica y económicas se explican debido a la distribución de las familias en la escala social, por lo que están determinadas en el sentido que la Salud Colectiva propone.

12.1.3. Desde los estudios académicos cualitativos

La exploración de las condiciones de vida en lo laboral presentó varias dificultades, la principal es la falta de estudios cualitativos relativos al tema y a la población que nos interesa. Esta falta de estudios nos parece lógica, esto es debido a que las condiciones de vida han sido conceptualizadas desde lo cuantitativo, y no han tenido un desarrollo cualitativo.

Sin embargo, hemos encontrado algunos elementos que nos parecen relevantes. El primero es que existe una superposición de las vidas de las mujeres, entre el inicio de la vida laboral y la edad en las que ellas tienen su primer hijo, este solapamiento perjudica a las mujeres y las podría obligar a crear dos estrategias posibles, la primera podría ser posponer su maternidad, o bien, posponer su entrada al campo laboral, y en ambos casos la situación familiar de las mujeres se vuelve compleja.

Un elemento que emerge de forma importante durante esta revisión es la necesidad de comprender las condiciones de vida de las mujeres que cursan embarazos con su subjetividad, esto se vincula al momento de observar cómo las mujeres desarrollan sus proyectos de vida anclados a las condiciones de vida

material, en otras palabras, las mujeres deben conjugar sus expectativas y proyectos personales a las condiciones materiales y a la posibilidad de desarrollar vidas laborales extradomésticas. Dentro de las expectativas y proyectos personales de las mujeres coexisten elementos como la maternidad, la idea de familia, con la idea de desarrollar proyectos laborales propios.

El éxito de poder conjugar la vida laboral con el ámbito familiar resulta en la doble jornada, así como en fenómenos de violencia y/o discriminación laboral. La compleja situación que enfrentan las mujeres las obliga a generar diversas estrategias que les permiten acumular distintas formas de capital, como por ejemplo capital económico y también capital simbólico.

La cultura del emprendedurismo ofrece ciertas salidas al trabajo asalariado, salidas que le permiten a las mujeres acumular capital económico y simbólico, sin embargo, estas formas de trabajo que no entregan seguridad social son una forma más de precarización laboral.

Esta visión que supera a los elementos cuantitativos que usualmente guían la exploración de las condiciones de vida nos permite abrir una puerta que será investigada a través de las entrevistas.

12.1.4. Desde las voces de nuestras participantes.

12.1.4.1. En relación con las formas de trabajo

Las formas de trabajo también son espacios sociales que están determinados socialmente, esto se traduce en el nivel de ingresos económicos, acceso a servicios básicos, entre otros.

En el caso de nuestras participantes vemos que hay distintas modalidades de trabajo extra doméstico, por un lado, está el caso de Claudia quien trabaja en un organismo autónomo de la Ciudad de México con un horario nocturno que ejerce presión sobre su vida cotidiana. Las otras participantes trabajan en empresas privadas con horarios de oficina más o menos rígidos, presentan altas cargas

laborales lo que se traduce en expectativas elevadas por parte de sus jefaturas en relación con su rendimiento y su compromiso.

Una vez que el evento de muerte fetal ocurre todas nuestras colaboradoras que realizaban trabajo extra-doméstico remunerado recurren a su incapacidad, además hay empleadores que negocian extensiones de este derecho, lo que resulta en algo discrecional, pero de gran relevancia, pues es una forma de reconocer el aporte que realizan nuestras trabajadoras en sus espacios laborales. Esto revela una importante acumulación de capital simbólico en el espacio laboral, esta densidad de capital les permite validar frente a sus respectivas jefaturas, sin embargo, esto no las exime de situaciones relacionales complejas que son significadas, por ellas, como violencia.

12.1.4.2. El retorno a los espacios laborales luego de la muerte fetal

El retorno a sus lugares de trabajo y las condiciones en las que esto ocurre es variable. Fresia y Erika decidieron renunciar luego de la incapacidad, Claudia y Ema regresan a sus respectivos lugares de trabajo.

Las trayectorias laborales después de la muerte fetal también son variadas. Fresia, una vez que decide renunciar a su trabajo, se toma un tiempo para iniciar un proceso psicoterapéutico y de autoexploración, luego de eso retoma su actividad laboral con una modalidad de media jornada como profesora de natación, lo que complementa con estudios en psicología. Claudia y Ema se mantienen en su trabajo. Erika, una vez que renuncia a su trabajo e inicia su proceso psicoterapéutico, comienza a trabajar en la empresa familiar con un horario flexible, durante este período ella recibe el apoyo de su padre y madre.

En estas trayectorias vemos que existe un importante despliegue de agencia por parte de nuestras participantes, quienes en algunos casos deciden continuar con sus trabajos, a pesar de los malos tratos y frases hirientes que recibieron, por otro lado, otras participantes renuncian antes siquiera de volver. Pero todas retoman sus actividades laborales, la variación más importante radica en la duración del duelo y las estrategias desplegadas para enfrentarlo.

12.2. En relación a las relaciones sociales

12.2.1. Desde los documentos oficiales y normativos

Los documentos oficiales revisados tienen una orientación instrumental, esto se observa en el fuerte énfasis que realizan, sobre la eliminación de distintas formas de violencia que afectan a las mujeres. En un nivel más específico, se menciona la protección de las mujeres embarazadas en relación con el desarrollo de ciertas actividades laborales que podrían ser perjudiciales para el desarrollo del embarazo.

Se observa una distancia en la necesidad de normar el campo laboral y la concepción de este campo como un sistema complejo, donde se conjugan elementos políticos y económicos, con elementos cuyo origen es cultural y que se encuentran fuertemente arraigados en los distintos actores.

A partir del año 2018 se produce un giro importante en las leyes, donde se mandata a las instituciones a que desarrollen e implementen códigos de buenas prácticas, orientados a la protección de las mujeres frente a situaciones de acoso laboral, entre otras situaciones problemáticas, sin embargo, debemos mencionar que el año 2018 es el año donde se termina nuestra observación, por lo que no nos es posible observar las consecuencias de esta medida.

La complejidad del campo laboral para las mujeres fue descrita en los antecedentes (apartado 2), y en el contexto (apartado 3), esta complejidad nos motiva a reflexionar sobre la relación entre las altas tasas de prevalencia de discriminación y violencia tanto en CDMX como en todo México. Estas relaciones sociales de abuso y discriminación que se presentan en el campo laboral, y se presentan de forma importante dentro del espacio laboral, y en menor medida en las inmediaciones de ese espacio, lo que describe una situación compleja la que, si bien es abordada por los documentos oficiales, al momento de observar las encuestas a nivel nacional, es posible visualizar que no tienen un impacto significativo.

Las políticas de empleo abordan especialmente las condiciones de vida material de las mujeres y se observa una buena articulación en el cuerpo de documentos revisados, sin embargo, las relaciones sociales están menos presentes en los documentos revisados, donde, a pesar de ser abordadas consistentemente, las situaciones de discriminación y violencia son tratadas con un enfoque instrumental y declarativo, lo que se traduce en un abordaje superficial de las situaciones.

12.2.2. Desde las encuestas y los estudios académicos cuantitativos.

Las relaciones sociales en lo laboral están marcadas por distintas formas de violencia, donde destacan la discriminación, la violencia sexual y la violencia emocional. Se revela que la violencia es ejercida por múltiples actores como jefatura/patrón, compañeros de trabajo y clientes.

Para el caso particular de las mujeres que cursan embarazos, las encuestas revelan que sufren discriminación, la que adquiere distintas formas.

Las relaciones de poder que establecen las mujeres en el ambiente laboral son de subordinación, caracterizadas por distintos tipos de abuso que van desde lo psicológico a lo físico.

12.2.3. Desde los estudios cualitativos

Las relaciones sociales que establecen las mujeres están marcadas por un contexto general de precarización laboral. Frente a este contexto las relaciones sociales resultan vulneradoras para las mujeres, las que son víctima de violencia y discriminación.

Se establece una relación importante entre las distintas formas de trabajo a las que pueden optar las mujeres y las formas de relaciones sociales que pueden establecer en esos espacios. Un ejemplo de esto son las distintas formas de explotación en el trabajo informal, así como en el trabajo formal. Debemos considerar que las transformaciones en los tipos de empleo podrían conformar nuevas tipologías de relaciones sociales tanto entre empleados, como entre

empleados y jefaturas o patrones. La exploración y descripción de los roles y los actores que participan en el ámbito laboral es importante para explorar de forma particular la articulación que adquieren las relaciones sociales que establecen las mujeres que cursan eventos de muerte fetal en lo laboral.

Un elemento no explorado por los estudios académicos que consideramos importante es establecer que las estrategias de negociación en el ámbito laboral nos hablan tanto del capital cultural como del capital simbólico que las mujeres logran acumular. La densidad de estas formas de capital las ubica en mejores o peores posiciones para negociar acciones como la asistencia a controles médicos o la extensión de la incapacidad. Estas formas de capital también podrían estar jugando un rol importante al momento en que las mujeres que cursan eventos de muerte fetal regresan a sus lugares de trabajo, y deben enfrentar a los distintos actores con lo que se relacionaban, y donde las formas de relación se ven afectadas por la subjetividad de las mujeres. La relación entre las formas de relación y la subjetividad de las mujeres que cursaron muertes fetales será explorada en el apartado 16.

12.2.4. Desde las voces de nuestras participantes.

De nuestras cinco colaboradoras cuatro realizaban trabajo extra-doméstico, por lo que nos enfocaremos en ellas.

12.2.4.1. Entre la comprensión y la exclusión

Tanto Claudia, como Fresia, Erika y Ema, describen espacios laborales agradables. A continuación, analizaremos lo que ocurre en estos espacios cuando se enteran de sus embarazos y su respuesta luego de la muerte de sus bebés.

En el caso de Fresia se observa un fuerte compromiso de ella con su trabajo, lo que se traduce en altas expectativas laborales por parte de sus tres jefes, los que se mostraron muy contentos con la noticia de su embarazo, una de sus jefas se mostró muy empática. Sus compañeros se organizaban para complacerla si tenía

algún antojo, o llevarla a comer a algún restaurante que le gustara, Fresia recuerda que a los 6 o 7 meses le ofrecieron realizar un horario flexible. Una vez que Fresia pierde a su bebé ella renuncia, a pesar de las ofertas que sus jefes le realizan, ella decide no volver al trabajo, ni ver más a sus compañeros y a sus jefes, los trámites administrativos los realizan su padre y madre.

El caso de Claudia es similar en relación con que sus compañeros de trabajo estaban muy contentos con la noticia de su embarazo, sobre todo los más cercanos, pues sabía que había sido difícil lograr el embarazo, incluso sus compañeros estaban organizando un *baby shower* para ella y su bebé. El regreso de Claudia a su trabajo estuvo marcado por la exclusión general por parte de sus compañeros, los que la evitaban y fueron muy pocos quienes le dieron el pésame. Erika vivió una situación similar por parte de sus compañeras/os, quienes se alegraron mucho en un comienzo, al igual que sus jefas/es. Cuando ocurre la muerte de su bebé, ella decide renunciar y no regresa a ese espacio laboral.

El caso de Ema es similar, sus compañeros se alegraron al igual que su jefe, sin embargo, la gerenta del laboratorio realizó comentarios fuera de lugar, los que fueron ignorados por Ema. El regreso a su lugar de trabajo estuvo marcado por la exclusión, no querían hablar con ella, solo la saludaban y se iban.

Destacamos dos tipos de experiencias, las de exclusión y las de renuncia. La experiencia de exclusión se observa en la respuesta que despliegan los integrantes del campo laboral, su objetivo principal es evitar el tema. La experiencia de renuncia se despliega como una estrategia para evitar la exposición y la interacción. Ambos mecanismos son una forma de responder a la muerte gestacional, y es probable que se vincule con la pérdida del capital simbólico de forma repentina y al sentimiento de culpa que genera esta pérdida. Esta visión se vincula con las expectativas propias de las mujeres, vinculadas con las expectativas del campo laboral. Esta vinculación de expectativas determina las formas que adquieren las relaciones sociales, las que evolucionan temporalmente y nunca son estáticas.

Las experiencias de Fresia y Erika tienen como objetivo principal evitar el regreso al espacio laboral, los motivos son variados, y la estrategia que despliegan para lograr este objetivo es la renuncia.

Las experiencias de exclusión vividas por Ema y Claudia destacan, en la interpretación de ellas, por la incapacidad de sus compañeros de abordar el tema de la muerte fetal, frente a lo que los/as agentes del campo responden con exclusión. Esta actitud se puede relacionar con la tendencia que nace dentro del neoliberalismo, donde lo igual atrae a las personas, quienes a su vez excluyen lo diferente (Byung-Chul, 2017). En este sentido es posible ver a las mujeres que sufren de muerte fetal como mujeres distintas, o que han fallado en la realización de su rol biológico más básico. Otro elemento que nos permitiría explicar la exclusión de nuestras colaboradoras tendría relación con la incapacidad de la sociedad en su conjunto de empatizar con una muerte fetal, lo que explicaría en parte, la desintegración de las redes sociales tanto familiares como laborales, sin embargo, la naturaleza de estas redes es distinta, y por el contrario, lo que se evidencia es la fragilidad del vínculo entre los distintos agentes del campo laboral, donde no existe vínculo sanguíneo, ni responsabilidad de ejercer cuidados.

12.2.4.2. El día de la madre como hito de exclusión

Dos de nuestras colaboradoras han relatado que el diez de mayo, día en que se celebra el día de las madres ellas fueron excluidas de estos espacios, revisemos algunos elementos importantes.

En el caso de Claudia a ella se le excluye de recibir regalo, y menciona que su jefa la anotó en la lista de madres, pero el director de la institución la excluyó por considerar que ella no era madre.

Ema también sufrió de exclusión por parte de sus jefaturas, ya que el diez de mayo a las mujeres que son madres se les entrega un pequeño regalo y les permiten retirarse más temprano de sus labores, sin embargo, a ella no la consideran.

Estos eventos refuerzan lo descrito en el párrafo anterior, donde las mujeres que cursan eventos de muerte fetal son excluidas, y en sus palabras, se les invisibiliza del campo laboral. Estos mecanismos de exclusión son complejos, pero bajo nuestro análisis se basan en la necesidad de evadir eventos que son emocionalmente difíciles de enfrentar.

Es importante notar como el capital simbólico no es un elemento de protección frente a la invisibilización de la muerte fetal.

12.3. En relación a la experiencia subjetiva

12.3.1. Desde los documentos oficiales y normativos

En relación con el campo laboral, la experiencia subjetiva posee un enfoque psicologista, y se aleja de la visión compleja de la medicina social, la que hace énfasis en la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención.

También destaca el anclaje de la seguridad social a poseer un trabajo, esta situación condiciona el acceso a los servicios de salud, lo que se aleja de la visión de la salud como un derecho y lo acerca más a una visión de bien de consumo. Esta visión es consistente con la política del Seguro Popular, la que se enfoca en paquetes de intervenciones médicas.

Existe un enfoque voluntarista en el marco legal federal, donde los indicadores se reducen a la utilización y cobertura de servicios de atención psicológica por parte de mujeres que cursan embarazos. La intersectorialidad no debe dejarse a la voluntad de los distintos actores, ya que ellos tienden a la reproducción de sus esquemas de acción, que en muchos casos vulneran a las mujeres. Otra falencia que observamos es la ausencia del concepto en los programas, no así en el marco político y legal. Esta situación refuerza nuestra hipótesis del enfoque declarativo, con escasa capacidad de concreción.

Observamos que el Estado mexicano ignora la dimensión subjetiva, en parte debido a la relevancia que le entrega al rol productivo que deben adoptar las

mujeres en el campo laboral, y donde la conjugación con el rol reproductivo en el campo laboral y familiar queda a discreción de ellas, lo que genera una fuerte tensión para las mujeres que cursan embarazos, y que deben equilibrar sus vidas entre estos campos. Las estrategias de reproducción de la vida material-económica y simbólica que las mujeres desarrollan en este campo en particular, están íntimamente determinadas por factores económicos, políticos e ideológico-culturales. Muchos de los mecanismos desplegados afectan la subjetividad de las mujeres, lo que impacta sobre la salud materno-fetal.

El concepto más próximo a la experiencia subjetiva es el de salud mental. Este concepto es abordado de forma instrumental por el marco de documentos oficiales. Las múltiples menciones que se realizan de este concepto se solapan con conceptos como erradicación de toda forma de violencia contra las mujeres. De esta intersección es posible asumir que el bienestar en el ámbito de la salud mental es una prioridad.

12.3.2. Desde las encuestas y los estudios académicos cuantitativos

Las fuentes no son explícitas en el abordaje de la experiencia subjetiva en lo laboral, sin embargo, a partir de los datos podemos interpretar que un elemento derivado de las situaciones violentas que sufren las mujeres en el ámbito laboral es la no realización de denuncias. Los motivos de la no denuncia son la consideración de que fue un evento sin importancia, por miedo a las consecuencias y por qué sintieron vergüenza. Los elementos subjetivos que subyacen a la no denuncia se mantienen sin explorar.

No existen datos que exploren la experiencia de las mujeres embarazadas que son víctima de situaciones de discriminación y violencia en sus espacios laborales.

12.3.3. Desde los estudios cualitativos

Basándonos en la revisión previa podemos realizar una serie de inferencias. La primera se relaciona con las acciones y actividades que realizan las mujeres

durante trabajo extra doméstico, estas acciones son guiadas por la necesidad de producir capital económico, pero también responden a esquemas de socialización que mandatan a la mujer a conjugar la producción con la reproducción, de esta forma, recae sobre ellas el peso de conjugar estos dos procesos, y para las mujeres que desarrollan cierto tipo de actividades precarizadas, tercerizadas e informales, son procesos que podrían ser indisociables en la práctica. Entonces, comprendiendo que los procesos macroestructurales configuran las prácticas, las que a su vez son producto de esquemas de pensamiento adquiridos y reproducidos, es que podemos observar el *habitus* en acción. Pero no debemos perder de vista la agencia de las mujeres que desarrollan trabajos informales, ellas desarrollan estrategias que muchas veces superan la reproducción.

Otro elemento que debemos destacar es la importancia de que las mujeres se perciban a sí mismas como sujetas de derecho, la evidencia nos muestra que, si las mujeres realizan actividades informales, esto no ocurre, lo que es un grave problema, ya que impacta directamente sobre sus condiciones de salud. Esta situación nos lleva a la necesidad de explorar las estrategias que las mujeres que cursan embarazos y que tienen muertes fetales desarrollan para atender sus problemas de salud, si lo hacen en el sistema público o en el privado, y que lógicas las llevan a tomar una decisión u otra.

Finalmente nos parece relevante mencionar la importancia que tienen los valores que se reproducen en torno al trabajo, y su influencia sobre las formas que adoptan las relaciones sociales. En otras palabras, los elementos valóricos como tener una familia tradicional o el amor romántico influyen en las formas de relación, los que a su vez se anclan a las condiciones de vida material. La situación antes descrita es importante al momento de pensar en las estrategias de distribución del capital económico al interior de la familia, estas estrategias de negociación se anclan, a su vez, al capital simbólico, que se relaciona con el prestigio que le otorga, lo que traduce en valores como abnegación o responsabilidad.

12.3.4. Desde las voces de nuestras participantes

El espacio laboral presenta una serie de elementos que lo convierten en un espacio de lucha permanente para nuestras participantes. En el interior de este espacio se disputan distintas formas de capital, siendo el más importante para nuestro análisis el simbólico. Estas disputas producen ciertas subjetividades específicas en nuestras participantes. A estos elementos debemos agregar las distintas formas de trabajo asalariado que se producen en México, los que están marcados por la precarización de la estabilidad laboral, la pauperización, las jornadas laborales extensas entre otros fenómenos que afectan la salud de las mujeres en general y a nuestras participantes en particular.

Alma no realiza trabajo asalariado, por lo que no se considerará en este análisis.

12.3.4.1. Tensiones y fracturas

Esta reflexión busca evidenciar, dentro de las experiencias de nuestras participantes, una serie de eventos que producen tensiones y fracturas a nivel subjetivo dentro del campo familiar.

El caso de Fresia posee particularidades importantes, la primera es que ella percibía que había altas expectativas en relación con su desarrollo profesional, tenía bastante prestigio (capital simbólico) frente a sus jefes, lo que se tradujo en aumento de responsabilidades y se posicionó como líder de equipo. Ella nunca sintió que para sus jefes su embarazo fuera un impedimento para continuar desarrollándose y ascendiendo en la empresa. Fresia menciona que luego de la muerte de su bebé ella decide renunciar, a pesar de lo mucho que le gustaba trabajar ahí, su motivo se relacionaba con su percepción de que no podría volver a ser igual de productiva que antes. La internalización de los discursos y roles de productividad impacta de forma negativa en Fresia y la hacen sentir culpable por no poder superar el duelo lo suficientemente rápido y reintegrarse, lo que la lleva a renunciar. Fresia también apunta a la forma en que la concepción del trabajo ha cambiado en ella, antes sentía que sólo trabajaba por un sueldo, lo que la llevó a ser profundamente infeliz, mientras que ahora busca la felicidad en su trabajo,

esta reflexión emerge producto de la muerte de su bebé. Para Fresia el 10 de mayo también la afectó emocionalmente, ya que se sintió invisibilizada.

Las tensiones por las que atraviesa Claudia en el espacio laboral son múltiples. La primera se presenta en el momento previo a que ella debe volver a su trabajo, luego de la muerte de su hijo, ella comienza a desarrollar un sentimiento de culpa, acompañado de una sensación que ella había decepcionado a sus compañeros de trabajo y a sus jefaturas. Una vez que vuelve a su trabajo afloran sentimientos negativos, se sentía señalada e ignorada, pocas personas se acercaron a darle el pésame, incluso algunas le preguntaron ¿cómo esta tu bebé? O si había sido niño o niña. El 10 de mayo también se presenta como una fecha compleja en términos emocionales, ella se siente invisibilizada e ignorada, a pesar de que ella se considera a sí misma madre.

La percepción de Erika antes de la muerte de su bebé es que había un buen ambiente laboral, ella se sentía muy cómoda, y esto tiene que ver con la estructura de género del espacio laboral, el que estaba mayormente representado por mujeres. Antes de la muerte de su hija, ella había decidido tomarse un año para poder estar con ella, y cuando muere, decide renunciar. Es en ese momento en que el capital simbólico que Erika había acumulado moviliza a su jefatura a ofrecerle quedarse, y tomarse el tiempo que fuera necesario, sin embargo, su percepción es que ella necesitaba alejarse del lugar físico, ya que éste le afectaba. Ema estaba en una posición laboral de mucha responsabilidad en su trabajo, es por eso por lo que se sintió mal cuando la gerenta del laboratorio donde trabajaba le reprochó que *“cómo era posible que se embarazara”*, ella decide de forma consciente no responderle, sin embargo, en este evento se revela la posición de subordinación que Ema tiene con relación a la posición de la gerenta, quien no respeta los derechos reproductivos de Ema. Por otro lado, su jefatura directa, que es un hombre, se muestra comprensivo lo que la hace sentir tranquila. La estructura del campo laboral como espacio jerárquico y donde se llevan a cabo luchas de poder y capital, obliga a Ema a buscar aliados y enfrentar detractores, estas disputas determinan las emociones que ella genera. Luego de la muerte de su bebé Ema utiliza los 42 días de incapacidad, y menciona que su jefe le ofreció

extender la incapacidad, sin embargo, emerge en ella un sentimiento negativo asociado a la necesidad de hacer algo para distraerse, ya que sentía que se volvería loca. Ella describe su regreso al trabajo como algo complicado, ya que emergen sentimientos negativos asociados a determinadas acciones realizadas por sus compañeras/os como ignorarla o excluirla. Frente a esta situación Ema decide enfocarse en su trabajo.

12.3.4.2. Mandato de productividad/maternidad

En el modo de producción capitalista-neoliberal la productividad se propone como un valor, y ser saludable es un sinónimo de ser productivo, por lo que insertarse o reinsertarse en un determinado espacio de trabajo requiere ciertas capacidades físicas y/o psicológicas (Granados, Rosales, & Mendoza, 2019). Hemos observado que algunas de nuestras participantes enfrentan procesos complejos cuando se trata de regresar a los espacios laborales, es por eso por lo que esta categoría emerge de forma natural en las experiencias, y a continuación revisaremos las experiencias que se desenvuelven en esta categoría emergente.

En el caso de Fresia, ella decide renunciar una vez que muere su bebé y termina su incapacidad, la reflexión que ella desarrolla es que esta renuncia se debe a que ella sentía que ya no podría ser la misma empleada que era antes, y que su desempeño no sería igual. Fresia profundiza en la relación entre trabajo y felicidad, y menciona que la muerte de su hijo la hizo reflexionar sobre lo infeliz que había sido tanto en lo personal como en lo laboral, ella se explica a sí misma que lo intenso de su duelo y el carácter patológico de éste, dependió de forma importante de su sensación de infelicidad personal y laboral.

Para Claudia, su regreso al espacio laboral tuvo ciertas particularidades. Ella debió iniciar un proceso psicoterapéutico para poder reincorporarse a ese espacio. Emergió en ella un sentimiento que describe como culpa, el que se refería a sus compañeros, ella sentía que los había decepcionado. El carácter de productividad en el caso de Claudia podría asociarse a la capacidad ser madre, en otras palabras, es posible que el sentimiento de decepción que emerge en ella se

asociara a su incapacidad de producir vida. Esta inferencia se sostiene sobre el trabajo psicoterapéutico que ella inicia, el que se enfoca en superar “el qué dirán” los/as otros/as y, enfocarse en ella misma y en sus sentimientos. Este trabajo le permite enfrentar las exclusiones que se presentan en su regreso al espacio laboral, lo que ella interpreta como incapacidad de hablar sobre este tipo de muertes

Erika menciona que ella había decidido renunciar a su trabajo para poder dedicarle un año a la crianza de su hija. Cuando su hija muere a las 34 semanas de gestación, ella decide renunciar a pesar de que su jefe le insiste con que se quede en el trabajo, esta petición revela una densidad importante de capital simbólico por parte de Erika. Las acciones realizadas por Erika revelan que la posición de relevancia que ella le otorga a la productividad laboral está subordinada al mandato de la maternidad, lo que explica en un primer momento la decisión de renunciar para dedicarse un año a la crianza de su bebé, y posteriormente, la renuncia definitiva una vez que ocurre la muerte. Sus condiciones materiales le permiten reinsertarse laboralmente en la empresa familiar con un horario flexible.

La situación laboral de Ema destaca por una alta carga de responsabilidades. Su experiencia presenta dos situaciones distintas relacionadas con la noticia sobre su embarazo, la primera es que su jefe directo reaccionó bien, sin embargo, la gerenta del laboratorio reaccionó de forma agresiva exigiéndole explicaciones sobre porqué se había embarazado. Esta situación hace sentir mal a Ema, sin embargo, no la enfrenta y decide guardar silencio. Otro elemento que destaca en la experiencia de Ema es la densidad e capital simbólico que ella ha acumulado en el espacio laboral, el que se revela una vez que ocurre la muerte de su bebé, es ahí cuando su jefe directo le ofrece tomarse algunos días más, sin embargo ella rechaza el ofrecimiento y en este momento donde emerge el mandato de productividad. Ema menciona que ella sentía la necesidad imperiosa de volver a trabajar, necesitaba distraerse, ya que sentía que se iba a volver loca. Una vez que regresa al espacio laboral se sentía ignorada y excluida, sus compañeras/os

la saludaban y se daban la vuelta, y como se mencionó antes el diez de mayo también fue un momento complejo en términos psicológicos.

13. La situación de las mujeres, embarazo y muerte gestacional (fetal) en el campo de los servicios de salud

13.1. En relación a las condiciones de vida

13.1.1. Desde los documentos oficiales y normativos

Asegurar el acceso al derecho de protección a la salud esta explicitado en la Constitución, sin embargo, también se explicita que la Ley definirá la modalidad en que este derecho será entregado. Esta posición del Estado mexicano es característica de los Gobiernos neoliberales de América Latina. Prueba de esto es la política en salud más importante del Siglo XX, el Seguro Popular, el que a través de prestadores privados buscó asegurar la cobertura universal de salud, y que tuvo las consecuencias que se han descrito ampliamente en apartados anteriores.

La articulación entre el marco político y legal es especialmente compleja en el aseguramiento de derechos como el acceso a la protección a la salud, y esto no solo pasa por la necesidad de políticas multisectoriales que sean capaces de normar las participaciones y acciones de varias instituciones de distintos niveles jerárquicos, sino también que las instituciones y el Estado en su conjunto se han fragmentado, lo que dificulta su articulación.

Desde el punto de vista histórico durante el período 2013-2018, se produce la máxima profundización de las políticas neoliberales. A pesar de esta profundización podemos ver que el embarazo es un proceso que está fuertemente normado y hay un despliegue coherente dentro de los documentos. Esto nos permite afirmar que las mujeres tienen asegurado el derecho al acceso a la protección a la salud, tanto para las mujeres que se atienden en la Secretaría de Salud, como a las que se atienden en instituciones como IMSS o ISSSTE, entre

otras, además de considerar a quienes se atienden en el sistema privado. Este último punto no se hace cargo de las condiciones de trato dentro de los establecimientos, los que se deberían ajustar a la normativa internacional y nacional sobre Derechos Humanos, sin embargo, los eventos de violencia obstétrica son comunes dentro de todos los tipos de instituciones antes mencionadas. De esto, es posible volver a corroborar e inferir, que la distancia entre lo normativo y lo que viven las mujeres que cursan embarazos es amplia, y requiere de una revisión en profundidad desde la perspectiva de las mujeres.

La muerte gestacional tampoco aparece como un evento normado, por lo que se presenta como un evento que es abordado de forma discrecional por el personal de salud en todas las instituciones. La omisión de este evento en el marco normativo se expresa en forma de desregulación y son las instituciones las que deben desplegar protocolos de acción frente a estos casos. Lamentablemente esta lucha de poder por la creación de protocolos, encarnada por agrupaciones como MISS-ECA, es una lucha de avance lento, sin embargo, los últimos años han tenido una participación política importante, y han logrado visibilizar a través de las redes sociales y distintos congresos la temática de la muerte gestacional, por lo que no nos debería extrañar que en el mediano plazo se desplegaran normativas nacional y federales para normal los protocolos relacionados con los eventos de muerte gestacional.

13.1.2. Desde las encuestas y los estudios académicos cuantitativos

Se observa una prevalencia importante y que tiende a aumentar entre los años 2012 y 2018, en condiciones de salud como diabetes e hipertensión. La visión que se expresa en estos datos nos recuerda a la visión de la epidemiología clásica, la que observa los eventos de salud-enfermedad como fenómenos que ocurren en comunidades, familias y/o en individuos, las cuales poseen una probabilidad de sufrir la enfermedad, un concepto clave en esta visión es la vulnerabilidad, la que se atribuye a características individuales (De Almeida Filho, 2002). No podemos

ignorar que la diabetes, desde los inicios del neoliberalismo en México, ha aumentado significativamente, y entre los años 1990 al 2000 se posicionó como la principal causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, su distribución territorial también es desigual (Membreño & Zonana, 2005).

Se han desarrollado importantes esfuerzos para observar la diabetes desde la perspectiva de la determinación social de la salud, ellos hacen énfasis en la reproducción social y en la influencia del neoliberalismo sobre las condiciones de vida de las colectividades, todo esto visto desde la visión dialéctica, la que complejiza las formas de enfermar y morir de las poblaciones (Zapata & Rojas-Rajs, 2021).

Es importante que la perspectiva compleja de la Salud Colectiva y la Medicina social se aplique a las condiciones de salud que aquejan a las mujeres que cursan embarazos y en particular a las que sufren de muertes fetales, lamentablemente no hay estadísticas al respecto.

En relación con el acceso a los servicios de salud, es en general buena, ya que 8 de cada 10 mujeres afirma tener acceso a este derecho. No se exploran las formas en las que se accede a este derecho, ni la conformidad de la atención. Es importante explorar las estrategias que despliegan las mujeres para la obtención de la incapacidad emitida por las instituciones de salud del Estado, y la complementariedad con instituciones privadas.

13.1.3. Desde los estudios académicos cualitativos

Las estrategias que despliegan las mujeres que cursan embarazos para atender sus problemas de salud son desconocidas, sobre todo las que cursaron eventos de muerte fetal. Estas formas de atención son propuestas por el Estado mexicano, y tienen un enfoque mercantil, lo que afecta de forma desigual a las poblaciones que buscan resolver sus problemas de salud.

Existe un fuerte énfasis en otorgar atención prenatal, lo que impacta de manera positiva en la salud de las mujeres que cursan embarazos, sin embargo, se

observa presencia de complicaciones previas al parto, durante el parto y posteriores al parto.

Nos parece relevante rescatar una de las premisas de la salud colectiva y la medicina social, y es que las formas en que las poblaciones enferman y mueren, se relaciona con la posición que ellas ocupan en la escala social. Entonces, comprender el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado implica comprender que las estrategias de trabajo desarrolladas por las mujeres que cursan embarazos afectarán la salud de ellas y sus bebés en gestación, y a su vez las formas de trabajo se ligan a formas de atención a la salud. Es necesario esclarecer esta trama en el caso de las mujeres que cursan un evento de muerte fetal.

13.1.4. Desde las voces de nuestras participantes

13.1.4.1. Sobre las distintas formas de atención

Las formas de atención de los problemas de salud responden a la teoría de la determinación social. Nuestra observación con relación a nuestras colaboradoras es que todas contaban con seguridad social, Claudia utilizó el ISSSTE, mientras que las otras utilizaron IMSS, Alma por otro lado, no realizaba trabajo extradoméstico, y su atención prenatal y parto lo realizó en el servicio privado, sin embargo, por complicaciones del parto debe acudir a un hospital del IMSS.

Esta tesis no contempló la enorme variabilidad de formas de atención privada que existe en Ciudad de México, que va desde consultorios gratuitos asociados a empresas farmacéuticas, pasando por clínicas privadas de bajo costo, finalizando por clínicas privadas de alto costo. Estos elementos no fueron explorados en las entrevistas. Sin embargo, cuando nuestras colaboradoras mencionan que asistieron a un/a ginecóloga/o, asumimos que podría tratarse de una institución privada de costo variable.

13.1.4.2. Estrategias y trayectorias de atención

Una primera estrategia importante que marca las atenciones prenatales y partos de nuestras participantes es el uso instrumental del IMSS e ISSSTE, en otras palabras, ellas declaran que utilizan los servicios de salud públicos con el objetivo de obtener la incapacidad. La relación de la diada mujeres-servicios de salud, está marcada por la sobreposición del campo de los servicios de salud y el campo laboral, esto es debido a que las mujeres ven a los servicios de salud como una institución necesaria para optar a la incapacidad, lo que les permite 42 días de prenatal y 42 días de postnatal con su sueldo íntegro. Todas las mujeres con excepción de Alma adoptaron esta estrategia.

Una segunda estrategia con alta presencia es la combinación de la utilización de los servicios público de salud y el sistema privado de salud. Esta estrategia revela por un lado una percepción subjetiva generalmente negativa de los servicios de salud del Estado, y por otra, una capacidad económica de cubrir los gastos asociados a las consultas privadas. Sobre este último punto nuestro estudio posee una falencia, pues no se consideraron las múltiples formas de atención privada a las que es posible acceder en México, las que van desde consultas de asistencia médica general realizadas en dependencias asociadas a farmacias, pasando por clínicas privadas de recursos limitados, hasta considerar grandes consorcios médicos privados.

Nuestras participantes tuvieron trayectorias de atención similares.

Fresia recibió atención prenatal en el IMSS y en un servicio de salud privado, pero tuvo su parto en un hospital del IMSS, Erika hizo lo mismo, Claudia por otro lado, se atendió en el ISSSTE y con una ginecóloga particular y su parto se llevó a cabo en un hospital del ISSSTE, finalmente Ema quien se atiende solo en una clínica privada, y llega de urgencia a dicha clínica, pero ella misma se mueve a un hospital del IMSS. La situación de Alma tiene particularidades, pues ella tuvo atención prenatal en el servicio privado de salud, y producto de una urgencia médica que no podía ser atendida en la clínica, debido a que no contaban con la tecnología, ella debió trasladarse a un hospital del IMSS, donde finalmente ocurre

la muerte de su bebé. Las trayectorias de atención prenatal de nuestras participantes se caracterizan por la percepción de baja calidad en la atención de los servicios públicos, así como un número reducido de controles médicos, lo que se acompaña por una percepción de poco interés por parte de los/as profesionales que participan en la atención prenatal. Estos elementos motivan a nuestras participantes a acudir a servicio privado en búsqueda de una atención más personalizada y con un mayor despliegue de recursos humanos, así como con mejores equipos tecnológicos.

Este último punto revela una importante capacidad de agencia por parte de nuestras participantes, ya que sus creencias personales motivan acciones y decisiones. Estas acciones y decisiones se anclan fuertemente a su capital económico, pues pueden financiar la atención prenatal privada, pero también responde a un determinado capital cultural, pues valoran la atención privada de mejor forma que la pública.

13.2. En relación a las relaciones sociales

13.2.1. Desde los documentos oficiales y normativos

Las relaciones sociales es el segundo eje que tiene mayor presencia en los documentos revisados (Figura 2), pero dentro del campo de los servicios de salud tienen una baja presencia (Figura 3). Esta presencia se centra especialmente en los ejes de no discriminación e igualdad sustantiva al momento de requerir atención médica.

El carácter genérico e instrumental de las afirmaciones busca impactar de forma positiva sobre las formas que adquieren las relaciones sociales, incluso existe una perspectiva importante en la formación de los ciudadanos, en relación con la igualdad sustantiva y no discriminación, la que comienza desde la formación escolar.

Un elemento importante que debemos destacar es la emergencia del nivel institucional en la Ciudad de México, los documentos mencionan que las

instituciones públicas deberán fomentar la eliminación de estereotipos que pudieran incentivar la discriminación. Un segundo componente novedoso es la necesidad de modificar el lenguaje que se utiliza en las instituciones de Ciudad de México, instando la perspectiva de género.

El nivel de Ciudad de México se aborda de forma directa la formación del personal médico con el objetivo de atender situaciones de violencia de género, así como la sensibilización de todo el personal de salud.

Hemos constado la presencia de la intención intersectorial en la política de no discriminación y erradicación de la violencia contra las mujeres se traduce en el llamado a distintos actores tanto públicos como privados, así como a la colaboración entre distintos actores estatales, los que acuden con el objetivo de aumentar la integralidad en el abordaje de un problema público (Cunill-Grau, 2014), que en nuestro caso es la muerte fetal y la atención prenatal.

La pregunta que debemos plantearnos es ¿logra la intersectorialidad su objetivo? La respuesta a esta pregunta no es simple, sin embargo, la evidencia que emana desde los documentos normativos nos revela un importante despliegue de leyes que llaman a distintas instituciones, tanto públicas como privadas a implementar acciones que protejan a las mujeres en distintos campos sociales, de distintas formas de violencia. Esta evidencia nos lleva a afirmar que existe una coherencia importante dentro de lo normativo. Sin embargo, los datos emanados de encuestas, recopilados principalmente por el INEGI y desde distintos estudios cualitativos, nos muestran una realidad mucho más compleja, y en ella las mujeres son subordinadas al poder médico.

El mandato constitucional a la protección del acceso a la salud es vulnerado de distintas formas y se utilizan distintas estrategias, todo esto, a pesar de un despliegue legal importante.

13.2.2. Desde las encuestas y los estudios académicos cuantitativos

En términos generales las fuentes revisadas revelan que las mujeres ocupan una posición de subordinación frente al personal de salud, lo que la sitúa en una

posición baja en el campo de los servicios de salud. Esta situación le resta autonomía a las mujeres en las posibles decisiones que pueda tomar.

La violencia obstétrica es una situación abordada por las fuentes revisadas, esta se manifiesta de distintas formas, y todas pueden ser entendidas como formas de relaciones de poder abusivas, por ejemplo, ser víctima de gritos, regaños, hacerlas esperar e ignorarlas como forma de castigo.

Otra arista de la violencia obstétrica se observa en el momento en que el personal médico realiza una cesárea sin entregar la información suficiente, o bien sin su autorización. Una variante de esta última situación se observa cuando se le solicita autorización para realizar una cesárea a su pareja o esposo, padre o madre o incluso a otros parientes.

El ámbito médico es un espacio complejo, donde se entrecruzan distintos elementos, y donde las mujeres se enfrentan al modelo médico hegemónico que socializa al personal de salud para adoptar formas de relación que vulneran a las mujeres.

13.2.3. Desde los estudios cualitativos

La perspectiva de derechos nos motiva a considerar cuáles fueron las condiciones en que las mujeres que cursan muertes fetales ejercieron su derecho a la protección a la salud, durante todas las etapas del embarazo, desde la atención prenatal, hasta el momento de la muerte de sus bebés y los procesos postoperatorios. La interacción con distintos prestadores, privados o estatales, que incluye formas de interacción con el personal administrativo y médico que son variadas.

La revisión de documentos académicos sitúa la preocupación en relaciones de subordinación entre mujeres que cursan embarazos y el personal médico. Esta subordinación se expresa en violencia obstétrica, este fenómeno ha sido bien explorado por distintos investigadores e investigadoras, los que apuntan a las formas de socialización que aprenden los médicos durante su formación, esta forma de socialización es reproducida por los jóvenes médicos, y reforzada por

sus superiores y sus pares. El *habitus* médico es un concepto que rescata tanto las formas aprendidas de pensar el mundo, donde se incluye a los pacientes y mujeres que cursan embarazos, así como las formas de actuar sobre el mundo.

Si bien la violencia obstétrica es un fenómeno relevante y bien descrito, no se ha explorado la situación de las mujeres que cursaron una muerte gestacional. Las formas de relaciones sociales de subordinación podrían ser extendidas a mujeres que cursaron este tipo de eventos, lo que podría ser entendido como una doble vulneración, la primera es motivada sólo por el hecho de ser mujeres, y la segunda por haber perdido a sus bebés.

Otro elemento que es necesario explorar, y del que no se tienen referencias, es la experiencia de las mujeres que cursaron un evento de muerte gestacional con los prestadores privados.

13.2.4. Desde las voces de nuestras participantes

Todas nuestras colaboradoras fueron atendidas por el sistema público, Claudia se atendió en el ISSSTE, mientras que las otras lo hicieron en el IMSS.

13.2.4.1. Entre el derecho a la protección a la salud y la violencia obstétrica

Un elemento importante que mencionan nuestras colaboradoras es el valor negativo que le otorgan a las relaciones sociales establecidas con el personal de salud en los centros de salud públicos durante sus partos.

Estas relaciones se enmarcan en el subcampo de la medicina moderna, el que se caracteriza por relaciones fuertemente jerarquizadas entre el personal médico y las mujeres, donde la lógica de la relación se basa en el control, por parte del personal de salud, de ciertas formas de capital, como el simbólico y el cultural, ellos monopolizan estas formas de capital, dejando a las mujeres desprovistas de cualquier posibilidad de negociación (Castro & Villanueva, 2019).

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género, la que se basa en la subordinación de las mujeres (Castro & Frías, 2020).

Un elemento que adquiere relevancia dentro de las relaciones sociales entre nuestras colaboradoras y las/os médicas/os es que, a pesar de que cuatro de nuestras colaboradoras tienen un alto nivel académico lo que se asocia a alto nivel cultural, las relaciones sociales siguen siendo fuertemente verticales y jerárquicas, en otras palabras, parece ser que la densidad de capital cultural que poseen nuestras colaboradoras, no logra equilibrar la balanza frente al capital cultural de las médicas/os. Por otro lado las/os ginecólogas/os son especialistas, lo que las/os ubica por sobre otras especialidades y sobre las médicas/os generales.

Un elemento importante es la posición máxima que logran nuestras colaboradoras en el encuentro médico-paciente, donde ellas a pesar de ser mujeres adultas y profesionales no logran un estatus mayor que el de una mujer (Castro & Erviti, 2015), esta relación desigual las posiciona como subordinadas, lo que las hace vulnerables a múltiples formas de violencia, donde destaca la violencia obstétrica. Esta reflexión nos lleva a pensar el campo médico como un espacio de lucha, donde la posibilidad de establecer relaciones horizontales e iniciar una negociación es inexistente.

13.2.4.2. Eventos de agencia dentro del espacio médico

Si bien la disciplina dentro del espacio médico es una realidad que vulneró a nuestras colaboradoras, ellas o sus parejas realizaron acciones que subvierten el orden establecido.

El caso de Fresia es importante para nosotros. Ella acude con un ginecólogo privado en búsqueda de una respuesta con relación a ¿por qué murió su bebé? El le menciona que necesita su expediente médico. En ese momento ella acude al hospital en búsqueda de su expediente, frente a este requerimiento una persona del personal administrativo le responde que, si perdió a su bebé, ¿dónde lo dejó? En esta experiencia vemos un primer momento de agencia donde Fresia acude a un médico privado para que le dé su opinión, y luego en un segundo momento ella acude al hospital donde ocurrió la muerte de su bebé a exigir sus documentos, todo esto ocurrió 15 días después de la muerte. La posibilidad de actuar frente a la

muerte de su bebé que se percibe como causa de una negligencia, moviliza a Fresia a moverse en el espacio médico y subvertir el orden, sin embargo, esta acción es contrarrestada con respuestas violentas.

Por otro lado, Claudia relata que durante alguno de sus controles los médicos pasaban con estudiantes y al momento de explicarles algunas cosas usaban frases que ella interpretaba como agresivas, además no le pidió permiso para revisarla, simplemente lo hizo. También su marido tiene un acto de agencia importante cuando exige que le permitan a Claudia ver a su bebé.

Diana también atravesó por momentos complejos, sobre todo cuando llega al IMSS, ella venía desde una clínica privada y es discriminada por este motivo. Su marido aparece como un actor importante en su estadía en el IMSS, quien enfrenta al médico que la atendía y le exige que *“evitara sus comentarios y que mejor la revisara”*, esta acción es contrarrestada con su expulsión del espacio donde estaba siendo atendida Diana. En otro momento en el que su marido también interviene fue en la clínica privada, donde él le exige a la ginecóloga que le realice una cesárea, ya que Diana tenía mucho dolor. Durante varias ocasiones en su estancia en el IMSS ella decía que le dolía y la ignoraron en sus solicitudes de atención.

Ema, por otro lado, exigió que la den de alta voluntaria, producto del profundo enojo que sentía por la forma en que la habían tratado, con expresiones groseras por parte del médico tratante.

La capacidad de agencia en este espacio parece no estar relacionada con el nivel cultura, ni socioeconómico, sino más bien con la rabia que generan los abusos.

13.3. En relación a la experiencia subjetiva

13.3.1. Desde los documentos oficiales y normativos

Sobre este eje conceptual debemos comenzar mencionando que tiene una muy baja presencia en los documentos revisados. Su baja densidad de aparición refleja la relevancia que el tema tiene para el Estado Mexicano y sus instituciones.

Los documentos se alinean a la visión de un Estado protector de la salud en sentido amplio, donde la salud mental es un componente importante, y donde destaca la necesidad de garantizar el acceso a atención y rehabilitación, desde donde es posible derivar la dimensión psicológica, sin embargo, esto no es explícito. Se observa un uso poco específico del concepto “subjetividad”, esta baja especificidad nos llevó a explorar la salud mental, por sobre otros subconceptos que son, también, relevantes como por ejemplo las emociones en los distintos campos. Este concepto en particular no tiene presencia.

En otras palabras, la dimensión de la experiencia subjetiva es reducida a la salud mental, esta visión ignora por completo los conocimientos producidos por la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, que sitúa la salud mental como un elemento que se determina por distintas esferas que confluyen en los individuos.

En concordancia con los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), el marco legal posiciona a la salud materno-fetal como un objeto de especial interés, sin embargo, la atención a la salud mental fue incluida el año 2015. Esto expresa una visión dualista de los individuos, por un lado, está lo biológico-médico que está bien reglamentado y posee un abordaje consistente dentro de los documentos oficiales. Por otro lado, los elementos subjetivos poseen un abordaje superficial y desanclado de las condiciones de vida y de las relaciones sociales.

En este campo social emerge una necesidad propia de las mujeres que cursan eventos de muerte fetal, y es la de recibir asistencia psicológica por parte de las instituciones, así como un trato respetuoso y sin discriminación. Estos elementos, si bien son mencionados se ven reflejados en los distintos programas sociales, por lo que tienen un carácter declarativo.

La complejidad del evento de muerte fetal, sumada a la escasa regulación y complementada con la inexistencia de protocolos hace las mujeres construyan una subjetividad particular frente al evento, en ella se entrelazan sentimientos de abandono por parte del Estado mexicano, abuso por parte de las instituciones y los actores del campo médico, así como múltiples vulneraciones.

El problema que se configura producto de la nula normatividad alrededor de la muerte fetal y su relación con la experiencia subjetiva de las mujeres, dentro del campo de los servicios de salud, nos permite comprender el fuerte impacto que se produce sobre las estrategias que ellas despliegan para enfrentar la situación. Estas estrategias requieren de apoyo, el que no es buscado en el sistema de salud público, sino en el sistema privado y en organizaciones que abordan esta temática. La magnitud del problema de la experiencia subjetiva en el campo de los servicios de salud debe ser comprendida como una arista más de la muerte fetal, la que se engarza de forma inextricable a las condiciones de vida y a las relaciones sociales, las que a su vez son determinadas socialmente.

13.3.2. Desde las encuestas y los estudios académicos cuantitativos.

No hay datos para realizar un análisis.

13.3.3. Desde los estudios cualitativos

Las percepciones de las mujeres alrededor de los servicios de salud no han sido suficientemente explorada. Sin embargo, se encontró una densidad importante de artículos orientados al embarazo adolescente, tema que se aleja de nuestro objeto de estudio.

A pesar de lo antes mencionado, nos parece importante destacar que los y las jóvenes perciben que el espacio de los servicios de salud es poco íntimo, en el que no se sienten cómodos y les produce vergüenza.

Finalmente debemos mencionar que las instituciones de salud presentan falencias para enfrentar situaciones como la muerte fetal, que van desde personal poco preparado hasta la inexistencia de protocolos para ayuda psicológica a las mujeres que cursan este tipo de eventos. Esta situación revela el abandono de la salud mental de estas mujeres, por lo tanto, desconocemos el impacto que el evento produce en sus vidas, así como las estrategias que ellas y sus familias despliegan para enfrentar el evento, y a qué tipo de instituciones recurren.

13.3.4. Desde las voces de nuestras participantes

Las experiencias de nuestras participantes durante su vinculación con los servicios de salud fueron en general negativas, marcada por distintas formas de violencia por parte del personal médico y administrativo durante el proceso de atención previo, durante y posterior a los partos.

13.3.4.1. Emergencia de sentimientos asociados al espacio médico

En el siguiente apartado exploraremos la emergencia de sentimientos y su relación con las experiencias vividas en el espacio médico. Estos sentimientos, que son similares entre nuestras participantes, se producen en contextos particulares, pero que comparten ciertos elementos. Las experiencias vividas por nuestras participantes son negativas, así como los sentimientos que emergen en este espacio también son negativos.

Fresia menciona que en el IMSS ella percibió un trato inhumano, esta percepción emerge debido a un sentimiento de invisibilización por parte del personal médico, pues la consideraron como un caso más. Una vez que se dan cuenta que el bebé había muerto la llevan a una sala donde le inducen el parto, además pasaban médicos con estudiantes, lo que la hacía sentir incómoda.

La percepción de Claudia es que en el ISSSTE se le expuso mucho, y hubo una serie de eventos que para ella son importantes para comprender este sentimiento. El primero es que su embarazo fue catalogado de alto riesgo debido a su edad (42 años) y a su hipertensión. Un segundo elemento es que hospital donde se atendía estaba descuidado, y la atención médica la recibía en una sala junto a la sala de recuperación de hombres, lo que la hacía sentir incomoda. Un tercer elemento es que, al momento de realizar la atención, el médico acudía con estudiantes en práctica, y no le solicitaba su autorización. Un cuarto elemento que Claudia destaca es la falta de información que se le entregó durante el proceso, así como la exclusión que se le realizó al momento de tomar decisiones médicas.

El proceso de atención médica de Alma en la clínica privada estuvo marcado por la minimización de sus necesidades, y en el momento del parto se le informa que no contaban con los implementos de soporte vital para mantener a su hija con vida si se realizaba una cesárea. Alma se siente culpable, pues percibe que debió solicitar una segunda opinión durante el proceso. Su ingreso en el IMSS ella lo describe como un “*calvario*”, lo que se explica con una serie de eventos que se configuran en violencia obstétrica. Hubo frases hirientes por parte del médico que la recibió en el hospital, se le separó de su esposo, ignoraron sus dolores y la dejaron sin atención mientras ella tenía fuertes dolores, durante el legrado le expresó al médico que sentía dolor, y él tardó en colocar anestesia, finalmente ingresan a la sala de maternidad donde estaban las madres con sus bebés recién nacidos.

El proceso de atención médica de Erika estuvo marcado por su percepción de que algo no estaba bien con los movimientos de su bebé, a pesar de esto, sus inquietudes fueron reiteradamente minimizadas debido a que los ultrasonidos que le realizaban estaban, bajo el criterio médico, bien. Cuando le informan que debe quedarse hospitalizada emergen en ella sentimientos de miedo y ansiedad, pues nadie, en ningún momento mencionó que esto podría ser una opción, a esto se suma que cuando Erika pedía información y explicaciones al personal médico, ellas/os le entregaban información parcial y poco directa, su percepción es que ellas/os creían que no entendería, y esto aumentaba los sentimientos negativos. Al momento del cambio de turno, las opiniones médicas cambian, y deciden no realizar una cesárea y continuar con el embarazo en el hospital. Erika describe su experiencia en el IMSS como “*espantosa, horrible, fue una tortura para mí*”.

Para Ema la “*pesadilla*” comenzó cuando ingresó al hospital del IMSS. Este sentimiento se explica por una serie de malas prácticas médicas como dejarla largos períodos de tiempo con dolor y sin atención, minimizar sus inquietudes diciéndole que todo estaba bien, y frases violentas por parte del personal médico.

13.3.4.2. Estrategias de subordinación y disciplinamiento en el espacio de los servicios de salud

En el apartado anterior observamos que las experiencias subjetivas de nuestras participantes en los espacios de los servicios de salud fueron evaluadas de forma negativa, la explicación a esto radica en una serie de acciones que realiza el personal médico, las que se configuran en las acciones que comprenden estas estrategias de subordinación y disciplinamiento. En este apartado nos enfocaremos en estas estrategias que buscan la subordinación y el disciplinamiento, estas estrategias buscan perpetuar la posición de las mujeres, y por lo tanto son parte importante del *habitus*, del campo médico, y de las luchas de poder que buscar acumular capital simbólico (Wilkis, 2004). Un primer elemento que debemos comentar es que nuestras participantes interactúan con distintos actores dentro del espacio de los servicios de salud, sin embargo, los principales eventos de violencia son ejercidos por el personal médico. Un segundo elemento que es importante comprender, es que el campo médico reproduce ciertas formas de interacción entre el médico y las mujeres que cursan embarazos, estas formas de interacción se basan en una rígida jerarquía, donde las mujeres son subordinadas frente a los médicos. El personal médico, que incluye a las enfermeras, realiza acciones que buscan disciplinar a las mujeres. Como tercer elemento, el concepto de *habitus* médico (Castro & Erviti, 2015) nos ayuda a comprender que el problema de la violencia obstétrica no puede ser reducido a acciones individuales del personal médico, sino que se ancla a una cadena de vulneraciones que comienza desde la formación de los médicos, los mecanismos de reproducción del *habitus* médico no son menester de esta tesis, sin embargo, nos interesa explicitar las estrategias de disciplinamiento y subordinación que nos ayudan a comprender desde otra perspectiva la experiencia subjetiva, y las luchas de poder internas que disputaron nuestras participantes.

Comenzaremos revisando la experiencia de Fresia, ella se sintió invisibilizada, este sentimiento no fue profundizado por la entrevistada, sin embargo, esta percepción se ve reforzada por el paso del médico con estudiantes de medicina,

donde se ignoró el dolor emocional de Fresia. Estas revisiones de los médicos junto con estudiantes tienden a realizarse con independencia de las necesidades e inquietudes de las mujeres, este evento se repite en el caso de Claudia, quien también relata esta acción por parte de los médicos. En términos disciplinarios, estas acciones buscan reafirmar la posición de subordinación, tanto de Fresia como de Claudia.

Claudia menciona que ella no tuvo posibilidad de negociar el procedimiento de cesárea, tampoco recibió una explicación de por qué se eligió ese procedimiento. Además, se le negó el acceso a información sobre la condición de su bebé, nadie lo mencionaba, tampoco mencionaban lo que le había pasado. Destaca también la negativa del médico frente al deseo de tener contacto con su bebé luego de la muerte, su esposo jugó un rol importante en esta acción. El sentimiento de Claudia es que a lo largo del proceso de atención en el ISSSTE se le expuso mucho, este sentimiento se vincula con una vulneración de su propia integridad.

El caso de Alma destaca por que la médica que guio el proceso de embarazo no consideró sus inquietudes, y le niegan la cesárea debido a que en la clínica privada no contaban con la tecnología para mantener con vida a una bebé prematura. El sentimiento que aflora en Alma es que se cometió una negligencia médica, esto debido a que otro médico, que consultó tiempo después, le menciona que hubo errores de procedimiento y malas decisiones. Con relación a la atención en el IMSS menciona que ahí comenzó su calvario, este sentimiento se sustenta en discriminación producto de venir de una clínica privada, en frases hirientes que no consideraron su estado emocional, la separan de su esposo debido a que él se quejó por los malos tratos, la ignoraron en sus solicitudes de ayuda, tuvo dolor durante el legrado y el médico solo al final utilizó anestesia, finalmente la llevaron a la sala de maternidad con las mujeres que acababan de tener a sus bebés.

La decisión de Erika de atenderse en el IMSS fue motivada por sus cercanos, pues ellos/as le dijeron que era lo mejor, menciona que ella sabía cómo era el trato en esa institución. Su atención estuvo marcada por la indiferencia del personal médico, quienes no prestaron atención a las incomodidades y malestar de Erika. También destaca la larga espera en la clínica de especialidad, que va

desde las 11:00 am, hasta las 19:00 pm, el personal médico que aplican el ultrasonido le vuelven a decir que todo estaba bien, ignorando nuevamente su incomodidad, luego una médica realiza una prueba de cinturones y observa que algo no está bien con los movimientos de la bebé, es en ese momento donde toma conciencia de lo complejo de la situación. El personal médico la subestima, y no le explican la situación por la que atraviesa, debemos mencionar que de acuerdo con lo que menciona Erika, ellos tampoco estaban seguros de lo que estaba pasando, sin embargo, los médicos deciden que es necesaria una cesárea, pero algunas horas después la cesárea se cancela y deciden esperar un parto natural, luego de esto Erika siente un fuerte jalón, y ella cree que en ese momento su bebé falleció. Ema menciona que desde que ingresó al hospital de IMSS, comenzó su pesadilla. El primer médico que la atendió le rompió la fuente, esto lo realiza debido a que ella aún no lograba la dilatación necesaria. La tienen en espera desde las 6:00 am hasta las 20:00 pm, durante ese tiempo comenzaron sus contracciones, varios médicos y enfermeras la ignoraron en su dolor, y en sus preguntas, además le tomaron un estudio para ver los latidos del bebé y no prestaron atención a si lo estaban haciendo bien, mientras que ella se retorció de dolor. En el momento del parto se le realiza la maniobra de Kristeller, que consiste en que una persona se le sube al abdomen para ejercer presión y forzar el nacimiento de la bebé.

13.3.4.3. Percepción de la calidad de la atención médica

En este apartado estableceremos una comparación entre la percepción de las mujeres que sufrieron un evento de muerte gestacional, y las acciones realizadas por el personal médico. Para analizar esta relación utilizaremos una serie de conceptos anclados a la determinación social.

La percepción de la calidad de la atención no es algo que pueda ser reducido a elementos de gestión de recursos materiales, técnicos o humanos, tampoco puede ser reducido a elementos gerenciales (Castro & Erviti, 2015). La perspectiva de género nos permite evidenciar el sufrimiento de nuestras colaboradoras frente a varias situaciones que se producen dentro del espacio médico. Es posible

establecer un vínculo analítico entre la perspectiva de género y la forma en que el personal médico percibe y actúa sobre las mujeres que sufrieron de un evento de muerte gestacional. Este vínculo se revela en la posición que estas mujeres, de forma voluntaria o no, se ubican dentro del campo médico, el que está fuertemente jerarquizado, y responde a una modalidad de socialización específica de este campo, el que Castro (2015; 2019) conceptualiza como *habitus* médico.

Para comprender el valor explicativo del concepto de *habitus*, desarrollado en apartados anteriores es necesario retomar algunas definiciones, la primera es la de campo, el que “puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones” (Bourdieu y Wacquant, 2015, citado en Castro y Erviti, 2015, pág. 44). Esta definición nos abre la puerta a la comprensión de las redes de relaciones como estructuras objetivas que son determinadas socialmente, en el sentido de preservar el poder simbólico acumulado históricamente por el poder médico, el que es instrumentalizado por el personal médico, y experimentado por nuestras colaboradoras a través de sus relatos.

La etnografía digital nos ayudó a visualizar distintas formas en que el personal médico ejerce acciones de disciplinamiento sobre las mujeres que sufrieron eventos de muerte gestacional. Las acciones de disciplinamiento por parte del personal médico son experimentadas por las mujeres con profundo dolor emocional, lo que se traduce en impotencia y dificultad para comprender e integrar la experiencia por la que han atravesado, esto es enfrentado y socializado en el espacio virtual y a través de procesos psicoterapéuticos. Todos estos elementos se conjugan en el duelo gestacional, el que es vivido y enfrentado de forma compleja por las distintas informantes. El duelo gestacional excede los alcances de nuestro proyecto de tesis, sin embargo, nos parece un tema relevante de abordar en futuras propuestas.

14. Conclusiones

En este apartado integraremos y compararemos distintos elementos mencionados en el análisis y en los resultados. La lógica de este apartado es la comparación

constante y sistemática, tanto de los relatos y experiencias de nuestras participantes, como de las distintas fuentes que revisamos, como son el marco normativo y legal emanado de fuentes oficiales, las encuestas y los estudios académicos.

El modo de exposición será concordante con el modo de investigación, y se basará en el desarrollo de una serie de inferencias, las que serán sustentadas en las evidencias que fueron sistematizadas y expuestas tanto en los resultados, como en el análisis. Nuestro diseño de investigación ha orbitado alrededor de la generación de inferencias descriptivas, las que se basadas en evidencia empírica. Esta operación cognitiva se aleja de la inferencia basada en la acumulación de eventos o datos cualitativos (King, Keohane, & Verba, 2002).

Cada inferencia se relaciona con algunas de las distintas dimensiones de la determinación social de la salud, a saber, determinación económica, política o ideológica-cultural. Vale la pena mencionar que las inferencias que realizaremos se posicionan como afirmaciones que se sustentan en datos empíricos que emanan de distintas fuentes, esto produce que una inferencia se ancle a más de una dimensión de la determinación social.

Comenzaremos realizando una inferencia general, que rescata la coherencia que existe entre el nivel macro, que agrupa evidencia empírica relacionada con los marcos normativos y legales, y que será contrastada con el nivel meso, compuesto por distintas encuestas y estudios académicos y con el nivel micro, compuesto por los relatos de nuestras participantes. Finalmente, se realizará una serie de inferencias locales que facilitan la comprensión de la inferencia general.

Sobre el ámbito familiar.

Primera inferencia general.

El campo familiar es un espacio fuertemente normado y orientado a la protección de las mujeres, a pesar de esto, quienes sufrieron un evento de muerte gestacional viven este espacio desde la inseguridad y la violencia expresada en diversas formas.

Esta inferencia se sustenta fuertemente sobre la información emanada de las fuentes oficiales, y se contrasta de forma importante con las cifras obtenidas desde las encuestas aplicadas, tanto a nivel nacional, como de CDMX. Lo anterior la posiciona principalmente dentro de la determinación política, sin embargo, también posee elementos de la determinación cultural e ideológica, y en menor medida la determinación económica.

El primer conjunto de evidencias empíricas posiciona al Estado mexicano como garante, promotor y ejecutor de acciones que propendan un estado de vida familiar saludable.

En este primer punto la mujer ocupa una posición importante, y es un objetivo central dentro de la política de planificación familiar que emana desde la Constitución Política, se articula en un amplio grupo de leyes, y tiene su operacionalización en los programas sociales, tanto estatales como federales. Sus acciones se despliegan de forma intersectorial entre el sistema educacional y el sistema de salud, a través de charlas informativas que apuntan a la promoción de la salud y a la comunicación en salud.

Un segundo punto se constituye en un brazo importante que emana de la Carta Magna, éste se enfoca en las relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, este eje se despliega en una serie de leyes que buscan la erradicación de todas las formas de violencia contra las mujeres en todos los espacios sociales, entre los que se incluye el campo familiar.

Un tercer punto posiciona el concepto de corresponsabilidad como eje de una convivencia armónica dentro del espacio familiar, lo que entraña una reestructuración de los roles asociados al género, y repercute en distintas actividades, como el trabajo doméstico no remunerado, donde se encuentra el trabajo de cuidados, en específico las modalidades de cuidado de familiares en situación de discapacidad y preparación de alimentos entre otras.

Todas las evidencias expuestas son extensivas a nuestras participantes que sufrieron de muerte gestacional. En los siguientes párrafos comenzaremos a

observar las formas de vida que despliegan nuestras participantes de forma más precisa, hasta abordarlas de forma local.

Un segundo conjunto de evidencias empíricas emana desde las distintas encuestas, estudios cuantitativos y cualitativos que hemos analizado.

Un primer punto revela que, durante la ventana temporal estudiada que abarca entre los años 2013 y 2018 aumentó la carga del trabajo de cuidados para las mujeres, tanto en México como en CDMX, aumentó su participación económica en distintos sectores, además aumentaron los hogares cuya jefatura de hogar fue femenina. Estos tres datos se conjugan con un segundo grupo de datos, los que revelan una serie de sentimientos negativos manifestados por las mujeres, como depresión, nerviosismo y preocupación.

Un segundo punto observa que las políticas neoliberales focalizadas sesgadas hacia arreglos familiares hegemónicos, que condujeron tanto al gobierno federal como estatal de la CDMX, produjo la exclusión de nuevos arreglos familiares, lo que se tensiona con el aumento de los hogares con jefatura femenina. A esto se suman nuevas variantes en la división sexual del trabajo, así como la subversión de antiguas normas de género, fenómeno que se presenta en las parejas jóvenes. Otra de las normas que tiende a subvertir este tipo de parejas es el mandato de la maternidad, el que es flexibilizado producto de distintas transformaciones económicas, políticas e ideológicas y culturales. A pesar de que los roles se han flexibilizado, el mandato de la mujer a la productividad dentro del espacio familiar es una realidad.

La conjugación de una serie de elementos complejos como son los mandatos de maternidad y el mandato de productividad en el campo familiar, se intersectan con sentimientos negativos, y a las transformaciones económicas conducidas por la ideología neoliberal. La mantención de un cuerpo productivo en términos reproductivos se conforma en un mandato culturalmente corporeizado por las mujeres y por nuestras entrevistadas.

Hemos descrito el nivel macroestructural y parte del nivel meso y micro, ahora profundizaremos en la familia, que corresponde al nivel meso, por lo que es el contexto en el cual este nudo complejo se desarrolla y evoluciona.

En el caso de nuestras participantes que sufrieron una muerte gestacional, vemos rupturas en distintos niveles de la familia, algunas quiebran con sus parejas o esposos, lo que implica una reestructuración de la familia nuclear, otras continúan sus relaciones sexo afectivas. Es importante considerar los detalles mencionados en el apartado III para poder observar la historicidad de cada una de nuestras entrevistadas, y observar la forma en que ellas viven los distintos momentos de la muerte de sus bebés.

El cruce del nivel macroestructural con el nivel meso y local, que en definitiva engloba las vidas de nuestras entrevistadas, nos permite realizar una serie de observaciones empíricas que sustentan nuestra primera inferencia. La primera observación es que, al ser mujeres jóvenes, tiende a subvertir los roles históricos y observamos un desarrollo importante de la corresponsabilidad propuesta por los documentos oficiales, esto se evidencia en las distribuciones de tareas dentro de los hogares, además del soporte emocional que prestan algunas -la mayoría- de las parejas de nuestras entrevistadas. A esto sumamos el importante rol que desempeñan sus madres, tanto en el proceso de embarazo, como en el proceso de la muerte y duelo gestacional. Se presentan algunos eventos de violencia psicológica que emerge en forma de buenos deseos, con frases que incomodan a nuestras participantes, pero que apuntan, en definitiva, a la pronta superación del duelo, muchas veces, con el objetivo de volver a quedar embarazadas y continuar con sus vidas. Esto revela que no todos los arreglos familiares son espacios sanos para el desarrollo del duelo gestacional, y en estas dinámicas se imbrican una serie de elementos complejos como el capital económico, cultural y simbólico, además de las habilidades emocionales de los integrantes de la familia. Este nudo experiencial está fuertemente ligado a la determinación ideológica y cultural, esto se observa en la fortaleza emocional a la que se ven obligados las parejas hombre de nuestras participantes, ellos reciben un fuerte peso que emana desde el

mandato de la masculinidad hegemónica, el que se cruza y tensiona con el fuerte mandato de maternidad hegemónica, el que se ve fracturado en el caso de la muerte gestacional.

La visión conservadora de la familia tradicional e ideal es una construcción social ubicua entre nuestras entrevistadas, esto se expresa en la concepción de la maternidad como un objetivo de vida, o como un elemento que se ancla sus identidades. Esto se observa a pesar de que nuestras entrevistadas son mujeres jóvenes y la mayoría son trabajadoras. En otras palabras, el mandato de maternidad es un elemento ideológico y cultural que es persistente en nuestras participantes, y parece ser independiente del nivel cultural y el nivel social y económico.

El rol de las madres de nuestras participantes es un elemento que se ancla tanto a la determinación económica, como a la determinación ideológica y cultural. Esta relación se observa en el trabajo de cuidados, el que corresponde a la categoría analítica de trabajo doméstico no remunerado, que es fundamental dentro de las reestructuraciones propias del espacio familiar nuclear. Lo anterior se debe a que las madres de nuestras participantes adquieren un rol de soporte en tareas importante como; quehaceres del hogar; preparación de alimentos; cuidados post operatorios en caso de las cesáreas; y soporte emocional.

La familia extensa es una dimensión de quiebre para nuestras participantes, ya que emerge en ellas la percepción de evasión del tema, lo que es vivenciado como una forma de violencia, pero también es racionalizado, posteriormente, como una acción orientada al deseo de la superación del duelo. Esta situación es descrita por nuestras entrevistadas como invisibilización, minimización, e incapacidad de afrontar los eventos de duelo gestacional.

Primera inferencia particular.

Las mujeres entrevistadas que sufrieron de muerte gestacional tuvieron experiencias familiares que se alejan de las descripciones violentas descritas tanto a nivel nacional como estatal, sin embargo, sus campos familiares no estuvieron

libres de tensiones, las que en algunos casos fueron percibidas como violencia psicológica o verbal, las que se operacionalizan en frases hirientes o invisibilización de sus duelos.

Segunda inferencia particular.

Durante la experiencia de embarazo, muerte y duelo emerge un agente relevante, sus madres. Ellas reformulan sus roles, y en algunos casos ingresan a sus espacios físicos, mientras que, en otros casos, las mujeres se movilizan a los espacios físicos de sus madres. Esto es necesario ya que sus madres realizaron trabajos de cuidados importantes, los que se centran en cuidados post operatorios, soporte emocional, preparación de alimentos o mantención del aseo del hogar.

Tercera inferencia particular.

El mandato de maternidad hegemónica es un elemento cultural e ideológico fuertemente internalizado por nuestras participantes, sin embargo, los eventos de muerte de gestacional, que son vividos con profundo dolor, se presentan como una oportunidad para reformular este mandato.

Sobre el ámbito laboral.

Primera inferencia general.

El Estado mexicano y de la CDMX despliega un importante marco normativo para proteger a las mujeres que realizan trabajo extra-doméstico asalariado y que cursan embarazos, sin embargo, se evidencian condiciones de trabajo subóptimas para las mujeres en general, incluidas quienes cursan eventos de muerte gestacional.

Esta inferencia se relaciona con la determinación política, que se vincula de forma importante con la determinación económica, y que a su vez se entrecruza con elementos culturales e ideológicos.

El despliegue normativo y legal que realiza, tanto el Estado mexicano, como el Gobierno de la CDMX, para la protección de las mujeres en el espacio laboral se ve reflejado en la importante coherencia y consistencia que emana desde la Constitución Política y que se refleja en una serie de leyes cuyo eje rector es la perspectiva de género.

El contexto general de las mujeres mexicanas fue descrito en los apartados anteriores, sin embargo, podemos mencionar la baja participación económica, lo que repercute en que la mayoría de las mujeres no generan ingresos económicos propios, o los obtienen de manera informal, o es dependiente económicamente, también destacan las extensas jornadas laborales, la brecha salarial, todo lo anterior se tensiona con el aumento del trabajo de cuidados.

Las mujeres describen eventos de violencia de distintos tipos, donde destaca la discriminación. En este punto podemos vislumbrar de forma clara la intersección entre la determinación política y la económica, y cómo el problema de la discriminación laboral emerge de la tensión que se produce entre el marco político y lo que ocurre en el campo laboral.

La principal política que emana desde los documentos oficiales es la incapacidad por maternidad. Esta política comprende 42 días antes del parto y 42 días después del parto, durante ese tiempo las mujeres mantienen su salario íntegro. Sin embargo, para el caso de las mujeres que sufren de muertes durante el período gestacional, no existe un marco normativo explícito. Esta situación resulta en acciones discrecionales por parte de los empleadores.

Las experiencias de nuestras participantes son variadas, algunas regresan a sus espacios laborales una vez que la incapacidad termina, otras negocian con sus empleadores para extender este período, sin embargo, las estrategias que destacan son las que recurren a la renuncia laboral. Esta estrategia se ancla de forma importante con dos mandatos, el primero es el mandato de productividad, el que se ve tensionado, pues hay un compromiso de desempeño laboral el que, producto de la muerte y el duelo de sus bebés, podría verse reducido. El segundo

mandato es el de maternidad, ya que las mujeres relatan miedo o vergüenza de regresar a los espacios donde gestaron a sus bebés, ellas tienden a evitar estos espacios, probablemente, para no exponerse al juicio de sus compañeras/os o jefaturas. Esta afirmación se ratifica cuando vemos que los regresos al campo laboral de nuestras participantes vienen acompañados de desinformación, invisibilización y discriminación, lo que dificulta el proceso de duelo gestacional.

El capital simbólico es un elemento determinante para comprender las relaciones sociales entre las/os distintas/os agentes que participan en el campo social laboral, así como la experiencia subjetiva. Nuestras entrevistas revelan que nuestras participantes acumulan una densidad importante de capital simbólico en el campo laboral, lo que se traduce en una valoración importante por parte de sus jefaturas y compañeras/os. Esta internalización del mandato de productividad nos permite explicar la acumulación del capital simbólico, así como las consecuencias subjetivas y en la salud mental que vemos que enfrentan nuestras participantes.

Otra estrategia importante que despliegan nuestras participantes y, que nos ayuda a explicar la acumulación de capital simbólico, es la auto explotación como mecanismo de obtención de capital económico. El hecho de posicionar el campo laboral como el centro de la vida las ayuda a destacar dentro de este campo social, este sacrificio es bien valorado por parte de los empleadores, quienes tienden a responder de buena manera, asignando más tareas o convirtiéndolas en jefas de equipo. Este importante movimiento de nuestras participantes refleja la capacidad de agencia que ellas despliegan en el campo laboral.

Finalmente queremos destacar la relación que observamos entre la evidencia empírica proveniente de las entrevistas a nuestras participantes, con el marco normativo y la importante distancia que existe entre ambas fuentes de información. Además, nos parece importante relevar las situaciones de discriminación, las que no siempre tienen como intención el dañar, esto en palabras de nuestras participantes, sino que podrían sustentarse en la incapacidad, tanto de las/os compañeras/os, como de las jefaturas de ponerse en sus zapatos y ser empáticas/os con el evento de muerte gestacional. Nuestras participantes hacen

un llamado a la sociedad en su conjunto para visibilizar este tipo de eventos, y enfrentarlos con mejores herramientas y protocolos que posicionen a las mujeres y sus experiencias en el centro de un campo social que es altamente demandante.

Primera inferencia particular.

El evento de muerte gestacional produce la exclusión de las mujeres de sus espacios laborales por parte de distintos actores.

Segunda inferencia particular.

El campo laboral, a pesar de ser un espacio social fuertemente normado y enfocado en la protección de las mujeres que participan de este, observamos que ocurren diferentes formas de violencia contra las mujeres, donde destaca la discriminación.

Tercera inferencia particular.

Existe una discrepancia percibida por nuestras participantes entre sus experiencias vividas y la protección que el Estado mexicano y de la CDMX despliega.

Cuarta inferencia particular.

La evidencia recabada y sistematizada revela la importancia que se le otorga a las mujeres que cursan embarazos y que desempeñan trabajo asalariado. Esta importancia se traduce en políticas intersectoriales complejas, con un fuerte enfoque de género.

Sobre el ámbito de los servicios de salud.

Primera inferencia general.

Tanto el Estado Mexicano como la CDMX despliegan un marco normativo y legal robusto, el que se centra en el aseguramiento en el acceso a la atención prenatal con enfoque de género, sin embargo, en este campo social se evidencian una serie de acciones por parte del personal médico que clasificamos como violencia obstétrica.

En nuestra revisión del marco normativo y legal hemos observado un foco importante sobre el acceso a la atención prenatal con perspectiva de género, lo que implica que se retoman los ejes de no discriminación, y erradicación de cualquier forma de violencia contra las mujeres. Desde esta perspectiva, el Estado mexicano mandata a las instituciones de salud a desplegar protocolos que permitan asegurar el derecho a la no discriminación, sin embargo, la tensión entre el nivel macro (marco normativo y legal) y meso (instituciones de salud) se evidencia en las experiencias, tanto de nuestras participantes, como en los resultados expuestos por las encuestas desarrolladas a nivel nacional. Esta violencia obstétrica, que se aplica dentro del campo social de los servicios de salud, se comprende a través del concepto de *habitus* médico.

Profundizando en el marco legal, vemos que aparece por primera vez la muerte fetal como un evento frente al que las instituciones deben responder. Esta mención hace referencia a la obligación que tienen las instituciones a entregar un certificado que acredite la defunción, sin embargo, hemos obtenido relatos a través de nuestra etnografía digital, en los que estos certificados son negados por diferentes motivos.

Otro elemento que nos permite comprender la tensión entre los distintos niveles es la tendencia neoliberal a la fragmentación de las instituciones que atienden a las mujeres durante sus períodos gestacionales. Esta fragmentación se observa patente, en las trayectorias de atención prenatal que hemos descrito. Esta fragmentación del sistema de salud resulta en una comparación por parte de nuestras participantes, donde lo privado se ve como algo mejor o bueno, mientras que lo público se ve como precarizado. Hemos descrito que la situación de los servicios públicos, durante los gobiernos neoliberales han producido el desfinanciamiento de las instituciones públicas, en contraposición con el financiamiento de instituciones privadas. Estas acciones han producido que el sistema público de salud cuente con recursos humanos, materiales, y tecnológicos fuertemente precarizados. Esta realidad trae como consecuencia que nuestras participantes complementan la atención prenatal del IMSS y el ISSSTE, con

atención privada, donde existe una mayor disponibilidad de horas, de recursos humanos, materiales y tecnológicos.

El acceso a la atención prenatal en los servicios de salud del Estado tiene un carácter instrumental, esto significa que solo se utiliza con el objetivo de obtener la incapacidad. Para nuestras participantes esta primera parte del proceso de embarazo que está marcada por la complementariedad de lo público y privado se resuelve al momento de la urgencia obstétrica, en el cual ellas acuden a los servicios públicos (con excepción de Alma).

Hemos evidenciado, a través de los relatos de nuestras participantes, que las instituciones de salud no poseen protocolos, ni personal especializado para cuidar a las mujeres que cursan eventos de muerte gestacional. Por el contrario, ellas sufren de distintas formas de violencia obstétrica en este campo social, donde destacan la discriminación, frases hirientes, las ignoran y se les niega el acceso a información, sufren distintas formas de coacción y la exposición de sus cuerpos a procedimientos médicos sin consentimiento previo. En este punto destaca el caso de Clara, a quien una enfermera le realiza la maniobra de Kristeller.

Otro elemento que destaca dentro de la agencia es la capacidad de nuestras participantes de adquirir conocimientos y un lenguaje técnico, todo esto, producto de haber vivido el evento de muerte gestacional. Esto revela un importante despliegue de agencia y las ayuda comprender el evento y con esto enfrentar y transitar de mejor manera el duelo. Una forma en la que la capacidad agencia se expresa es a través de la exigencia de explicaciones, esto puede ocurrir durante el proceso de atención obstétrica o posteriormente de la muerte de sus bebés. El caso de Erika destaca, pues dos años después de la muerte de su hija Clara le pide a una amiga, relacionada con el campo obstétrico, que revise los informes médicos y entonces Erika decide iniciar una demanda en contra del IMSS por negligencia, esta acción legal no tiene un resultado satisfactorio para ella, sin embargo, es un ejemplo de agencia que no fue observado en las otras participantes. Esta acción por parte de Erika se relaciona de forma importante al capital cultural, económico y simbólico que ella posee en un momento particular de

su vida. Por otro lado, Alma despliega su agencia al momento de enfrentar a la doctora que estuvo a cargo del parto de su hija, y le exige explicaciones sobre las decisiones que tomó y que finalizaron con la muerte de su bebé. Ema, frente a las reiteradas agresiones, le exige el alta a su doctora, a pesar de que su recomendación era quedarse en el hospital. Todas estas acciones apuntan a la subversión de la estructura del campo médico.

Un elemento importante son las estrategias de disciplinamiento que realiza el personal médico. Estas acciones tienen como objetivo la mantención de la posición de subordinación de las mujeres que cursan embarazos. Estas estrategias se realizan con independencia de distintas formas de capital, en otras palabras, no es relevante el nivel de estudios o el capital económico. A nuestras entrevistadas se les aplican distintas estrategias de disciplinamiento, por ejemplo, Ema es excluida de las decisiones que el médico toma, hay largos tiempos de espera, la ignoraron mientras le realizaban exámenes (ultrasonido), no le explican que su bebé venía con el cordón umbilical enrollado en el cuello, una enfermera le recrimina frente a sus gritos de dolor que “¿por qué había abierto las piernas?”. Erika es excluida de las decisiones y no se le explica la situación por la que atraviesa. Alma sufre una minimización importante de sus preocupaciones, además, es tratada de forma agresiva por parte de un médico en su ingreso al IMSS, pues ella venía de una clínica privada, en esta institución ignoran el intenso dolor que sentía, además se tardaron en utilizar anestesia durante el procedimiento de legrado, luego de este procedimiento es ingresada a la sala de maternidad, donde había mujeres amamantando. Claudia se sintió muy expuesta durante el proceso prenatal, se les expuso a revisiones sin consentimiento de médicos en formación, se le dijeron frases hirientes, el médico toma decisiones que son contrarias a las peticiones de Claudia, y no se le entrega más información. Podemos observar estrategias de disciplinamiento verbal, relacionadas con procedimientos médicos donde destaca, la exclusión en el acceso a información sobre los tratamientos y acciones. Todas estas estrategias se configuran en violencia obstétrica, que, en definitiva, es una forma de violencia de género.

En términos emocionales, lo que ocurre en el espacio médico está marcado por la incapacidad del personal médico de explicarles a nuestras participantes lo que ocurre, y hacerlas participe de las decisiones. Lamentablemente esto es algo común dentro del campo médico pues se repite en los relatos de nuestras participantes, y es posible comprenderlo como un proceso de subordinación y disciplinamiento por parte de agentes que controlan el poder biomédico y despliegan acciones sobre nuestras participantes que tienen como finalidad mantenerlas en una determinada posición, y evitar con esto la subversión de las normas que rigen este campo social. Lo anterior detona procesos de duelo que se viven de forma compleja, acompañados por emociones negativas, las que se vivencian como depresión postparto, y donde nuestras participantes recurren tanto a psicólogos, tanatólogos y grupos de ayuda como MISS-ECA.

Es importante destacar el rol de MISS-ECA, ya que, frente a la incapacidad del Estado mexicano de asegurar el derecho al acceso a la protección a la salud, y a la rehabilitación, es que emergen instituciones que tienen como objetivo apoyar a las personas que no son objeto de cuidados. En nuestro caso, las mujeres que sufren de una muerte durante el período gestacional están fuera del marco normativo y legal, es por eso por lo que recurren a organizaciones de la sociedad civil.

Primera inferencia particular.

Nuestras participantes sufren de violencia obstétrica en el campo de los servicios de salud, esta forma de violencia de género adquiere distintas formas, desde lo físico a lo psicológico.

Segunda inferencia particular.

El evento de muerte gestacional ocurre fuera de los marcos normativos y legales, esto sitúa a nuestras participantes como una población que sufre vulneración de sus derechos.

Tercera inferencia particular.

Nuestras participantes despliegan importantes acciones de agencia en el campo de los servicios de salud, éstas se llevan a cabo principalmente luego de las muertes de sus bebés.

Reflexiones generales y sobre la reflexividad.

A lo largo de esta tesis nos hemos apegado un cuerpo teórico propio de la salud colectiva y la medicina social latinoamericana, la determinación social de la salud. Este marco teórico se engarza con una teoría de menor alcance, la reproducción social. Abordamos esta relación con el objetivo de referirnos a nuestro objetivo general:

Conocer qué elementos contribuyeron al desenlace de una muerte fetal en mujeres de la CDMX entre los años 2013 y 2018 considerando las políticas las condiciones de vida, las relaciones sociales en general, y en particular la experiencia subjetiva en relación con lo familiar, laboral y en la vinculación con los servicios de salud.

Este objetivo presenta el desafío de hilar distintos niveles, partiendo por el nivel de las políticas, que se expresa en documentos normativos y que dan forma al nivel estructural, le sigue el nivel meso, compuesto por nuestros campos sociales, y finalmente el nivel micro, compuesto por las experiencias de nuestras participantes.

El anclaje teórico al que nos apegamos es propuesto por Juan Samaja (2004), este autor describe que la vida humana se despliega en una compleja red de procesos históricos y sociales de producción y reproducción. En una primera perspectiva el autor menciona que es en estos procesos en donde emergen tensiones y conflictos, que pueden producir o no, acciones de reparación o transformación. Una segunda perspectiva del autor menciona que durante los procesos históricos y sociales se van configurando estratos que producen distintos niveles de integración que responden a determinadas jerarquías que pueden ser estructurales o funcionales que pueden darse en dos sentidos, el primero es ascendente y se expresa como producción, y en sentido descendente se expresa

como reproducción. En otras palabras, observamos que nuestras participantes producen capital económico a través del trabajo asalariado, mientras que el trabajo de cuidados no es remunerado, entonces, la producción de capital económico las ubica en ciertas posiciones dentro del campo laboral lo que es producto de la acumulación de capital simbólico, junto con esto el acceso al capital económico les permite desarrollar sus vidas en determinados estratos históricamente construidos, y con acceso a ciertos tipos de servicios. Por otro lado, y como se mencionó, el sentido descendente describe la reproducción, en el sentido que el nivel macro regula al nivel meso, el que a su vez regula al nivel micro, lo que en el caso de nuestras participantes se describe como posibilidades no solo de acción, sino también de formas de pensar, en los distintos campos en los que nuestras participantes de desarrollan.

Samaja posiciona el concepto de epigénesis, vinculada al “*desarrollo formativo que se levanta, recursivamente, sobre los resultados anteriores*” (Samaja, 2004, pág. 51). Es entonces que la epigénesis nos permite comprender de qué forma lo estructural se hace carne en los individuos, y por extensión en nuestras participantes. En ese sentido la comprensión de los eventos de muertes gestacionales, como eventos de salud, debe ser entendida como la intersección de las condiciones de vida, relaciones sociales y experiencia subjetiva, las que son producidas y reproducidas en determinados estratos sociales, históricamente determinados.

Hemos respondido al objetivo general desde una visión local, sin intentar generalizar nuestros resultados. La representatividad de los resultados está dada por nuestros casos seleccionados, los que describen una pequeña parte de la realidad, pero que, bajo nuestro criterio, son un aporte para poder comprender la forma en la que se estructuran ciertos elementos en nuestras participantes y que arrojan como desenlace un evento de muerte gestacional.

Debemos mencionar una categoría emergente que comienza a cobrar relevancia a lo largo de la tesis, nos referimos a la violencia de género. Esta categoría comienza a revelarse desde el análisis de las encuestas, luego, se manifiesta en

el marco legal y normativo, finalmente termina de posicionarse en el relato de las experiencias de nuestras participantes. Si bien esta tesis no consideraba la violencia como un concepto central, ha orbitado de forma recurrente alrededor de este concepto. Este giro posiciona a la violencia de género, en sus distintas modalidades, como una categoría explicativa del malestar subjetivo de nuestras participantes. Ésta se manifiesta en todos los campos sociales explorados, y es ejercida por distintos agentes, siendo la más común, la violencia obstétrica que se produce dentro del campo médico, y es ejercida por el personal de los servicios de salud.

En un comienzo esta tesis se centraba en las condiciones de vida en términos de recursos materiales y acceso a servicios básicos, sin embargo, la dimensión de relaciones sociales y experiencia subjetiva cobró relevancia y se convirtieron en lo que para mí es el principal aporte de esta tesis.

Otro de los desafíos consideró el narrar las historias del encuentro entre las informantes con el investigador apegándonos con la mayor fidelidad posible a la recuperación de las experiencias de vidas de las mujeres, no modificar el sentido de lo que piensan, dicen y sienten. El respeto a nuestras informantes ocupó un papel central en el diseño del instrumento, y nos debatimos con preguntas como las siguientes.

Cómo en el relato a construir, tal como dice Blázquez y Lugones, evitamos caer en los riesgos de:

“¿Cómo no infamar a las sujetas de nuestra investigación? ¿Cómo no crear una mala reputación de las personas con las que trabajamos y cómo no ofender su dignidad? ¿Qué hacemos como científicos sociales (pre)ocupados por las vidas humanas cuando, vista de cerca, toda existencia humana puede resultar infame?” (Blázquez & Lugones, 2016, pág. 63).

La performance de narrar historias ajenas nos impone una responsabilidad que enfrentamos con respeto y humildad.

A lo largo del proceso de las entrevistas, que incluyó su diseño, aplicación, y análisis, surgieron una serie de reflexiones éticas importantes. La primera de ellas

tiene que ver con la anonimización de los nombres de las mujeres y sus hijos, hubo dos casos de mujeres que pidieron de forma explícita que sus nombres y los de sus bebés aparecieran, mientras que dos de ellas no lo explicitaron. En todos los casos se tomó la decisión de cambiar los nombres de las informantes como de sus bebés.

El segundo elemento importante es la distribución de las cargas, este punto hace referencia a la posibilidad de minimizar el impacto de la entrevista en las vidas cotidianas de las mujeres, en otras palabras, se busca que el tiempo y el impacto emocional de las entrevistas tenga el menor costo individual posible para ellas. Este elemento se reduce dándoles a ellas, la posibilidad de elegir la hora y el día de las entrevistas. Por otro lado, el impacto emocional es algo presente en las entrevistas, sin embargo, se les explicitó que podían abandonar en cualquier momento las sesiones. A pesar de ser una opción ninguna colaboradora abandonó las entrevistas.

Se recurrirán a citas textuales, las que estarán entrecorilladas y en letra cursiva. El objetivo de estas citas es hacer énfasis y darles voz a nuestras participantes en ciertos temas claves referidos a nuestros ejes conceptuales o campos sociales. También tienen la intención de revelar ciertos temas que no estaban considerados dentro de nuestras categorías iniciales.

Como decisión metodológica se optó por conservar lo más fiel posible las estructuras de los relatos, lo que implica que en algunas ocasiones ciertos fragmentos pueden parecer desfazados de la estructura, esto se debe a que nuestras participantes saltan entre campos sociales durante sus relatos y hemos tratado de conservar la espontaneidad y la emotividad que ellas desplegaron durante su participación. Hubo casos donde fue necesario aglomerar las experiencias en ciertos párrafos, estas decisiones responden a la necesidad de enfatizar en el conjunto de experiencias que ocurren en ciertos espacios sociales como la familia, el trabajo o en los servicios de salud. Para enfrentar lo que podría ser entendido como un desorden, es que agregamos un apartado al final de cada experiencia llamado “elementos más importantes del relato de ...” En este apartado se organizan los elementos que nos llamaron la atención.

Otra reflexión que vale la pena mencionar gira alrededor de la necesidad de enfrentar el fenómeno de la muerte gestacional, desde la perspectiva de la medicina social y la salud colectiva. Con este objetivo podemos mencionar una serie de elementos que nos parecen relevantes:

El primero es en relación con la necesidad de legislar a nivel Federal sobre las muertes gestacionales, es necesario que los distintos centros de salud, tanto públicos como privados posean un marco normativo, que busque proteger a las mujeres que cursan este tipo de eventos. Esta acción sería concordante con el enfoque de derechos y de género que está presente la Constitución.

En segundo lugar, hemos evidenciado la distancia que existe entre lo normativo y lo que ocurre en los centros de salud, en relación con las mujeres que cursan eventos de muerte gestacional, y resulta indispensable que cada centro trabaje de forma multidisciplinaria en protocolos de acción para enfrentar este tipo de eventos. Esta medida requiere trabajo en conjunto tanto de las estructuras internas de las instituciones como de la sociedad civil. Las agrupaciones civiles como MISS-ECA han realizado un trabajo importante recopilando información internacional y nacional relacionada con formas de enfrentar estos eventos desde la perspectiva de los profesionales de la psicología y la tanatología.

Finalmente es necesario visibilizar estos eventos dentro de las escuelas de formación del personal de salud, haciendo énfasis en el enfoque de derechos. Hemos constatado acciones de violencia obstétrica por parte del personal médico, estas acciones no se limitan a las y los médicos, también las realizan enfermeras/os y otras/os agentes del espacio médico. El enfoque de derechos permitiría a los profesionales, poner foco sobre el bienestar de las mujeres que sufren este tipo de eventos. Está bien descrito que el *habitus* médico se reproduce dentro de las escuelas de ciencias de la salud, romper esta reproducción social requiere un fuerte compromiso por parte de los docentes. Personalmente realizo clases en la universidad de Valparaíso en Chile, a estudiantes de medicina y he realizado clases en las cuales abordo el tema de la violencia obstétrica, y la recepción de las/os estudiantes es muy buena, y observo un fuerte compromiso

por su parte. Debemos continuar reforzando la importancia de respetar los derechos humanos de las mujeres que cursan un evento de muerte gestacional.

En relación con la reflexividad entendida como un elemento:

“...inherente al trabajo de campo consiste en el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente - sentido común, teoría, modelos explicativos- y la de los actores/objetos de investigación. (...) el conocimiento se revela no “al” investigador, sino “en” el investigador, quien debe comparecer en el campo, reaprenderse y reaprender el mundo desde otra perspectiva.” (Guber, 2011, pág. 50)

Este proceso ocupó una posición importante durante todo el proceso de investigación, y se fue revisando permanentemente, y desde donde se desprenden una serie de hitos importantes.

El primero se relaciona con el impacto emocional que me produjo acceder a las experiencias de muerte gestacional de las participantes, esta interacción desarrolló en mí una profunda necesidad de contar de forma lo más fidedigna posible sus experiencias, permitiéndole a las entrevistadas navegar de forma libre por sus experiencias.

El segundo fue la preocupación previa a las entrevistas, que me produjo el hecho de ser un hombre, heterosexual y extranjero, ya que pensaba en la posibilidad de que las entrevistadas no quisieran conceder las entrevistas. Afortunadamente nada de esto ocurrió, me encontré con personas dispuestas a contar sus historias de lucha y resiliencia.

Finalmente debo mencionar que el proceso de análisis de las entrevistas implicó un desgaste emocional importante, el que requirió tiempo y apoyo por parte de mi familia y otros seres queridos. Constatar la violencia y la segregación que sufren las mujeres cuyos hijos mueren durante la gestación, ejercida por el sistema médico, modificó mi forma de percibir la violencia patriarcal, la que se expresa al interior de las estructuras sociales de distintas formas, todas ellas deben considerarse como inaceptables. Esto me motiva personalmente a continuar esta

línea de investigación, y adoptar una postura de denuncia permanente, no solo en el ámbito de la academia, sino también en todos los espacios donde se requiera.

Esta tesis busca aportar con un granito de arena a la reparación del daño causado por la sociedad en su conjunto a las mujeres que viven este tipo de eventos, esto, a través de la divulgación de esta tesis en todos los espacios a los que tenga acceso.

15. Anexos

Figura 1. Mención de género en los grupos de documentos

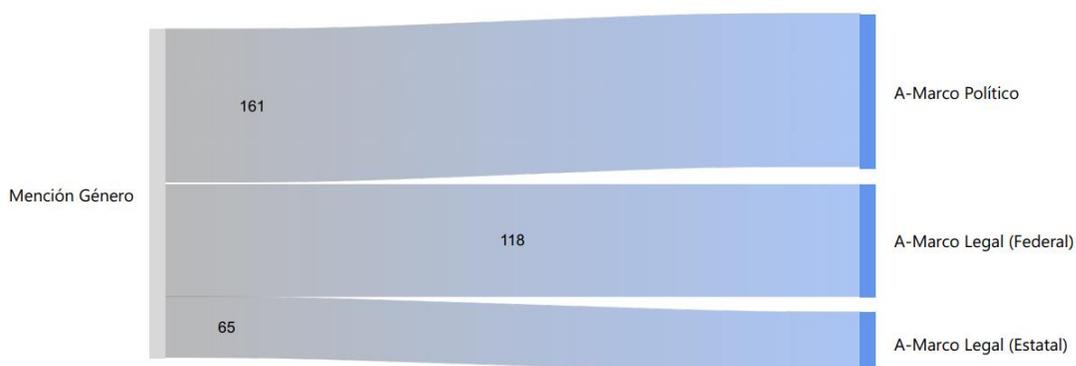


Figura 2. Condiciones de Vida, relaciones sociales y experiencia subjetiva en los documentos oficiales.

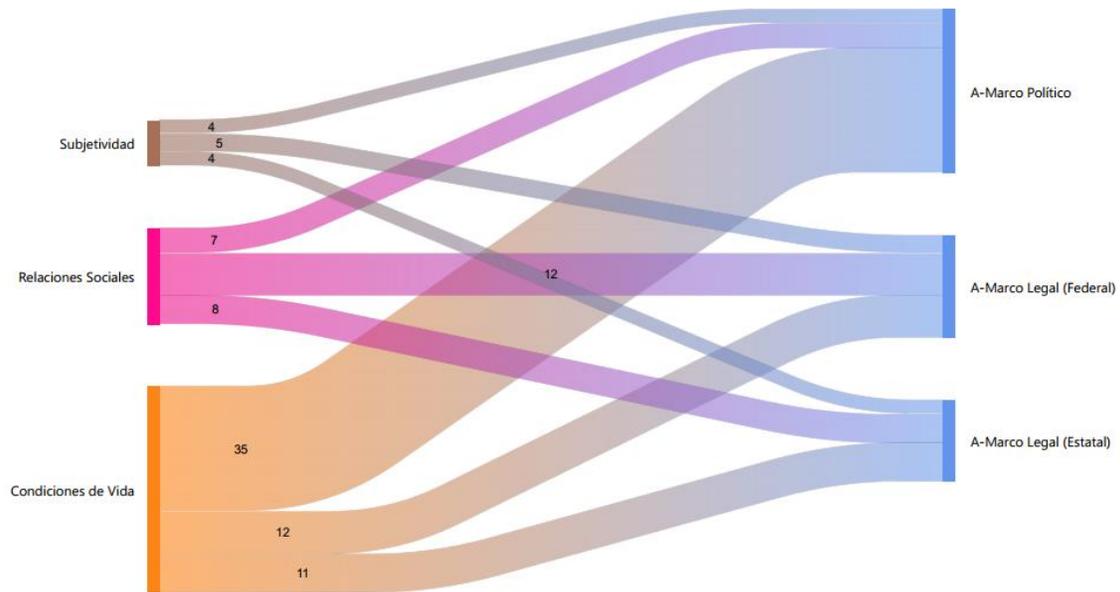


Figura 3. Presencia de las Condiciones de vida, Relaciones sociales y subjetividad en los distintos campos sociales dentro de los documentos oficiales

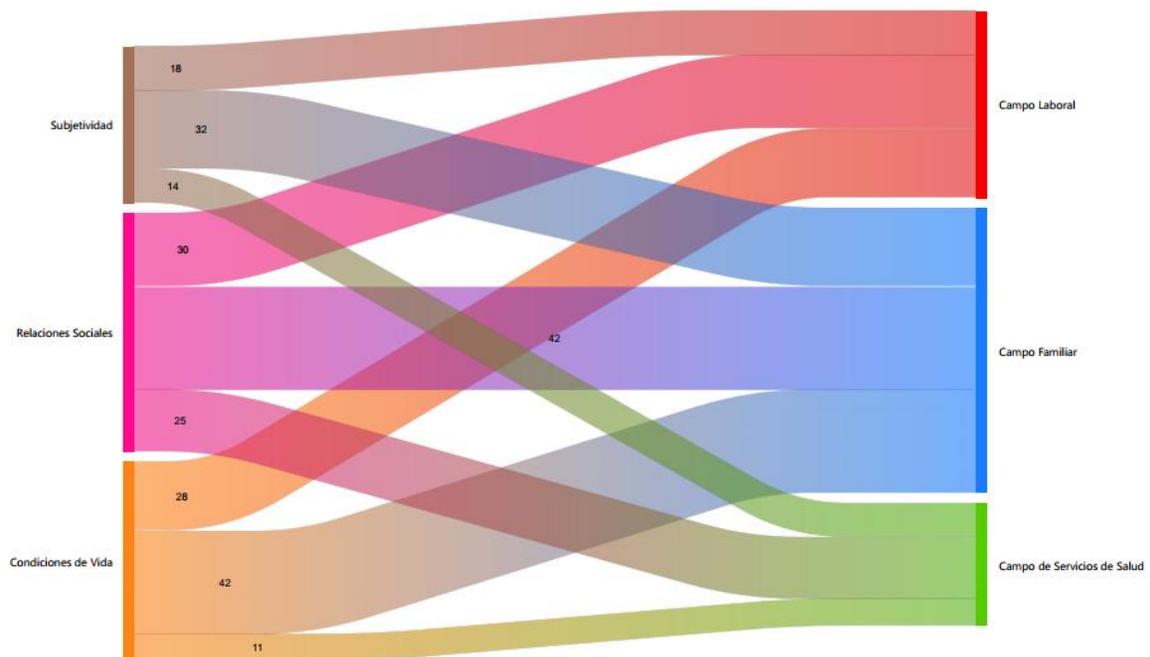


Tabla 1. Mención de “trabajo doméstico” en los grupos de documentos

	A-Marco Legal (Estatual) Gr=290; GS=10	A-Marco Legal (Federal) Gr=596; GS=9	A-Marco Político Gr=876; GS=7	Totales
○ Trabajo doméstico Gr=6	0	0	6	6
○ Trabajo de cuidados Gr=6	0	0	1	1
Totales	0	0	7	7

Tabla 2. Porcentaje de muertes fetales de acuerdo con una serie de variables seleccionadas durante el año 2013 hasta 2018.

Variable	categoría	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Afiliación Servicios de Salud	IMSS	29%	27%	27%	26%	30%	31%
	ISSSTE	5%	5%	4%	5%	4%	5%
	Ninguna	29%	28%	27%	29%	26%	26%
	No especificado	6%	7%	9%	9%	12%	12%
	Otra	3%	3%	3%	3%	2%	2%
	PEMEX	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	SEDENA	1%	1%	1%	1%	1%	2%
	Seguro Popular	26%	27%	27%	26%	24%	21%
	SEMAR	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Variable	categoría	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condición de actividad económica	No aplica	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	No especificado	3%	3%	5%	4%	3%	4%
	No trabajó	62%	65%	60%	62%	60%	59%

	Sí trabajó	34%	32%	35%	33%	37%	37%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Variable	categoría	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condición de habla lengua indígena	No aplica	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	No especificado	3%	3%	29%	5%	4%	5%
	No habla lengua indígena	95%	95%	57%	93%	94%	93%
	Sí habla lengua indígena	2%	2%	14%	2%	3%	2%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Variable	categoría	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condición de violencia	No	68%	72%	75%	75%	77%	27%
	No aplica	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Se ignora	32%	28%	25%	25%	23%	72%
	Si	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Variable	categoría	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Edad de la madre	De 15 a 19 años	15%	16%	14%	12%	13%	11%
	De 20 a 24 años	25%	24%	23%	23%	22%	23%
	De 25 a 29 años	21%	22%	20%	22%	23%	22%
	De 30 a 34 años	17%	19%	20%	20%	19%	21%
	De 35 a 39 años	14%	12%	14%	13%	14%	15%
	De 40 a 44 años	4%	4%	4%	5%	6%	4%
	De 45 a 49 años	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	De 50 y más años	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Menor de 15 años	1%	1%	0%	1%	0%	1%

	No especificado	2%	2%	3%	3%	2%	3%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Variable	categoría	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nacionalidad	Extranjera	1%	1%	1%	1%	1%	1%
	Mexicana	97%	97%	96%	96%	96%	95%
	No aplica	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	No especificado	2%	2%	4%	3%	3%	4%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Variable	categoría	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nivel de escolaridad	Bachillerato o preparatoria completo	23%	24%	24%	23%	24%	25%
	Bachillerato o preparatoria incompleto	14%	13%	13%	13%	13%	11%
	No especificada	1%	1%	3%	3%	2%	3%
	Posgrado	2%	1%	1%	1%	1%	1%
	Preescolar	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Primaria completa	7%	6%	6%	5%	6%	5%
	Primaria incompleta	4%	3%	2%	2%	2%	2%
	Profesional	15%	16%	20%	21%	23%	23%
	Secundaria incompleta	6%	7%	7%	6%	5%	5%
	Secundaria o equivalente	27%	28%	25%	26%	24%	24%
	Sin escolaridad	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Variable	categoría	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Número de embarazos	1	0%	0%	0%	0%	16%	29%
	2	0%	0%	0%	0%	15%	26%

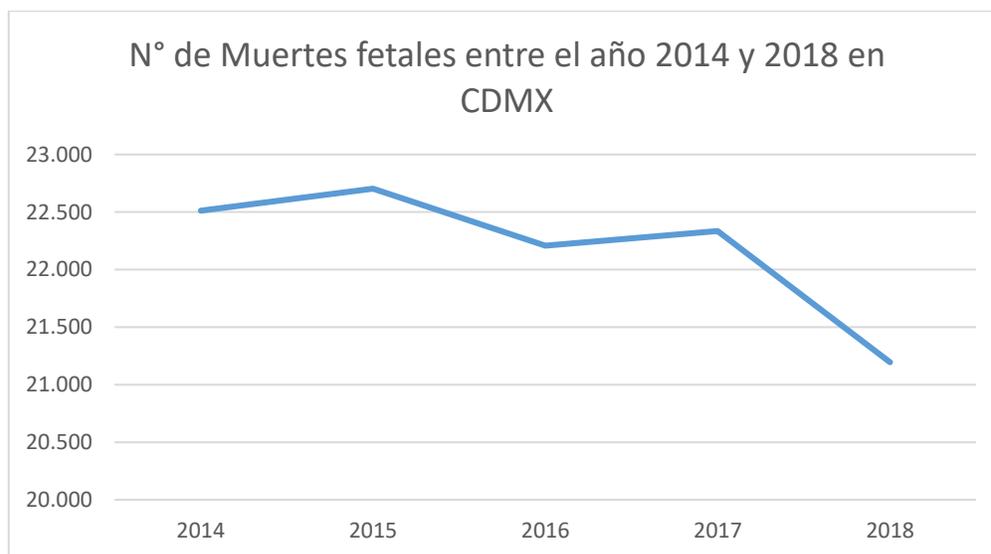
	3	0%	0%	0%	0%	9%	17%
	4	0%	0%	0%	0%	4%	7%
	5	0%	0%	0%	0%	2%	3%
	6	0%	0%	0%	0%	0%	1%
	7	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	8	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	9	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	12	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	No aplica	100%	100%	100%	100%	47%	6%
	No especificado	0%	0%	0%	0%	6%	7%
	Si hubo embarazo sin especificación del total	0%	0%	0%	0%	1%	4%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Variable	Categoría	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ocupación de la madre	No disponible	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	No especificado	3%	3%	5%	4%	3%	4%
	No trabaja	62%	65%	60%	62%	60%	59%
	Trabaja	34%	32%	35%	33%	37%	37%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Variable	categoría	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Parentesco del presunto agresor	Ex esposa	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Hijo	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Ninguno	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	No aplica	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	No especificado	32%	28%	25%	25%	23%	72%
	No hubo violencia	68%	72%	75%	75%	77%	27%
	Otro	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Si hubo violencia, pero	0%	0%	0%	0%	0%	0%

	no se especificó el parentesco del presunto agresor						
	Esposo Cónyuge	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Concubino compañero	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Variable	categoría	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Persona atendió el parto	Enfermera	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Médico	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	No especificado	3%	3%	5%	5%	4%	5%
	Otro	2%	2%	2%	2%	2%	2%
	Otro médico	25%	26%	27%	24%	21%	21%
	Partera	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Médico gineco-obstetra	69%	68%	66%	70%	72%	72%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Variable	categoría	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total de consultas recibidas	1	5%	7%	6%	6%	6%	6%
	2	11%	12%	12%	12%	11%	11%
	3	16%	15%	16%	15%	17%	14%
	4	16%	16%	16%	15%	15%	15%
	5	16%	16%	16%	17%	14%	16%
	6	10%	10%	10%	9%	8%	9%
	7	5%	5%	5%	5%	7%	5%
	8	6%	6%	6%	6%	6%	5%
	9	2%	2%	2%	1%	2%	2%
	10	5%	5%	5%	6%	7%	5%
	11	0%	1%	0%	0%	0%	0%
	12	2%	2%	1%	1%	1%	1%
	13	0%	0%	0%	0%	0%	0%

14	0%	0%	0%	0%	0%	0%
15	1%	1%	1%	2%	1%	1%
16	0%	0%	0%	0%	0%	0%
17	0%	0%	0%	0%	0%	0%
18	1%	1%	0%	0%	0%	0%
20	0%	0%	0%	1%	0%	1%
21	0%	0%	0%	0%	0%	0%
22	0%	0%	0%	0%	0%	0%
23	0%	0%	0%	0%	0%	0%
25	0%	0%	0%	0%	0%	0%
No aplica	0%	0%	0%	0%	0%	0%
No especificada	1%	1%	2%	2%	3%	4%
Si recibió atención prenatal pero no se especificó el número de consultas recibidas	1%	0%	1%	2%	2%	2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Estos datos fueron calculados con el total de nacimientos de cada año.

Gráfico 1. Número de muertes fetales entre los años 2014 y 2018 en la CDMX



Debemos mencionar que el año 2013 fue excluido pues se cometió un error de registro, y se desconoce el motivo de esto.

Pauta de entrevista

El objetivo de esta pauta es enunciar las preguntas que se les realizarán a las mujeres que han sufrido de una muerte fetal. Nos enfocaremos en tres campos, el campo familiar, laboral y de los servicios de salud. También se considera la dimensión temporal, abordando el momento en que supieron que estaban embarazadas y el momento de la pérdida. La entrevista está dividida en cuatro bloques.

No preguntar cómo está

Bloque 1

Caracterización socio demográfica.

Edad:

Género:

Escolaridad:

Ocupación antes/actual:

Municipio/delegación en el que vivía/vive:

Religión:

Bloque 2

- 1) ¿Quiénes componen su familia?
- 2) ¿Quiénes trabajaban en su hogar? ¿en qué trabajan?
- 3) ¿Qué tareas desempeña cada integrante en el hogar? ¿cómo era la distribución de tareas, cocinar, aseo, cuidados?
- 4) ¿Cómo vivió su familia el embarazo y la pérdida? ¿cómo reaccionaron frente a la pérdida?
- 5) ¿Se sintió apoyada por su familia durante su embarazo y al momento de la pérdida? ¿alguien de su familia cumplió algún rol emocional importante para usted?

- 6) ¿Cuál era su proyecto de vida al momento de tomar conocimiento de su embarazo? Y ¿cómo cambio después de la pérdida?
- 7) ¿Cuál era su proyecto de vida al momento de tomar conocimiento de su embarazo? Y
¿qué cambios ocurrieron después de la pérdida?

El objetivo de este bloque es profundizar tanto en la organización familiar, como en la forma en que la familia se reproduce en la materialidad (acceso a necesidades y servicios básicos) y en el aspecto social y simbólico. Se debe profundizar en el rol que desempeña la mujer en la familia y la forma en que se relaciona con los otros agentes. El proyecto de vida busca explorar la significación que tiene para la mujer ser madre y cómo esto se integraba a sus planes futuros.

Bloque 3

- 1) ¿Estaba trabajando al momento de saber que estaba embarazada? Si la respuesta es sí, entonces se debe profundizar: ¿en qué trabaja? ¿Cuáles eran los horarios? ¿Cuáles eran las exigencias? ¿contaba con los implementos de seguridad? ¿trayectos?
- 2) ¿Cómo reaccionaron frente a la notificación de su embarazo? Compañeros y jefatura
- 3) ¿Cómo compatibilizó las consultas al médico con el horario de trabajo?
- 4) ¿Cómo era el ambiente laboral?
- 5) ¿Cómo se sentía con sus compañeros de trabajo y su jefatura?
- 6) ¿Cuál(es) era(n) su(s) proyectos laborales(? Y ¿cómo se vieron modificados por la pérdida?

El objetivo de este bloque es profundizar tanto en las condiciones materiales en las que la mujer realiza su trabajo, así como en las relaciones sociales, ya sean de confianza o explotación, que ella establece con sus compañeros de trabajo y su jefatura. Nos interesa explorar los proyectos laborales que tenían las mujeres antes de tomar conciencia de su embarazo, y la modificación que sufrieron luego de la pérdida.

Bloque 4

- 1) ¿En qué centro de salud atendió su embarazo?

- 2) ¿Solicitó algún servicio del estado, licencia/inhabilidad médica IMSS, nutricionista, vacunas, programa de planeación familiar?
- 3) ¿Cómo fue su relación con el personal sanitario y no sanitario?
- 4) ¿Cómo se sintió a lo largo del proceso de atención de su embarazo?

El objetivo de este bloque es describir la forma en que la mujer utiliza los servicios de salud, describiendo el tipo de servicio que utiliza, pudiendo ser privado o público. También busca explorar las relaciones sociales que establecen las mujeres en el campo médico.

16. Bibliografía

- Agenda2030. (09 de 11 de 2020). *Objetivos del Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <http://agenda2030.mx/ODSind.html?ind=ODS003000030010&cveind=26&cveCob=99&lang=es#/Indicator>
- Agoff, C., & Espinoza, C. (2019). Transformaciones en la legislación familiar y en la moralidad de los grupos familiares de la Ciudad de México. *Revista de Ciências Sociais Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais*, 65-74.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2004). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. Barcelona: Paidós Educador.
- Alvis-Estrada, L. (2016). Identificación de las causas de muerte fetal en una institución hospitalaria de atención materna de Cartagena, Colombia, 2012-2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 187-196.
- Arruzza, C., Bhattacharya, T., & Fraser, N. (2021). *Feminismo para el 99%. Un manifiesto*. Buenos Aires: Para Avis.
- Ayres, J. (2005). *ACERCA DEL RIESGO: Para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bautista, E., & López, O. (2019). Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud. *Salud Problema*, 28-53.
- BBC Mundo. (22 de Mayo de 2018). La palabra más linda que el náhuatl le regaló al español (y otras que se usan de forma cotidiana en España y América Latina). Centro América. Obtenido de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-43701070>
- Beck, U. (2000). The cosmopolitan perspective: sociology of the second age of modernity. *The British Journal of Sociology*, 79-105.
- Blanco-Gil, J., & Sáenz-Zapata, O. (1994). *Espacio Urbano y Salud*. Jalisco: Universidad de Guadalajara.

- Blázquez, G., & Lugones, M. G. (2016). De cómo no infamar. En F. Gorbach, & M. Rufer, *(In)disciplinar la investigación* (págs. 63-84). Ciudad de México: UAM-Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de la reproducción social*. Argentina: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2019). *El sentido práctico*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Breilh, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida*: 10 tesis hacia una visión crítica de la 10 tesis hacia una visión crítica de la. *Rediscutiendo a ques do da determinando social da saúde* (págs. 87-125). Bahía-Brasil: CBES.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). *UASB-Digital*, 1-45.
- Bunge, M. (1972). *Causalidad, El principio de causalidad en la ciencia moderna*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Butler, J. (2021). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Santiago: Paidós Studio 168.
- Byung-Chul, H. (2014). *Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder Editorial.
- Byung-Chul, H. (2017). *La expulsión de lo distinto*. Barcelona: Herder.
- Canguilhem, G. (2015). *Lo normal y lo patológico*. Distrito Federal: Siglo XXI.
- Canún Serrano, S., Navarrete Hernández, E., Reyes Pablo, A., & Valdés Hernández, J. (2015). Prevalencia de malformaciones congénitas de herencia multifactorial de acuerdo con los certificados de nacimiento y muerte fetal. México, 2008-2012. *Boletín Médico del Hospital infantil de México*, 290-294.
- Cardoso, A. (2017). El capitalismo global dominado por las finanzas y la “economía informal”. *Revista Trabajo*, 5-50.
- Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *CONAMED*, 37-42.
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: UNAM.
- Castro, R., & Frías, S. (2020). Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres. En P. Quattrocchi, & N. Magnone, *Violencia obstétrica en América Latina : conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (págs. 57-76). Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Castro, R., & Villanueva, M. (2019). El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu. *Sociológica*, 73-113.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2001). Violencia Obstétrica. *Género y Salud en Cifras*, 1-72.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2018). *Estudio sobre la igualdad entre hombres y mujeres en materia de puestos y salarios en la administración pública federal*. Ciudad de México: CNDH y ODS-ONU.
- Consejo de evaluación del desarrollo social de la CDMX. (2020). *Ciudad de México 2020*. Ciudad de México: Evalúa. Obtenido de <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/media/DIES20/ciudad-de-mexico-2020-un-diagnostico-de-la-desigualdad-socio-territorial.pdf>
- Contreras-Tinoco, K. A., & Castañeda-Rentería, L. I. (2016). Tensiones entre el cuerpo productivo de la mujer y la normatividad de género en torno a la maternidad. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 10-24.

- Cordero, M., Sánchez, U. C., & Samperio, C. (2016). La mujer en el mercado laboral. *Red Internacional de Investigadores en Competitividad*, 2216-2229. Obtenido de <https://www.riico.net/index.php/riico/article/view/1265/934>
- Cota, R., & Navarro, A. (2015). Análisis del mercado laboral y el empleo informal mexicano. *Papeles de población*, 211-249.
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, 5-46.
- De Almeida Filho, N. (2002). *La Ciencia Tímida. Ensayo de reconstrucción de la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- de la Cuesta-Benjumea, C. (2003). El Investigador Como Instrumento Flexible de la Indagación. *International Journal of qualitative methods*, 25-38.
- de la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería clínica*, 163-167.
- de la Garza, E. (2017). Crítica del Concepto de Informalidad y la Propuesta del Trabajo no Clásico. *Revista Trabajo*, 51-70.
- De Oliveira, O., & Ariza, M. (2000). Género, trabajo y exclusión social en México. *Estudios demográficos y urbanos*, 11-33.
- De Souza Santos, B. (2019). *Una epistemología del Sur*. Buenos aires: CLACSO.
- Eslava-Castañeda, J. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista Salud Pública*, 396-403.
- Espinoza Reyes, E. (2019). *Descolonizar el útero: Experiencias y agencia frente a la violencia obstétrica en Tijuana, México*. Tijuana: Colegio de la Frontera Norte. Obtenido de <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2019/08/TESIS-Espinoza-Reyes-Ester-DESC.pdf>
- Femat González, M. d. (2015). Significados de la maternidad en madres solteras. En *Familia y parentalidad: nuevas significaciones* (págs. 17-41). Ciudad de México: UAM-X, CSH, Educación y comunicación.
- Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frøen, F., Smith, G., Gibbons, K., . . . Ezzati, M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 1331-1340.
- García, Z. (2017). Socialización y discursos sobre la maternidad. *Veredas*, 269-281.
- Gobierno de México. (9 de Abril de 2019). *CAUSES*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111?idiom=es>
- Gómez García, I. (2017). Maternidad sin hijos: Secuelas de violencia obstétrica en casos de óbito fetal en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Salud problema*, 21-28.
- Gómez, M. E., Aldana, E., González, G., Mota, C., & Sánchez, M. A. (2009). Psicoterapia de Grupo para Mujeres con Embarazo de Alto Riesgo. *Terapia Psicológica*, 215-225.
- González-Guzmán, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *TEMAS Y DEBATES*, 1-9.
- González-López, G. (2019). *Secretos de Familia*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Granados, J. A., Rosales, R. A., & Mendoza, J. M. (2019). Sobre el carácter complejo de la definición de salud. En R. A. Rosales, J. M. Mendoza, & C. A. López, *Epistemología de la salud* (págs. 51-79). Ciudad de México: Universidad Autónoma de Ciudad de México.

- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Güemes, A. (2020). Tácticas en la trayectoria de vida: agencia de mujeres frente a la precarización. *Revista Inclusiones*, 379-398.
- Gutiérrez Sánchez, A. (2017). El 10 de Mayo “Día de la Madre” en México o de Cómo Imponer un Modelo de Maternidad. *Revista Xihmai*, 45-60.
- Gundermann Kroll, H. (2015). El método de los estudios de caso. En M. L. Tarrés, *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (págs. 231-262). Distrito Federal: CLACSO y COLMEX.
- Gutiérrez, A. (2005). *Las prácticas Sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba: Ferreyra Ediciones.
- Gutiérrez, A., Rodríguez, N. B., & Galak, E. (2009). Sinécdoque de un autor: Habitus y cuerpo en Pierre Bourdieu. Entrevista a Alicia Gutiérrez. *Memoria académica*, 1-10.
- Gutiérrez, R., Díaz, K., & Román, R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 219-228.
- Harvey, D. (2020). *Razones para ser anticapitalista*. Buenos Aires: CLACSO.
- Haye, A., Herraz, P., Cáceres, E., Morales, R., Torres, M., & Villaruel, N. (2017). Tiempo y memoria: sobre la mediación narrativa de la subjetividad histórica. *Revista de Estudios Sociales*, 22-35.
- Heazell, A., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z., Cacciatore, J., . . . Downe, S. (2016). Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 1-13.
- Hernández-Garduño, E., & Meneses-Calderón, J. (2017). Period prevalence and anthropometric predictors of premature rupture of membranes in Mexican women, 2009-2012. *Salud Pública de México*, 1-2.
- Herrera, C. (2019). Subjetividades de mujeres de sectores populares en la CDMX en ocupaciones “masculinas”. *Estudios sociológicos*, 195-215.
- Jiménez-Arroyo, V., & Rangel-Flores, Y. (2018). Resentaciones sociales de la maternidad temprana en adolescentes embarazadas del centro norte de México. *Rev Chil Salud Pública*, 115-125.
- King, G., Keohane, R., & Verba, S. (2002). *El diseño de la investigación social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Krause, M. (2016). La interseccionalidad entre clase y género: un acercamiento desde los relatos de vida. *Revista Laboratorio*, 91-111.
- Krippendorff, K. (1997). *Metodología del Análisis de Contenido: Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós.
- Laurell, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *CUADERNOS MÉDICO SOCIALES*, 1-11.
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO.
- Lawn, J., Blencowe, H., Pattinson, R., Cousens, S., Kumar, R., Ibiebele, I., . . . Stanton, C. (2011). Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *The Lancet*, 1448-1463.
- Lawn, J., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D., . . . Cousens, S. (2016). Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, 587-603.
- Lewontin, R., Rose, S., & Kamin, L. (1987). *No está en los genes*. Ciudad de México: Crítica.

- Llanes, A., Cervantes, M., Peña, A., & Cruz, J. (2019). Maternidad en legislación mexicana: Una visión desde los derechos laborales de la mujer. *Revista de Ciencias Sociales*, 51-60.
- López Arellano, O., Rivera Márquez, A., Delgado Campos, V., & Blanco Gil, J. (2010). Crisis, condiciones de vida y salud en México. Nuevos retos para la política social. *Medicina Social*, 165-170.
- Maines, D. (1993). NARRATIVE'S MOMENT AND SOCIOLOGY'S PHENOMENA: Toward a Narrative Sociology. *The Sociological Quarterly*, 17-38.
- Manni, L. (2010). Cambios en las representaciones sociales e identidades genéricas de mujeres profesionales. *La Aljaba*, 135-156.
- Marradi, A., Archenti, N., & Piovani, J. I. (2018). *Manual de metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Maxwell, J. (2019). *Diseño de la investigación Cualitativa*. México: Gedisa.
- Mejía-Mendoza, M., Laureano-Eugenio, J., Ortiz-Villalobos, R., Blackaller-Ayala, J., & Benítez-Morales, R. (2015). Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: Estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 242-252.
- Membreño, J. P., & Zonana, A. (2005). Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad. *Revista Médica del IMSS*, 97-101.
- Mota, C. (2018). Morir antes de nacer: un revisión del duelo perinatal. *Enseñanza e investigación en psicología*, 1-16.
- Mota, C., Calleja, N., Gómez, M. E., Aldana, E., & Sánchez, M. A. (2010). Factores asociados con el duelo perinatal en mujeres con pérdida gestacional. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* , 235-242.
- Navarro-Pérez, C., González-Jiménez, E., Schmidt-RioValle, J., Meneses-Echávez, J., Martínez-Torres, J., & Ramírez-Vélez, R. (2015). Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. *Nutrición Hospitalaria*, 1091-1098.
- Ovalle, A., Barriga, T., & Kakarieka, E. (2017). ¿Se relaciona la obesidad en el embarazo con muerte fetal por insuficiencia placentaria? *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 614-620.
- Pedroza, K. (2015). Re-pensando la maternidad: una propuesta feminista desde una Perspectiva Psicoanalítica. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 46-62.
- Pink, S., Horst, H., Postill, J., Hjorth, L., Lewis, T., & Tacchi, J. (2019). *Etnografía digital: Principios y práctica*. España: EDICIONES MORATA.
- Pintado, A., & López, O. (2019). Atención a la salud materna oportuna y apropiada: un abordaje desde los derechos humanos (DDHH). *Revista CONAMED*, 91-94.
- Ríos-Cázares, G., & López-Moreno, S. (2018). Comprendiendo el cuidado y los cuidados: tipología del cuidado desde la salud colectiva. En E. Jarillo, & O. López, *Salud colectiva en México. Quince años del doctorado en la UAM* (págs. 127-157). Ciudad de México: UAM.
- Rojas Elena, E. (2018). Adolescentes, embarazo y maternidad. En A. Ortiz Tepale, & M. P. Femat González, *Estudios de familias* (págs. 163-174). Ciudad de México: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA- XOCHIMILCO.
- Rojas, O. L. (2016). MUJERES, HOMBRES Y VIDA FAMILIAR EN MÉXICO. PERSISTENCIA DE LA INEQUIDAD DE GÉNERO ANCLADA EN LA

- DESIGUALDAD SOCIAL. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, 73-101.
- Rojas-Ortega, L., & Jarillo-Soto, E. (2018). El cuidado en salud: referentes desde la salud colectiva. En E. Jarillo-Soto, & O. López-Arellano, *Salud Colectiva en México: quince años del Doctorado en la UAM* (págs. 105-125). Ciudad de México: UAM.
- Romero-Levario, A. T. (2012). Transformación y permanencia de las costumbres funerarias del pueblo de San Lorenzo Tezonco. *Vita Brevis*, 28-40.
- Rosales-Flores, R., Mendoza-Rodríguez, J., & Granados-Cosme, J. (2018). Condiciones de vida, salud y trabajo en conductores de taxi en la Ciudad de México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 279-286.
- Saavedra-Avenidaño, B., Darney, B., Reyes-Morales, H., & Serván-Mori, E. (2016). ¿El aseguramiento público en salud mejora la atención en los servicios? El caso de la atención prenatal en adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 561-568.
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers*. Singapur: SAGE.
- Salinas-Boldo, C. (2016). Estigma, subjetividad y ciudadanía sexual en mujeres mexicanas bailarinas de table dance. *Estudios de Género*, 46-75.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Sánchez Bringas, Á. (2009). Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad. *Perinatología y Reproducción Humana*, 237-246.
- Sánchez Bringas, Á. (2013). Género, cuerpo y reproducción: desafíos conceptuales y metodológicos en el estudio de las experiencias reproductivas. *Memoria académica*, 1-15.
- Sánchez Bringas, Á., Espinosa, S., Ezcurdia, C., & Torres, E. (2004). Nuevas maternidades o la desconstrucción de la maternidad en México. *Debate Feminista*, 55-86.
- Sánchez-Almanza, A. (2018). *CALIDAD DE VIDA. EN LA ZONA METROPOLITANA DEL VALLE DE MÉXICO. HACIA LA JUSTICIA SOCIOESPACIAL*. Ciudad de México: UNAM.
- Sanchez-Bringas, A., & Pérez-Baleón, G. (2014). La morbilidad asociada al embarazo y su manejo en México. En A. Sanchez-Bringas, *Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México* (págs. 71-104). Distrito Federal: Itaca.
- Scarponetti, P. (2019). INTRODUCCIÓN CONDICIONES DE VIDA/ESFERAS DE BIENESTAR. En I. Llovet, & P. Scarponetti, *ESTUDIOS SOBRE CONDICIONES DE VIDA EN LA ARGENTINA CONTEMPORÁNEA* (págs. 15-49). Buenos Aires: CLACSO.
- Segato, R. L. (2020). *Las estructuras elementales de la violencia*. Santiago: Prometeo Libros y LOM ediciones.
- Tetelboin, C. (2007). Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina. En E. Jarillo, & E. Guinsberg, *Temas y Desafíos en Salud Colectiva* (págs. 49-77). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tetelboin, C., & Laurell, A. C. (2017). *Por el derecho universal a la salud*. Ciudad de México: CLACSO.
- The Lancet. (2016). *Acabando con las muertes intrauterinas prevenibles*. The Lncet.
- Valenzuela Feijóo, J. (2017). Estancamiento, desigualdad, descomposición: el neoliberalismo mexicano en una visión sintética. *Salud Problema*, 22-37.
- Vaughan, D. (1968). SOME SOCIAL FACTORS IN PERINATAL MORTALITY. *Brit. J. prev. soc. Med.*, 138-145.

- Vela-Barba, E. (2017). *La discriminación en el Empleo en México*. Ciudad de México: Instituto Belisario Domínguez o del Senado de la República.
- Verdugo Torres, J., & Salinas Urbina, A. A. (2018). La violencia obstétrica como un problema de estado: su presencia en las leyes latinoamericanas. En E. Jarillo Soto, & O. López Arellano, *Salud Colectiva en México. Quince años del Doctorado en la UAM* (págs. 17-41). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Villagómez-Ornelas, P. (2021). Alimentar a otros para alimentar a los propios: dualidades y desigualdades de la venta del trabajo de alimentar en la Ciudad de México. *Estudios de Género*, 1-31.
- Viveros-Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feministas*, 1-17.
- Wilks, A. (2004). Apuntes sobre la noción de estrategia en Pierre Bourdieu. *Revista Argentina de Sociología*, 118-130.
- Wittig, M. (2018). *El pensamiento heterosexual*. Valle del Maipo: Reacia Ediciones.
- Yin, R. (2018). *Case study research and applications : design and methods*. Los Angeles: SAGE.
- Zapata, J. G., & Rojas-Rajs, S. (2021). De la causalidad a la determinación social: analizar la diabetes en México desde la Salud Colectiva. *Salud problema*, 61-71.