

Morbilidades maternas extremas y atención obstétrica: las “huellas” de la violencia en los cuerpos femeninos

Graciela Beatriz Muñoz García
Centro Nacional de Derechos Humanos
“Rosario Ibarra de Piedra”

Resumen

Las complicaciones que ponen en alto riesgo de muerte a las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto suelen ser invisibilizadas, entre otros aspectos, porque el desenlace no resulta en el fallecimiento de la mujer. El análisis de las morbilidades maternas extremas suele desarrollarse desde el enfoque biomédico, dejando de lado el diálogo epistemológico con las ciencias sociales y las ciencias sociomédicas críticas, que exploran los diferentes factores estructurales, relacionales e individuales que se intersectan en el encuentro clínico de la atención materna. El enfoque de la presente investigación es antropológico, analítico-interpretativo y explora el componente cualitativo del problema. Ha sido construido a partir de casos de mujeres que ingresaron quejas a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico entre 2013 y 2014, por la atención médica recibida durante el embarazo, parto y/o puerperio en instituciones públicas de salud de la Ciudad de México. Incluye información original de la revisión de expedientes de queja concluidos y en archivo y entrevistas a profundidad con mujeres que ingresaron las quejas. Este artículo tiene por objetivo abonar al debate sobre la violencia institucional y la violencia de género y su relación con casos de mortalidad materna extrema en México, y propone una clasificación conceptual a fin de visibilizar las huellas y cicatrices físicas y no físicas de la atención materna en los cuerpos y las vidas de las mujeres.

Palabras clave: cuerpo, morbilidad materna extrema, queja médica, violencia, modelo de atención obstétrica.

Abstract

The high risk of death complications during pregnancy, childbirth and postpartum are often invisible, because they do not result in maternal death. The analysis of extreme maternal morbidities is usually developed from a biomedical approach, leaving aside the epistemological dialogue with the social sciences and the critical sociomedical sciences that explore the different structural, relational and individual factors and intersections in the maternal care clinical encounter. This is an anthropological, analytical-interpretative research that explores the qualitative component of the problem. Retake cases of women who filed complaints to the National Commission of Medical Arbitration (Conamed), from 2013 to 2014, for medical care received during pregnancy, childbirth and/or puerperium in public health institutions in Mexico City, Includes original data from concluded complaint files and in-depth interviews with women who filed complaints. This article aims to contribute to the debate on institutional and gender violence and their relationship with cases of extreme maternal mortality in Mexico, and proposes a conceptual classification in order to make visible the physical and non-physical traces and scars of maternal care in the bodies and lives of women.

Keywords: body, severe acute maternal morbidity, medical complain, violence, obstetric attention model

Introducción

El presente artículo retoma algunos de los hallazgos y reflexiones de mi investigación doctoral¹ enfocada en analizar los expedientes de queja médica ingresados ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) por mujeres que presentaron complicaciones extremadamente graves durante la atención del parto y/o en el puerperio, en instituciones públicas de seguridad social en la Ciudad de México.²

La investigación abona a la necesidad de analizar las morbilidades maternas extremas tanto por su dimensión³ como por los impactos a la salud y

¹ Tesis para obtener el grado de doctora en Ciencias Sociomédicas: "Huellas de las morbilidades maternas extremas y violencias más allá del espacio clínico. Trayectorias de atención y queja médica como procesos hacia la construcción de ciudadanía reproductiva", UNAM, México (grado obtenido el 12 noviembre de 2020).

² La queja médica es una vía extrajudicial disponible en México, que se presentan ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, especializado en resolver controversias civiles del sector salud público y privado, por la ruta de la asesoría, la conciliación y el arbitraje. Información disponible en el siguiente link: <https://www.gob.mx/Conamed>

³ Si consideramos que la muerte materna es "la punta del iceberg", las morbilidades serían la base que se esconde bajo el agua, tanto por su dimensión como por su invisibilidad (Fortney y Smith, 1996).

las múltiples consecuencias que tienen en los cuerpos y las vidas de las mujeres, sus familias y comunidades. La morbilidad materna extrema (mme), también conocida como complicación que amenaza la vida, morbilidad obstétrica severa o complicación potencialmente fatal (cpf) (Karolinski *et al.*, 2009) — *near-miss* o *severe acute maternal morbidity* en inglés —, se refiere a la categoría de morbilidad materna con episodios que amenazan la vida de la mujer, la cual permite ubicar a aquellas que "casi fallecen" durante el embarazo y el parto, y hasta 42 días siguientes a la terminación del embarazo. La mme incluye los daños, lesiones y complicaciones a la salud que se relacionan con o son agravadas por el embarazo mismo o su atención, y no por causas accidentales o incidentales (Abou y Wardlaw, 2000).

Entre las principales morbilidades que ponen en riesgo de muerte a las mujeres destacan las hemorragias graves (choque hipovolémico), las infecciones (choque séptico y síndrome HELLP), los trastornos hipertensivos (eclampsia y preeclampsia) y los abortos. El concepto biomédico *morbilidades maternas extremas* se ha definido como las complicaciones severas en las cuales las mujeres presentan alto riesgo de muerte, ante las cuales se requiere una intervención médica urgente para prevenir el fallecimiento de la madre (Pattinson y Hall, 2003); es decir, representan un escalón previo a la muerte materna (mm). Sin embargo, como el desenlace no resulta en el fallecimiento de la mujer, tanto el riesgo de muerte como sus consecuencias suelen ser invisibilizadas por el análisis biomédico y de las ciencias sociales.

El problema de las mme suele analizarse desde el enfoque biomédico-clínico, aunque estas complicaciones resultan de múltiples factores macro, meso y micro sociales. En la literatura poco se ha explorado sobre los impactos de las morbilidades en los cuerpos femeninos y las consecuencias multidimensionales de estos eventos en la trayectoria de vida de las mujeres fuera del espacio clínico. A fin de visibilizar estos aspectos, a lo largo del artículo se presenta una clasificación de las marcas de la atención materna en los cuerpos femeninos, incluyéndose las secuelas "físicas" —daños y discapacidades—, así como las consecuencias "no físicas" de las mme, retomando la voz de las mujeres entrevistadas.

La investigación retoma los aportes teórico-metodológicos de la antropología médica crítica y de la perspectiva feminista sobre el cuerpo, el proceso reproductivo y las relaciones de poder. En coincidencia con estos enfoques, a lo largo de la investigación, más allá de exaltar el rol de víctimas de las mujeres, se sitúa el problema desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos, ubicando a las mujeres como sujetas de derechos, con agencia y una voz que requiere un espacio de escucha que trascienda los mecanismos no jurisdiccionales de exigibilidad de derechos.

Uno de los principales objetivos del artículo es compartir la evidencia etnográfica de las relaciones jerárquicas de poder y las formas en que esta estructura influye en la atención médica trastocando los cuerpos femeninos, así como las secuelas y consecuencias que tiene esta violencia en sus vidas, buscando abonar al debate en torno a la violencia obstétrica y la necesidad de transformar el modelo de atención en el país.

La violación a los derechos de las mujeres y los diferentes niveles de violencias —directas, veladas y abandonos como formas de violencia (Campigli, 2017)—, son ejercidas en algunas instituciones y en algunos casos; es decir, la intención no es generalizar ni señalar al personal de salud como responsable exclusivo y directo de las violencias derivadas de las relaciones de poder y la desarticulación de los sistemas de atención, sino que pretende visibilizar casos específicos y mirar desde una perspectiva crítica un modelo de atención descentrado de las necesidades de las personas, que requiere transformarse para garantizar el respeto a la dignidad de las personas involucradas en la atención materna.

Metodología

El enfoque de la investigación es antropológico, analítico-interpretativo y explora el componente cualitativo del problema. Ha sido construido a partir de casos de mujeres que ingresaron quejas a la Conamed en el periodo de 2013 a 2014, por la atención médica recibida durante el embarazo, parto y/o puerperio en instituciones públicas de salud de la Ciudad de México; en estos casos, las mujeres no presentaban alto riesgo obstétrico, sin embargo, presentaron complicaciones severas vinculadas al manejo clínico, el cual las expuso a un alto riesgo de muerte así como a secuelas graves y/o crónicas a corto, mediano y largo plazo.

Para el desarrollo de la investigación se tuvo acceso a los expedientes de queja médica a partir de un convenio de colaboración entre la Conamed y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), institución en la que se enmarca la tesis doctoral.

En el diseño, la recopilación y el análisis de datos etnográficos, el estudio retoma una de las corrientes interpretativas de la antropología que sostiene que el estudio de un problema social mediante el análisis de “casos”, es ante todo un “encuadre teórico, que permite delinear los límites de un campo empírico” (Tavory y Timmermans, 2009: 243). Se utilizó el método del caso extendido o caso ampliado, que conlleva un trabajo etnográfico —con lentes teóricos—. Durante el trabajo de campo de 12 meses se realizó observación participante multisituada, tanto en la institución adscrita a la Secretaría de Salud como en los entornos familiares de las mujeres que accedieron a parti-

cipar en el estudio; los vínculos se establecieron a partir de una intersubjetividad comprometida, lo que conlleva al reconocimiento de los interlocutores como sujetos de derechos, con biografías, experiencias y emociones, y finalmente se estableció un diálogo reflexivo con la teoría (Polanyi, 1958).

Para la selección de los expedientes de queja médica se retomó la información cuantitativa registrada en el Sistema de Quejas Médicas (Saqmed). Dado que la MME no forma parte de las categorías de registro en el sistema, se definieron palabras clave de búsqueda para incluir los dos criterios generales para definir las MME de acuerdo a la oms: 1) que para salvar la vida de la mujer durante la atención de su embarazo, parto y/o puerperio, haya sido necesaria la intervención quirúrgica denominada *histerectomía obstétrica de emergencia* (HOE): la extirpación del útero, lo que deriva en el cierre de la capacidad reproductiva de la mujer, es decir, conduce a la infertilidad definitiva, y 2) que para la adecuada atención de la mujer haya sido necesario su ingreso a las unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (Jahan *et al.*, 2006, en PRO-R02.52, 2016: 2).

A partir de la revisión de los expedientes de queja médica, de los motivos y descripción de la inconformidad, se seleccionaron los casos —cabe mencionar que se escogieron casos concluidos y en archivo—. Asimismo, para evitar la violación de la confidencialidad de las personas que ingresan quejas a la institución, fue a través del área de investigación de la Conamed que las mujeres fueron invitadas a participar en el estudio; en los casos en los que ellas aceptaron, se entabló la comunicación y en la primera sesión de entrevista se les compartió para firma de conformidad el formato de consentimiento informado que incluye los objetivos de la investigación y las instituciones que la respaldan.

En la fase de revisión de los expedientes de queja médica, se diseñó y aplicó un cuestionario que buscaba darle voz al expediente (Bajtín, 1988); es decir, se estableció una relación dialógica con el expediente de queja médica, y vincularlo con las entrevistas a profundidad; se identificaron y clasificaron los impactos y consecuencias de las morbilidades maternas extremas, su manejo y la atención recibida en las instituciones de seguridad social.

Las huellas encarnadas en los cuerpos femeninos: secuelas y consecuencias de las MME y su manejo

La medicalización de los procesos de vida y la excesiva intervención quirúrgica son claras expresiones del ejercicio del biopoder sobre los cuerpos (Scheper-Hughes y Lock, 1987). La sobremedicalización del proceso reproductivo y, en particular, durante la atención del parto, contraviene a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (oms) y hay evidencia científi-

ca que muestra que a mayor intervención médica innecesaria, mayor riesgo de complicaciones (OMS, 2018).

Los cuerpos femeninos durante la atención materna están definidos por el modelo tecnológico de atención del nacimiento prevaleciente en las instituciones de salud; cuerpos que parecen desvinculados del cuerpo experiencial, íntimo, subjetivo y agente de las mujeres (Esteban, 2006).

[...] el poder se inscribe en los cuerpos femeninos de múltiples formas (cuerpos enfermos, anoréxicos, dóciles, fértiles, violados, explotados, maltratados, prostituidos... cuerpos-útero, cuerpos-fetiché) y puede ejercerse desde múltiples lugares (instituciones, discursos...) para conseguir múltiples beneficios (amor incondicional, abnegación, niños, placer, fuerza de trabajo barata...) (Fernández, 2004: 191-192)

En el modelo hegemónico de atención materna, las mujeres no son ubicadas al centro, sino que su participación está subordinada a dinámicas organizacionales y relaciones de poder al interior de los hospitales:

[...] [muchas veces en el mundo]... los partos no tienen madre. Las mujeres que van a dar a luz desaparecen en cuanto atraviesan la puerta del hospital. No son personas, son enfermas, y sus opiniones no cuentan. El parto está organizado... para que... los partos sean rápidos, seguros y cómodos... para los facultativos, claro, no para las madres: cesáreas sin motivo, administración de hormonas para acelerar las contracciones, cortes vaginales y la peor posición para dar a luz, tumbadas (Varela y Santolaya, 2018 [2013]: 288-289).

La mala implementación de los protocolos de atención médica en las instituciones de salud, la falta de organización hospitalaria, la escasez de personal, la falta de insumos, entre otros factores estructurales y relacionales, conllevan a experiencias negativas para las mujeres y en algunos casos constituyen violaciones a sus derechos humanos por actos de negligencia, impericia, errores médicos o formas normalizadas de maltrato y violencia (Belli, 2013; Sessia, 2018; Castro y Erviti, 2015; y Villanueva *et al.*, 2016).

Las "huellas físicas": consecuencias visibles de las MME y su manejo

A continuación, se definen las "huellas visibles" de las MME en los cuerpos y las experiencias de las mujeres, quienes, a través de su reflexión en retrospectiva, describen algunos de los impactos de la atención institucional recibida,

visibilizando los efectos físicos de las MME y de las violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos.

Las "huellas físicas o visibles" de la MME y su atención, incluyen las secuelas y daños orgánicos y funcionales clasificados por la biomedicina, aquellos que se manifiestan a través de signos y síntomas corporales, algunas de las cuales pueden generar discapacidades severas o crónicas.

[A nivel global, cada año] millones de mujeres padecen discapacidades tales como: anemia aguda, incontinencia, daño en los órganos reproductivos o el sistema nervioso, dolor crónico e infertilidad. Estas discapacidades son trágicas desde dos puntos de vista: ocurren durante el proceso de dar a luz y son casi completamente evitables (Ashford, Ransom y Yinger, 2002: 1).

Entre las principales secuelas directas de la atención y de las morbilidades en los cinco casos de estudio se identifican las hemorragias severas, las infecciones uterinas y de heridas de quirúrgica (cesárea), los partos obstruidos o prolongados y sus consecuencias (fístula obstétrica, ruptura uterina e incontinencia).

Las hemorragias severas se refieren a pérdida de más de 500 mililitros de sangre, que pueden presentarse en el inicio de parto, durante la atención del parto o cesárea, y en diferentes momentos del puerperio inmediato, mediano y tardío; éstas representan la primera causa de muerte materna a nivel global, por lo que requieren intervención médica rápida y eficaz. De acuerdo con la evidencia científica, las principales causas de hemorragia son la atonía uterina, los desgarros vaginales y las perforaciones uterinas (fístulas). Las secuelas de las hemorragias severas afectan la salud e impactan en diversos aspectos de la vida de las mujeres.

Según Burkhalter (*apud* Ashford, 2002), con datos del programa REDUCE de la ONU, la anemia relacionada con la maternidad en países pobres puede afectar negativamente la futura productividad de las mujeres, generando pérdidas de hasta 5 000 millones de dólares.

Las mujeres que sobreviven a estas hemorragias pueden presentar anemia aguda o, en casos raros pero graves, desequilibrios hormonales permanentes provocados por la insuficiencia de las glándulas pituitaria o suprarrenales. La insuficiencia pituitaria puede conducir a la imposibilidad de amamantar, la pérdida de la menstruación, la debilidad crónica, el envejecimiento prematuro, o estados de confusión o apatía... Las mujeres que padecen de anemia moderada a grave sufren de fatiga y falta de energía, síntomas que a su vez reducen drásticamente su productividad y calidad de vida (Ashford, Ransom y Yinger, 2002: 3).

Los cuadros infecciosos, sepsis, se relacionan con el trabajo de parto prolongado u obstruido, por la falta de atención médica adecuada o por prácticas antihigiénicas durante el parto o la cesárea.

Las mujeres que sobreviven la infección inicial pueden padecer una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) que propaga la infección a los ovarios y a las trompas de Falopio. Si esta lesión no se trata, puede provocar un dolor crónico en la zona pélvica que afectará permanentemente la vida de la mujer. La EIP también puede causar daños permanentes en los órganos reproductivos (Ashford, Ransom y Yinger, 2002: 3).

Los partos prolongados u obstruidos se producen cuando la pelvis materna no logra abrirse lo suficiente para dejar pasar al producto; en estos casos se sugiere realizar una cesárea de urgencia con secuelas como el prolapso genital, la incontinencia crónica postparto y, en casos severos, la ruptura uterina o la fístula obstétrica.⁴

En todos los casos incluidos en el estudio, las mujeres presentaron como principal secuela física la discapacidad reproductiva permanente, debido a la extirpación total del útero mediante la cirugía denominada *histerectomía obstétrica*; sin bien en muchas situaciones esta intervención es justificada para salvar la vida de la mujer, es prudente destacar que, en ocasiones, se pudo haber evitado la complicación materna y, por ende, la histerectomía y sus secuelas en el cuerpo y la vida de las mujeres.

¡Sentir que te mueres!: hemorragia, secreciones y salida de líquidos

La hemorragia severa fue identificada por tres de los cinco casos analizados como un signo de alto riesgo; después de ser dadas de alta del hospital, esta complicación provocó la participación inmediata de la red de apoyo de las mujeres, quienes fueron trasladadas e ingresaron a las áreas de urgencias de los hospitales. En otros casos, las hemorragias fueron identificadas por el personal médico durante el puerperio inmediato; dos de ellas requirieron traslados hospitalarios para la resolución de la hemorragia y el ingreso a las UCI. En todas las ocasiones tuvieron acceso a los servicios especializados de salud, lo

⁴ La fístula obstétrica, una abertura anormal entre la vagina y la vejiga o el recto (o ambos), es consecuencia de una presión extrema y consecuente desgarro de los tejidos provocados por un parto prolongado u obstruido, mientras el bebé intenta pasar a través del canal uterino. Si no se realiza una cesárea a tiempo, el bebé es extraído, en la mayoría de los casos, muerto y se forma una fístula, que permite el paso incontrolable de orina y heces hacia adentro de la vagina (Ashford, Ransom y Yinger 2002: 4) [traducción de la autora del presente artículo].

cual evitó la muerte materna. Cabe mencionar que dos de las mujeres acudieron en algún momento de su trayectoria de atención, como último recurso para recibir una mejor atención, a hospitales privados.

Viviana explica lo sucedido durante la atención del parto:

En eso me acuesto y yo creo que por los nervios todavía no me hacía totalmente la anestesia y en eso siento cómo me mete los fierros, los fórceps y empieza a moverlos. Y yo grito, ¡ay!, es que me duele mucho. “¿Qué me está haciendo?”, hasta que ya salió mi bebé... En eso, toda la gente corría por todos lados, se movían alrededor y veo mis piernas llenas de sangre. Vi una sangre así, inmensa, inmensa... Yo me levanté así, tantito para ver qué pasaba con el bebé ¿no?... Pero como fue así de rápido, y se dieron cuenta de que algo pasó, pues empezó el corredero [del personal en la sala de expulsión]... Vi al bebé y ¡ya no supe de mí!

Romina, describió cómo durante el postparto, en su casa —después de dos legrados quirúrgicos por restos placentarios y ser dada de alta del hospital— presentó una hemorragia severa que requirió el ingreso a urgencias y transfusión de sangre.

Estudios basados en evidencia revelan (Ashford, Ransom y Yinger, 2002) que las hemorragias vinculadas con la maternidad conducen a anemias severas, generan falta de calcio en la sangre; las denominadas hipocalcemias producen hormigueos en el cuerpo, contracturas o espasmos musculares, agravan los desequilibrios electrolíticos por el bajo nivel de potasio en la sangre y provocan fatiga severa; en casos crónicos se vinculan con problemas hormonales y daños en la función renal. Una de las señales de la gravedad de la salud durante la compleja trayectoria de atención de estas mujeres, fueron las secreciones intestinales y vaginales.

Romina en shock séptico, describió su percepción del sangrado:

Antes de entrar al quirófano por cuarta vez, tenía taquicardia, me habían dado varios infartos y me seguía saliendo sangre con coágulos, me salía con pus que ¡ya olía bien feo!; estaba muy mal.

Rosa, describió el momento en el que la alimentación, antes de ingresar al quirófano para realizarle una cesárea de emergencia, le provocó vómito y diarrea incontrolable:

[...] cuando llego a la Tococirugía y me ponen ahí, ya me conectan [anestesia]... Me dan ganas de vomitar, vomité todo... Se me rompió la fuente, hice del baño de la pipí, defequé, todo... Fue una contaminadora y la doctora entró, me vio y hasta estaba molesta, y yo dije... O sea, ¿por qué está enojada conmigo?, pues porque comí pero yo pues... ¡Ellos me dijeron que podía comer!... ¡Era ya tanta mi vergüenza, que hasta lloré! Desde ahí todo empeora, de todas maneras me hizo la cesárea y se me infectó la herida... Ni siquiera limpiaron bien el quirófano, ni a mí, ¡nada!; fue traumático estar ahí vulnerable.

Maribel, explicó los signos de shock séptico por restos placentarios y de material quirúrgico (textiloma) en el útero, después del egreso hospitalario:

[...] si vomité mucho... Ya estaba en mi casa, y mi esposo me dijo, párate que ya nos vamos... No aguanta ni cinco pasos cuando ya empecé a vomitar, y era un vómito incontrolable, que yo sentía hasta que me ahogaba con mi propio vómito... Incontrolable, horrible, mi esposo me decía que me veía muy mal y las enfermeras también... Me hicieron una tomografía, yo tenía 40 grados de temperatura; me dio una reacción alérgica... Me hice como una roncha, estaba roja, seguía vomitando... ¡Pensaba que me iba a morir!

En los relatos de las mujeres del estudio se identifican impactos que coinciden con los encontrados en el estudio de Elmir *et al.* (2012) con mujeres que presentaron hemorragias severas post-parto, en el que ellas presentaron miedo e incertidumbre sobre su vida, en profunda confusión y en shock pensando qué pasaría con sus hijos e hijas si ellas no sobreviven (Elmir *et al.*, 2012: 230).

El presenciar grandes cantidades de sangre saliendo del propio cuerpo puede ser una "experiencia traumática" (Smith y Brennan, 2006). Las mujeres del estudio señalan que observar su propia sangre fluyendo de manera incontrolable de la vagina fue impactante, además, esta experiencia estaba acompañada de dolor físico intenso, que en algunos casos perduró por semanas o incluso meses.

¡Recordando el dolor más desgarrador de mi vida!

El dolor es uno más de los "momentos de tensión del individuo", tal vez uno de los más evidentes ya que afecta de manera importante la experiencia y la vida de las personas, entre otros aspectos porque restringe el campo de acción:

[...] un dolor fuerte, la enfermedad... Inducen el penoso sentimiento de dualidad que rompe con la unidad de la presencia: el sujeto se siente cautivo dentro del cuerpo que lo abandona (Le Breton, 2002: 94).

El dolor físico que experimentaron Romina, Viviana, Maribel, Rosa y Luisa es central en sus relatos; es una de las marcas físicas constantes en su trayectoria de atención.

Rosa presentó dolores a lo largo de la trayectoria de atención, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria y a lo largo de más de un mes después del nacimiento de su hijo. Mostró parto obstruido, reacción intestinal a la anestesia —diarrea y vómito—, le realizaron una cesárea de urgencia, que se complicó y presentó sepsis uterina, histerectomía e infección de la herida quirúrgica. El tratamiento de la herida de la cesárea infectada es un proceso muy lento en el que se recetan antibióticos fuertes y se limpia diariamente la herida (debridación), causando dolores muy fuertes por un tiempo prolongado y sin anestesia.

[...] pasaron varios días y seguía con la infección... La herida tiene que estar descubierta, aireada para que no se infecte me decían los doctores... Pero los residentes me ponían gasas; era una llenadera de pus... El doctor me decía... ¡No aguantas nada y eres muy cobarde!... Yo me sentí muy humillada.

Viviana expresa que sintió dolor como secuela crónica de la atención, desde los dolores intensos en la inducción del parto con oxitocina, al presentar parto obstruido y al utilizar fórceps; todo esto le provocó desgarros vaginales graves y hemorragia severa. Además, le extirparon el útero y en algún momento del proceso sufrió de perforación de la pared pélvica y de la vejiga (fístula vesicovaginal), derivando en incontinencia urinaria e infecciones vaginales constantes, presentando ardor intenso durante alrededor de nueve meses posteriores al parto, hasta que logró gestionar una operación reconstructiva de cérvix en el sector privado:

El dolor fue horrible, siempre, antes del parto, en el parto, con los fórceps... Luego me dolió mucho que se sacaron la sonda... Sentí un dolor impresionante... Me dieron de alta y me fui a mi casa; regresé por la incontinencia y el dolor pero... En el Seguro Social me dijeron que no podían revisarme y ver si tenía un hoyo en la vejiga o qué, porque me tenían que abrir con un pato por la vagina y que me iban a meter un tubo con una cámara pero la doctora me dijo: ¡tu cuerpo está tan hinchado y tan lastimado!; no lo vas a aguantar. Aparte podemos romper puntos internos de la histerectomía... ¡No te lo podemos hacer! ... Me regresé a mi casa, después de tres meses parecía que apenas

había tenido a mi bebé, porque todavía me dolía todo, apenas se estaba desprendiendo el hilo con el que te cosen... El de los puntos del abdomen, los de la histerectomía ya se me estaban encarnando; la verdad ya no recurrí al hospital; vino una doctora que conocemos y fue la que me los quitó en la casa.

La normalización del dolor físico, como un tipo de violencia vivida por las mujeres al transitar por la atención materna y en particular al presentar las MME, se vincula con emociones negativas que quedan marcadas —como huellas— en su experiencia; para estas mujeres los espacios clínicos de atención se relacionan simbólicamente a lugares de tortura, en los que predomina el miedo hacia el personal médico y la desconfianza en las instituciones. Estos casos muestran expresiones de la violencia desnuda (Campiglia, 2017), generalmente ejercida por personal de salud desensibilizado que reproduce el imaginario construido de la mujer, cuyo cuerpo debe ser disciplinado y controlado por el saber/poder biomédico (Foucault, 1976).

Daños funcionales y discapacitantes relacionados al trauma obstétrico

Los daños funcionales relacionados con la atención materna son centrales para comprender las huellas visibles o físicas de las morbilidades y las violencias. El caso de Viviana representa una de las secuelas funcionales más importantes del estudio: tanto los desgarros vaginales como la fístula vesicovaginal fueron causados por una falta de atención oportuna del parto, impericia en el uso de fórceps y negligencia médica al no ingresar al área de tococirugía para una cesárea de emergencia.

Ella había presentado una cesárea previa en el ámbito privado y, en diferentes momentos, tanto Viviana como sus familiares solicitaron la atención mediante cesárea, la cual le fue negada. El sufrir incontinencia urinaria total provocada por una fístula, durante ocho meses después del parto, fue algo impactante para su trayectoria de vida:

[Después del parto con fórceps y la histerectomía] me ardía y me dolía muchísimo, no podía ni sentarme... Esa noche no dormí nada porque se salía la pipí y se salía, y se salía... Yo de plano tenía incontinencia urinaria. Me preocupé porque sí me ardía la vagina... Ya me dieron la pastilla que iba a pintar la pipí y si salía pintada por la vagina... sabríamos qué era... y cuando sacan las gasas, sólo salieron llenas de sangre, por todo lo que todavía tenía adentro de sangre, pero la doctora en ese momento me dijo: ¡no, no es una fístula!, pero, sí era una fístula; me perforaron el útero y la vejiga...

Todas las mujeres del estudio presentan como secuela permanente la disfuncionalidad reproductiva, derivada de la extirpación del útero mediante la histerectomía obstétrica. Esta huella física es vivida por ellas como una pérdida importante, con impactos en sus cuerpos y sus vidas futuras. De acuerdo con Campiglia (2017), en el espacio clínico se ponen en juego relaciones de poder que infantilizan y ubican a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad aumentada:

Los médicos con "mano pesada" y las enfermeras "gritonas" son personajes que la institución hospitalaria cobija y encubre, volviéndose cómplice de sus prácticas violentas, que imponen a los cuerpos un determinado orden moral que establece jerarquías, sancionando modelos deseables o reprochables de maternidad. Si una mujer tiene "demasiados" hijos a juicio del personal de salud o si los tiene "demasiado" pronto, será verbalmente sancionada por ello (Campiglia, 2017: 89).

Las "cicatrices del género": la permanencia de las marcas de la atención médica en el cuerpo

Las mujeres del estudio vivieron la atención del parto como "un acontecimiento médico" (Sadler, 2001) en el que el cuerpo femenino es una realidad biopolítica y la medicina opera des-sensibilizando y des-corporizando a las mujeres como una forma de control social. Desde esta perspectiva, las *prácticas cor-tantes* durante la atención obstétrica forman parte de las rutinas de intervención obstétrica (Fornes, 2009).

Las incisiones perineales, las cesáreas rutinarias y la práctica de histerectomías sistemáticas son intervenciones realizadas sobre los cuerpos femeninos que Davis-Floyd, Fishel y Rapp (1997) clasifican como "marcas del género": son "huellas visibles" que dejan cicatrices. Mujeres como Romina, Viviana, Maribel, Rosa y Luisa prefieren ocultar estas cicatrices para olvidar los significados detrás de ellas; cada marca es un recordatorio de la violencia y la injusticia vivida en su trayectoria de atención materna. Al respecto, Viviana, describe lo que siente con las marcas cicatrizadas en su piel:

[...] mira abajo (en la vagina) me lastimaron... Estaba toda moreteada en el vientre, en las piernas; ya no me encontraban venas, tenía moretones en los brazos, el vientre hinchado y cosido desde el ombligo hasta abajo... Eso no ayuda en la intimidad ¡eh!; te recuerda siempre lo que pasaste, ¡el trauma de que por culpa de la doctora que me atendió, casi me muero!

De acuerdo con los relatos de las mujeres, las cicatrices quedan marcadas en lo físico y en lo simbólico, permanecen en sus cuerpos y trastocan sus relaciones.

Las “huellas no físicas”: consecuencias invisibilizadas de las MME

Las huellas no físicas se refieren a múltiples aspectos invisibilizados por la biomedicina, que resultan trastocados al sobrevivir de una MME, que afectan de diferentes formas sus cuerpos y sus vidas.

Las discapacidades provocadas por la maternidad perjudican la salud y la productividad de estas mujeres en el mejor momento de su vida. Además, están estrechamente asociadas a la mortalidad y a condiciones precarias de salud y crecimiento para los niños, y tienen un impacto negativo en el bienestar y los ingresos de las familias. De ahí que reducirlas es importante..., para reducir el sufrimiento innecesario que causan (Ashford, Ransom y Yinger, 2002: 1).

Emociones encarnadas en la experiencia

Finalmente, al explorar otros elementos de la experiencia, la dimensión emocional surge como una categoría indisoluble del proceso vivido por las mujeres del estudio. La evidencia señala que la mayoría de ellas presenta una ambivalencia emocional: es común y se va transformando a lo largo del embarazo (Maldonado-Durán *et al.*, 2008); las emociones⁵ implican un reto para la mujer y su pareja: “con el nacimiento del bebé nace también la madre”, señalan desde la psicología Levoci y Weil-Halpern (1989) al analizar las emociones de las embarazadas. Las expectativas de parto han sido exploradas desde diferentes perspectivas analíticas, a partir de la enfermería, la psicología y la antropología (Camacho y Romero, 2018; Beaton y Gupton, 1990; Davis-Floyd, 2001; Montes, 2007). Camacho y Romero (2018) señalan la relevancia de la experiencia de la atención del parto y los efectos posteriores en la vida de ellas:

⁵ El estudio de las emociones ha sido abordado desde diferentes disciplinas y perspectivas epistemológicas (Reddy, 1997; Le Bretón, 2009 [1999]; Rosaldo, 1984; Lutz y White, 1986, y Calderón, 2012). La dimensión emocional, es fundamental para comprender a la persona, para desarrollar su agencia y con ello percibirse a sí mismo como sujeto de derechos. El campo de la antropología de las emociones es multidisciplinario: esto, de acuerdo a Rosaldo (1984), se debe a la naturaleza de su objeto: las emociones son fenómenos psíquicos que involucran la dimensión del cuerpo; son pensamientos corporizados, es decir, vividas desde lo corporal: “las emociones son... pensamientos que de cierta forma se ‘sienten’ en bochornos, pulsos, ‘movimientos’ de nuestros hígados, nuestras mentes, nuestros corazones, desde el estómago y la piel. Son pensamientos encarnados, pensamientos filtrados por la percepción de que ‘el yo está implicado’” (Rosaldo, 1984: 143) [traducción de la autora del presente artículo].

El parto es un evento complejo en la vida de cualquier mujer, caracterizado por rápidas transiciones biológicas, sociales y emocionales, donde influyen factores contextuales, políticos y sobre todo culturales. Muchas mujeres experimentan la experiencia de parto como un momento crítico de autoafirmación y un elemento central para el bienestar psicológico materno. Una experiencia de parto negativa puede conducir a sentimientos de frustración y falta de control, y afectar a la decisión de la mujer acerca de una futura maternidad... Formarse expectativas sobre los momentos importantes de la vida puede ayudar a prepararse mental o psíquicamente para dicho momento... La discordancia entre expectativas y experiencia de parto puede incluso llevar a las mujeres a dañar su confianza como madre y jugar un papel en el riesgo de depresión postparto (Camacho y Romero, 2018: 325).

Al iniciar el trabajo de parto, la mayoría expresa que sentía alegría, nerviosismo y ansiedad por conocer al bebé, pero según iban presentándose las complicaciones que pusieron en riesgo su salud, estas emociones se fueron trasladando del polo positivo hacia el polo negativo; hay una disrupción de la expectativa positiva marcada por el alto riesgo de muerte, llevándolas a plantearse la posibilidad de fallecer y dejar a sus hijos huérfanos. Los estudios de Souza *et al.* (2009) exploran el *miedo* como uno de los elementos del síndrome materno del "near-miss":

Si la experiencia física se mueve en la dirección de la sensación de muerte inminente, el miedo es la fuerza que la dirige... El miedo permea toda la experiencia de las sobrevivientes (Souza *et al.*, 2009: 151).

Ellos plantean que todas las mujeres que habían sobrevivido a MM se sintieron asustadas; en algunos momentos el miedo era "medido" y en otros "terrorífico y paralizante", resultados que coinciden con los encontrados en esta investigación. En los cinco casos analizados las mujeres expresaron con gran intensidad y emocionalidad el miedo que sintieron al sentirse a punto de morir. Bauman en *El miedo líquido...* sostiene que el miedo a la muerte es uno de los miedos más universales; para él, éste es el miedo original; es un miedo innato y endémico a los humanos (Bauman, 2007: 46).

El enfrentar un alto riesgo de muerte es un proceso que impacta diversas dimensiones de la vida del sujeto; en el caso de las mujeres que presentan hemorragias severas, shock séptico, dolor corporal intenso, pérdida de conciencia y todas las manifestaciones físicas que he descrito a lo largo del capítulo, "las huellas visibles de las morbilidades maternas extremas" las llevan a es-

tados emocionales extremos, que son parte medular de las huellas invisibles de las morbilidades: estrés y ansiedad, tristeza y coraje, miedo a la muerte y alivio por sobrevivir, pero también desolación por la pérdida del útero y cierre de la vida reproductiva.

Esta vorágine emocional puede ser controlada, en mayor o menor medida, por varios factores: por un lado, por un cierto acercamiento a la fe y la religiosidad y, por otro, por el apoyo de su red social, principalmente por la pareja y la familia (Souza *et al.*, 2009; Elmir *et al.*, 2012: 231).

En los cinco casos de esta investigación, se identifican signos de *ansiedad* durante la trayectoria de la atención médica, principalmente generada por mala comunicación con el personal médico y desconfianza en la institución, permaneciendo en su vida más allá del alta hospitalaria, coincidiendo con los hallazgos de Sjögren (1997). Cuatro de las cinco mujeres expresaron que, desde la experiencia de atención, habían dejado de asistir a sus consultas ginecológicas y expresaron que sentían “terror de utilizar los servicios públicos de salud”; lo que coincide nuevamente con los aportes de Elmir *et al.* (2012) al señalar que las sobrevivientes de hemorragias severas e hysterectomías de emergencia suelen revivir su trauma mediante *flashbacks* —pesadillas, recuerdos intrusivos—, sobre todo al ingresar a las instituciones de salud, lo que las lleva a evitar revisiones médicas posteriores al evento obstétrico traumatizante, incrementando riesgos a su salud.

Otras dimensiones trastocadas por la experiencia vivida por las mujeres perturban tanto la subjetividad como las relaciones de pareja, familiares y enfrentan dificultades para vincularse con sus hijos(as) recién nacidos. Los sentimientos de culpa y la incapacidad para autocuidarse y cuidar a otros(as) hace que las mujeres vean interrumpida su vida y sus proyectos. Uno de los componentes adicionales del denominado “síndrome de riesgo de muerte materna” (maternal near-miss), desplazamiento emocional (Souza *et al.*, 2009), encaja con los resultados obtenidos en esta investigación.

Ashford, Ransom y Yinger (2002) señalan que las discapacidades relacionadas con la maternidad tienen profundas consecuencias para las familias y las comunidades:

La discapacidad de una madre puede tener profundas consecuencias para su familia y para la comunidad en general, debido al impacto que ésta puede llegar a tener en sus responsabilidades hogareñas, sus ingresos y sus gastos. La higiene, la nutrición y la salud de los niños que tienen una madre enferma son a veces inferiores a los que reciben niños con madres sanas que viven en las mismas condiciones. Los niños mayores [pueden] abandonar la escuela para asumir algunas de las responsabilidades maternas. Los familiares pueden sufrir

problemas psicológicos, entre los que se incluyen la depresión y la sensación de aislamiento (Ashford, Ransom y Yinger, 2002: 4) [traducción de la autora del presente artículo].

Uno de los principales aspectos que no son visibles desde la biomedicina y, por tanto, desde las instituciones de salud, son las implicaciones que tiene para las mujeres que sobreviven a una MME al salir del hospital: el desapego con el recién nacido y la incapacidad de ejercer la lactancia materna.

Souza *et al.* (2009) identifican que las mujeres que sobreviven a una morbilidad suelen experimentar una "ruptura temprana del vínculo madre/hijo", lo que puede significar para ellas un impedimento importante para la plena experiencia de convertirse en madres. A lo largo de la investigación se identificaron algunas huellas no visibles, tales como el aislamiento de las mujeres de las relaciones durante el postparto y la recuperación de la salud debido a las MME; en este sentido, Ashford, Ransom y Yinger (2002) exploran cómo las sobrevivientes de estas morbilidades suelen experimentar consecuencias sociales devastadoras, desde el estigma hasta el abandono de la pareja; impactos invisibilizados por el personal de salud, las familias y las comunidades que vulneran los derechos de estas mujeres.

Reflexiones finales: la reproducción de las violencias y la necesidad de un nuevo modelo de atención materna

Las MME en los casos retomados, dan cuenta de la fragmentación del sistema de salud y de la necesidad reconstruirlo para que se garantice cabalmente los derechos humanos de las personas involucradas en la atención, tanto para las mujeres y personas con capacidad de gestar, como para los prestadores de los servicios de salud, quienes muchas veces ven rebasadas sus capacidades de acción e intervención para evitar el daño a la salud de las mujeres, por la intersección de factores estructurales y organizacionales en las instituciones.

Las violencias que se reproducen en los espacios clínicos de atención y des-atención materna, deben ser nombradas como resultado de la intersección entre la violencia institucional como la violencia de género, en un marco patriarcal que trasmite en el sistema de salud y que define las dinámicas jerárquicas del poder de los saberes y define las relaciones entre el personal de salud y las personas usuarias de los servicios.

La investigación doctoral de la que se desprende este artículo, abona al debate en torno a la violencia obstétrica, no sólo describiendo los episodios o actos de violencia durante la atención del parto, sino poniendo énfasis en la complejidad de las relaciones como un fenómeno social, donde confluyen dis-

tintas hegemonías de saberes y prácticas, y distintos regímenes de biopoder (Foucault, 2006).

Tomando distancia de los estudios que enfatizan la responsabilidad exclusiva de los y las médicas, en un escenario casi intencional y premeditado de causar daño, lo que termina criminalizando el rol del personal de salud y me parece una simplificación de la complejidad de los encuentros clínicos, la investigación doctoral de la que deriva esta reflexión y lo señalado en este artículo busca subrayar que la atención de la salud en México está profundamente atravesada por las normatividades del género, estructurada desde un modelo neoliberal y mercantilista de la salud, marcado por la hipermedicalización de los procesos, incluido el reproductivo.

Esto define y determina las políticas públicas generando un contexto de desprotección de las personas implicadas en la atención —tanto al personal de salud como a las personas usuarias de los servicios—, generando un campo fértil para la violación de los derechos humanos y la reproducción en espiral de las violencias. Es central identificar las responsabilidades institucionales y de política pública en el encuentro clínico y hacer análisis complejos incluyendo los factores que intervienen en el acto médico y la atención y desatención a la salud sexual y reproductiva.

Los aportes de esta investigación se enfocan que visibilizar las secuelas y consecuencias de los diferentes factores que se intersectan durante la atención del prenatal, la atención del parto, el parto y el postparto, visibilizando los largos procesos de atención a las secuelas derivadas las MME. Interesa enfatizar los efectos de dicha atención en los cuerpos y las vidas de las mujeres, dentro y fuera de las instituciones de salud.

Al analizar la información recopilada en el trabajo de campo, se ubicaron coincidencias con investigaciones que desde las ciencias socio-médicas exploran las secuelas clínicas de las MME y con aquellos que analizan las “otras consecuencias”, es decir, las afectaciones psicológicas y sociales de las morbilidades (NRC, 2000; Ashford, Ransom y Yinger, 2002; Souza *et al.*, 2009, y Elmir *et al.*, 2012).

Sin embargo, un elemento que no identifican dichos estudios es el papel central de las violencias durante la atención médica, su relación con las MME y con las consecuencias e impactos de estas morbilidades en la vida de las mujeres al ser dadas de alta de las instituciones de salud. A lo largo del artículo se muestran algunos de los efectos de las violencias, tanto en la construcción de la subjetividad de las pacientes como en sus emociones, sus lecturas sobre lo vivido en las instituciones de salud, además de las consecuencias en su vida familiar, sus vínculos familiares y maternos, su proyecto de vida futura, los arreglos, las concesiones y sus oportunidades laborales como sobrevivientes de las morbilidades maternas extremas.

Coincido con la perspectiva de Scheper-Hughes y Bourgois, quienes señalan que la violencia no puede entenderse únicamente en términos físicos; la violencia es un continuo que incluye ataques a la identidad, a la persona y a la dignidad, de manera velada, indirecta o directa, y son las dimensiones sociales y culturales de la violencia las que le otorgan "poder y significado" (Scheper-Hughes y Bourgois, 2004).

A partir de los hallazgos del estudio, entiendo el cuerpo femenino como el lugar de la inscripción de los discursos sociales y normatividades del género, atravesado por dispositivos de disciplinamiento, normalización, vigilancia y control que estructuran los protocolos de atención materna en las instituciones de salud. Un cuerpo en el que las emociones medían la subjetividad, la sociedad y el cuerpo político, e inciden en las prácticas y las acciones individuales y sociales. Este cuerpo encarnado, además, es una entidad consciente, experiencial y reflexiva; es un cuerpo-sujeto; es atravesado por el poder, pero tiene capacidad de agencia y resistencia; no es un cuerpo-víctima (Esteban, 2013).

A lo largo del texto se da cuenta de que la violencia no es un fenómeno estático, sino más bien se vincula de manera dinámica con otras violencias, que se producen y reproducen asimilando cadenas, espirales y espejos de violencia; en este caso, la violencia es vivida como un proceso continuo que transgrede el espacio clínico y trastoca multidimensionalmente los cuerpos femeninos, dejando a su paso cicatrices y huellas, algunas visibles o físicas y otras menos visibles, las "no físicas".

Si bien los casos plantean situaciones relacionadas con mala práctica, negligencia e impericia durante la atención al parto y puerperio, en muchos de ellos las violencias atraviesan de manera transversal las trayectorias de atención, mostrando acciones u omisiones institucionales, expresiones de control y disciplinamiento de los procesos reproductivos que violan de manera normalizada, naturalizada y muchas veces de forma sistemática los derechos de las mujeres.

A lo largo del artículo se dio la voz de las mujeres no sólo a través de los testimonios de su experiencia, dentro y fuera de las instituciones de salud, sino por medio de los expedientes de queja médica, que representan su intención política de búsqueda de justicia y construcción de ciudadanía.

Para cerrar la reflexión, considero prudente señalar, desde una perspectiva crítica, la viabilidad de crear entornos de atención a la salud que eviten las violaciones de derechos humanos en la atención materna, lo cual supone una profunda conciencia del problema, voluntad política, capacidad técnica y sensibilidad de toda la cadena de atención a la salud.

La oms ha emitido recomendaciones para abordar algunos aspectos específicos del manejo del trabajo de parto y las causas principales de MME y

neonatales, entre las que destaca la identificación de los casos de bajo riesgo obstétrico y, en ellos, se recomienda la reducción de las intervenciones médicas innecesarias, el manejo no farmacológico del dolor, el acompañamiento de la mujer durante todo el proceso de atención, entre otras acciones centradas en las personas gestantes.

En México, el programa de las salas de labor, parto y recuperación muestra la capacidad del sistema de adecuar espacios y transformar dinámicas de atención alineadas a las recomendaciones internacionales. Sin embargo, para transformar el modelo de atención a corto, mediano y largo plazo, se requiere la visibilización de las huellas y efectos de las violencias en el espacio clínico, la implementación de políticas públicas con perspectiva de género y derechos humanos, la sensibilización y el involucramiento de los actores sociales, económicos y políticos, para ubicar a las mujeres y sus derechos en el centro.⁶

Referencias bibliográficas

- Abou Zahr, Carla y Tessa Wardlaw, 2000, *Maternal Mortality 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*, Organización Mundial de la Salud, pp. 1171-1172, <https://digitallibrary.un.org/record/551554?ln=es>, consultada el 5 de octubre de 2023.
- Ashford, Lori, 2002, "Sufrimiento oculto: discapacidades derivadas del embarazo y el parto en países menos desarrollados", en página del PRB, Washington, D.C., recuperado de: <https://www.prb.org/resources/hidden-suffering-disabilities-from-pregnancy-and-childbirth-in-less-developed-countries/>, consultado el 10 de octubre de 2023.
- Ashford, Lori, Elizabeth Ramsom y Nancy Yinger, 2002, *Hidden Suffering: Disabilities from Pregnancy and Childbirth in Less Developed Countries*, Washington, D.C., Population Reference Bureau, Measure Communication.
- Bajtín, M., 1988, *Problemas de la poética de Dostoievski*, trad. de Tatiana Bubnova, México, FCE (Breviarios, 417).
- Bauman, Zygmunt, 2007, *Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores*, Barcelona, Paidós.

⁶ Véanse el "Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servicios" dirigido a todo el personal del Sistema Nacional de Salud, recuperado en: <<https://www.gob.mx/salud/cnegr/es/articulos/lineamiento-tecnico-para-la-implementacion-y-operacion-de-salas?idiom=es#:~:text=El%20Lineamiento%20t%C3%A9cnico%20para%20la,los%20diversos%20niveles%20de%20atenci%C3%B3n>>. Actualmente hay 38 salas de labor, parto y recuperación en el país, unidades de salud y permiten el acceso a todas las personas con un parto de bajo riesgo. Estos programas han comprobado que son costo-efectivos y permiten la desaturación de los servicios especializados, para que los ginecólogos(as) y el personal de alta especialidad atiendan los casos de alto riesgo y, el resto de los partos, de acuerdo con el triage adecuado, sean atendidos sin intervenciones excesivas, para una experiencia positiva del parto.

- Beaton, Janet y Annette Gupton, 1990, "Childbirth Expectations: A Qualitative Analysis", *Midwifery*, vol. 6, núm. 3, pp. 133-139.
- Belli, Laura Florencia, 2013, "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos", *Revista Redbioética/UNESCO*, año 4, vol. 1, núm. 7, enero-junio, pp. 25-34.
- Calderón Rivera, Edith, 2012, *La afectividad en antropología: una estructura ausente*, CIESAS/UAM-Iztapalapa.
- Camacho Morell, Francisco y José Romero Martín, 2018, "Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa", *Enfermería Global*, núm. 49, enero.
- Campiglia Calveiro, Mercedes, 2017, "La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto", tesis de Doctorado en Bienestar Social, CIESAS, México.
- Castro, Roberto, 2014, "Génesis y práctica del *habitus médico autoritario* en México", *Revista Mexicana de Sociología* [Online], 2014, vol. 76, núm. 2, pp. 167-197.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti, 2015, *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, Cuernavaca, CRIM-UNAM.
- Davis-Floyd, Robbie, 1987, "The Technological Model of Birth", *The Journal of American Folklore*, vol. 100, núm. 398, pp. 479-495.
- _____, 1993, "The Technocratic Model of Birth", en S. Tower, L. Persing, y M. Jane Young (eds.), *Feminist Theory in the Study of Folklore*, Tower Hollings, University of Illinois Press, pp. 297-326.
- _____, 2001, "The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth", *International Journal Gynaecology and Obstetrics*, vol. 75, suplemento 1, pp. 5-23.
- _____, Carolyn Fishel Sargent y Rayna Rapp, 1997, *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press.
- Elmir, Rakime, Virginia Schmied, Debra Jackson y Lesley Wilkes, 2012, "Between Life and Death: Women's Experiences of Coming Close to Death, and Surviving a Severe Postpartum Hemorrhage and Emergency Hysterectomy", *Midwifery*, vol. 28, núm. 2, pp. 228-235.
- Esteban, Mari Luz, 2004, "Antropología encarnada. Antropología desde una misma", *Papeles del CEIC*, núm. 12, España.
- _____, 2006, "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista", *Salud Colectiva*, vol. 2, núm. 1, abril, DOI: 10.18294/sc.2006.52
- _____, 2013, *Antropología del cuerpo*, Barcelona, Bellaterra.

- Fernández, Inés, 2004, "Medicina y poder sobre los cuerpos", *Thémata. Revista de Filosofía*, núm. 33.
- Fornes, Valeria Lucía, 2009, "Cuerpos, cicatrices y poder. Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto", en *Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las violencias de género*, Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba.
- Fortney, Judith y Jason Smith, 1996, *The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries*, North Carolina, Family Health International/Maternal and Neonatal Health Center, pp. vii, 104.
- Foucault, Michael, 1976 [2002]., *Historia de la sexualidad*, t. I, *La voluntad de saber*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- _____, 1997, *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*, México, FCE.
- _____, 2006, *Seguridad, territorio y población. Curso en el Collège de France (1977-1978)*, Buenos Aires, FCE.
- Galtung, Johan, 1985, *Sobre la paz*, Barcelona, Fontamara,
- Gruenberg, Christian, 2016, "Tomando en serio el sufrimiento: la moralidad materna como una forma letal de violencia de género", en Christian Gruenberg y Daniela Díaz (eds.), *Presupuesto público, rendición de cuentas, y salud materna en México. Acercamientos desde los Derechos Humanos*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación/Gedisa, pp. 19-27.
- Jahan, Showkat, Kohinoor Begum, Nasima Shaheen y Mahfuza Khandokar, 2006, "Near-Miss/Severe Acute Maternal Morbidity (SAMM): A New Concept in Maternal Care", *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons*, volumen 24, número 1, pp. 29-33.
- Karolinski, Areli, Paula Micone, Raúl Mercer, Luz Gibbons, Fernando Althabe, José Belizán, Analía Messina, Alicia Lapidus, Alberto Correa, Corina Taddeo, Rodolfo Lambruschini, Marta Bertín, Lucía Dibiase, Dolores Montes Varela y Cristina Lartera, 2009, "Evidence-Based Maternal and Perinatal Healthcare Practices in Public Hospitals in Argentina", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 105, núm. 2, mayo, pp. 118-122.
- Le Breton, David, 2002, *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral.
- _____, 2009 [1999], *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Levoci, Serge y Francoise Weil-Halpern, 1989, *La psicopatología del bebé*, México, Siglo XXI Editores.
- Lutz, Catherine y Geoffrey White, 1986, "The Anthropology of Emotions", *Annual Review of Anthropology*, vol. 15, núm. 1, pp. 405-436.

- Maldonado Durán, Martín, Juan Manuel Saucedo García y María Teresa Lartigue Becerra, 2008, "Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto", *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 22, núm. 1, pp. 5-14, <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>
- Menéndez, Eduardo, 1983, "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Características estructurales", en *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, CIESAS (Cuadernos de la Casa Chata).
- Montes Muñoz, Jesús, 2007, "Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos", tesis de Doctorado en Antropología Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Muñoz García, Graciela Beatriz y Lina Rosa Berrio Palomo, 2020, "Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad. La violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México", en P. Quattrocchi y N. Magnone (coords.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Argentina, Cuadernos de Salud Pública del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús.
- National Research Council, 2000, *The Consequences of Maternal Morbidity and Maternal Mortality: Report of a Workshop*, Holly E. Reed, Marjorie A. Koblinsky y W. Henry Mosley, Committee on Population (eds.), Washington, D.C., Commission on Behavioral and Social Sciences and Education/National Academy Press, <https://www.nap.edu/read/9800/chapter/1>
- OMS, 2013, "Mortalidad y morbilidad materna. Serie de información sobre salud y derecho sexuales y reproductivos. Nota descriptiva núm. 348", https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_MMM_WEB_SP.pdf, consultada el 5 de octubre de 2023.
- _____, 2018, *Recomendaciones de la oms para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*, Ginebra, Suiza, WHO/RHR/18.12, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>, consultado el 5 de octubre de 2023.
- Pattinson, Robert y M. Hall, 2003. "Near Misses: A Useful Adjunct to Maternal Death Enquiries", *British Medical Bulletin*, vol. 67, núm. 1, pp. 231-247, <https://doi.org/10.1093/bmb/ldg007>
- Polanyi, Michael, 1958, *Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy*, Londres, Routledge.

- PRO-R02.52, 2016, Instituto Nacional de Salud, Vigilancia y análisis de riesgo en salud pública y protocolo de vigilancia en salud pública: morbilidad materna extrema", Colombia, p. 2.
- Reddy, W., 1997, "Against Constructionism: The Historical Ethnography of Emotions", *Current Anthropology*, vol. 38, núm. 3, pp. 327-351.
- Rosaldo, Michelle, 1984, "Toward an Anthropology of Self and Feeling", en Richard, Shweder y Robert LeVine (eds.), *Culture Theory: Essays on Mind, Self, and Emotion*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 137-157.
- Sadler, Michelle, 2001, "El nacimiento como acontecimiento médico", *Werkén*, núm. 2, pp. 113-124.
- Scheper-Hughes, Nancy y Margaret Lock, 1987, "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, new series, vol. 1, núm. 1, marzo, pp. 6-41.
- _____ y Philippe Bourgois, 2004, "Introduction: Making sense of violence", en Nancy Scheper-Hughes y Philippe Bourgois (eds.), *War and Peace: An Anthology*, Oxford, Blackwell, https://www.academia.edu/34279551/Introduction_Making_Sense_of_Violence_In_Violence_in_War_and_Peace_Edited_by_Philippe_Bourgois_and_Nancy_Scheper_Hughes_Blackwell_Press, consultado el 5 de octubre de 2023.
- Sesia, Paola, 2018, "Derechos humanos, salud materna y violencia obstétrica", *Revista Ichan Tecolotl*, enero.
- Sjögren, Berit, 1997, "Reasons for Anxiety about Childbirth in 100 Pregnant Women", *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, vol. 18, núm. 4, pp. 266-272.
- Smith, J. y B. Brennan, 2006, "Postpartum Haemorrhage", *E Medicine*, vol. 6, núm. 13, pp. 1-9.
- Souza, Joao, José Cecatti, Mary Parpinelli, Fabiana Krupa y María Osis, 2009, "An Emerging 'Maternal Near-Miss Syndrome': Narratives of Women Who Almost Died During Pregnancy and Childbirth", *Birth*, vol. 36, núm. 2, pp. 149-158.
- Tavory, Iddo y Stefan Timmermans, 2009, "Two Cases of Ethnography. Grounded Theory and the Extended Case Method", *Ethnography*, vol. 10, núm. 3, p. 243.
- Varela, Nuria y Antonia Santolaya 2018 [2013], *Feminismo para principiantes*, Barcelona, Penguin Random House.
- Villanueva Egan, Luis Alberto, María Ahuja Gutiérrez, Santiago Valdez, Rosario Lezana y Miguel Ángel Fernández, 2016, "¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?", *Revista Conamed*, vol. 21, supl. 1, México, Secretaría de Salud.