



# Por un protocolo de atención integral en la muerte gestacional y perinatal

Dr. Itzkuauhtli Zamora Saenz

## VISOR CIUDADANO 80

Mayo 2023



DIRECCIÓN GENERAL DE ANÁLISIS LEGISLATIVO

Las opiniones expresadas en este documento no reflejan, necesariamente, los puntos de vista del Instituto Belisario Domínguez o del Senado de la República.

## Por un protocolo de atención integral en la muerte gestacional y perinatal.

Mayo de 2023

D.R. ©  
INSTITUTO BELISARIO DOMÍNGUEZ,  
SENADO DE LA REPÚBLICA  
Donceles 14, Colonia Centro,  
Alcaldía Cuauhtémoc  
06020, Ciudad de México.

**Autor:** Itzkuauhtli Benedicto Zamora Saenz

**Asistentes de investigación:** Aníbal Isaac López Martínez  
Elisa Irais Figueroa Jiménez

### DISTRIBUCIÓN GRATUITA

*Visor ciudadano* es una síntesis ordenada de trabajos de opinión pública reconocidos en México y otros países que reporta con rigor los resultados de estos estudios, así como su metodología. Cabe destacar que ninguna de las encuestas incluidas en esta serie, a menos que se especifique lo contrario, fue realizada por la Dirección General de Análisis Legislativo.

### Cómo citar este documento:

Zamora Saenz, Itzkuauhtli Benedicto (2023). Por un protocolo de atención integral en la muerte gestacional y perinatal. *Visor Ciudadano*, 80 (Mayo). Ciudad de México: Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República.

Este análisis se encuentra disponible en la página de Internet del Instituto Belisario Domínguez:  
<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx>

## Por un protocolo de atención integral en la muerte gestacional y perinatal.

Dr. Itzkuauhtli Benedicto Zamora Saenz<sup>1</sup>

### Resumen

La muerte gestacional y perinatal es un problema de salud pública que se ha hecho más visible en los últimos años. Los impactos sociales que tiene en las familias que experimentan este tipo de pérdidas, se incrementan debido a la falta de un protocolo de atención hospitalaria que favorezca un trato digno y respetuoso de los derechos de las mujeres y sus parejas. Mediante entrevistas semi estructuradas, se identifican las principales problemáticas en la atención que se recibe en estos casos para ofrecer soluciones que formen parte de un protocolo que pueda implementarse en todos los hospitales del país.

**Palabras clave:** Muerte gestacional | Muerte perinatal | Cunas vacías | Salud mental

### Introducción

La muerte gestacional y perinatal es un problema de salud pública que afecta a 5.3 millones de mujeres en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, en muchos casos, no se tiene un diagnóstico completo sobre las causas de estas defunciones (OMS, 2017). La prevalencia se concentra en la población de menores ingresos, incluso en los países desarrollados. Esto sugiere que, a menor seguimiento médico, aumentan las probabilidades de que ocurran estas pérdidas (The Lancet, 2016). No obstante, como en cualquier política pública vinculada con la salud, se requiere mejorar la calidad de la información y de los servicios proporcionados para incidir favorablemente en la disminución de complicaciones que deriven en esta mortalidad.

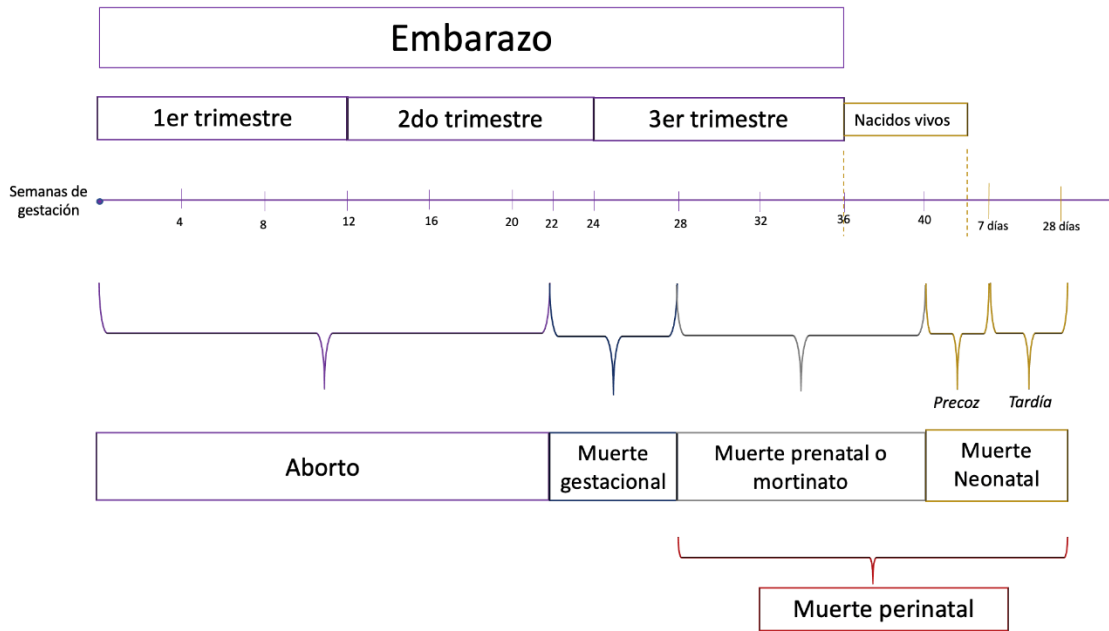
Se retomará la sugerencia de la OMS de tener como referencia la edad gestacional para la definición en este tipo de fallecimientos. Como se puede apreciar en el Esquema 1, la muerte gestacional es la que ocurre entre la semana 22 y la 28 del embarazo, mientras que la

---

<sup>1</sup> Investigador C de la Dirección General de Análisis Legislativo del Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República.

muerte perinatal abarca de la semana 28 hasta la muerte neonatal tardía, es decir, aquella que sucede hasta los 28 días del recién nacido.

Esquema 1. Muertes relacionadas con el embarazo



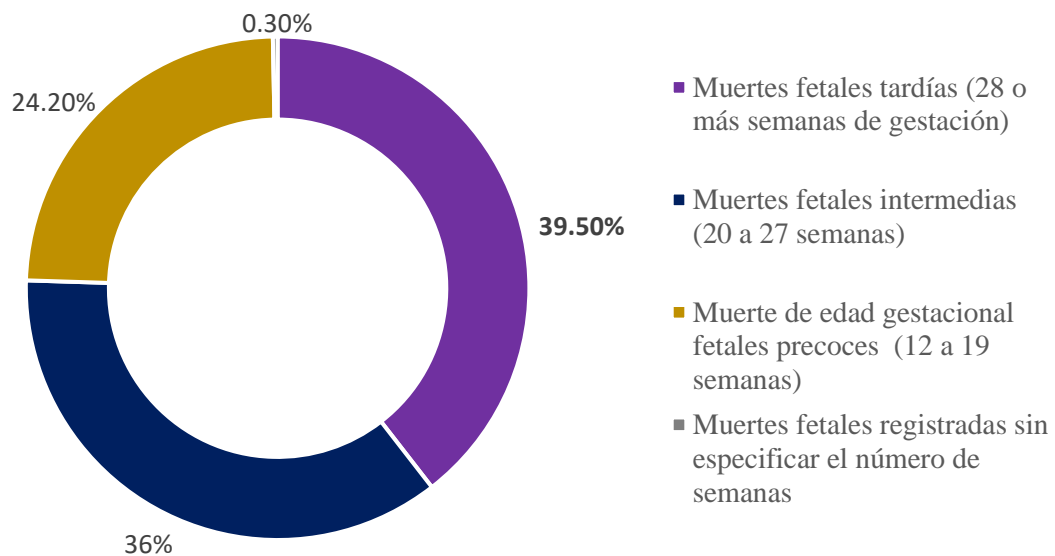
Fuente: Elaboración propia con base en OMS, 2017, p. 19.<sup>2</sup>

La propia OMS señala que no hay una definición ni un registro totalmente extendido alrededor de este tipo de fallecimientos, ya que hay factores culturales e históricos que inciden en los criterios que utilizan las autoridades de salud para elaborar las estadísticas sobre esta prevalencia (OMS, 2017). En ese sentido, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presenta información con el nombre de un indicador denominado “mortalidad fetal registrada en el país”, la cual incluye todos los fallecimientos cuya edad gestacional van de las 12 a las 42 semanas. En su última medición, el INEGI menciona que en el año 2021 se registraron 23 mil muertes fetales en el país (INEGI, 2022), es decir, cada día 63 mujeres experimentan la pérdida de su bebé en diferentes etapas de gestación o en el momento del parto. En la Gráfica 1 se muestra que la principal recurrencia de la muerte fetal se da a partir de las 28 semanas o más de gestación (39.5%), seguida de aquellas que se dan

<sup>2</sup> La Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, establece que el periodo perinatal inicia a las 22 de semanas de gestación y concluye a los siete días después del nacimiento.

entre la semana 20 y 27 (36%) y de las que sucedieron entre las semanas 12 y 19 (24.2%). Las causas de estas muertes son variadas, pueden ser genéticas y/o ambientales y se requiere de un diagnóstico particular para identificarlas en cada caso. No obstante, hay cierta coincidencia en señalar que las principales complicaciones están relacionadas con la hipertensión arterial e insuficiencia renal (preeclampsia) y la diabetes gestacional, sin dejar de mencionar que en los entornos rurales se suma la falta de cobertura y acceso a los servicios de salud (Báez, 2018; DGCS-UNAM, 2022).

**Gráfica 1. Muertes fetales según las semanas de gestación.**

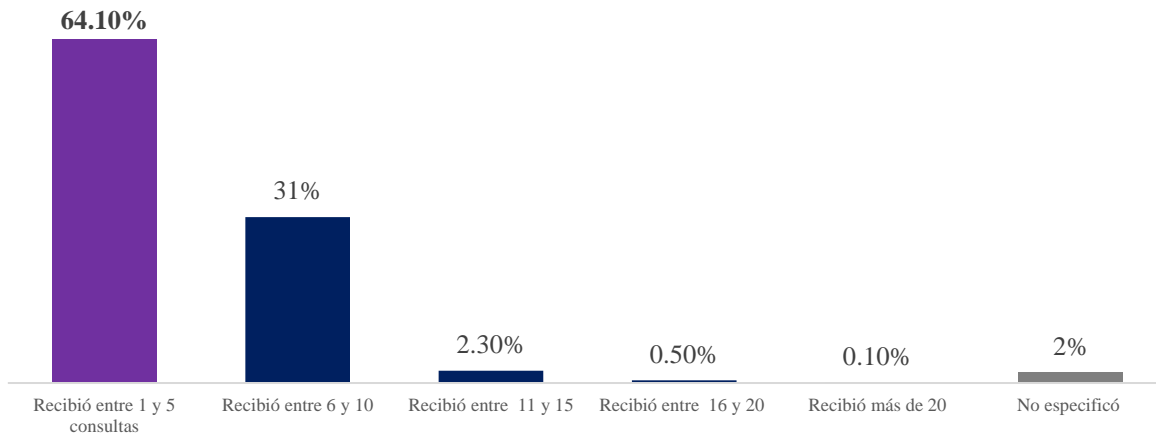


Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, 2022.

En la Gráfica 2 se presenta información que permite conjeturar razonablemente cómo esta prevalencia podría estar asociada a factores socioeconómicos que implican un menor seguimiento del embarazo. De esta manera, quienes asistieron a una o cinco consultas concentraron 64.1% de las defunciones fetales, en contraste con aquellas mujeres que recibieron más de 20 consultas que sólo registraron 0.1% de los casos. Es importante advertir que para este indicador también cabe la interpretación de que entre más tiempo dura el embarazo hay mayores visitas de seguimiento y, por lo tanto, nacimientos con vida. Sin embargo, otra estadística que coloca nuevamente sobre el tapete de la discusión la variable

socioeconómica establece que 68.4% de las mujeres cuyo embarazo terminó en muerte fetal no trabajaba, mientras que 27.9% sí lo hacía. El restante 3.7% no especificó su respuesta.

**Gráfica 2. Defunciones fetales según consultas otorgadas a la madre**



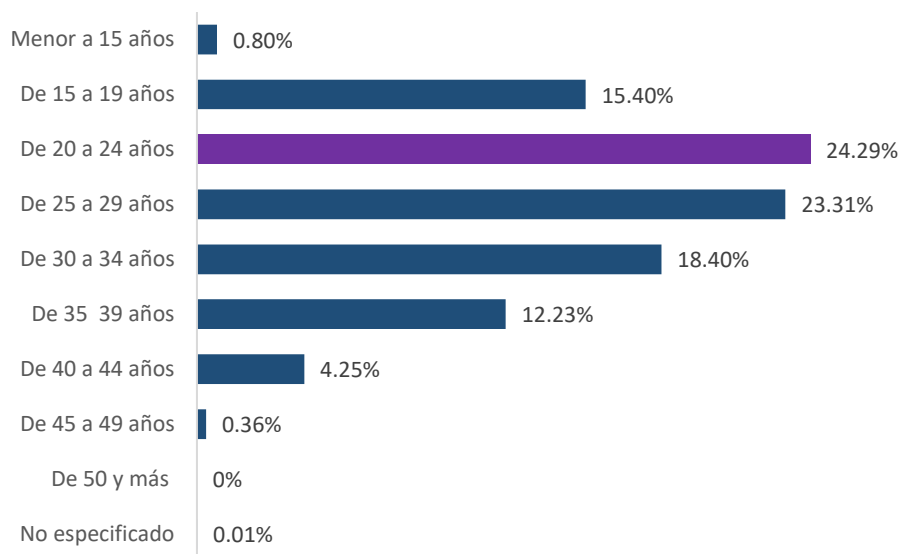
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, 2022.

Para tener un perfil más definido de las mujeres que tienen la experiencia de una muerte fetal, el INEGI proporciona la siguiente información: 66% se encuentran entre los 20 y los 34 años, 23.3% de 25 a 29 años y 18.4% de 30 a 34 años (Ver Gráfica 3). Por otro lado, 54.1% de las mujeres se encontraban en unión libre, 26.2% estaban casadas, 14.2% eran solteras, 0.6% estaban separadas, 0.2% eran viudas y 4.5% de los registros no especificaron esta condición. Finalmente, las entidades federativas cuyas tasas de defunciones fetales por cada 10 mil mujeres de 15 a 49 años se encuentran por arriba de la tasa nacional (6.7), son: Guanajuato (9.2), Aguascalientes (9.1) y el Estado de México (8.7).

Como se desprende de la información anterior, un sector de las mujeres embarazadas vivirá la experiencia de la muerte gestacional y perinatal, situación que ya es suficiente razón para revisar si la actual política pública las atiende integralmente con pleno respeto a todos sus derechos. Hay bastante evidencia de que estos fallecimientos tienen efectos en la salud mental de la madre, el padre y la familia que la viven. Estas afectaciones psicológicas pueden extenderse durante varios meses, o incluso años, si no son manejadas de manera adecuada por el personal de salud (The Lancet, 2016). La pérdida de un bebé representa el final abrupto

de una ilusión y un cambio radical en el proyecto de vida de una pareja que suele estar acompañado de trastornos emocionales como la depresión.

**Gráfica 3. Defunciones fetales según la edad de la madre**



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, 2022.

Este documento tiene el objetivo de aportar información de carácter cualitativo para identificar cuáles son las principales problemáticas y demandas que hay en torno a la atención hospitalaria que reciben las mujeres que atraviesan por este tipo de pérdidas gestacionales y perinatales para que se pueda proporcionar la base normativa necesaria de una política pública que las atienda de manera integral a ellas y a sus familiares. Se espera que esta información sea un insumo al trabajo legislativo que se ha realizado en materia de muerte fetal y perinatal a partir de la iniciativa con Proyecto de Decreto presentada por el senador Ricardo Monreal Ávila por el que se reforman y adicionan diversos artículos de la *Ley General de Salud*, de la *Ley Federal del Trabajo* y de la *Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado*.<sup>3</sup> En la *Ley General de Salud* se proponen incorporar disposiciones para garantizar la atención integral y multidisciplinaria en este tipo de muertes; capacitar al personal en el abordaje de la muerte fetal y perinatal; reconocer el derecho al acompañamiento de las mujeres mediante una persona de su confianza y elección durante el

<sup>3</sup> La iniciativa se puede consultar en: <https://bit.ly/3MehtdP>

trabajo de parto, posparto y puerperio; el derecho a recibir información suficiente y clara sobre la lactancia; así como la posterior publicación de una norma oficial mexicana que establezca los parámetros regulatorios y de actuación para el abordaje integral en la muerte fetal y perinatal. Por su parte, las modificaciones propuestas a la *Ley Federal del Trabajo* y a la *Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado* introducen la figura de permisos de duelo a madres y padres trabajadores de cuando menos cinco días con goce de sueldo por la muerte fetal o perinatal de sus bebés; y prevé que en este tipo de casos se incluya el derecho de las mujeres a tener el mismo número de semanas de descanso posteriores al parto.

A finales del segundo periodo ordinario de sesiones del segundo año de la LXV Legislatura se presentó el dictamen elaborado por las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos Segunda y se remitió a la Cámara de Diputados para continuar con su proceso.<sup>4</sup>

## I. Método

La investigación se realizó mediante un enfoque cualitativo a partir de entrevistas semi estructuradas con personas que han encabezado iniciativas desde la sociedad civil o el sector salud para atender integralmente el duelo gestacional y perinatal a nivel estatal y/o nacional. En total se entrevistaron a 10 personas, en su gran mayoría mujeres que han promovido grupos de apoyo para madres, padres y familiares que vivieron una muerte gestacional o perinatal (Ver anexo 1). Este hecho constituye un dato relevante porque la información que comparten va más allá de su experiencia personal, sintetizan un conjunto de vivencias y significados a partir de relatos que han escuchado de las y los asistentes a estos espacios. Varias de las entrevistadas, además de su trabajo en redes de apoyo, se han profesionalizado en ramas vinculadas a la salud, principalmente de la psicología o de la atención clínica, incluso en tradiciones no occidentales, para la atención del duelo gestacional y perinatal.

---

<sup>4</sup> Para revisar el dictamen, véase: <https://bit.ly/41nJCfx>



Para la selección de las personas a entrevistar, se identificaron a las participantes del Conversatorio “El duelo silencioso: derechos por muerte fetal y perinatal” que se llevó a cabo en junio de 2022 y que fue organizado por la senadora Gabriela López Gómez.<sup>5</sup> De hecho, algunas de ellas fueron consultadas para la elaboración de la iniciativa de ley presentada por el senador Monreal Ávila y han sido promotoras muy comprometidas de ésta y de otras iniciativas a nivel local. Posteriormente, la lista se completó con la búsqueda en Internet de redes de apoyo en el tema de la muerte gestacional y perinatal. Finalmente, las personas que respondieron favorablemente a la entrevista sugerían a otras que podrían aportar en el tema para seguir un reclutamiento de “bola de nieve”. Las entrevistas se realizaron en el mes de enero de 2023, se transcribieron y se editaron para transmitir la información con mayor claridad. Estas versiones editadas fueron puestas a consideración de cada una de las personas para la autorización de la información en este estudio. En caso de que la información utilizada se considerase un testimonio sobre una vivencia muy privada, se optó por proteger la identidad de la persona y colocar la información bajo la etiqueta de “Testimonio personal”.

## **II. Resultados**

La información que se presenta a continuación está organizada a partir de dos criterios centrales. El primero tiene que ver con el recorrido que sigue la mujer que experimenta una pérdida gestacional desde que ingresa al hospital hasta que sale y continúa con su duelo en su vida cotidiana. El segundo consiste en organizar la información destacando la manera en que se viven las problemáticas en cada una de estas fases, pero también los cambios que proponen para que tengan un trato digno y respetuoso en todo este proceso de atención médica que deberían incluirse en un protocolo que se implemente en todos los hospitales del país.

---

<sup>5</sup> La inauguración del foro se puede consultar en: <https://bit.ly/3BceeWC>

## Recibir la noticia: trato digno y derecho a la información

Aunque las mujeres suelen llegar al hospital con algún síntoma que les indica que algo no está bien con su embarazo, mantienen la ilusión de recibir una noticia favorable. Enterarse de lo contrario, es decir, que ya no hay posibilidad de tener a su bebé con vida, constituye un impacto muy fuerte que experimentan en soledad, sin la información del procedimiento que seguirá y en ocasiones, hasta con cierta culpabilidad. En las entrevistas señalaron que la noticia de que no es viable seguir con el embarazo y todo el procedimiento posterior lo viven de manera muy solitaria, sin compañía y con horarios de visita muy restringidos. La falta de acompañamiento emocional que no permite la propia institución de salud dificulta que alguna persona cercana brinde un poco contención en este momento difícil de asimilar (“Fue como si nos hubieran aventado al precipicio”). El aspecto relacionado con la falta de información es más amplio porque después del impacto de la noticia, no hay claridad sobre los procedimientos que seguirán, ni se plantean opciones para que las mujeres puedan decidir cuál es la que prefieren. Reconocieron que hay casos en donde la gravedad y la falta de tiempo pueden ser claves para definir como se manejarán, pero en general, coincidieron en que la falta de información mina la capacidad de decisión de las mujeres y constituye una práctica de violencia obstétrica.

Básicamente es eso, no hubo una explicación. Todas esas cosas van haciendo sentir mal a la persona, la van haciendo sentir devaluada o desvalorada, apartada, alejada, sola, culpables o muy responsables (Jannet Cendejas).

Es muy constante la violación al derecho a la información, porque no nos informan, por ejemplo, cuál fue el motivo de la muerte de nuestros bebés. La mayoría salimos sin tener un diagnóstico preciso de cuál fue el motivo de la muerte o si nos dan alguna información de este tipo es de una manera muy técnica, con términos que no entendemos [...] Por otra parte, no nos explican todo el proceso, no nos preguntan cómo queremos parir a nuestros hijos y, en la mayoría de los casos, nos imponen la cesárea (Mónica Díaz).

Como se verá más adelante, en ocasiones a la falta de información se suman comentarios inadecuados que crean un sentimiento de culpabilidad a la madre por la pérdida (“Te dije que lo hubiéramos hecho ayer”, “¿Es que sabes qué? No pujaste lo suficiente, por eso se murió”).

La demanda concreta en este rubro consiste en que el personal de salud ofrezca un acompañamiento a las madres después de dar la noticia, que establezca con claridad las opciones que se pueden tomar, las causas y las consecuencias de esta pérdida, las secuelas que tendrán tanto en su cuerpo (más adelante se verá el tema de la lactancia) como en su salud mental y la forma de atenderse integralmente. En suma, las mujeres mencionaron que salen del hospital sin ningún tipo de información y orientación sobre lo que se puede hacer después de la pérdida y sobre qué fue lo sucedió para llegar a este desenlace.

Hay un reconocimiento de que el problema es de carácter estructural, es decir, de todo el sistema hospitalario, ya que existe una saturación importante que no permite una mejor atención del personal médico, cuyas condiciones laborales suelen no ser las óptimas. Esta dinámica resulta poco favorable para un trato empático, que pueda brindarse una orientación psicológica sobre lo que se puede hacer después de la pérdida y con un tiempo adecuado para asimilar la noticia en compañía de algún familiar. Ahora bien, las personas entrevistadas coincidieron en mencionar que, a pesar de esta dinámica estructural, los cambios en la atención hospitalaria no requieren de una fuerte inversión; es verdad que en algunos aspectos se podrían requerir cambios en la infraestructura, pero principalmente se requiere proveer de herramientas que permitan al personal médico modificar sus prácticas de atención y que éstas sean exigibles en todo el país. Para ello se requiere de un protocolo de atención y un proceso de capacitación para implementarlo.

Considero que el problema de raíz es que no hay capacitación. Si tú revisas los planes de estudio de enfermería, psicología, medicina en cualquier área, especialmente ginecología, neonatología, materno fetal, no existe este tema: “¿Cómo se da una mala noticia? [...] Al no haber formación desde las carreras, ellos salen con esta laguna y llegan a las instituciones en donde tampoco hay capacitación (Georgina González).

Hace mucha falta que les den capacitaciones a los médicos para atender este tipo de situaciones porque muchos no tienen el tacto, se les hace tan común, que ya no lo ven malo y hay doctores que no son empáticos. Las enfermeras también llegan a ser muy crueles. Te hacen comentarios: “No te cuidaste”, “Fue tu culpa”, “¿Y ahora qué hiciste?”, cuando no puedes decirle algo así a una mamá que acaba de perder a su bebé. Creo que a los médicos les enseñan tanto a salvar vidas, que se les olvida la parte de la muerte y no hay contacto con este tema (Marion Arrijoja).

La capacitación que socialice el protocolo de atención abarcaría a todas las personas que estén en contacto con la paciente, desde luego que al personal médico y de enfermería, pero también sería de mucha utilidad que el personal de trabajo social y el de intendencia cuenten con el conocimiento de los aspectos básicos para que sepan cómo dirigirse en estas situaciones.

Enfermeros que entran y que, a lo mejor, no saben o no leen el expediente, creen que como estás en el área de maternidad tienes a tu bebé y llegan preguntando por él. Todos esos detalles se escuchan muy pequeños, pero para nosotras son muy grandes. Todo eso entra en la capacitación del personal de salud en este tema (Rocío Rojo).

A pesar de este contexto adverso, se ha identificado que hay disposición y sensibilidad del personal de salud para adoptar un protocolo de atención para la muerte gestacional y perinatal. Incluso hay experiencias puntuales en donde personal directivo ha implementado ciertos cambios de manera voluntaria para brindar un mayor cuidado. Ayudaría que el eventual proceso de implementación vaya acompañado de una revisión curricular del personal de salud para que incorporen una perspectiva integral sobre las implicaciones psicológicas y emocionales de la muerte, no sólo para los deudos, sino también como procesos que deben elaborar como parte de su profesión.

Como se ha mencionado en esta sección, uno de los aspectos centrales que debe incluir este protocolo de atención es garantizar el derecho de información a las pacientes, información sobre el procedimiento que seguirán desde su ingreso hasta el alta del hospital, procurando que la mujer tenga la posibilidad de tomar decisiones sobre la intervención, particularmente en los casos que no implica un alto riesgo para la propia vida de la madre.

[...] a mí me pusieron un medicamento, no sé exactamente cuál. Me dijeron que me iban a poner un medicamento que era tranquilizante. A lo mejor creyeron que yo me iba a poner muy mal a la hora de ver a mi hija y yo accedí. No me pidieron permiso, me informaron. En ese momento uno no está pensando. Me refiero, tal vez en palabras vagas, que yo era como un zombi, me dejaba hacer todo. Yo decía: “Sí está bien”. En esos momentos uno necesita alguien que sepa de este tema, no que decida por ti, pero que sepa informarte. [...] No sabía ni de qué me estaban hablando, pero lo que hizo este medicamento es que me olvidé de todo [...] Entonces creo que también es algo importante el ser informadas de lo que te están poniendo, de lo que te están administrando de medicamentos (Testimonio personal).

Una solicitud muy importante para las mujeres entrevistadas consiste en que el personal de salud pueda subrayar la importancia del pre-embarazo para anticipar posibles complicaciones, un seguimiento que valore los síntomas que manifiestan las mujeres y en caso de perder al bebé, que se procure un diagnóstico preciso sobre las causas que llevaron a este desenlace para que la pareja las tenga en cuenta si deciden intentarlo nuevamente. Esta información también incluye la manera en que las mujeres y sus familiares pueden acceder a orientaciones psicológicas para significar su duelo, de manera que, en la medida de lo posible, sea posible mitigar los efectos que se pueda tener en la salud mental de la paciente. Como se verá más adelante, son las propias mujeres quienes han tenido que proveerse de herramientas para elaborar y comprender sus pérdidas, para lo cual han recurrido a grupos de apoyo y a información disponible en Internet y en las redes sociodigitales.

### **Violencia simbólica y la relevancia del código mariposa**

Después de haber perdido a su bebé, las mujeres mencionan que suelen padecer dos situaciones que dificultan la elaboración de su duelo: por un lado, reciben frases hirientes y totalmente insensibles al dolor por el cual están atravesando y por el otro, cohabitan el mismo espacio de las mujeres cuyos bebés nacieron con vida, lo cual genera un estado anímico de mayor tribulación por su pérdida. A estas prácticas se les denominarán en este estudio como expresiones de violencia simbólica.<sup>6</sup>

Una madre que está atravesando por una muerte gestacional o perinatal suelen recibir frases del personal de salud como las siguientes:

- “Te embarazas otra vez” | “Vas a tener otro”
- “Mejor ahorita” | “A veces pasa y les tocó a ustedes”
- “Ya no hables del tema” | “Ya supéralo” | “Ya no llores porque te hace daño”
- “Estás alterando a las demás mujeres”

---

<sup>6</sup> La violencia simbólica se entenderá en el sentido propuesto por Pierre Bourdieu como aquella que está en el orden de lo no consciente y que por tanto se invisibiliza y naturaliza, de manera que estructura la manera en que las personas se interrelacionan en varias esferas de su vida cotidiana (Bourdieu: 2000).

Estas frases parten de presupuestos equivocados para el sentir de las madres: las y los hijos son reemplazables, hay momentos correctos para perder un bebé y es mejor evitar el duelo por esta pérdida.

Esta negación también causa mucho dolor, lo cual, insisto, haciendo la comparación con Covid-19, todas estas personas no pueden elaborar su proceso de duelo y esto va llevándose a áreas laborales, dispersión, poca tolerancia a la frustración, depresión [...] si no se mira la depresión posparto cuando tienes bebé, aún menos te miran si tienes una depresión postparto sin bebé. Simplemente, no existes (Georgina González).

Ese bebé era tan esperado y la pérdida empezaba desde el trato a la llegada del hospital, desde lo frío que pudo haber sido tu doctor en ese momento. Desde ahí ya empezaba una mamá a arrastrar ese dolor o a crear ese trauma y no sólo por el típico: “No era nada”. Desde el momento en que una ve su prueba de embarazo, dice: “Voy a ser mamá.” Les pones el nombre y empiezas a pensar cómo va a ser tu vida con ese bebé [mientras que] un doctor te dice que “No era nada” (Fernanda Olguín).

Es muy importante hacer notar que la comunicación inadecuada no consiste únicamente en frases hirientes, sino que también se puede expresar en el silencio del personal que, al no saber qué hacer, prefiere no dirigir la palabra y sólo les hablan a las mamás que tienen a sus bebés. Esto suele ser interpretado como una barrera que pone el personal del hospital porque parece “que no les importa” el dolor de la mamá que perdió a su bebé, lo cual las hace sentir poco valoradas y aisladas. En las entrevistas se coincidió en que tanto las frases hirientes como el silencio invalidan el proceso de duelo por el que está atravesando la persona, lo cual hará más difícil su tránsito y es resultado directo de la falta de un protocolo de atención que le permita saber qué decir al personal de salud en estas situaciones. En este sentido, el protocolo no consiste en un catálogo de frases que el personal debe memorizar, sino en saber acompañar.

[...] a veces es mucho mejor no decir nada. Si no tienes nada bueno, mejor no lo digas. No tienes por qué echarle ni porras, no tienen ni por qué decirle que al rato se le va a pasar, ni que va a tener otro hijo, que se va a sentir bien. Básicamente [es mucho mejor] escuchar y acompañar, en preguntarle qué necesita la persona (Jannet Cendejas).

Uno de los aspectos centrales de incorporar este procedimiento de acompañamiento, es que así las mujeres no dependen de la suerte de contar con personal de salud empático con

la situación, sino que, en cualquier hospital, público o privado, el personal sepa cómo actuar para que no haga más difícil el proceso de duelo y que se convierta en un trato exigible para salvaguardar los derechos de las mujeres que están viviendo esta experiencia.

Ha sido complejo que se acepte un protocolo. Nosotras sabemos que en los hospitales no hay protocolos para acompañar la muerte, está la “Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de muerte fetal con feto único”. Si tú la abres encuentras: “Enséñale el bebé a la mamá”, pero es una recomendación, así que prácticamente todo lo que sucede en los hospitales es como a voluntad y humanidad de quien te atiende, al ser humano que te tocó que te atendiera [...] Ha sido parte de nuestra lucha el que se pudieran instaurar los protocolos y ha sido complejo por toda esta parte de que no existe una ley. Aunque existen guías de práctica clínica, las mujeres siguen sin esta atención (Diana Guzmán).<sup>7</sup>

Justamente por eso es que se está buscando que haya algo ya establecido, una ley para que se siga esa línea y no dependa de la calidez humana de los médicos o de las enfermeras; sino que ya sea una realidad, una norma, sobre cómo se va a llevar a cabo el proceso de dar la noticia, quién va a apoyar a la mamá y al papá en darles la información necesaria en cuanto a lo legal, a darles información sobre trámites funerarios (Beatriz Martínez).

La otra práctica que resulta en una violencia simbólica es la de compartir el mismo cuarto de las mujeres que tuvieron a sus bebés con vida. Esto tiene un impacto psicológico de mayor sufrimiento ante la pérdida porque coloca a la madre de frente a su realidad de que saldrá del hospital con los brazos vacíos. Que compartan el mismo espacio favorece que el personal de salud por rutina formule las mismas preguntas a las madres sin diferenciar a aquellas que tuvieron una pérdida gestacional o perinatal, pero también que ellas escuchen el llanto de los bebés cuando ya no tienen al suyo, o que vean a la mujer que está a su lado feliz de estar amamantando.

Dentro de estos protocolos, se plantea separar a las mujeres que han pasado por la muerte de un bebé, de las mujeres que tienen a sus bebés vivos. Esto es algo que las mujeres reclaman mucho porque sí es muy doloroso. Es uno de los momentos más duros que vivimos las mujeres dentro del hospital: estar escuchando los llantos de un bebé es algo traumático (Mónica Díaz).

---

<sup>7</sup> Esta Guía de Práctica Clínica se puede consultar en: <https://bit.ly/3n89IFk>

Es importante tener espacios privados para que las mujeres no entren a salas comunes porque dicen: “Es el tiro de gracia. Fue lo peor de mi atención el hecho de que me hayan colocado con mujeres que tenían hijos vivos porque yo estaba viendo como los amamantaban, cómo el niño lloraba...”. Llegaba el familiar todo contento a conocer al miembro y ellas sin nada de eso (Claudia Figueroa).

En hospitales públicos es todavía peor el trato que se les da y la poca sensibilización en este tema: ponen a las mamás que acaban de perder a su hijo en el mismo lugar donde están las mamás que acaban de tener a sus hijos. Entonces a ellas les toca ver que llegan bebés, que lloran y que los amamantan. Les toca vivir ese dolor físico que trae una de por sí porque acaba de tener a su hijo, y aparte el dolor que es el más grande, el dolor de haberlo perdido, ver a otros bebés y compararse (Rocío Rojo).

Aunque hubo un reconocimiento de que en los hospitales públicos puede ser un poco más complicado adaptar espacios para las madres que perdieron a sus bebés, se subrayó la importancia de avanzar en lograr esta división para que las mujeres no tengan que comparar su situación y el trato recibido con las mujeres que tuvieron a sus bebés con vida. La rutina que sigue todo el personal del hospital (el médico y el de enfermería) no puede ser el mismo para todas las mujeres porque eso lastima y violenta simbólicamente a quienes tuvieron una pérdida gestacional y perinatal. Ahora bien, la separación de espacios se tiene que manejar con cuidado para que la mujer no sienta que la están aislando o discriminando, se les puede informar sobre la existencia de un área especial en la que podrían estar durante su recuperación si así lo deciden.

Probablemente esta separación de espacios tenga una implementación gradual en la medida en que los hospitales se van adaptando, pero hubo plena coincidencia en que el protocolo de atención puede comenzar inmediatamente con el código mariposa. El personal hospitalario está muy familiarizado con los códigos, los cuales consisten en procedimientos conocidos y compartidos para trabajar de manera coordinada y darle la mejor atención a la paciente, o bien, saber cómo responder ante determinadas situaciones.

El “código mariposa” es un protocolo para poder identificar a mujeres que perdieron a su bebé en la etapa gestacional o perinatal y con ello tener un abordaje de forma integral y con respeto hacia la mujer y, por ende, al entorno familiar (Carlos Bautista).



Colocar una mariposa en la cabecera o piecera de la cama que está ocupada por la mamá que está atravesando por la pérdida, así como en su expediente, favorece a que todo el personal la identifique, sepa cómo atenderla y hablarle, lo que marca una diferencia muy importante en la atención. Con esta sencilla práctica, el personal ya sabe qué hacer y cómo acompañar con respeto y sensibilidad. Por ejemplo, el distintivo evita que el personal que entre a la habitación esté preguntando en cada visita en dónde está el bebé. Estados como Jalisco y Sonora han implementado el código mariposa con una importante aceptación del personal de salud, que lo ha interpretado como una herramienta para responder mejor ante estas pérdidas.

El mismo personal de salud nos dijo: “¡Qué bueno que lo hicieron! Era muy necesario. Ya no me voy a equivocar” ¿Por qué? Porque cuando los médicos pasamos visita en las áreas de maternidad lo primero que buscamos es al bebé y vemos a la mamá sin bebé y lo que preguntamos por lógica, es: “¿Dónde está su bebé?” Y la respuesta con enojo era: “Muerto”, “¿Cuál?”, “No tengo bebé ¿Qué no saben? Les he dicho 20 veces.” Por esta razón, el personal dijo: “Gracias porque nos ayudan a identificar a las pacientes y no estamos macerando o incidiendo más en su dolor, en su duelo” (Carlos Bautista).

La experiencia que ha tenido Jalisco con la implementación del código mariposa desde el año 2021 constituye una referencia importante que puede replicarse en otros estados. El Dr. Carlos Bautista Nuño, responsable del Programa de Salud Materna en dicha entidad señala que en el Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos” se contó con una sala de “código mariposa”, en la cual se encontraban las mamás en duelo gestacional o perinatal, lo que favoreció un trato más integral a estas pacientes porque facilitó su identificación. Aunque no todos los hospitales contarán con la posibilidad de esta infraestructura, ya se ha dado el proceso de capacitación para se pueda implementar el “código mariposa” en los hospitales públicos de atención materno-infantil que hacían falta.

## La generación de recuerdos para transitar por el duelo gestacional y perinatal

El trato recibido en los hospitales complica la manera en que las madres viven el duelo gestacional y perinatal, el cual de por sí es poco legitimado socialmente, lo que genera que se viva en silencio y desolación. Las mujeres comentan que hablar sobre su pérdida, incluso con familiares y personas cercanas, no es fácil porque las respuestas son muy similares a las que escucharon en los hospitales: que es un dolor que pasará, que no amerita llorar tanto por alguien que no se conoció y que se puede superar con otro embarazo. Para las mujeres entrevistadas estos significados extendidos socialmente sobre la muerte gestacional y perinatal generan que hablar sobre el tema se convierta en un tabú. ¿Por qué es un tema que se queda en el silencio? En primer lugar, porque es una pérdida que genera mucha ambigüedad sobre lo que se está viviendo (“¿Fuiste o no mamá | papá? Nadie te vio con tu hijo” | “¿Por qué todas las personas me preguntan por qué lloro tanto?”). En segundo, también se puede evitar el tema por las preguntas que pueden generar incomodidad y hasta un cierto sentido de culpabilidad de la pérdida (“¿Por qué no me cuide?” | “¿Qué tuve que haber hecho para evitar un resultado distinto?”). En las entrevistas se compartieron otras ideas que dan materia para debatir por qué la sociedad y las propias personas que viven estos duelos procuran ocultarlo y vivirlo en silencio:

Me parece muy impactante e impresionante que hay nombre para cuando uno pierde a su papá y a su mamá (quedamos huérfanos); pero no lo hay para la gente que queda sin un hijo. ¿Cómo lo nombras? Ni siquiera tiene nombre [...] Desde ahí partimos, ni siquiera podemos pensarlo, es algo inimaginable. Entonces, si no lo podemos pensar, no lo podemos pronunciar, pues mucho menos lo vamos a ver y mucho menos lo vamos a trabajar [...] A la gente le da vergüenza hablar de los duelos, del duelo perinatal en especial porque es como devaluarte y decir: "Yo no pude dar luz a un hijo vivo". También es como esa parte de la incapacidad del cuerpo para poder dar vida. Eso en algunos contextos da mucha vergüenza, da mucha culpa y da mucha tristeza (Jannet Cendejas).

Hay mucha invisibilización por parte de la sociedad ante este duelo. Como la gente no ve a nuestros bebés, no existen. Hacen comentarios muy hirientes, en vez de recibir apoyo es como: "Te vas a volver a embarazar rápido", cuando ni siquiera saben la historia que hay detrás [...] Ahí es cuando te das cuenta que sigue muy silenciado por este tema de la mujer: el cuerpo no funciona, no es suficiente mujer,

si no es mamá algo hiciste que estuvo mal. Vienen muchas cosas alrededor de eso, pero todo enfocado hacia la mujer, nadie pregunta del hombre (Marion Arrijo).

Como ya se comentó, toda esta carga emocional que implica el proceso de duelo gestacional y perinatal se lo lleva la madre y su familia al salir del hospital sin que las instituciones de salud aporten herramientas para trabajar y transitar este duelo que, al no ser aceptado o validado socialmente, resulta muy complicado de procesar y termina generando mucha frustración, enojo y depresión. Ante esta falta de orientación, las mujeres con más herramientas de resiliencia buscan proveerse de información en Internet o buscan redes de apoyo con otras personas que hayan vivido lo mismo para comprender lo que están viviendo y encontrar ayuda que les permita aceptar la pérdida. Estos grupos de apoyo se convierten en sus “espacios de salvación” para reconectar con el sentido de su vida. Las mujeres entrevistadas remarcaron que esta “pared” con la que se topan cuando salen del hospital y que les dificulta transitar en su duelo, sería menos grande si recibieran información del hospital de qué hacer, a qué grupo o especialista en duelo perinatal acudir. Ante esta falta de información, las mujeres con menos herramientas de ayuda personal y familiar corren el riesgo de tener consecuencias emocionales y de salud mental muy prolongadas a partir de su duelo no resuelto.

Al vivir esa etapa y ese duelo, empecé a buscar ayuda psicológica por todos lados, con médicos y la verdad es que me encontré con una pared, un muro muy grande, porque no había apoyo aquí en México, ni siquiera en mi estado [...] Investigando encontré algunas páginas en Facebook y algunas páginas en Google donde encontré este apoyo de otras personas, de otras mamás y papás que han vivido lo mismo, que por lo general es la gente que se interesa y concientiza este duelo que me pareció muy doloroso. Me dije: “No, yo sola no puedo, necesito ayuda” A los cinco días no podía dormir, no podía comer, no podía hacer nada y pensé: “Necesito ayuda urgente” (Testimonio personal).

En ese momento yo buscaba algún apoyo, no encontré ninguno de la parte médica cuando estuve hospitalizada, cuando salí del hospital, no se me dio información, etcétera. Cuando yo llego a casa empiezo desde mi teléfono a buscar apoyo de alguien porque yo me sentía sumamente triste. Pensaba que sólo me había pasado a mí en el mundo a pesar de que conocía muchas personas que habían pasado por la muerte de un bebé. Cuando a mí me pasa, empiezo a buscar alguien que me acompañe emocionalmente porque yo sentía que me iba a volver loca. Esa es la realidad. Yo sentía que no iba a poder con lo que me estaba sucediendo y necesitaba ayuda (Testimonio personal).

Además de la orientación que pueda brindar la institución hospitalaria para procesar el duelo perinatal, hay otras prácticas que se pueden incorporar en el protocolo de atención para la muerte gestacional y perinatal que ayudarían para hacer menos pesado dicho duelo. En primer lugar, se mencionó la importancia de que la institución de salud ofrezca la posibilidad de que las madres y los padres puedan tener recuerdos de su bebé. De acuerdo con especialistas en duelo gestacional y perinatal, la posibilidad de generar recuerdos es muy útil para procesar la pérdida. Esto implica que los hospitales ofrezcan la oportunidad de que las madres y los padres vean y carguen a su bebé. No se trata de “obligarlos”, sino a que tengan la posibilidad de tener esta experiencia. Algunas madres compartieron su testimonio en el que el personal médico, por iniciativa, les permitieron ver y cargar a su bebé, pero nuevamente se depende de la empatía del personal que les tocó atenderlas, no a un protocolo establecido que les ofrezca la misma posibilidad a todas las personas que están viviendo esta pérdida.

El contacto con el hijo es algo que tenemos que trabajar muchísimo porque queda a expensas de que te toque un personal que sea empático y que te diga: “¿Quieres ver a tu hijo? ¿Quieres cargarlo?” En ese sentido, hay mucha diversidad de testimonios, desde unos que le dicen: “No, ¿para qué lo quieres ver?” Otros que se las muestran, otros que se los dan unos minutos y otros que se las pueden llegar a dar hasta media hora [...] Sí se tiene que normar que sea obligatorio para los profesionales de la salud, el generar los espacios para estos encuentros y que, si en verdad una mamá no quiere conocer a su hijo, que sea una decisión que venga por parte de los padres, no nada más una decisión que yo como profesionalista puedo dar (Claudia Figueroa).

[...] que animen a los papás a ver el cuerpo de su hijo, que no les quiten esta experiencia. Mamás que he conocido me han dicho: “Es que no quise verlo”, “Es que el doctor me dijo que no lo viera”. A final de cuentas es tu hijo y que te motiven a verlo, sí, de una manera respetuosa, sí, respetar si la mamá no quiere, pero que al menos te lo pongan sobre la mesa esa opción porque va a ser el único encuentro que tengas con tu hijo [...] Es el hijo de la pareja quien murió, a quien perdieron y tienen todo el derecho a que se les ofrezca esa opción. A la hora de elaborar duelos saber que lo viste, tener una cara que recordar ayuda mucho, porque después es una culpa muy grande decir: “Ni siquiera quise verlo”, o “No me atrevía a verlo” (Fernanda Olguin).

A las mujeres muchas veces no se les permite ver a sus bebés porque los médicos, la enfermera o la trabajadora social lo deciden. También están las mujeres que dicen:

“No lo quiero ver para no vincularme emocionalmente con ese bebé, que no voy a volver a ver nunca”, pero [tal vez cambiarían de opinión] si alguien te acompañara y te dijera: “Es la última vez que lo vas a ver. Es tu oportunidad, esto te va a ayudar en tu proceso de duelo.” Quizás también tienen miedo a lo que se van a enfrentar; por ejemplo, un bebé del tamaño de gestación de 20 semanas o 16 semanas no tiene la piel que tenemos nosotros, los ojos quizás los tiene aún pegados, etcétera. No vas a ver un bebé como el que vemos en las revistas ni a un bebé recién nacido como el que conocemos. Cuando tú le explicas con palabras sencillas: “Tú bebé está así”, las mujeres acceden. Yo lo he vivido y lo he acompañado. Las mujeres acceden a ver a su bebé y eso por supuesto que les va a venir bien en su proceso de duelo. He acompañado a quien no pudo ver a su bebé porque no quiso y el proceso de duelo es complejo (Diana Guzmán).

Ofrecer la posibilidad de tener un duelo con el cuerpo presente del bebé implica un aspecto que no se debe dar por hecho y es que su manejo sea respetuoso y digno. En algunas entrevistas se compartieron experiencias en las que los cuerpos se entregan en bolsas negras, de supermercado o en pañales para adulto.

Los rituales de despedida con el cuerpo presente ayudan a elaborar el duelo, a que se viva con menor ambivalencia (“¿Realmente pasó o lo estoy imaginando?”). En ese sentido, hay una demanda social de que los hospitales estén obligados a entregar el cuerpo de los bebés, aunque no tengan 500 gramos de peso, que es una práctica que se sigue en la actualidad para darlo a su madre y a su padre. “Esos bebés se van a desechos patológicos y a una mujer le sirve para su proceso de duelo de toda la vida” (Diana Guzmán). Por otro lado, las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que trabajan con el duelo gestacional y perinatal han logrado introducir algunas prácticas con la autorización del personal directivo del hospital que se han utilizado en otros países para generar recuerdos y ayudar a transitar el duelo. Dentro de ellas, como ya se señaló, se encuentra la posibilidad de que ver y cargar al bebé, pero también de tomarse fotografías. Dentro de su labor altruista se encuentra entregar unas Cajas de recuerdos (*Memory box*) afuera de los hospitales en donde le entregan a la madre una caja que tiene diversos objetos, entre ellos información sobre el duelo gestacional y perinatal y redes de apoyo a las que se puede acudir, un acta de nacimiento simbólica, las huellas del bebé, un mechón de cabello, un osito de peluche, una vela, un portarretrato, una mantita, entre otros.

La generación de recuerdos es muy importante porque es lo único que tenemos para validar la existencia de estos bebés, un duelo se sostiene de recuerdos y en nuestro caso estos recuerdos se pueden obtener en los hospitales (Mónica Díaz).

Estas cajas ayudan a que las mamás no salgan del hospital con los brazos vacíos. En las entrevistas se reconoció que tal vez resulte complicado que en los hospitales públicos se pueda implementar esta práctica como parte de su protocolo, pero podrían apoyar a las OSC que las llevan a cabo y, sobre todo, favorecer cualquier ritual de despedida que le permita construir recuerdos sobre la existencia de su bebé. Nuevamente el estado de Jalisco tiene una experiencia muy interesante para documentar y fue la sala de despedida que se tuvo en el Hospital Materno Infantil de San Martín de las Flores en la cual la madre, el padre y cualquier familiar autorizado por ellos puede bañar, vestir, tomarle fotos y realizar cualquier ritual de acuerdo con sus creencias religiosas para despedirse de su bebé.

### **El momento inesperado de la lactancia**

Después de la pérdida gestacional o perinatal en muchos casos sobrevino de manera inesperada la lactancia. En ocasiones esto sucedía a pesar de haber recibido inyecciones que están dirigidas a inhibir la leche o incluso después de prácticas desactualizadas y hasta prohibidas como vendar el pecho. Nuevamente, la constante es que las mujeres salen del hospital sin esta información de lo puede suceder con la lactancia, especialmente si el embarazo estaba muy adelantado.

La mayoría salimos sin información de cómo manejar la lactancia y tenemos que regresar a los servicios de salud para tratar este proceso. Solamente nos dan una pastilla para detener la leche sin darnos una explicación; por ejemplo, que pueden venir efectos secundarios y de que existen otras opciones de cómo manejar la lactancia como es detenerla de forma natural o la donación de leche. Aquí en México hay un problema muy grave en los bancos de leche sobre la donación de mujeres que han pasado por la muerte de un bebé, ya que no se les permite donarla (Mónica Díaz).

El tema de la donación es uno de los más polémicos que hay con relación a la muerte gestacional y perinatal, ya que no se les permite a las mujeres que acaban de tener esta experiencia ser donadoras. Esta prohibición no descansa en un impedimento legal, sino en argumentos totalmente prejuiciosos y poco fundamentados como la transmisión del dolor al

bebé mediante esa leche o que la donación prolonga el proceso de duelo. Especialistas en el tema opinan que donar la leche representaría para estas madres totalmente lo contrario, es decir, un proceso sanador, ya que se podría ayudar a bebés que no reciben leche materna, ya sea por un problema de salud de su mamá o incluso porque fallecieron. En cualquier caso, manejar este aspecto con apego a los derechos de las mujeres consiste en informar de manera clara sobre lo que puede suceder con la lactancia y darles a elegir opciones que puede ir desde inhibirla hasta donarla.

Hay mucho miedo respecto a la lactancia porque se cree que al ofrecerle a la mamá las opciones que pueden ser inhibición fisiológica, farmacológica, elaboración de rituales de despedida o el poder ser donadoras, se va a generar una especie de psicosis, que la persona va a entrar en crisis y que esta mamá se va a poner muy mal, pero no se mira, que al no dejarle decidir cómo quiere hacer este proceso, pueden afectar incluso lactancias a futuro. ¿Por qué? Porque ahí queda el dolor. En el momento en que, sin preguntarte, te dan medicamento, tampoco te informan que puede tener efectos secundarios, que puede no ser efectiva y que además está contraindicada cuando hay un tema de salud mental (Georgina González).

## Conclusiones

Como ya se mencionó, al final del periodo de sesiones del segundo año de la LXV Legislatura, el Senado de la República dictaminó la “Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la *Ley General de Salud*, de la *Ley Federal del Trabajo* y de la *Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado* en materia de derechos por muertes fetal y perinatal” suscrita por el senador Ricardo Monreal, de manera que se remitió a la Cámara de Diputados para su revisión. Es importante mencionar que mujeres entrevistadas para este documento participaron en la elaboración de dicho documento y además han estado involucradas en iniciativas similares para reglamentar la materia en sus entidades federativas. Al respecto, destacan los trabajos que se están realizando en congresos estatales, con un acompañamiento muy relevante de las OSC para mejorar la atención de las mujeres que experimentan una muerte gestacional y perinatal como han sido los casos de Jalisco, Nuevo León, la Ciudad de México, así como experiencias de implementación de protocolos hospitalarios en Sonora, Jalisco y Quintana Roo. Estos fueron los casos mencionados en las entrevistas, pero es muy probable que también esté sucediendo

en otras entidades federativas a partir de que el tema se ha ido posicionando en la opinión pública y en el mismo personal de salud. La mayor visibilidad de la muerte gestacional y perinatal descansa en varias razones, entre ellas el avance que se ha tenido en tematizar la importancia del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (incluida la obstétrica), en reconocer la importancia de la salud mental y en que hay una población que va a tener este tipo de pérdidas, la cual no está siendo atendida de manera integral por las instituciones de salud.<sup>8</sup> La implementación del protocolo, cuyos aspectos generales han sido mencionados a lo largo del presente documento, no implican costos elevados, pero sí requieren que sea exigible en todo el país y de una capacitación a todo el personal de salud que está en contacto con las madres, quienes resumen su petición de la siguiente manera: “Mírenos con respeto, trátenos con dignidad y denos por derecho lo que nos corresponde como cualquier mamá, aunque nuestros hijos fallecieran” (Georgina González).

Las consecuencias sociales y psicológicas de la muerte gestacional y perinatal no incluyen solamente a la madre y al padre, abarca a otras personas de la familia nuclear o extendida como hermanas, hermanos, abuelas, abuelos y tías y tíos. Todas estas personas vivirán un duelo particular y mientras lo procesan tendrán que vivir su cotidianidad con emociones y sentimientos de tristeza, los cuales, en caso no ser procesados, pueden derivar en depresión. En las entrevistas se mencionó que esta afectación se va a transferir a otros espacios como el trabajo. Se ha identificado que madres que están en duelo gestacional y perinatal no sólo tienen una merma en su desempeño laboral, sino que pueden llegar a tomar la decisión de renunciar. Precisamente un aspecto en el que se coincidió bastante fue en que se puede mejorar la iniciativa aumentando el número de días que se dan por el permiso de duelo a madres y padres trabajadores. La iniciativa propone que sean “cuando menos cinco días”, pero las personas entrevistadas mencionaron que son pocos para recuperarse física y emocionalmente, ya que muchas mujeres atravesaron por un parto. La misma cantidad de días que se le den a la madre, debería corresponder al padre para que pueda procesar su pérdida y acompañe a su pareja en la recuperación. Entre las propuestas para mejorar este aspecto se mencionó que un parámetro podría ser que los días que el médico mencione que

---

<sup>8</sup> El 15 de octubre se conmemora el Día Mundial de la Concientización sobre la Muerte Gestacional y Perinatal. Algunas ciudades mexicanas se han sumado a esta campaña iluminando sus edificios públicos de rosa y azul.



se requieren para la recuperación física de la madre, sean los mismos que se le den a su pareja antes de reincorporarse a las actividades laborales.

El análisis, la normatividad y las políticas públicas en materia de muerte gestacional y perinatal se enriquecerán con el seguimiento de las experiencias que se han dado en algunas entidades federativas de nuestro país, lo cual puede ser un paso importante para, más adelante, ampliar los derechos que se deben salvaguardar de las madres y de sus bebés, como podrían ser los aspectos relacionados con el derecho a la identidad (registrarlos oficialmente con un nombre) y con el desarrollo de medidas preventivas que disminuyan la cantidad de decesos de este tipo que ocurren en nuestro país.

## Bibliografía

Báez, C. (2018, 5 de julio). Muerte perinatal en México. Consultado en <http://www.cienciamx.com/index.php/ciencia/salud/21603-muerte-perinatal-mexico>

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. España: Anagrama.

Dirección General de Comunicación Social (DGCS)-UNAM (2022, 14 de octubre). Muerte fetal, gestacional o perinatal: 14 de cada mil fallecen en México. Consultado en [https://unamglobal.unam.mx/global\\_revista/muerte-fetal-gestacional-o-perinatal-14-de-cada-mil-fallecen-en-mexico/](https://unamglobal.unam.mx/global_revista/muerte-fetal-gestacional-o-perinatal-14-de-cada-mil-fallecen-en-mexico/)

INEGI. (2022, 31 de agosto). Defunciones fetales registradas en México durante 2021. Consultado en <https://bit.ly/42mWvas>

OMS. (2016, 19 de septiembre). Para que cada bebé cuente. Consultado en <https://bit.ly/3p8mEvm>

OMS. (2021, 11 de noviembre). Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal. Consultado en <https://bit.ly/3NFni41>

The Lancet. (2016, enero). Ending preventable stillbirths. Consultado en <https://bit.ly/424dr5V>

## **Anexo 1. Relación de personas entrevistadas**

(Orden alfabético)

### **Marion Arrijoja Huacuja**

Alianza Mexicana de Duelo Gestacional y Perinatal

### **Carlos Bautista Nuño**

Responsable Estatal del Programa de Salud Materna

### **Jannet Cendejas**

Psicóloga, fundadora y directora de “Salud Mental desde el embarazo”

### **Mónica Díaz Aguilar**

Red Miss-ECA, Red de apoyo Ante Muerte Gestacional y la niñez temprana

### **Claudia Figueroa Ibarra**

Docente de la Universidad de Sonora e integrante del colectivo “Padres del Cielo”

### **Georgina González M. Del Campo**

Asesora en duelo gestacional y perinatal y creadora del podcast “Duelo respetado”

### **Diana Guzmán**

Doula y cofundadora de la red Miss ECA

### **Beatriz Martínez Monjarás**

Autora de la página de Facebook blog digital “Entre el sol y una estrella”

### **Norma Fernanda Olguin**

Autora de los libros “Mirar al cielo” y “Crónica de los brazos vacíos”

### **Rocío Rojo**

Autora del blog digital “La huella de María Elena”



Instituto  
**Belisario Domínguez**  
Senado de la República

El Instituto Belisario Domínguez es un órgano especializado encargado de realizar investigaciones estratégicas sobre el desarrollo nacional, estudios derivados de la agenda legislativa y análisis de la coyuntura en campos correspondientes a los ámbitos de competencia del Senado con el fin de contribuir a la deliberación y la toma de decisiones legislativas, así como de apoyar el ejercicio de sus facultades de supervisión y control, de definición del proyecto nacional y de promoción de la cultura cívica y ciudadana.

El desarrollo de las funciones y actividades del Instituto se sujeta a los principios rectores de relevancia, objetividad, imparcialidad, oportunidad y eficiencia.

INSTITUTO BELISARIO DOMÍNGUEZ, SENADO DE LA REPÚBLICA  
Donceles 14, Colonia Centro Histórico, Alcaldía Cuauhtémoc, 06020 México, Ciudad de México  
Distribución gratuita. Impreso en México.