

Recalibrando vulnerabilidad y riesgo: atención en la pandemia para mujeres parturientas en México

YAREDH MARÍN VÁZQUEZ

CENTRO DE ESTUDIOS ANTROPOLÓGICOS, EL COLEGIO DE MICHOACÁN
MÉXICO

Correo electrónico: yaredh.mv@gmail.com

GAIL MUMMERT

CENTRO DE ESTUDIOS ANTROPOLÓGICOS, EL COLEGIO DE MICHOACÁN
MÉXICO

Correo electrónico: gmummert@colmich.edu.mx

Fecha de culminación: 30-10-2021 / Fecha de envío: 15-01-2022

Fecha de aceptación: 24-05-2022.

RESUMEN

Este artículo explora las experiencias de mujeres que vivieron el embarazo, parto y/o puerperio en diversas ciudades mexicanas durante la pandemia del coronavirus. Sus decisiones agonizantes replantearon nociones de riesgo y vulnerabilidad para ellas, sus criaturas, sus familias y el personal sanitario. Evidenciando emociones encontradas y dilemas éticos, se preguntaban si los familiares debían abstenerse de apoyar a la parturienta o por los riesgos de contagio para el infante vía la lactancia materna. Mediante el análisis de narrativas de entrevistas realizadas por Marín (autora principal) en 2020-2021, se ofrece una mirada alternativa hacia una urgente problemática social que entreteje la salud reproductiva y pública, las intimidades familiares y los derechos a la información y a una vida libre de violencias.

PALABRAS CLAVE: vulnerabilidad, riesgo, embarazo, parteras, pandemia coronavirus.

ABSTRACT

This article explores the experiences of pregnancy, childbirth and puerperium for women in several Mexican cities during the coronavirus pandemic. Their agonizing decisions reconsidered notions of risk and

vulnerability for themselves, their babies, their families as well as for health providers. Showcasing their mixed emotions and raising ethical dilemmas, they were forced to decide if relatives should abstain from helping or if breastfeeding represented a risk of contagion for the baby. By means of a narrative analysis of interviews conducted by the principal author in 2020-2021, an alternative gaze on this urgent social problematic emerges, one which weaves together reproductive and public health, family intimacies, and the rights to information and to a life free from violence.

KEY WORDS: vulnerability, risk, pregnancy, midwives, coronavirus pandemic.

INTRODUCCIÓN¹

La incertidumbre y fluidez que ha caracterizado la vida en pandemia implica un ejercicio de recalibración constante y desgastante ya que los límites del riesgo, miedo, peligro, amenaza, seguridad se expanden y contraen cada día de manera distinta. Este artículo explora la serie de decisiones que debieron tomar mujeres que vivieron el embarazo, parto y/o puerperio en tres ciudades mexicanas (Ciudad de México, Guadalajara y Tijuana) entre abril del 2020 y agosto del 2021 durante la pandemia por SARS-CoV-2. Ofrece una mirada novedosa a procesos de toma de decisiones agonizantes y cotidianas en el marco de la llamada «nueva normalidad»; indaga los retos planteados para construir parámetros alternativos, así como las emociones que se contraponen y los dilemas éticos que surgen entre cuerpos en contacto.

Para quienes esperaban un bebé, surgían dudas difíciles de resolver: ¿Quiénes de los familiares pueden visitar y apoyar a la parturienta? ¿Quiénes deben abstenerse de estar presentes por el riesgo de transmitir inadvertidamente una enfermedad poten-

1 A través del Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Nacional Autónoma de México, Marín, la primera autora, cuenta con una beca del Fideicomiso Teixidor 2020-2023, dedicada al estudio histórico de las crisis sanitarias y sus diversos efectos. Igualmente recibe una beca de estudios del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología del gobierno mexicano.

En este artículo estamos usando el sistema de referencias de las Normas APA.

cialmente letal a seres queridos? ¿Quiénes están autorizados para difundir y actualizar información fidedigna para guiar a las madres y padres en sus tomas de decisión? ¿Quiénes serán los proveedores de servicios de salud y dónde sucederá el nacimiento? ¿Cómo son percibidos estos riesgos cuando las mujeres atienden su salud sexual y reproductiva con parteras o bien con otros proveedores de atención? ¿Cuáles son los riesgos de contagio de COVID-19 para el infante vía la lactancia materna?

Adentrándonos en este universo de las parturientas, trabajamos con materiales etnográficos provenientes de la investigación doctoral en curso de Yaredh Marín². Quien se desplazó entre cuatro ciudades mexicanas a la búsqueda de diferencias y convergencias en las experiencias vividas por estas mujeres y sus parejas durante la pandemia por coronavirus. Para este análisis hemos seleccionado las experiencias de tres mujeres que parieron a sus hijos en diferentes etapas de la pandemia, teniendo parteras como principales proveedoras de atención.³ A Lila, Yos y Marisol⁴ les tocó dar a luz en un período histórico incierto en el que debieron ser replanteados la injerencia de los profesionales de la salud en la cotidianidad de las familias que esperaban bebés, la organización y los escenarios de los servicios de salud reproductiva y los reclamos por el respeto a los derechos a la información y a una vida libre de violencias. Los vericuetos de sus rutas para tratar de vivir un parto humanizado, seguro y digno en condiciones sumamente adversas, de peligro de vida o muerte fueron narrados a Marín por Lila y Yos mientras que Marisol se los mostró, vía observación participante en plena emergencia sanitaria. Como se aprecia en el esquema 1, ninguna ruta resultó exactamente como la madre la había planeado.

-
- 2 «Parir en tiempos extraordinarios. Experiencias de embarazo, parto y puerperio durante la pandemia por coronavirus: cuerpo, testimonio y poder. (Ciudad de México, Morelos, Michoacán y Jalisco 2020-2023)». Tesis doctoral en Antropología Social en proceso en el Centro de Estudios Antropológicos de El Colegio de Michoacán, generación 2017-2023.
 - 3 En las narrativas, la principal autora (Yaredh) habla en primera persona. En el resto del texto, las dos autoras hablamos en tercera persona.
 - 4 Utilizamos pseudónimos para proteger el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.

proponiendo la noción de recalibración. Argumentamos que pensar el acto repetitivo de recalibrar nos permite entretejer condiciones previas a la pandemia —notablemente las profundas desigualdades sociales de acceso a la salud y las innegables relaciones de poder en la atención gineco-obstétrica— con las trayectorias de vida de mujeres de carne y hueso que no podían poner sus embarazos en pausa.⁶

1. VIVIR UNA PANDEMIA: CÓMO ACOSTUMBRARNOS A LA NUEVA NORMALIDAD

En diciembre del 2019, en la ciudad de Wuhan, China, fueron detectados 27 casos de neumonía atípica. La noticia inicialmente no causó mayor revuelo pero, en menos de un mes, un nuevo tipo de coronavirus tenía nombre y apellido y se había expandido tan ávidamente que llevó a los sistemas sanitarios de países como Italia y España al colapso. Fronteras fueron cerradas, actividades suspendidas y en nuestro vocabulario se impusieron palabras como *cuarentena*, *confinamiento*, *virus*, *pandemia*...

El 23 de marzo del 2020, cuando Lila tenía 36 semanas de embarazo de Hortensia, inició en México la Jornada Nacional de Sana Distancia; esta consistía en la implementación de una serie de medidas básicas de prevención, suspensión temporal de actividades no esenciales, la «reprogramación» de eventos masivos y la protección de adultos mayores. Lila relata:

Al inicio de la pandemia me llené de miedo porque era una situación totalmente fuera de mi control (...) entonces cuando no puedo controlar algo, es como «¡Ah!, si no lo puedo controlar entonces me rebasa» (...) Cuando fue lo de la... El nacimiento de Hortensia (...) Y un poquito antes era como «¡Ah, ya viene el pico de la pandemia!» y «Ya viene el pico» y casi que era... o sea... yo me creí la idea de que si respiras afuera de la ventana puede darte, ¿no? (...) Entonces... era como una falta de información también. O sea, como que había una desinformación total. Y el miedo, y el miedo pues sí me hizo tomar acciones que, si pudiera volver a hacer esto, lo haría diferente. [Yaredh: —¿cómo qué?] Como... como caer en este miedo de «ponemos en peligro a mis papás», «ponemos en peligro...».

6 Una de las mujeres entrevistadas por Marín expresó elocuentemente su mayor dilema de parir en la pandemia: «Yo no podía poner mi embarazo en pausa».

Lila, de 36 años de edad, vive en Ciudad de México con su esposo Paulo y su hijo Leonardo en un departamento propio. Lila tiene estudios de posgrado, es profesora de inglés, bailarina y asesora de desarrollo humano. Su interés en prácticas alternativas de salud influyó en la búsqueda de servicios de partería para la atención de sus embarazos. El nacimiento de Leonardo, su primer hijo, en 2016, fue planeado para ser atendido en casa con parteras. Dicha decisión de la pareja generó tensión entre los miembros de la familia extendida. A fin de cuentas, Leonardo nació por cesárea pues el embarazo llegó a término sin trabajo de parto. Lila no abandonó la idea de parir en casa y cuando se enteró del nuevo embarazo alternó la atención de una ginecóloga —que atiende partos en casa— con la de parteras profesionales.

Durante los primeros meses del embarazo, las preocupaciones de Lila y Paulo giraban en torno al crecimiento adecuado de Hortensia. Sin embargo, a partir de la declaración oficial de la «contingencia sanitaria por COVID-19», la vida se comenzó a transformar. Lila recuerda su dilema cuando, un par de semanas antes de parir, su ginecóloga le recomendó asistir a una cita con acupunturista para aliviar malestares propios del embarazo:

No me sentía tan segura de ir a un lugar, donde... pues en primera no me sentía segura de salir, porque estábamos... porque estamos en *pandemia*, ¿no? Entonces decía es que (...) una ir y la otra es que ella, *la acupunturista*, venga, pero es... *que entre a la casa alguien posiblemente contaminado*, ¿no? Entonces, pues decidimos mejor ir, pues con todas las precauciones del tapabocas, el gel y todas las precauciones estas.

Evitar ser contagiada y contagiar se sumaba a las preocupaciones del embarazo. Lila dejó de ver a sus padres —adultos mayores catalogados como población vulnerable según la Jornada Nacional de Sana Distancia— para evitar ponerlos en riesgo. Salía a la calle casi exclusivamente para sus citas médicas y afianzó su decisión de parir en casa. Esta parecía ahora una estrategia para ponerse a salvo, una manera de evadir el peligro «individual» y «colectivamente». Virginia Acosta (2005), en una revisión crítica de diferentes perspectivas teóricas que analizan la *construcción social del riesgo*, señala que esta se encuentra vinculada con la percepción del

tiempo, cargada de implicaciones morales y estrechamente ligada con la posición del individuo en la sociedad. Como podemos ver en la experiencia de Lila, el riesgo es un componente presente en la vida de manera permanente. Por tanto, se avanza y retrocede en las decisiones según hasta donde se acepta la exposición a recibir un daño. Se trata de cálculos, no necesariamente racionales, sobre el posible límite para vivir o morir.

Los padres de Lila terminaron por aceptar la decisión del parto en casa para evitar que su hija, nieta y toda la familia se expusieran al «virus» en un hospital. Sobre esto, Lila explica:

Otra de las cosas de contingencia que hubo diferente, por ser de contingencia, fue justo que yo pude evitar también el tema de dónde la voy a tener *a la bebé*, porque no platicaba tanto con mis papás... No iba tanto a su casa, porque estábamos en cuarentena. Y, por ejemplo, tengo un amigo que (...) me preguntaba dónde lo iba a tener y así, y la primera vez que le dije que lo iba a tener en casa, fue así como: «¡Ay, pero por favor, ten mucho cuidado!». (...) Y cuando empezó a ver lo del COVID, aquí *en México*, me dijo: «Bueno, ahora sí, ahora sí está bien que lo hagas en tu casa en estas circunstancias». Entonces, como que, bueno, se está viendo socialmente aceptado. Y también ya, cuando vinieron mis papás a conocer a Hortensia. Mi papá hizo un comentario, como que casi el mismo, como que: «Bueno, pues en estas circunstancias, pues *ok*». (...) Entonces para mí fue como una sorpresa muy grande, porque no pensé que mi papá, o sea ni siquiera en estas circunstancias, pensé que mi papá fuera a aceptar el que yo pariera en casa.

El distanciamiento físico como una medida de seguridad es uno de los retos emocionales más constantemente reportados entre las mujeres entrevistadas. En retrospectiva, Lila opina que hubiera procedido de manera distinta y sin tanto miedo —exacerbado por el estilo discursivo que los medios de comunicación y las autoridades sanitarias brindaban al brindar información sobre la pandemia y también por tanta desinformación presente en teorías, historias e imaginarios que pululaban en redes sociales—. «Hubiera visto a mis padres, pues su presencia se queda en deuda, es como un duelo», afirma.

Hortensia nació el 24 de abril del 2020 en casa. La atención fue provista por dos parteras y una doula, mientras que una fotógrafa

captó esos momentos trascendentales. Las mujeres que asistieron al nacimiento se desplazaron por la ciudad en transportes privados. El empleo de cubrebocas, el cambio de ropa al ingresar a la casa, la desinfección de manos y pies formaron parte de la narración del parto (relato registrado desde la perspectiva de Lila, su doula y su fotógrafa). El modelo de atención de parteras caracterizado, al menos en México, por el intenso contacto físico estuvo limitado en esta ocasión. Lila dijo: «Yo ya sabía y pensaba: No voy a tener un parto normal, porque voy a tener una barrera invisible para protección mía y de mi hija».

Como Lila, muchas otras mujeres embarazadas en este periodo no han podido eludir la emergencia histórica de una nueva forma de amenaza: el riesgo de contraer la enfermedad COVID-19. En la experiencia de Lila, hemos visto cómo —para afrontar el riesgo y construir parámetros de protección— son centrales la autopercepción, las opiniones, la información a la que se tiene acceso y el diálogo con los otros. Al riesgo de morbilidad y al carácter masivo de esta enfermedad se suman obstáculos para el acceso a los servicios de salud materna. Se evidencia la necesidad de transformar los modelos de atención a la salud materna ya que la patologización del embarazo, parto y puerperio —como norma— ha hecho converger en espacio y tiempo un proceso fisiológico con el tratamiento de enfermedades. Coincidimos con Acosta (2005, p.16) cuando insiste en la construcción social —y por tanto colectiva— de la idea misma de riesgo:

Entender la percepción del riesgo implica reconocer y aceptar *su* dimensión social (...), pues su percepción es en sí un fenómeno social y no individual. De ahí que (...) surge de acuerdo con el tipo de sociedad de la que emana, de sus creencias y visiones dominantes.

No podemos obviar las circunstancias particulares ni los privilegios de Lila como mujer urbana de clase media que tuvo la posibilidad de elegir y los medios para «crear una barrera de protección» que disminuyera la exposición al riesgo para ella y su bebé. En ese sentido, nos interesa problematizar experiencias en las cuales la toma de decisiones ocurre dentro de límites distintos,

debido a la inserción de las mujeres en determinadas jerarquías sociales. Por ejemplo, ciertos posicionamientos implican precarización económica y dificultades en el acceso a información clave. En otras palabras, es crucial reconocer el posicionamiento cambiante de las personas y considerar las siguientes preguntas que ellas se formulan en el proceso: ¿Cuáles son mis opciones efectivas? ¿Cuáles riesgos son aceptables y cuáles inaceptables para mí? ¿Cuáles son los costos/beneficios para mí, mi bebé, mi familia?

Atendiendo a las relaciones entre riesgo y vulnerabilidad señaladas por autores como Luhmann (1992), Douglas (1996 [1985]), Beck (1998) y Acosta (2005), consideramos que la exposición al daño se acrecienta o disminuye según el posicionamiento cambiante del individuo en la sociedad. Abordamos la vulnerabilidad como la posibilidad de las y los individuos de experimentar una herida o ser afectados por una amenaza, pero profundizamos en cómo esa «posibilidad» es creada. Es decir, en ¿cómo llegan a ser vulneradas determinadas personas? Para ello, hay que comprender cómo se entretajan las características particulares —por ejemplo, las historias de vida, las emociones— con procesos sociales e históricos, como por ejemplo la emergencia sanitaria o el acceso a la salud para crear las condiciones de posibilidad de ser afectados. Dicho de otra manera, en la vulnerabilidad, vista como la posibilidad humana de vivir en carne propia la experiencia del daño, se entrelazan lo público y lo privado, como argumentan Martínez (2019), Rivero et al. (2017) y Gilson (2011).

2. «ME DIJERON QUE YA NO FUERA ...[QUE] EMBARAZADA HABÍA RIESGOS»

En enero del 2020, Yos, una mujer mexicana de veinticinco años de edad, se enteró de que tenía tres meses de embarazo. Deían sería el tercer bebé que tendría con José, su novio desde la preparatoria. Yos y José comenzaron a vivir juntos desde los inicios del bachillerato, pues ella perdió el apoyo de su madre en medio de fuertes tensiones familiares. Fue acogida por la familia de José y apoyada para concluir sus estudios de preparatoria; etapa escolar

que finalizó con Gerard, su hijo mayor, en brazos. A ella le hubiera gustado estudiar para ser estilista o maquillista; sin embargo, hasta ahora no ha sido posible. Sus días transcurren ocupados entre las labores domésticas, de crianza y cuidados. Además, se autoemplea vendiendo ropa por catálogo y comida típica mexicana los fines de semana en la puerta de la casa; ella suma estos ingresos al salario que José gana como ingeniero.

Gerard y Tukari, su primer y segundo hijo, respectivamente, nacieron en hospitales públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social; servicio del que son beneficiarios por el trabajo de José. En ambos nacimientos, Yos recuerda haber recibido amenazas, gritos, intervenciones innecesarias (episiotomías⁷) y no solicitadas (epidural protocolaria⁸). Aunque Yos no nombró estos actos como violencia obstétrica, definitivamente serían calificados así en la actualidad. En el nacimiento de Tukari, Yos arribó al hospital con un trabajo de parto muy avanzado; de hecho, ya se encontraba pujando. El personal médico le ordenó suspender los pujos para anestésarla, diciéndole: «Si te mueves, te vas a quedar inválida». Tukari nació unos minutos después de aplicada la epidural.

Yos relata que permaneció en la sala de tococirugía⁹ durante diez horas después de nacido su bebé. Esperaba comenzar a sentir

7 En un artículo sobre cuidados del parto y derechos sexuales y reproductivos, la especialista en género, derechos humanos y políticas públicas María Rodríguez (2018, p.414) define la episiotomía como "... una práctica de cirugía menor en la que se realiza una incisión sobre el perineo de la mujer (entre la vagina y el ano) durante el trabajo de parto, con la finalidad de agrandar el canal vaginal. La episiotomía incrementa la morbilidad materna, aumentando el riesgo de sufrir desgarros en el suelo pélvico". Berzain y Camacho (2014) abordan de manera crítica la rutinización de esta práctica clínica.

8 Salgado, Arias, Domínguez, Casas, López e Izquierdo, especialistas en anestesiología y manejo del dolor, describen la epidural como práctica clínica "en anestesia obstétrica (...) [que] se considera la técnica de elección, sin embargo, no está exenta de complicaciones, siendo entre estas (sic) las más graves las de origen neurológico, que pueden ser originadas por procesos traumáticos, isquémicos, infecciosos o neurotóxicos en relación al empleo del anestésico local" (2011, p.277).

9 Según la Secretaría de Salud de la Ciudad de México la unidad de tococirugía tiene como objetivo "proporcionar servicios de atención quirúrgica-obstétrica y de atención inmediata al recién nacido, a fin de proteger y restaurar la salud de la madre y del recién nacido" (2017, p.28).

las piernas para ser trasladada a piso, como le habían indicado. Las horas pasaban y no recuperaba la sensibilidad. Por el contrario, seis horas después del parto no sentía nada desde los pechos hasta los pies. Sentía un frío incontrolable que le producía temblores, mareos y tenía la vista borrosa. Entonces, una enfermera se percató de que el personal había olvidado retirar la anestesia. Yos recuerda que el anestesiólogo le quitó una bolsita y le dijo: «Ya lo retiramos, no te preocupes, ahorita vas a comenzar a sentir tus pies». Y agrega:

Entonces comienzan a llegar enfermeras y a decir: «Me le firmas aquí, me le firmas acá». Yo la verdad no veía muy bien ya, para leer lo que estaba firmando. (...) «¿Me puedo dormir un rato?». «No, chica, no te duermas» (...) No me dejaban dormir. Y todo el tiempo estaban de planta. De no hacerme caso, de ahí para adelante, todo el tiempo estuvieron conmigo.

Cuatro horas después de retirada la anestesia la trasladaron a piso donde vio a su hijo con la cara amoratada y derrames en los ojos. Al exigir una explicación, le dijeron que se debía al uso de fórceps. Ella concluye esta sección de su relato —lleno de repetidas exposiciones a riesgos para ella y sus bebés— diciendo: «Gracias a Dios, todo salió bien».

Cuando Yos se supo embarazada de Deian, siguió el camino conocido: «Caí en la misma clínica». Sin embargo, debido a la pandemia, se vio afectada la continuidad de los servicios de salud públicos en la atención de enfermedades crónicas y procesos fisiológicos como el embarazo, parto y puerperio. A partir de la implementación de la Jornada Nacional de Sana Distancia, que entró en vigor el 23 de marzo, las actividades fueron agrupadas en dos categorías: esenciales y no esenciales. A pesar del carácter esencial de todos los servicios de salud, la implementación de un plan de acción ante la contingencia sanitaria obstaculizó el acceso a consultas, medicamentos y seguimiento de enfermedades para usuarios y usuarias. La puesta en marcha del Programa de Reconversión Hospitalaria COVID-19 planteó enormes retos en logística, infraestructura, equipamiento y recursos humanos. El objetivo de este programa, y de un conjunto de lineamientos derivados, era atajar lo mejor posible la «inminente oleada» de contagios por coronavirus. Yos relata:

Yo fui a mi última cita, de hecho, en marzo. Y me dijeron que ya no fuera que... que... que de estar embarazada había riesgos. Que en la clínica que estaba, estaban haciendo un apartado para COVID que había muchos, muchos riesgos para mí. Me dieron un teléfono. (...) Tuve que marcar y me decían:

—¿Te sientes bien?

—No, pues que sí, estoy bien, todo normal.

—¿Se mueve tu bebé? (...) pues entonces no vengas, no pasa nada. Cómprate tus pastillas por fuera y hasta ahí.

A la lista de los gastos familiares iban sumándose el costo de vitaminas, consultas privadas de bajo costo (asistió a una con médico general para pesarse y checar sus signos vitales) y estudios (ultrasonido); gastos que, en tiempos ordinarios, cubriría el sistema de salud público.

El 13 de abril del 2020, casi un mes después de la última cita de Yos en el hospital del IMSS, en la conferencia nocturna desde Palacio Nacional sobre la evolución de la pandemia, Karla Berdichevsky, directora del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), presentó el *Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida* (Secretaría de Salud, V1. 2020). El documento tenía por objetivo establecer directrices para la creación de planes estatales que garantizaran la continuidad y calidad de los servicios de salud materna. Según el propio Lineamiento, tan solo entre abril y junio se estimaba que en el país ocurrirían 235 000 nacimientos; además de 1 150 000 consultas prenatales. Parteras y doulas —de cinco ciudades distintas— reportaron en entrevistas con Marín que entre marzo y septiembre del 2020 la demanda de información y servicios las rebasó. En esta primera etapa de la pandemia, la falta de parámetros y directrices generó un desconcierto generalizado entre la población.

En la misma conferencia de prensa, Berdichevsky enfatizó que el riesgo de enfermedad y muerte es diferente según los rasgos poblacionales. Explicó que las mujeres en edad fértil y las embarazadas son afectadas de manera particular porque, sumado a la posibilidad de contagio, requieren la continuidad de servicios de salud sexual y reproductiva que sean de calidad y con calidez. Hizo un llamado

a seguir yendo a las consultas prenatales, a estar atentas a posibles complicaciones propias del embarazo y a «ser muy estrictas, por ejemplo, en el lavado de manos y en el confinamiento en sus hogares, de ser posible» (Berdichevsky, 13 de abril de 2020).

A pesar de la generación de este plan de acciones en salud pública enfocado en la salud materna, la experiencia de Yos con la cancelación de servicios de salud materna en el sector público es una constante en los hallazgos etnográficos entre mujeres en otras ciudades del país durante este periodo. También registramos que algunas parteras (en Michoacán, Ciudad de México y Jalisco) buscaron sin éxito establecer alianzas con instituciones del sistema público de salud, atendiendo a dos consideraciones en el lineamiento presentado por Berdichevsky: el traslado de la atención prenatal, perinatal y posnatal de los hospitales a centros de atención de primer nivel; y la integración de enfermeras obstétricas y parteras profesionales como prestadoras de servicios.

El embarazo de Yos seguía su curso y la atención en su clínica continuaba en suspensión indefinida. Sobre esto relata:

Comencé a investigar de lugares en donde no hubiese COVID para irme a tener mi parto porque la clínica que (...) me tocaba había área de COVID. El hospital civil, todo, todo, tenía COVID. Y no sabía a dónde irme. Entonces empezaron a salir noticias de que los cuneros estaban contaminados de COVID. Que daban de alta a las mamás, pero los bebés se quedaban y cosas así. Y yo decía: «No, no, no. Yo no quiero que me dejen ir a mí a mi casa y mi bebé se quede. Y después me digan que se murió de COVID». (...) Me llegó a entrar mucho el miedo, la verdad. Y eso me llevó a investigar. Investigaba hospitales, y en dónde no hubiese COVID.

La primera opción que Yos encontró fue un hospital privado de cirugía estética en el que habían abierto recientemente un área de atención materna. Al pedir informes le dijeron que solamente le cobrarían «una cuota de recuperación» de 6 000 pesos mexicanos si presentaba la documentación que la acreditara como beneficiaria de IMSS. Otra medida federal en el proceso de reconversión del sistema de salud fue un convenio de colaboración con la Asociación Mexicana de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales con el fin de garantizar servicios de salud no relacionados con

COVID-19, entre los que destacan la atención de embarazo, parto y puerperio. Posiblemente el hospital localizado por Yos formaba parte de las instituciones adscritas a este convenio.

Aunque no contamos con información suficiente sobre los procesos de acceso a servicios de salud privados vía los convenios anunciados por las autoridades sanitarias gubernamentales, etnográficamente hemos registrado narrativas que señalan dificultades para el acceso a estos. Por ejemplo, solo se brindaba información telefónica a partir de la semana 37 de gestación, recomendando a las pacientes asistir a su clínica para solicitar «un pase» que les daría acceso para asistir a hospitales privados. Sin embargo, hasta ahora no hemos contactado con beneficiarias y cuando la duda sobre el funcionamiento de los convenios fue planteada a una funcionaria en el nivel federal relacionada con el área de atención a la salud reproductiva, ella reconoció desconocer el proceso y los datos; y recomendó hacer una solicitud pública al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

Faltaban unas cuantas semanas para el nacimiento de Deian y Yos aún buscaba dónde atender el nacimiento de su hijo. Entonces «por medio de una broma» vislumbró otra posibilidad.

Mi primera opción era ir al hospital de cirugía plástica. Ya después estábamos entre amigas por WhatsApp y este... «No, pues, es que la verdad tengo miedo». Así estaba platicando con ellas. Y me comentan: «No, pues, es que vas a tener que contratar una partera para que te alivies en casa». Y yo... empezaron todas a reírse. Y yo pues dije: «Es que sí, estaría bien».

Durante las siguientes semanas, Yos buscó referencias de parteras con vecinas, buscó en Google y Facebook. Encontraba casas de parto en otros estados del país con precios que (al sumar el viaje, la estancia y el pago de los servicios) no estaban al alcance de su bolsillo. Por una sugerencia del algoritmo de Facebook, encontró una casa de partos en Guadalajara. Envío un mensaje a la página y agendó una cita. En su primera visita le mostraron las instalaciones, le explicaron el modelo de atención y vio a una mujer recién parida ser dada de alta. Entonces le preguntó: «¿Cómo te sentiste?» y me dijo: «Hermoso, no vayas a ningún otro lado, quédate aquí».

Es de destacarse que el solicitar la evaluación de otra madre quien acababa de dar a luz se convirtió para Yos en un parámetro clave para tomar la decisión de atenderse con parteras.

Yos asistió a tres citas prenatales con las parteras. Los costos de las consultas y el parto fueron ajustados por estas a menos de la mitad del precio normal en atención a sus ingresos limitados. Afortunadamente Yos y su familia pudieron asumir estos gastos. Ella reconoce que la atención «fue una ganga» ya que los servicios de partería privados en las urbes suelen ser costosos. Ello obedece, en parte, al hecho de que las casas de parto en México carecen de cualquier tipo de subvención estatal: infraestructura, equipamiento, salarios, mantenimiento y demás necesidades son cubiertos exclusivamente por el cobro de los servicios.

Yos se enfrentó a un escenario en el que cada experiencia contó para que el chiste de buscar una partera fuera una posibilidad. Al cerrarse la opción «conocida», se halló en un escenario que la retó a informarse, buscar referencias y reflexionar sobre sus necesidades. Durante la «bendita pandemia» —como dice ella— se combinaron el conocimiento sobre su cuerpo, las experiencias de atención obstétrica anteriores, la suspensión de la atención a la salud materna en su clínica y el uso intenso de las redes sociales digitales. Cuando Deian nació en la casa de partos la madrugada del 16 de agosto 2020, lo recibieron las manos de su padre y la mirada de su abuela. En retrospectiva, Yos evalúa su tercer parto así:

La verdad es una experiencia muy bonita, que, gracias a la pandemia, se puede decir, yo tuve una experiencia así. Porque si no hubiese estado pandemia, yo hubiera acudido al IMSS. (...) la verdad es una experiencia única, muy bonita de que esté tu pareja ahí, de que sepa lo que es. No sé, la verdad les da un giro en la vida a ellos, empiezan, se puede decir como a valorar la vida de uno como mamá.

Yos dio seguimiento a su posparto con las parteras solo por vía telefónica, pues sus recursos económicos no le alcanzaban para trasladarse a la consulta y menos para pagarla. Llevó a Deian a la clínica pública local para las vacunas y así ha atendido tanto al bebé como a su salud.

Durante los meses de abril a octubre del 2020, parteras en diferentes partes del país atendieron una cantidad de nacimientos superior hasta en un 200% de su rango normal.¹⁰ En muchas ocasiones el aumento no se vio reflejado proporcionalmente en mayores ingresos, pues —como en el caso de Yos— hubo una tendencia a hacer ajustes a los costos con el propósito de no dejar al descubierto mujeres que necesitaban atención al nacimiento. Esta sobredemanda no estuvo sin tensiones ni consecuencias. Por una parte, captamos narrativas de mujeres atendidas por parteras que, durante este mismo periodo, dijeron haber sentido maltrato y descuido en el proceso de atención. Por la otra, parteras y doulas narraron haber enfermado debido al agotamiento y en algunos casos requirieron atención psicológica y psiquiátrica. Ante ello, nos preguntamos: ¿Cuántas mujeres gestando en México y el mundo han enfrentado el descubierto estructural? ¿Cuáles han sido sus opciones efectivas? En tanto sociedad, ¿cómo hemos intentado subsanar la cancelación indefinida de estos servicios?

3. EL CANSANCIO QUE NOS OBLIGA A CAMBIAR DE RUTA: RECALIBRAR

Lunes 17 de agosto, 8:00 de la mañana, Tijuana, México. Un año después del nacimiento de Deian y a poco más de dos mil kilómetros de Guadalajara. Esta es la tercera vez que Xaviera repasa la lista de teléfonos buscando un anesthesiólogo.

—¿Bueno? Buenos días. Soy la partera Xaviera, le marco desde el Hospital Arcos.

Una voz masculina le responde:

—¿Tú me has estado buscando desde las 6 de la mañana, ¿verdad?

—Sí. Tengo una paciente con solicitud de una epidural. ¿Es posible que nos asista por favor?

—Está bien, pero aún estoy de guardia en el hospital civil. Podría llegar en 40 minutos.

—Esperamos, muchas gracias.

10 Cifra obtenida de las conversaciones con más de 12 parteras en Ciudad de México, Chiapas, Michoacán, Jalisco, Morelos registradas por Marín durante su trabajo de campo entre 2020 y 2021.

Marisol tiene 42 años y este es su primer embarazo. Junto con su esposo Jon, habían planeado parir en casa con la atención de Xaviera, una enfermera y partera (certificada en Estados Unidos) y Liria, una partera en formación. Marisol comenzó con contracciones el viernes por la noche. El trabajo de parto avanzó durante el sábado, despacio pero estable.

El domingo caminando en el parque me encuentro con Xaviera: «¿Cómo vas, Xavi?». Yo estaba al tanto de este parto, porque llevaba algunas semanas haciendo trabajo de campo como voluntaria en una casa de partos gratuita en la que Xaviera labora. Ella me responde «Bien, aunque un poco cansada...». Con unos pasos de diferencia, llega Liria, quien trae un vaso de café en la mano. Entonces, Xaviera me pregunta: «¿Nos echas una mano a doulear a una mamá? Liria y yo estamos bastante cansadas, llevamos dos noches sin dormir y estamos agotadas». Liria asiente con la cabeza, mientras le da un sorbo al café. Les respondo: «Claro, en lo que pueda apoyarles con mucho gusto». Yo quiero aprovechar al máximo esta salida a campo en tiempos de COVID. Xaviera me dice: «Paso por ti a las 7 p. m. y nos vamos a la casa de Marisol».

Marisol ha accedido a que yo la apoye esta noche físicamente, mientras Xaviera duerme en el piso de la sala. Le ofrezco un masaje, le propongo movimientos en la cadera, escucho sus preocupaciones. Jon dormita en la cama. Cada tanto, Xaviera revisa los signos vitales de mamá y bebé, todo estable; sin embargo, se comienza a conversar sobre la posibilidad de un traslado al hospital porque la dilatación avanza con más lentitud que el cansancio.

Marisol y Jon conversan, y a pesar de no perder la esperanza de parir en casa, deciden afianzar la posibilidad de traslado. Deciden ir a un hospital privado con el fin de poder seguir siendo atendidos por las parteras. En esta ciudad solo hay un hospital en el que permiten la entrada a Xaviera y Liria; pero el hospital está lleno y el piso de abajo no se puede utilizar porque es área COVID. El lunes para Xaviera transcurre entre llamadas no respondidas y espera.

Otra noche en casa de Marisol con la esperanza de que la dilatación avance. «Me duele, ya no puedo, ya no quiero más. Ya me quiero ir al hospital, quiero la epidural». En parte la espera,

aunque veladamente, también tenía que ver con el dinero, el poco empleo —agudizado por la pandemia— tiene la cartera familiar ahorcada. A los gastos diarios de una familia de cuatro (Jon, dos hijas de su primer matrimonio y Marisol) se suma el costo de la atención del embarazo, parto y posparto.

Son las 5 de la mañana del martes, por fin una habitación desocupada. A las 6 de la mañana en dos autos nos trasladamos al hospital: Marisol, Jon, Agustina —la madre de Marisol—, Xaviera, Liria y yo. «Esperen, tenemos que limpiar la habitación, mientras, pueden ocupar aquí». Xaviera comienza con la primera ronda de búsqueda de anesthesiólogo.

El doctor José acepta venir al hospital después de la tercera llamada telefónica de Xaviera. Hubo que esperarlo, pues aún estaba en otro hospital trabajando. Llegó a las 9 de la mañana. Marisol está sobre la camilla, Liria le sostiene la mano y la contiene. Xaviera asiste directamente a José mientras prepara el área. Vestida con una filipina (*scrub*), estoy de pie en una esquina de la habitación; nunca había visto una epidural. José volteo, me mira y me dice: «Pásame la aguja». Yo miro la charola del instrumental y solo atino a preguntar: «¿Esta?». Me mira como desconcertado. «Sí. Ábrela». Me alecciona rápidamente sobre cómo debo hacer el procedimiento, me pide que busque más material en su maleta. Introduzco el medicamento en una jeringa, luego me indica introducirlo en la solución que habrá de infiltrarse. Todas las manos son necesarias. Él manipula el cuerpo de Marisol. Ella respira profundo, por fin el medicamento comienza a pasar... Un rato después ella logra dormir. Xaviera, Liria y yo juntamos los dólares que llevamos en las bolsas para pagar a José, quien se despide para ir a descansar con el compromiso de volver más tarde.

A las 4 de la tarde del 17 de agosto, cuatro días después de iniciado el trabajo de parto, Joshua nació por cesárea. Los brazos de su madre lo sostienen y la mirada de su padre lo cobija amorosamente.

Recapitulando, con el análisis de la experiencia de Lila identificamos la transformación en la construcción social del riesgo, el impacto emocional del confinamiento y la percepción del miedo. Un constante cálculo sobre cómo y con quién relacionarse. Con

Yos, seguimos la búsqueda y creación de rutas alternas para la atención obstétrica; vimos cómo una broma se convierte en una alternativa ante el cierre de opciones por el riesgo de contagio y la cancelación de servicios. En cambio, para Marisol, la elección de servicios de parteras privadas fue asumida con la «nueva normalidad», sólidamente establecida. Es decir, Marisol inició su embarazo en pandemia, planeó un parto en casa con parteras, considerando, entre otras cosas, que su pareja pudiera estar presente. En el desenlace final, este plan tuvo que ser reconsiderado para asegurar la integridad física de madre e hijo.

A partir del relato de campo sobre la experiencia obstétrica de Marisol, notamos como se complejizan las tomas de decisiones sobre el embarazo y la búsqueda de servicios de atención ante problemáticas estructurales preexistentes pero agudizadas. Desde antes de la aparición de la pandemia, en México existían al menos cuatro grandes retos en términos de salud materna: falta de cobertura universal; altos índices de muerte materna¹¹ (que ha aumentado a partir de la aparición de la enfermedad COVID-19); un índice de nacimientos por cesáreas tres veces superior a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud¹² y la violencia obstétrica como constante en la práctica ginecobstétrica.

¿Cómo deberíamos ajustar los planes para responder a las circunstancias? Sin detenernos en las razones por las cuales Marisol eligió parir en casa con parteras, la pregunta central es: a más de un año de pandemia, ¿cómo debió resolverse el traslado al hospital de un parto en casa con partera? Nos interesa resaltar los vínculos entre la «vieja y nueva normalidad» que atraviesan las experiencias obstétricas de usuarias de partería y cómo influyen tanto en la

11 El Observatorio de Mortalidad Materna en México (2018), reportó que en el año 2015 la razón de muerte materna (RMM) alcanzó la cifra de 34.6 fallecimientos frente a la meta establecida para México en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 22 por cada 100 000 nacidos. Freyermuth (2017) y Pisanty-Alatorre (2017) han investigado con profundidad sobre el tema. Sus trabajos son enriquecedores para la comprensión de este fenómeno.

12 En 2014, el 46.3% de los nacimientos fue por cesárea, más de tres veces superior al 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (Campiglia, 2017, p.66).

salud de las mujeres como en el ejercicio profesional de parteras y personal sanitario, así como en su bienestar.

En el registro de la observación participante con Marisol destaca el vínculo de confianza establecido con sus proveedoras de salud y su conversión en parámetro para guiar la toma de decisiones. Igualmente sale a relucir el protagonismo de las parteras en el diseño de la ruta de acción cuando se ocupaba un plan B. La atención que las parteras brindaron a Marisol, durante dos días y sus noches, tuvo consecuencias físicas que impulsaron a Xaviera y a Liria a solicitar ayuda a Yaredh. Es sabido que el acompañamiento cercano es un rasgo característico de la partería, lo que ha llevado a procesos reflexivos sobre la necesidad de autocuidado en la vida de las parteras. La ayuda de Yaredh fue solicitada debido a su disposición como voluntaria, experiencia con otras parteras y mujeres, pero principalmente al agotamiento físico que el proceso de atención conlleva. La antropóloga asiste con autorización y bajo las instrucciones que se le dictan. Xaviera hace la guardia esa primera noche, durmiendo a ratos en el piso de la sala. Liria permanece en casa para descansar bien.

Desde entonces se habla de un traslado, pero ¿a dónde?, ¿cómo? A pesar de que el ejercicio de la partería en México tiene una larga tradición, como Yaredh ha argumentado anteriormente, hoy día «la partería, en general, es ejercida en una situación de ambigüedad y contradicciones ante instituciones administrativas gubernamentales como la Secretaría de Educación Pública (SEP) o la Secretaría de Salud (SSA). Su estudio y descripción es difícil pues el terreno es arenoso. Oficialmente, ante medios de comunicación e instancias supranacionales, representantes de instituciones como la Secretaría de Salud reportan sobre la existencia y creación de programas de profesionalización que pretenden formar a las parteras. Sin embargo, parteras tradicionales y profesionales, rurales y urbanas, han denunciado el acoso y la persecución de su actividad». (Marín, 2019, p.13)

En México, las parteras, en cualquiera de sus expresiones; tradicional, indígena, autónoma, feminista, urbana, profesional, son tratadas como inferiores por otros profesionales de la salud, funcionarios, protocolos, dígame por la mayoría del sistema sanita-

rio. En la práctica, las parteras no pueden ingresar a instituciones públicas ni privadas como principales proveedoras de salud. Aun teniendo una cédula profesional, es necesario el aval de un ginecólogo/ginecóloga. Esto en parte se debe a que desde 1960 diversas estrategias de salud pública estaban orientadas a que las parteras dejaran de atender partos (Carrillo, 1999, p.188).

Desde antes de la pandemia, contratar servicios de partería urbanos implicaba, desde la planeación, contemplar un plan «B» y hasta «C», pues no es posible saber hasta llegado el proceso del parto dónde y cuándo habrá de nacer el bebé. Además de requerir logística y apoyo emocional, estos planes requerían presupuesto y las relaciones de colaboración tejidas por las parteras en el ámbito «individual» con otros profesionales —ginecólogos, anesthesiólogos, pediatras— e instituciones —hospitales públicos o privados—. Las mujeres y familias usuarias de partería que requirieran un traslado se debatían entre dos posibilidades: 1) ir al hospital público, ingresando solas, donde probablemente serían maltratadas por haber intentado un parto en casa —como indican hallazgos etnográficos y diversas denuncias de parteras y usuarias—; 2) ir a un hospital privado en el que las parteras tuvieran alianza con ginecólogos que pudieran mediar entre los protocolos y permitir que sus proveedoras dieran continuidad a la atención.

Por tanto, los traslados realizados por parteras urbanas, muchas veces, como en el caso de Marisol, son buscados o sugeridos casi siempre a hospitales privados. En un país como México, solo un pequeño sector de la población puede costear un parto en casa y un eventual traslado hospitalario.

Si este escenario «normal» no fuera suficiente, la pandemia ha complejizado el proceso. Hay evidencias de que las tensiones, exigencias y agotamiento provocados por la pandemia han contribuido a un recrudecimiento de la violencia contra las parteras. Una de esas expresiones es la forma en que deben negociar su entrada a las instituciones. La falta de protocolos que creen puentes de colaboración entre parteras e instituciones aumenta la vulnerabilidad y los riesgos a la salud de las mujeres y sus hijas e hijos ante la necesidad de traslados hospitalarios.

Después de dos días de espera, Xaviera consiguió una habitación en el único hospital de la ciudad que reconoce su cédula profesional mexicana (como enfermera obstétrica) y certificaciones (como partera) para ejercer tanto en México como en Estados Unidos. No obstante, la labor de la partera no concluye con el traslado; ahora el reto es conseguir aliados. Por fortuna, el traslado aún no se trataba de una emergencia obstétrica, sino de cansancio. La epidural era la principal demanda. Implicó muchos mensajes de WhatsApp y llamadas telefónicas, así como del repaso de una lista de anesthesiólogos.

Ya desde 2020, en la planeación de la política pública sanitaria se preveía que, debido a los contagios de COVID-19:

los equipos médicos y otros miembros del sistema de salud se ven expuestos a una mayor demanda física y emocional, debido a factores como el incremento en las horas laborales, el trabajo continuo con pacientes en situaciones críticas, eventos potencialmente traumáticos, la ansiedad vinculada con adquirir la enfermedad, entre otras. Este incremento en el estrés y adversidades en el ámbito laboral puede conducir a que el personal presente desgaste laboral, fatiga por compasión, entre otros. (Secretaría de Salud, 2020b, p.7)

José, el anesthesiólogo que respondió al llamado aún estando de guardia en el hospital público, se comprometió a llegar una hora después de haber sido contactado. Las parteras y la antropóloga Yaredh no se enteraron si José había dormido, ni si había atendido a pacientes con COVID-19. Como la familia no tenía dinero para pagar los 300 dólares que costaron sus servicios, las parteras y Yaredh reunieron el dinero, quedándose la familia con el compromiso de reembolsarles.

La antropóloga, investida en un performance textil —con una filipina— pasó de mirar a actuar. Atender las explicaciones, concentración, seguir las instrucciones al pie de la letra. Pese a ser un servicio de salud privado, no había suficientes enfermeras a la mano, no había instrumentalista, porque la prolongación de la emergencia sanitaria ha agudizado problemáticas previas, tales como el cansancio, la precarización de la salud y el agotamiento del personal.

Las tres historias sobre las que hemos reflexionado coinciden en el hecho de abordar las experiencias de mujeres urbanas que pudieron solventar la contratación de servicios de partería privados para la atención del embarazo, parto y posparto. Son mujeres que, por fortuna, están lejos de vivir condiciones graves de precarización: pobreza extrema, procesos migratorios, vulnerabilidad etaria, situación de calle, entre otras. Son mujeres con un cierto grado de privilegio —entendido como derechos negados a otras mujeres—. Aún en este escenario hasta cierto punto alentador, observamos cómo las dinámicas propias de la pandemia complejizan relaciones de poder previas a este complejo entramado histórico. ¿Cómo recalibran sus decisiones? ¿Cómo equilibran las experiencias emocionales, económicas, políticas y estructurales a las que se enfrentan en el proceso de gestación y la toma de decisiones?

Como resultado de la reflexión emanada de estas tres experiencias registradas, comenzamos a dialogar sobre lo que designamos *recalibración*. Para desarrollar esta noción, pensamos en un instrumento de precisión: un termómetro. Con base en mediciones que realiza la persona que manipula el instrumento, este sirve para establecer una temperatura solo si confiamos en la escala que ofrece el dispositivo y en su funcionamiento. Chin (2012) considera la noción de recalibración en asuntos jurídicos; propone que en el proceso de recalibración ocurre un ajuste entre lo nuevo y lo antiguo ya que los cambios suceden en un tejido preexistente. En ese sentido, el desarrollo de la incipiente noción de recalibración que aquí proponemos exige que reconozcamos: las desigualdades estructurales previas de acceso a la salud en México, así como las trayectorias de vida de las mujeres, la dimensión socioafectiva de la vida pública y las relaciones de poder que atraviesan el acceso a servicios de salud obstétricos.

CONCLUSIONES

Retomando la discusión sobre la construcción social del riesgo, ¿cuáles son las opciones que las mujeres embarazadas tienen? ¿Qué riesgos consideran las mujeres aceptables o inaceptables? ¿Cuáles

son los costos/beneficios percibidos? Reconstruir las trayectorias reproductivas, junto con nuestras interlocutoras, es fundamental para comprender cómo recalibran su toma de decisiones. Por ejemplo, Yos nos enseña que las experiencias anteriores le dieron un marco de referencia sobre lo que implicaba el parto. El dinero y la movilidad constituyeron otro parámetro; es decir, ¿a qué efectivamente tenía acceso Yos -con un presupuesto limitado y dos hijos? Supo que no podría trasladarse a parir con partera en otro estado. No obstante, la trayectoria de Yos muestra una progresión del miedo (expresado abiertamente como tal a sus amigas) a la indignación y finalmente al empoderamiento (su investigación de hospitales que no recibían casos de COVID, su elección final de la casa de partos). Gracias a su tenacidad, Yos encontró no solo una opción de atención, sino una que resultó ser satisfactoria física y emocionalmente. Subrayamos que dicha opción se materializó en los hechos solamente debido a la disposición de las parteras para bajar sus precios.

De acuerdo a los hallazgos etnográficos entre mujeres usuarias, parteras, ginecólogas y doulas, existe un amplio desfase entre la planeación de la política pública y su ejecución. Lo que nos permite como autoras plantear preguntas urgentes para estos tiempos extraordinarios. Por ejemplo ¿Cómo acceder a y proveer atención al embarazo, parto y puerperio con calidad y calidez?

Hoy día, a casi dos años de pandemia, con procesos de precarización de la salud —previos a la contingencia, pero exacerbados por el desgaste— consideramos que el registro y análisis de experiencias como las de Lila, Yos, Marisol y otras mujeres sirven para plantear otras rutas posibles en el acceso a la salud. Sin perder de vista los costos físicos, económicos y emocionales que el personal sanitario tanto público como privado enfrenta para mantener estos servicios, dichos caminos podrían beneficiar tanto a las mujeres, sus hijos, sus familias, el personal sanitario y la sociedad en su conjunto.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, V. (2005). El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos. *Desacatos. Revista de Antropología Social*, (19), 11-24. <https://www.redalyc.org/pdf/139/13901902.pdf>
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad* (1ª ed.). Paidós Ibérica.
- Berdichevsky, K. (13 de abril 2020). *Dra. Karla Berdichevsky. Embarazo, parto, puerperio. COVID19* [Archivo de Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=rsLQqCRRf60&t=573s>
- Berzain Rodríguez, M.C. y Camacho Terceros, L.A. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica de Ciencias Médicas*, 17(2), 53-57.
- Campiglia, C.M. (2017). *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto* [Tesis Doctoral, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social].
- Carrillo, A.M. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión: Las parteras tituladas en México. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 19(0), 167-190. <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/download/106147/150123>
- Chinn, S. (2012). *Institutional Recalibration and Judicial Delimitation*. Cambridge University Press.
- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales* (1ª ed.). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Freyermuth, G., Torres, M. y Hernández, J. (2017). El Subsistema de Información sobre Nacimientos. Estudio de caso en una región indígena de Chiapas, México. *Estudios demográficos y urbanos*, 32(3), 451-486.
- Gilson, E. (2011). Vulnerability, Ignorance, and Oppression. *Hypatia*, 26(2), 308-332.
- Luhmann, N. (1992). *Sociología del riesgo* (1a ed. en español). Laberinto de cristal, Universidad Iberoamericana.
- Marín, Y. (2019). *Nacer a contracorriente. Mujeres y familias urbanas usuarias de partería profesional en una metrópoli mexicana, 2015-2019* [Trabajo de grado de maestría no publicado, El Colegio de Michoacán].
- Martínez, M. (2019). Una (breve y no muy sistemática) aproximación a la noción de agencia desde la vulnerabilidad. *Papeles del CEIC*.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México. (2018). *Indicadores de Mortalidad Materna en México 2015*. <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/05/Indicadores-2015.pdf>

- Pisanty-Alatorre, J. (2017). Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. *Salud Pública de México*, 59(6), 639-649.
- Rivero, A., Montilla, A., Castillo, P. y Zambrano, M. (2017). Amenaza, vulnerabilidad y riesgo ante eventos naturales. Factores socialmente contruidos. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación*, 2(6), 22-28.
- Rodrigues, M. (2018). Análisis exploratorio de los cuidados al parto en Nicaragua desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 44, 399-427.
- Secretaria de Salud, CDMX. (2017). *Lineamientos para la organización de la unidad de tococirugía*. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/lo007tococirugiasello.pdf>
- Secretaría de Salud, Gobierno de México. (V1. 2020). *Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Documento disponible en línea*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546239/Lineamiento_prevencion_y_mitigacion_de_COVID-19_en_el_embarazo_CNEGSR_1.pdf
- _____. (2020 b). *Lineamiento de Reconversión hospitalaria*. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>
- Segado Jiménez, M.I., Arias Delgado, J., Domínguez-Hervella, F., Casas García, M.L., López Pérez, A. e Izquierdo Gutiérrez, C. (2011). Analgesia epidural obstétrica: fallos y complicaciones neurológicas de la técnica. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 18(5), 276-282.



YAREDH MARÍN VÁZQUEZ es doctorante en el Centro de Estudios Antropológicos de El Colegio de Michoacán. Es activista e investigadora de temas de salud y derechos sexuales y reproductivos, partería, género, violencia, y música. Ha publicado sobre las usuarias de servicios de partería profesional urbana y realizó un documental etnográfico sobre el son jarocho.

GAIL MUMMERT es profesora-investigadora del Centro de Estudios Antropológicos de El Colegio de Michoacán en México. Demógrafa y antropóloga social, sus intereses de investigación se centran en las intersecciones de trabajo, género, migración y familia. Desde una perspectiva comparativa e intercontinental, ha estudiado las interacciones cotidianas entre miembros de familias transnacionales y diversos agentes de más de un Estado-nación.