

Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud

Edgar Rodolfo Bautista Jiménez/Oliva López Arellano***

RESUMEN

A 17 años de que el gobierno mexicano suscribiera los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las poblaciones indígenas siguen presentando la mayor Razón de Mortalidad Materna del país. Desde nuestra perspectiva, se propone que la razón de Estado, expresada en una forma de gobernar racista, define las vidas que merecen ser vividas y que los servicios de salud son dispositivos biopolíticos que sirven al Estado para reproducirse y configurar dinámicas de exclusión-extinción de los pueblos indígenas. En este proceso, las políticas y el sistema de salud van conformando un conjunto de mecanismos dirigidos al cuerpo individual y a la población, que naturaliza prácticas como la violencia de género, la discriminación, la violencia obstétrica y que, a nivel individual y colectivo, violenta el derecho a la protección a la salud y el derecho a la vida de las mujeres indígenas. Las políticas encargadas de proteger la vida amenazan con volverse acción de muerte, al entrelazar

ABSTRACT

17 years after since the Mexican government subscribed the millennium objectives of development, the indigenous populations keep showing the biggest maternal mortality reason of the country. Since our perspective, it is proposed that the state reason, expressed in a racist way of command, this defines those lives that deserve be lived and that the health services are biopolitical devices that serves to the state to reproduce and configure exclusion-extinction dynamics for the indigenous people. In this process, the politics and the health system goes defining a set of mechanisms targeted to the individual body and the population as well, that neutralizes practices such as gender violence, discrimination, obstetric violence and that, at an individual and collective level violent the right to health protection and to the right to live of the indigenous women. The politics in charge of protecting life are threatening with becoming into an act of death, in front of the entanglement

* Médico, Maestro en Medicina Social (UAM-X). Estudiante de Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Médico comunitario y coordinador de actividades en salud en comunidades autónomas de Chiapas.

** Profesora-investigadora de la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-X.

Fecha de recepción: 13 de marzo de 2017

Fecha de aprobación: 20 de julio de 2017

exclusiones de género, etnia y clase, provocando que a las mujeres indígenas se les deje morir durante el embarazo, parto y puerperio, impactando también sobre las parteras indígenas a quienes a través del dispositivo de control de la ciencia hegemónica se les descalifica y relega de la tarea de cuidado a la parturienta y al recién nacido que habían desarrollado históricamente.

PALABRAS CLAVE: Mortalidad materna, biopolítica, mujeres indígenas, racismo.

of gender, ethnics and social class, causing that to the indigenous women letting them die during the pregnancy, birth labor and puerperium, making an impact on indigenous midwives to whom through the control device of hegemonic science disqualifies and relegates the task of caring parturient women and new born that have developed historically.

KEYWORDS: Maternal mortality, Biopolitics, indigenous women, racism.

Fecha: 10 de Marzo de 2017

“Hoy queda demostrado que ser pobre, mujer e indígena no es motivo de vergüenza, vergüenza hoy es de quien supuestamente debería garantizar nuestros derechos como etnia, como indígenas y como humanos. Actualmente conocemos autoridades ignorantes, corruptos y vendidos, no les damos las gracias, les exigimos que si no saben hacer su trabajo renuncien a sus cargos. Si no tienen dignidad que sea por vergüenza, si no tienen vergüenza que sea por sus hijos, por mis hijos por los de todos nosotros...”

...Hasta que la dignidad se haga costumbre”.

Esthela Hernández Jiménez

Introducción

Miradas sobre la muerte materna en mujeres indígenas

La muerte materna (MM) se tiene identificada como un problema de justicia social, como un problema de salud pública y como un indicador que contribuye a hacer visibles las inequidades en

el ejercicio de los derechos y en el acceso a los servicios de salud. Se trata de un tema que está en las agendas nacional e internacional, los estudios que se han realizado han dado cuenta de la relación que hay entre el desarrollo de los países, el acceso a servicios de salud y la muerte materna. Se conoce el vínculo entre residencia rural, pobreza y marginación, pertenencia étnica y muerte materna, se sabe que existen inequidades de género relacionadas con la educación, la participación, la toma de decisiones y el acceso a los servicios de salud, se reconocen también exclusiones institucionales que constituyen las políticas públicas y de salud que afectan la distribución de la mortalidad materna.

Este trabajo discute sobre la manera en que la razón de estado configura políticas y dispositivos de atención que influyen en la mortalidad materna, para ello se presentan enunciados y miradas: tres enunciados para hacer verdad lo dicho respecto a la muerte materna y justificar las estrategias de poder utilizadas mediante políticas públicas ¿qué es la muerte materna? ¿qué es la mortalidad materna? y ¿qué enfoques se han desarrollado para conformar estrategias de saber-poder que

culminan en políticas de salud?. Cuatro miradas con un vínculo entre el saber-poder desde donde se gobierna, razón de estado que se convierte en racismo de estado: mirar la distribución inequitativa de las condiciones de vida, de las muertes y de los servicios de salud, la norma y normatividad que se construye a partir de la verdad médica-científica, mirar como en nombre de la ciencia y la seguridad se configura la violación del derecho a vida, a la salud, del derecho a una vida libre de violencia y discriminación en la población indígena de México. Incitar a mirar, a mirar de otro modo, a poner la mirada en los pueblos indígenas desde otro lugar, no para incorporarlos a la sociedad nacional, sino para reconocer el trabajo que han hecho en la construcción de la nación que hoy llamamos México.

Una mirada al biopoder

Las guerras ya no se hacen en nombre del soberano al que hay que defender; se hacen en nombre de la existencia de todos; se educa a las poblaciones enteras para que se maten mutuamente en nombre de la necesidad que tienen de vivir
(Foucault, 2009:165)

La muerte materna: un asunto del poder sobre la vida. Poner la mirada en el biopoder, es identificar cómo la vida se administra a partir de saberes y tecnologías reguladoras, disciplinarias y normativas dirigidas al cuerpo individual y a la población. ¿Cuáles son los dispositivos biopolíticos en salud relacionados con la muerte materna de mujeres indígenas en México? Para responder esta pregunta se utilizan los conceptos de biopoder, anatomopolítica y biopolítica descritos por Foucault dentro de las teorías del poder, entre ellas la de la soberanía, el contrato social y la gubernamentalidad, en las que describe los mecanismos, técnicas y tecnologías del poder ejercidas desde el siglo XVII y hasta el siglo XX en Europa. Para desarrollar este

texto se siguieron dos de las tres preguntas que conforman el espacio interrogativo de Foucault, que para él son las dimensiones del ser.

La primera pregunta es ¿qué sé? y ¿qué es el saber? como respuesta a cómo aparecen las cosas que se pueden ver y las palabras que se pueden decir, lo visible y lo decible, lo que se ve y lo que se dice, los modos de ver y los enunciados (Deleuze, 2016). Así surge una primera pregunta ¿Qué sabemos y que podemos decir de la muerte materna?

La segunda pregunta se refiere al ¿qué puedo? y ¿qué es el poder?, cuya respuesta invita a atender las relaciones de fuerza, a la capacidad de ser afectado o de afectar, en donde se entiende como materia de fuerza la de un cuerpo y la de una población cualquiera, y se presentan funciones no formalizadas de la fuerza: la anatomopolítica y la biopolítica. Entre saber y poder, la institución constituye el factor de integración, donde las relaciones de fuerza se articulan en formas: de visibilidad como aparatos institucionales, y formas de enunciabilidad como sus reglas. En tanto que figura intersticial, la institución será el lugar eminente donde el ejercicio de poder es condición de posibilidad de un saber y donde el ejercicio del saber se convierte en instrumento de poder. La institución, como el asilo, el manicomio, el hospital, la cárcel, la escuela, el taller, es el lugar de encuentro de estratos y estrategias, donde el archivo de saber y el diagrama de poder se mezclan e interpretan sin confundirse (Deleuze, 2016).

La tercera pregunta ¿quién soy? y ¿qué es uno mismo?, implica el desarrollo de la noción de subjetivación entendida como un pliegue, como la forma resultante de una fuerza que se afecta a sí misma; mediante ella, el afuera se constituye en un adentro coextensivo que nada tiene que ver con la interioridad. Este tercer dominio derivado

del saber y del poder es independiente, así como la posibilidad del pensar como del resistir (Deleuze, 2016).

Biopoder

El biopoder tiene dos formas de ejercer el poder sobre la vida, una dirigida al cuerpo individual denominado anatomopolítica, y otra, la biopolítica, relacionada a tecnologías dirigidas a la población. Estas categorías fueron desarrolladas por Michel Foucault y sólo pueden ser entendidas a partir de la relación entre los conceptos de saber, poder y procesos de subjetivación en los sujetos. El biopoder debe ser ubicado dentro de estos tres grandes campos (saber, poder y subjetividad) los cuales se interrelacionan entre sí, no puede haber biopolítica sin una tecnología de saber y un ejercicio de un tipo de poder en un momento determinado, específico, este poder, produce ciertos sujetos propios de un espacio, en un tiempo y realidad concreta, de esta manera, la biopolítica funciona diferente en distintos momentos históricos (Foucault, 2008).

La teoría del poder soberano se desarrolla en Europa antes del siglo XVII y XVIII, esta perspectiva plantea que el poder del soberano sobre la vida consiste en hacer morir y dejar vivir, que existe una relación de poder asimétrico donde el soberano decide sobre el súbdito, ahí el poder es un derecho de vida y de muerte que se ejerce de manera desequilibrada, siempre del lado de la muerte. La teoría de la soberanía es el punto de partida para distinguir una nueva clase de poder, el *biopoder*, como un conjunto de mecanismos por medio de los cuales se normalizan y regulan los rasgos biológicos fundamentales de la especie humana, estos mecanismos pueden ser parte de una estrategia política, de una estrategia de poder.

Una expresión de ese ejercicio de poder es la *anatomopolítica*, el objeto de sus técnicas se centra esencialmente en el cuerpo individual. Se realizan procedimientos de separación, alineamiento, de puesta en serie y vigilancia mediante los cuales se asegura la distribución espacial de los cuerpos individuales y la organización, a su alrededor, de todo un campo de visibilidad. A partir de toda una serie de técnicas se intenta incrementar la fuerza útil de los cuerpos mediante el ejercicio y el adiestramiento. La *tecnología disciplinaria del trabajo* incluía técnicas de racionalización y economía estricta de un poder que debía ejercerse de la manera menos costosa posible a través de todo un sistema de vigilancia, jerarquías, inspecciones, escrituras e informes (Foucault, 2001).

Durante la segunda mitad del siglo XVIII, en Europa aparece otra tecnología de poder, una tecnología que no excluye a la primera, sino que la engloba, la integra y la modifica parcialmente. A diferencia de la disciplina, que se dirige al cuerpo, esta nueva técnica de poder se aplica a la vida de los hombres, se destina no al hombre/cuerpo sino al hombre/vivo, al hombre ser viviente, a la población. Esa nueva tecnología “está destinada a la multiplicidad de los hombres, formando una masa global que es afectada por procesos que son propios de la vida como el nacimiento, la producción y la enfermedad” (Foucault, 2001).

Los primeros objetos de saber y los primeros blancos de control de esa tecnología son procesos de natalidad, mortalidad, longevidad, además trata el problema de la morbilidad, ya no en el plano de las epidemias, que habían ocurrido y que habían atormentado a los poderes políticos, que se presentaban como dramas temporarios de la muerte multiplicada, la muerte que era inminente para todos, sino se trata de algo distinto, de endemias,

es decir, de la forma, la naturaleza, la extensión, la duración, la intensidad de las enfermedades presentes en una población. Enfermedades más o menos difíciles de extirpar que se consideran factores permanentes de sustracción de fuerzas, de disminución del tiempo de trabajo, de reducción de las energías, de costos económicos, tanto por lo que deja de producirse como por los cuidados que pueden requerir.

En suma, la enfermedad como fenómeno de población, “ya no como la muerte que se abate brutalmente sobre la vida, como la epidemia que implicaba la muerte inminente para todos, sino como la muerte permanente, que se desliza en la vida, la carcome, constantemente, la disminuye y la debilita” (Foucault, 2001: 221). Es aquí donde el campo de la medicina se expande y empieza a tener una función importante de higiene pública, con organismos de coordinación de los cuidados médicos, de centralización de la información, de normalización del saber, del aprendizaje de la higiene y medicalización de la población.

Esta nueva tecnología de poder tiene varias aristas importantes. La primera es la aparición de un nuevo sujeto, un nuevo cuerpo, cuerpo múltiple, cuerpo de muchas cabezas, aparece la idea de población, y ésta como problema político y científico, como problema biológico y de poder. En segundo lugar, la naturaleza de los fenómenos colectivos que se desarrollan en la duración de un límite de tiempo más o menos largo, son fenómenos en serie; el tercer aspecto es que la biopolítica introduce una serie de mecanismos que tienen funciones distintas a los mecanismos disciplinarios, el interés estará en las previsiones, las estimaciones estadísticas, las mediciones globales; se tratará no de modificar tal o cual fenómeno en particular, no a tal o cual individuo en tanto lo que es, sino en esencia, de intervenir en el nivel de las

determinaciones de esos fenómenos generales, en lo que tienen de global esos fenómenos. Así en la biopolítica se trata de actuar mediante mecanismos globales de tal manera que se obtengan estados globales de equilibrio y regularidad, en la que se tome en cuenta la vida, los procesos biológicos del hombre/especie y asegurar en ellos una regulación, un poder de normalización que consiste en *hacer vivir y dejar morir*, donde el poder es cada vez menos el derecho de hacer morir y cada vez más el derecho de intervenir para hacer vivir, de intervenir sobre la manera de vivir y sobre el cómo de la vida (Ver tabla 1).

Es aquí donde aparece la noción de Estado como regulador de la vida, donde se traslapan los dos conjuntos de mecanismos, el disciplinario y el regulador, que como no son del mismo nivel ni actúan de la misma manera, permiten no excluirse y articularse uno con el otro. Un eje paradigmático que muestra los efectos disciplinarios y reguladores del estado es la sexualidad, al ser una conducta corporal, se encuentra en la órbita de un control disciplinario e individualizador, en forma de vigilancia permanente (por ejemplo los famosos controles de la masturbación que se ejercieron sobre los niños desde finales del siglo XVII hasta el siglo XX, en el medio familiar, escolar, entre otros) y por otro lado se inscribe y tiene efecto por sus propiedades procreadoras en unos procesos biológicos amplios que conciernen a esa unidad múltiple que constituye la población. La sexualidad se encuentra en la encrucijada del cuerpo y la población. Es aquí donde un saber aparentemente técnico como la medicina genera un nexo que establece influencias científicas sobre procesos biológicos y orgánicos, se convierte en un saber/poder que se aplica a la vez sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos y que va a tener en consecuencia efectos disciplinarios y normalizadores.

Todos estos mecanismos del Estado y sus dispositivos de poder apuntan a una sociedad de la normalización, donde se cruzan la norma de la disciplina y la norma de la regulación, es en este punto donde el poder tomó posesión de la vida, que llegó a cubrir toda la superficie desde lo orgánico hasta lo biológico, desde el cuerpo hasta la población. La sociedad de la biopolítica está regulada por mecanismos de intervención en nombre de la seguridad, de la normalidad y mantenimiento del estado, en ese sentido, sólo le interesan los sujetos cuando están a favor o en contra de las medidas establecidas. Cuando está en contra es un enemigo interno, y ese posicionamiento de los sujetos implica la definición de quienes viven y quiénes no.

Algunas preguntas que se intentan responder desde la biopolítica son: ¿por qué una política de la vida amenaza siempre con volverse acción de muerte? si esta tecnología de poder tiene por objeto y objetivo la vida ¿cómo puede matar un poder como ese, si es verdad que se trata esencialmente de realzar la vida, prolongar su duración, multiplicar oportunidades, apartar de ellas los accidentes o bien compensar sus déficits? en esas condiciones ¿cómo es posible que un poder político mate, reclame la muerte, la demande, haga matar, dé la orden de hacerlo, exponga a la muerte no sólo a sus enemigos sino aún a sus propios ciudadanos, ¿cómo puede dejar morir ese poder que tiene el objetivo esencial de hacer vivir?.

Tabla 1. Características del biopoder.

Teoría del poder	Biopoder siglo XVII	Biopoder siglo XVIII
Tecnología de poder	Anatomopolítica Disciplinaria. Del trabajo	Biopolítica Normativa, mecanismos reguladores de la vida. Seguridad.
Objetivo de tecnología	Cuerpo individual. Influjo sobre la muerte	Población, cuerpo múltiple de muchas cabezas. La vida, hombre /especie
Noción de muerte	Cosa brillante. Muerte inminente para todos. Epidemias.	Cosa privada y vergonzosa. Muerte permanente que se desliza en la vida, la carcome, la debilita. Endemias.
Paradigma de verdad	Gobierno de la verdad de leyes humanas y religiosas	Gobierno de la racionalidad científica / mercado
Instituciones.	Monarquía, Iglesia, Estado	Estado, Gobierno. Escuela, hospitales, cárcel
Acción sobre la vida	Hacer morir o dejar vivir	Hacer vivir o dejar morir.
Intervenciones en el nivel	Modifica un fenómeno particular, Adiestramiento del individuo	Mecanismos globales para obtener estados globales de equilibrio. Mediciones estadísticas: nacimientos, defunciones, fecundidad, natalidad, morbilidad, vejez y mortalidad.

Fuente: Elaboración propia con base en Foucault 2001, 2007, 2009.

Es en este punto donde aparece el racismo, el surgimiento del biopoder inscribió el racismo en los mecanismos de Estado, fue y es a partir de la diferencias fenotípicas, de su distinción y jerarquía que se establece el límite de las vidas que merecen ser vividas. La calificación de estas diferencias como expresivas de razas superiores e inferiores va a ser una manera de seleccionar dentro de la población a unos grupos respecto a otros. Esa es la función del racismo, fragmentar, hacer cesuras dentro de ese *continuum* biológico que aborda el biopoder. Por otro lado el racismo tiene una segunda función, su papel consistirá en permitir una relación positiva, por decirlo así “cuanto más mates, más harás vivir”, o “cuanto más dejes morir, más por eso mismo vivirás”, de tal manera que la muerte del otro, la de la mala raza, la de la raza inferior es lo que va a hacer que la vida en general sea más sana; más sana y más pura (Foucault, 2001). El racismo hace aceptable dejar morir en una sociedad de normalización, el racismo es indispensable como condición para poder dar muerte a alguien, para poder dar muerte a los otros, para poder ejercer el derecho de matar, y no simplemente al asesinato directo, sino también a “todo lo que puede ser asesinato indirecto: el hecho de exponer a la muerte, multiplicar el riesgo de muerte de algunos o sencillamente, la muerte política, la expulsión, el rechazo, etcétera” (Foucault, 2001: 232).

A partir del siglo XVI el gobernar implica cálculo de las fuerzas, de las relaciones, de las riquezas y de los factores de poder, se procura el gobierno de la racionalidad (Foucault, 2007: 357). La nueva forma de gobernar, la gubernamentalidad, está conformada por formas modernas de tecnologías y de dispositivos.

Aquello sobre lo que trato de reparar con este nombre es (...) un conjunto de resueltamente

heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos (...). Por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función, mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante (...). He dicho que el dispositivo tendría una naturaleza esencialmente estratégica; esto supone que allí se efectúa cierta manipulación, de relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en tal o cual dirección, ya sea para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas. Así el dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder, pero también ligado a un límite o a los límites del saber, que le dan nacimiento pero, ante todo, lo condicionan. Esto es el dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza sostenidas por tipos de saber, y (son) sostenidas por ellos (Agamben, 2011: 250).

Para Agamben los dispositivos implican un proceso de subjetivación, deben producir un sujeto, esto a partir de un conjunto de praxis, de saberes, de medidas y de instituciones, cuya meta es gestionar, gobernar, controlar y orientar (en un sentido que se quiere útil) los comportamientos, los gestos, y los pensamientos de los hombres. Después de un recorrido por la genealogía del dispositivo, el autor lo define como “todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, interceptar, modelar, controlar y asegurar

los gestos, conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (2011: 257).

Hablar de dispositivos biopolíticos relacionados con la muerte materna implica identificar ese conjunto heterogéneo de formas, discursivas o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas, que permitan configurar la red que se tiende entre estos elementos, dado que estos son muy amplios aquí solamente se describirán los que están relacionados de manera “directa” con el campo de la salud.

Racismo¹ de estado y muerte materna en población indígena

En la primera sección de este apartado se presentan tres enunciados a partir de los cuales se conforma lo que se puede decir sobre la muerte materna, respondiendo tres preguntas ¿qué es la muerte materna, qué es la mortalidad materna y cuáles son los enfoques desde donde se interviene para su disminución? En la segunda sección se presentan cuatro miradas que se articulan con las formas de saber enunciadas: la distribución inequitativa de la MM, la mayor frecuencia de MM en un tipo específico de servicios de salud, algunas exclusiones e inclusiones de la normatividad en la atención del embarazo y parto, y la violación del derecho a la salud y la vida derivadas de las políticas públicas en salud, así enunciados y miradas, saberes y

¹ El racismo engloba las ideologías racistas, las actitudes fundadas en los prejuicios raciales, los comportamientos discriminatorios, las disposiciones estructurales y las prácticas institucionalizadas que provocan la desigualdad racial, así como la idea falaz de que las relaciones discriminatorias entre grupos son moral y científicamente justificables; se manifiesta por medio de disposiciones legislativas o reglamentarias y prácticas discriminatorias, así como por medio de creencias y actos antisociales; obstaculiza el desenvolvimiento de sus víctimas, pervierte a quienes lo ponen en práctica, divide a las naciones en su propio seno, constituye un obstáculo para la cooperación internacional y crea tensiones políticas entre los pueblos; es contrario a los principios fundamentales del derecho internacional y, por consiguiente, perturba gravemente la paz y la seguridad internacionales (UNESCO, 1978).

estrategias de poder, conforman dispositivos de discriminación racial² frente a la muerte materna en mujeres indígenas

Primer enunciado. La muerte materna

Desde su creación, la OMS ha sido la encargada de la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE), dicha clasificación tiene como antecedentes la “lista Internacional de las causas de muerte” realizada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La CIE-10 tuvo su décima revisión en el año de 1992 y actualmente constituye el estándar internacional para elaborar las estadísticas de morbilidad y mortalidad en el mundo, en el Cuadro 1 se presenta las definiciones relacionadas a la muerte materna y sus variantes.

Para precisar las causas de la muerte materna la CIE-10 plantea la identificación de la “causa básica de muerte” que define como: “la enfermedad o afección que dio inicio a la cadena de eventos mórbidos que llevaron a la muerte o las circunstancias del accidente o del episodio de violencia que produjeron una lesión fatal. La causa de muerte única identificada debe ser lo más específica posible” (OMS, 2012: 8). La certificación de la causa de muerte es determinada por el “certificador” generalmente médico, quien deja constancia de las condiciones mórbidas y eventos que llevaron a la muerte a una mujer en un Certificado Médico de Causa de Defunción. La incorporación en la CIE-10 del diagnóstico “supervisión del embarazo normal” con código el Z34 y del parto

² “Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.” (ONU, 1967).

Cuadro 1. Definición de muertes en el embarazo parto y puerperio: CIE 10.

Muerte materna

Una muerte materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Las muertes maternas se subdividen en dos grupos:

- **Muertes obstétricas directas:** son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados.
- **Muertes obstétricas indirectas:** son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.
- **Muerte materna tardía:** Es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.

eutócico o espontáneo con el código O80, otorga de manera “discursiva” la entrada de dos procesos como el embarazo y parto eutócicos al terreno de la enfermedad, iniciando así un proceso sutil de “patologización de lo “normal y fisiológico”.

Cuando desde el discurso médico se define, clasifica y certifican los diagnósticos de embarazo, parto y muerte materna, se conforman dispositivos sobre el cuerpo de la mujer, donde el saber-poder científico y sus instituciones regulan y norman lo que es o no, lo que se sabe o no, lo que se permite o no hacer con el cuerpo de la mujer embarazada. Una de las razones por las que se ha justificado la medicalización en contra de la autonomía de la mujer, es la capacidad de intervenir de manera eficaz el cuerpo cuando la vida está en peligro, el conocimiento científico y quienes lo detentan tienen la capacidad de llevar a la normalidad los

procesos fisiopatológicos letales que se presentan en la mujer embarazada como la hemorragia, la enfermedad hipertensiva del embarazo y la sepsis puerperal, situaciones mórbidas que representan las principales causas de defunción a nivel nacional e internacional y que son consideradas evitables por ser prevenibles a partir del conocimiento médico existente (Cunningham et al., 2006; Mabie y Baha, 1999; ONU, 2015).

Si “salvar” vidas ha sido el principal beneficio de la medicalización, sus limitaciones se encuentran en las desigualdades e inequidades de la “salvación”, la subordinación de saberes de las mujeres, parteras profesionales y tradicionales, así como el conocimiento de otras disciplinas y campos de estudio en su definición y su clasificación y entendimiento, estos procesos de exclusión y subordinación representan una de las formas más comunes

y efectivas de dominación sobre la vida y los cuerpos de los seres humanos fundamentalmente a partir de la imposición de un discurso y una forma de mirar el mundo (López y col, 2011:55).

Segundo enunciado. La mortalidad materna

Si la muerte materna corresponde a los dispositivos relacionados al cuerpo individual, al cuerpo-mujer, la mortalidad materna se encuentra en el terreno de la biopolítica, en el entendimiento de la distribución del fenómeno en las poblaciones, si la anatomopolítica de la muerte materna requería de las ciencias médicas que estudian al individuo como la fisiología, fisiopatología, embriología, farmacología, inmunología, entre otras; la aproximación biopolítica requiere de campos de conocimiento como la medicina, la salud pública, la estadística, la epidemiología y la demografía.

Los tres indicadores consensados a nivel internacional para medir la distribución de la muerte materna en un país o región son la tasa de mortalidad materna (TMM)³, el riesgo de defunción materna a lo largo de la vida (RDM)⁴ y la razón de mortalidad materna (RMM)⁵, esta última, se utiliza más para evaluar las políticas públicas en torno al tema y la evolución de la MM, ya que el denominador con el cual se construye, nacidos vivos, es el indicador más próximo a la población en riesgo (Eternod, 2012). La RMM permite identificar las diferencias en la distribución del suceso y la relación que tiene con el país o región, las edades más frecuentes, las causas, la etnia, el género, el lugar de atención,

3 TMM. Número de defunciones maternas durante un periodo determinado por cada 100 mil mujeres en edad fértil en el mismo periodo (OMS, 2008).

4 Da cuenta de la probabilidad que tiene las mujeres de morir por causa de una muerte materna a lo largo de su vida reproductiva (Eternod, 2012).

5 RMM. Número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100 mil nacidos vivos en el mismo periodo (OMS, 2008).

la institución, el grado de escolaridad, el acceso a los servicios de salud, la calidad y oportunidad de la atención, la capacidad del personal de salud, la infraestructura entre otras variables relacionadas con la articulación entre los derechos humanos y la política pública encargada de que ese derecho se cumpla (Eternod, 2012).

La muerte materna se encuentra en la lista de las causas que potencialmente podrían ser evitables, el estudio de las “muertes evitables” consiste en identificar aquellas defunciones que por la tecnología médica existente no debieron suceder o pudieron ser prevenidas, de ahí deviene su carácter injusto, en que su distribución desigual e inequitativa, da cuenta de las defunciones que no debieron suceder. La evitabilidad en exceso se considera a partir de la identificación de las brechas existentes tomando en cuenta las muertes evitables y su ocurrencia en relación con los mejores estándares en el país, alcanzado para la atención de las complicaciones maternas y, por tanto, de la prevención de muerte materna (Franco, Lozano, Villa y Solís, 2007).

Actualmente existe un modelo teórico para identificar la etapa y los cambios graduales que tiene cada país a nivel mundial respecto a la MM que contempla cinco etapas que considera los siguientes elementos: RMM, grado de fecundidad, fertilidad, predominio de las causas de muerte, calidad de la atención, atención obstétrica profesional, grado de medicalización, violencia estructural, y la gestión eficaz de las poblaciones vulnerables (Ver cuadro 2). Este modelo sirve para “darle un lugar” a cada país, sin embargo, una de las limitaciones más grandes, es la aspiración de que los países periféricos puedan transitar de una etapa a otra hasta escalar a la etapa en la que se encuentran los países centrales, más que una transición, en realidad se configura una polarización, entre países y al interior de los mismos.

Al aplicar el modelo de transición obstétrica México, con la limitante metodológica de contemplar sólo la RMM, se puede ubicar al país en la etapa IV con una RMM menor a 50 por 100 mil nacidos vivos. La situación empeora al interior del país en estados con una proporción de población indígena importante como Chiapas, Oaxaca y Guerrero los cuales se ubicarían en la etapa III con RMM entre 50 y 299. Al observar algunos municipios de Chiapas con población predominantemente indígena como Socoltenango, Ostucán, o Maravilla Tenejapa, encontramos RMM mayores a 300 por

100 mil nacidos vivos ubicándose con estas cifras en la etapa II del modelo (ODM, 2014).

A las brechas que se presentan entre países y al interior del México son a las que evitamos darle el nombre de transición y denominamos polarización, por la dificultad de que en el corto, mediano y largo plazo el país, los estados y los municipios mencionados puedan acceder a la etapa V en donde todas las muertes evitables se impidieron. La polarización consiste en que unos grupos poblacionales logren ubicarse en la mejor etapa y acceder a los

Cuadro 2. Modelo para identificar las Etapas de la Transición Obstétrica.

Etapas de la Transición Obstétrica

- Etapa I (RMM > 1 000 muertes maternas/100,000 nacidos vivos): la mayoría de las mujeres experimenta una situación cercana a la historia natural del embarazo y el parto. Se caracteriza por una proporción muy alta de MM, una fertilidad elevada y predominio de las causas directas de MM junto con una gran proporción de muertes atribuibles a enfermedades transmisibles como la malaria. La mayoría de las mujeres no reciben atención obstétrica profesional o no tienen el acceso a los servicios de salud.
- Etapa II (RMM: 999-300): La mortalidad y la fertilidad sigue siendo muy altas con un patrón de causas similares a la etapa I. Sin embargo, una mayor proporción de mujeres puede empezar a buscar y recibir atención en las unidades de salud.
- Etapa III (RMM: 299-50): La fertilidad es variable y predominan las causas directas de la mortalidad. Es una etapa compleja ya que el acceso a los servicios de salud sigue siendo un problema para una gran parte de la población. Un alto porcentaje de mujeres embarazadas llegan en los servicios de salud, sin embargo, la sobrecarga de trabajo y saturación de los servicios son los principales determinantes de la calidad de la atención. La prevención es fundamental para mejorar los resultados de salud materna. En otras palabras, la calidad de la atención, la atención del parto calificada y manejo adecuado de las complicaciones son esenciales para la reducción de la MM.
- Etapa IV (RMM <50): La MM es baja. Hay una baja tasa de fecundidad y de causas indirectas de MM, hay un incremento importante de MM por enfermedades crónicas. Un aspecto que emerge en esta fase es el creciente papel de la medicalización como una amenaza para la calidad y la mejora de los resultados de salud.
- Etapa V (todas las muertes maternas evitables se impidieron, la RMM es <5). La MM es muy baja, la tasa de fecundidad es baja o muy baja, y las causas obstétricas indirectas asociadas con enfermedades crónico-degenerativas son las principales causas de MM. Los principales desafíos son la consolidación de los avances contra violencia estructural (por ej. las desigualdades de género), la gestión eficaz de las poblaciones vulnerables y la sostenibilidad de la excelencia en la calidad de la atención.

Fuente: (Chávez et al., 2015: 204).

mejores servicios y los municipios predominantemente indígenas continúen padeciendo la violencia estructural (de género y clase), la presencia de servicios de salud mala calidad, insuficientes e inadecuados, con acceso limitado a paquetes básicos, sin pertinencia cultural, condiciones que violentan su derecho a la protección a la salud.

Tercer enunciado. Enfoques y discursos de las agendas internacionales

La primera vez que la comunidad mundial se reunió para analizar y visibilizar el tema de la mortalidad materna fue en 1987 en Nairobi, Kenya. A partir del “Enfoque de Riesgo” (ER) se genera la iniciativa “Una Maternidad sin Riesgos: un llamado a la acción”, la cual tuvo como principal propósito reducir las muertes maternas a la mitad para el año 2000 (Starrs, 1987). Para 1994, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en el Cairo aparecen nuevos actores en el debate, entre ellos Organizaciones no Gubernamentales, grupos feministas que trabajan en el área de la salud, la ecología, los derechos humanos, así como minorías étnicas. En dicha conferencia se reconocieron circunstancias que contribuyen y dan cuenta de la inequidad entre hombres y mujeres. En este periodo se pasa del paradigma de la planificación familiar al de los derechos sexuales y reproductivos. Al igual que en Nairobi, se propuso disminuir para el año 2000 la RMM a la mitad de los niveles de 1990, y reducirla nuevamente a la mitad para el año 2015, se esperaba también reducir las disparidades de la MM en y entre países, regiones geográficas y grupos étnicos (Freyermuth, 2006).

En el año 2000 se generó en Nueva York la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, en ella se establecieron a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como el principal instrumento

internacional para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer. Los objetivos han sido considerados un avance importante a nivel mundial pues, aunque no tienen carácter obligatorio, marcan las pautas a todos los estados firmantes para avanzar en el bienestar de su población. El quinto objetivo exhorta a las naciones a mejorar la salud materna y establece 2 metas y 5 indicadores que sirven para dar seguimiento a los avances en la materia, en la tabla 4 se presentan los avances a nivel nacional.

En el año 2007 se llevó a cabo la conferencia “Las mujeres dan vida” para conmemorar 20 años de la iniciativa “Maternidad Sin Riesgos” y renovar el apoyo a la crisis mundial de la mortalidad materna. En la conferencia se estableció una iniciativa que propuso nuevas estrategias para renovar el compromiso internacional, centrando la atención en la conexión que existe entre la salud de las mujeres, sus derechos, la educación y la reducción de la pobreza. La iniciativa “las Mujeres dan Vida” se centró en alcanzar el objetivo 5° del Milenio y para ello estableció trabajar en tres áreas que habían comprobado ser eficaces en la prevención y disminución de las muertes maternas: 1) La planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva, 2) la Atención calificada del parto y 3) La atención de la emergencia obstétrica (AEO) (Bristol, 2009). En cada una de las iniciativas se identifica un enfoque con una perspectiva propia que incluía y excluía elementos con la finalidad de abordar la problemática (Tabla 2).

El primer enfoque adoptado a nivel internacional fue el Enfoque de Riesgo (ER), desarrollado en la década de 1970, permitió categorizar el riesgo de morir de las mujeres de acuerdo a sus características biológicas y sociales, su principal limitante es que no puede identificar alrededor del 15% de

los embarazos que terminan en una emergencia imprevisible e inesperada, entre otras razones por la imposibilidad de pronosticar el riesgo de una hemorragia que se produce después del parto, además de que la eclampsia es una enfermedad que aparece frecuentemente sin previo aviso incluso en mujeres que han estado sanas durante su control médico (Bristol, 2009; UNFPA, 2004). Las acciones de seguimiento de este enfoque están centradas en el control prenatal y su objetivo es el controlar el cuerpo de la mujer y los riesgos que se presentan durante el embarazo.

El enfoque de la Atención Calificada del Parto (ACP) se incorpora en el año 2003, éste no desecha el enfoque de riesgo, sino que lo incorpora a su perspectiva, es un riesgo no ser atendida durante el parto por personal calificado, a partir de la verdad científica y en nombre de la seguridad de la mujer y el producto se norma y se legisla quiénes deben y pueden atender el parto y quiénes no. Las acciones están dirigidas también al cuerpo de la mujer y se circunscriben al momento del nacimiento en el espacio hospitalario. A nivel internacional se ha demostrado la disminución de la RMM a través de esta estrategia (FCI, 2003; UNFPA, 2004), sin embargo, sus consecuencias “negativas” incluyen la saturación en los hospitales por partos eutócicos al rebasar su capacidad de atención; la apropiación del cuerpo de la mujer por la institución médica que excluye los saberes y prácticas de las propias mujeres, las parteras tradicionales y profesionales en torno a la maternidad.

El enfoque de la Atención de la Emergencia Obstétrica, es una perspectiva más amplia que incluye los enfoques previos y además acciones a nivel poblacional, propone la creación de una red que cuente con los recursos humanos suficientes las 24 horas del día y los 365 días del año para atender de manera oportuna una emergencia obstétrica, dicha

red contempla la presencia de servicios adecuados para la atención de la emergencia y la participación de la población en general, incluyendo a parteras tradicionales en la atención del parto normal.

Es importante señalar que en los enfoques descritos la noción de riesgo, seguridad y del mantenimiento de la vida están en consonancia con la forma en la que se han configurado las sociedades a través del tiempo primero las disciplinarias y de control individual, luego las de normalización y regulación, llegando a la sociedad en donde la seguridad y “salvar” el cuerpo político del estado y la vida de la población se ha convertido en el sentido de las acciones de los estados.

Miradas para entender la muerte materna en mujeres indígenas y el racismo de estado

Primera Mirada. La distribución de las muertes

Para verificar el avance del estado mexicano respecto al cumplimiento del quinto ODM, Mejorar la salud materna, se generaron dos metas y seis indicadores, de ellos México cumplió cinco, el único que no cumplió a nivel nacional fue el de disminuir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes, disminuyendo de 88.7 a 38.9 la RMM cuando el objetivo era disminuirla a 22.2. (Ver tabla 3).

Al interior del país la MM se distribuyó de manera diferencial entre estados y municipios, en las siguientes líneas se presenta como el racismo y la clase social juegan un papel muy importante en dicha distribución. Para el año 2010 la población indígena del país fue de 6 695 228 personas, que correspondían al 6% de la población nacional, alrededor de la mitad 3 407 389 son mujeres (INEGI, 2010), ese año fallecieron 992 mujeres por muerte materna, 141 eran indígenas, aportando

Tabla 2. Enfoques conceptuales para la prevención de la muerte materna.

Enfoque	Planteamiento
“Enfoque de riesgo”	Parte del análisis de las características biológicas y sociales de la madre, así como su historia obstétrica para identificar la probabilidad de morir durante el embarazo, identificando y categorizando a las mujeres con embarazos de alto, mediano y bajo riesgo. Plantea intervenciones dirigidas al control prenatal y al seguimiento de las embarazadas (OMS, 1978,2003).
“La Atención Calificada del Parto”	Plantea que la atención del embarazo, parto y postparto por personal profesional permitirá detección y tratamiento oportuno de las emergencias obstétricas tanto en el primer como en el segundo nivel de atención (FCI, 2003). Esta propuesta excluye como personal calificado a las parteras tradicionales (UNFPA, 2004).
“La Atención de la Emergencia Obstétrica”	La propuesta está encaminada a resolver la AEO y se basa en que la población general pueda identificar los signos de emergencia obstétrica, para canalizar de manera oportuna a las mujeres que sufren complicaciones a los servicios de salud de primer y segundo nivel con el fin de resolver las emergencias. Para hacerla viable se requiere una red de servicios que cuente con los recursos materiales y humanos necesarios para proporcionar la atención de primer nivel y resolutive de la emergencia las 24 horas del día y los 365 días del año. Los partos normales pueden ser atendidos por parteras tradicionales (2003).

Fuente: Elaboración propia con base a OMS (1978, 2003), UNFPA, (2004), FCI (2003).

Tabla 3. Objetivo 5. Mejorar la salud materna. Cumplimiento de metas e indicadores México 2015.

Indicador	Nacional 2014	
	Línea Base/meta	Cumplida
Meta 5.A. Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes		
5.1 Razón de mortalidad materna (Defunciones por cada 100 mil nacidos vivos)	88.7 / 22.2	No (38.9)
5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitarios capacitado	76.7/ más del 90	Sí (96.3)
Meta 5.B. Lograr, para el año 2015, el acceso Universal a la salud reproductiva		
5.3 Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil	63.1/ Aumentar	Sí (72.3)
5.4 Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	76.8 / Reducir	Sí (65.7)
5.5 Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud	4.4 / Reducir	Sí (5.4)
5.6 Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos	25.1	Sí (5)

Fuente: PNUD-México, Informe de avances (2015)

el 14%, en vez del 3% que les “correspondería” aportar en relación a la proporción de mujeres que representan a nivel nacional (OMM, 2010).

Chiapas, Oaxaca y Guerrero son los estados con mayor población indígena entre los tres estados suman 2 763 459 de personas que corresponden al 41% del total de indígenas del país. Estos estados tuvieron para el año 2010 las RMM del país más altas con cifras de 73.2, 88.7 y 85.5 respectivamente. También estas entidades reportan los mayores porcentajes de defunciones indígenas, del total de muertes maternas en Chiapas 24.6% era mujer indígena, en Oaxaca el 55.9%, en Guerrero 47.2%, y en Chihuahua 35% donde las más afectadas son las indígenas, pues del total de su población sólo el 3% (104 014 personas) son indígenas y aportan el 35% de las defunciones (OMM, 2010; INEGI, 2010). En los 100 municipios más marginados del país, que tienen una población predominantemente indígena, el riesgo de MM es tres veces más alto que en el resto del país (SSA, 2007: 38). En los municipios con 70% y más Hablantes de Lengua Indígena (HLI) la RMM es de 85, donde el número de nacimientos es de casi 58 mil, a diferencia de municipios con menos de 40% de HLI que tienen más de dos millones de nacimientos y una RMM de 37.1 (Freyermuth, 2014: 31).

En México durante el periodo del 2002 al 2011, se presentaron 11 649 defunciones maternas de las cuales 9 303 (79.9%) fueron consideradas muertes evitables (ME) que no debieron suceder o pudieron ser prevenidas por la tecnología médica existente. Las enfermedades como hemorragias, enfermedades hipertensivas del embarazo, infecciones y complicaciones durante o después del parto, abortos y VIH Sida son registradas como causas de muerte directas y son las que se consideran evitables. Durante el periodo de 2002-2006 el porcentaje de ME a nivel nacional fue de 83.9,

para el periodo de 2007-2011 las cifras disminuyeron a 75.1, sin embargo, dichas cifras contrastan con estados como Colima donde para los mismos periodos se pasó de un 87.5 a un 57.1 por ciento, siendo el lugar donde se evitan más MM *vis a vis* el estado de Oaxaca que pasó del 92.8 a 92.4, el estado de Chiapas que disminuyó de 88.5 a 88.1%, o el estado de Guerrero que pasó de un 89 a 83.2 por ciento en los periodos mencionados (Freyermuth, 2014). Dichos datos son relevantes dado que las ME son un indicador de calidad y resultado de los servicios (Melchor y Cols., 2008) y los estados con mayor población indígena, en general, presentan el mayor porcentaje de muertes evitables.

Segunda mirada. Seguro popular, protección y negación de la vida para la población

En México tenemos un sistema de salud organizado a partir de la forma en la que las personas se insertan en el modo de producción, a cada clase social le corresponden unos servicios de atención a la salud específicos (Granados, Tetelboin y Torres, 2008). Tiene acceso a más y mejores servicios la población económicamente activa a través de la seguridad social, mientras que el denominado “ejército industrial de reserva”, es decir, la población desempleada, que tiene mayores índices de marginación y pobreza se les ofrece el Sistema de Protección Social en Salud que vía el programa de Seguro Popular (SP) ofrece un paquete básico de servicios. Éste programa tiene como objetivo garantizar “el acceso efectivo, oportuno de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades en salud” (SSA, 2007).

La importancia de definir la afiliación de las mujeres radica en conocer qué es lo que el Estado

les ofrece para hacer efectivo el derecho a la protección a la salud asentado en el Artículo 4º Constitucional. En México es distinto estar afiliado a la seguridad social que al Seguro Popular. La seguridad social implica como requisito una relación laboral a través de un empleo remunerado con los siguientes beneficios: Atención a la enfermedad en los tres niveles (seguro de enfermedad), seguros de vejez, cesantía, invalidez, muerte, maternidad, y de accidentes de trabajo, servicios de apoyo alimentario, recreativo y culturales. El 81% de los indígenas del país carecen de acceso a la seguridad social, siendo el grupo social más afectado (PNDS, 2014).

Por su parte para afiliarse al SP es necesario no tener seguridad social, y/o ser beneficiario de algún programa de combate a la pobreza del gobierno. El único beneficio del programa es el acceso a atención a la enfermedad en dos niveles de atención a partir de la prestación de “Servicios Esenciales de Salud” definidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que en el año 2016 pretendía garantizar la protección del derecho a la salud a partir de 287 intervenciones, dejando fuera las que no están incluidas en dicho catálogo. Esta modalidad de prestación de servicios ha sido criticada entre otras cosas porque se ha dedicado más a la afiliación para mejorar el indicador de cobertura formal en salud que a la cobertura real de las enfermedades de la población (Laurell, 2014) cabe señalar que el 72.6% de los indígenas del país está afiliado al Seguro Popular (INEGI, 2015).

Además de los servicios de salud otorgados mediante el Sistema de Protección Social en Salud, la población indígena y personas vulnerables pueden acceder al programa IMSS-PROSPERA. El reconocimiento de las insuficiencias y la discriminación que priva en dichos programas para

garantizar el derecho a la salud en población indígena, hizo que la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), conformara el Programa de Derechos Indígenas para cubrir con los gastos de servicios médicos especializados (consulta análisis de laboratorio, radiografías, hospitalización, entre otros) e insumos complementarios que no son cubiertos por el SP, además de posibilitar el acceso a atención en un tercer nivel (CONEVAL, 2016). Estos programas expresan la continua y cotidiana exclusión de las mujeres indígenas a servicios necesarios y de los limitados esfuerzos por resarcir el agravio.

Con el objetivo de lograr la universalidad en salud y garantizar la atención a mujeres embarazadas en riesgo que no son derechohabientes, entre ellas las indígenas, se firmó el Convenio para la Atención de la Emergencia Obstétrica, el que a partir de la articulación interinstitucional intenta incluir a las que se excluye de la seguridad social y de servicios especializados, si bien el convenio da oportunidad de que las mujeres indígenas embarazadas sean atendidas en cualquier institución, tiene la limitante de atender sólo a mujeres que presentan una situación de emergencia obstétrica (SSA, 2012).

Al analizar la distribución porcentual de las defunciones maternas según la condición de derechohabiencia se observa a nivel nacional que entre los años 2009 a 2014 las mujeres afiliadas al SP son quienes presentan los mayores porcentajes con 33.1% en el 2009 y 56.8% durante el 2014, es evidente que la incorporación de las mujeres al Seguro Popular no ha garantizado la disminución de la MM en las afiliadas. La suma del porcentaje de mujeres afiliadas al Seguro Popular y sin filiación es de 67.1% (INEGI, 2015). La suma de mujeres que fallecen a nivel nacional afiliadas al SP (56.8), al IMSS-PROSPERA (0.8%) y de mujeres sin afiliación (12.7), es de 70.3%, (OMM,

2014) esta cifra da cuenta de la discriminación de clase, ya que como mencionamos anteriormente, estas mujeres corresponden a la población que no es económicamente activa y por tanto carece entre otros de derechos laborales y de seguridad social. Ver tabla 4.

El 48% de la población que cuenta con seguridad social como IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX o MARINA (INEGI, 2015), presenta un porcentaje de defunciones maternas se ha mantenido constante a nivel nacional pasando de un 22.6% 2009 a un 23.9% en 2014 (OMM, 2014). Así la población económicamente activa cuenta con un sistema de salud que, aunque se encuentra en proceso de desmantelamiento, evita más muertes que los servicios de salud brindados por el SP, La pregunta abierta es ¿Cómo es que el seguro

popular encargado de proteger la vida, la niega, más que otros sistemas de aseguramiento?

Tercera mirada. Exclusiones de la atención calificada del parto

Dentro de las intervenciones sanitarias que han comprobado ser eficientes para prevenir o manejar las complicaciones obstétricas se encuentra la atención calificada del parto, existen dos diferencias sustanciales a la hora de realizar el indicador sobre proporción de partos con asistencia de personal de salud calificado propuesto para mejorar la salud materna, en el informe mundial de la ONU se considera como personal calificado a parteras, enfermeras y médicos (2015), mientras que en el informe que realiza la misma instancia para México el indicador hace referencia a “el número de mujeres atendidas por médicos al momento del

Tabla 4. Distribución porcentual de defunciones maternas según condición de derechohabiencia a nivel nacional 2009-2014.

Institución de Afiliación en salud	Año					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ninguna	33.1	27.8	20	15	12.7	12.7
Con seguridad social: IMSS, ISSSTE, SEDENA y SEMAR	22.6	21.8	20.8	20	21.5	23.9
Seguro Popular	33.1	39.2	48.1	55	51.6	56.8
Otra	2.7	1.9	2.4	1	1.5	0.7
No especificado	8.4	9.3	8.8	9	7	5.2
IMSS oportunidades	-	-	-	-	5.8	0.8
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en OMM (2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014).

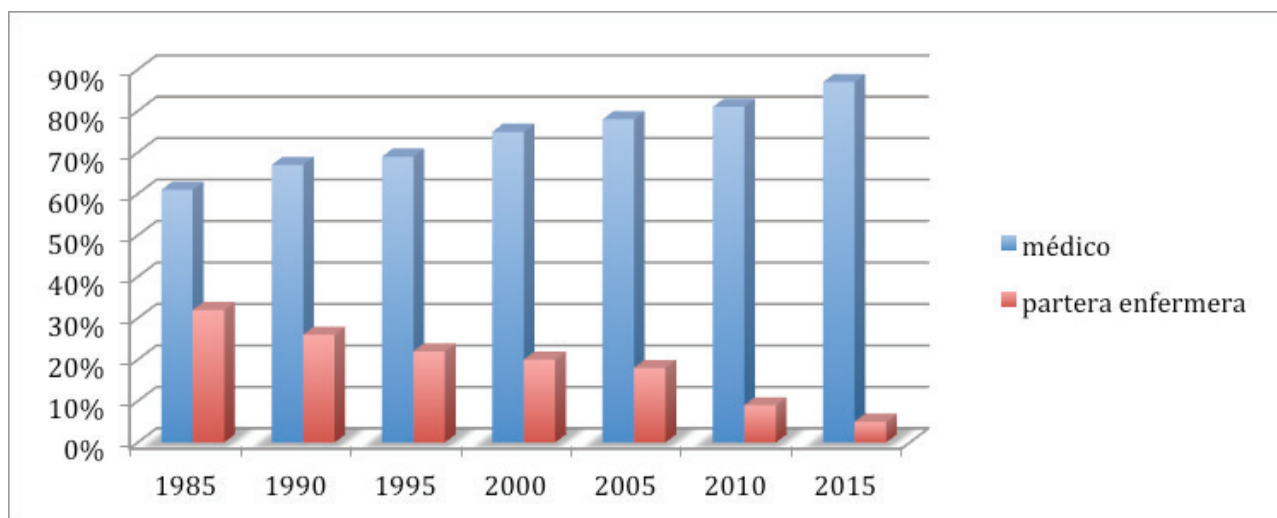
parto”, excluyendo a las parteras y enfermeras de dicho conteo, al personal sanitario capacitado lo concibe como “aquellas personas debidamente capacitadas y que tienen equipo y medicamentos adecuados. No se incluyen los asistentes de tipo tradicional, aun cuando hayan recibido un breve curso de capacitación” (INEGI, 2016). Por su parte el programa IMSS-PROSPERA que regula la atención de la salud en zonas indígenas, considera a las parteras como integrantes de la red comunitaria del programa, sin embargo, establece que su participación será voluntaria, que no recibirán retribución alguna y que no generarán ningún vínculo jurídico con el programa (DOF, 2016).

Para el año 2015 el porcentaje de partos atendidos por médico a nivel nacional fue de 87%, mientras que las parteras atendieron alrededor de 104 mil partos que representa el 4% del total nacional. La situación cambia en los estados con mayor porcentaje de población de 3 años y más hablante de lengua indígena como: Oaxaca (32.2%), Yucatán (28.9), Chiapas (27.9), Quintana Roo (16.6) y

Guerrero (15.3 por ciento) (INEGI, 2015). De estos, los que tienen mayor proporción de partos atendidos por parteras son Chiapas (36%), Oaxaca (16%) y Guerrero (12%) que suman 75,781 partos que representan el 73% de los partos atendidos por parteras en todo el país. También estos estados son los que han tenido la RMM más elevadas del país y son también quienes han presentado los porcentajes menores de partos atendidos por médicos y la mayor cantidad de muertes infantiles (ODM, 2015) (Gráfica 1 y Tabla 5).

A nivel internacional se ha establecido la relación entre atención calificada del parto y disminución de la MM, sin embargo, en México no se ha encontrado una relación directa, pues la atención requiere que sea otorgada por personal de salud con los conocimientos y habilidades necesarias, con los recursos e infraestructura que garanticen la atención obstétrica oportuna y de calidad en cualquier institución, así como estrategias que permitan mejorar la calidad de la atención obstétrica y el funcionamiento del sistema de salud en su

Gráfica 1. Atención calificada del parto en México 1985-2015.



Fuente: INEGI. Estadísticas de natalidad.

Tabla 5. Estados con Mayor proporción partos atendidos por parteras 2015.

	% de Población HLI	Médico	Partera	RMM*	TMI**
Nacional	6.5	2 051 177 (87%)	104 264 (4%)	34.6	15.1
Chiapas	27.9	78 373 (54%)	52 708 (36%)	68.5	18.5
Oaxaca	32.2	66 599 (78%)	13 655 (16%)	48.6	17.7
Guarrero	15.3	57577 (72)	9 418 (12%)	49.5	18.0
* Razón de mortalidad materna. Defunciones por 100 mil nacidos vivos.					
**Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por cada mil nacidos vivos					

Fuente: ODM (2015), INEGI, 2015.

conjunto, incorporando en los servicios el enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad (Lazcano et al., 2013).

Por otro lado la política dirigida a la atención hospitalaria del parto ha tenido un impacto negativo a nivel del primer nivel de atención, el Comité Promotor por una Maternidad Segura en Chiapas ha documentado que al centrar la atención del parto a nivel hospitalario, se ha generado a la par un desinterés y desmantelamiento del primer nivel de Atención Primaria en Salud en el que participan médicos, enfermeras y parteras, descartándolos de la atención del parto eutócico en unidades de primer nivel. Esta estrategia excluye y criminaliza a las parteras, genera una imagen negativa de ellas a nivel comunitario, desprestigiándolas y culpándolas de algunas muertes a nivel estatal conformando nuevas subjetividades en las regiones rurales (CPMMS, 2016). Así, se menosprecia el trabajo de las parteras, quienes históricamente

se han encargado de la atención del parto en zonas indígenas.

Cuarta mirada. La ley, la norma y la normalización de la atención del parto

Si ha sido y es tan importante a nivel nacional y estatal el papel de la partera, sobre todo en contextos indígenas, qué es lo que ha hecho que se le desplace, se le subordine, se le niegue la posibilidad de participar de manera legal. Es aquí donde aparece el dispositivo de la verdad científica y su relación con las normas y la ley, a partir de estos dispositivos de saber-poder se regula lo que debe ser la práctica. La norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993, documento encargado de establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normal, está dirigida al personal de salud, en dicho documento los indígenas no existen y la partera tradicional tiene

un lugar subordinado en la atención “Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas” (SSA, 1995: 7). Para el año 2016 la norma cambia, las indígenas aparecen como sujetos de atención, el control prenatal lo debe llevar a cabo personal de salud calificado realizándolo con pertinencia cultural, y “considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas”. En los establecimientos para la atención médica de segundo nivel localizados en regiones indígenas, deben promover la presencia de facilitadoras interculturales, que tendrían como función apoyar en el proceso de traducción a las gestantes respecto a los procedimientos realizados, asegurando la comprensión de los mismos. Por último, la partera aparece reconocida y definida como “persona que pertenece a comunidades indígenas rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica” (SSA, 2016).

Las políticas recomendadas por organismos internacionales como el UNFPA (2004) plantean que los programas nacionales deberían centrarse en apoyar la función social que desempeñan las parteras tradicionales en la atención de la salud de la mujer, en lugar de invertir en la ampliación de sus conocimientos científicos, esto con el argumento de que las parteras no tienen la instrucción suficiente y carecen de conocimientos médicos necesarios para atender las complicaciones obstétricas, por estas razones no se les considera como “personal calificado”.

Dichas recomendaciones contradicen el artículo 64 IV de la Ley General de Salud (2016) que

establece que las autoridades sanitarias deben establecer acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales para la atención del embarazo, parto y puerperio. A su vez en la Guía de práctica clínica sobre la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo del año 2014 considera como usuario potencial a las parteras, sin especificar si son parteras profesionales o tradicionales, en este sentido existen puntos en donde se contraponen las directrices nacionales, con las normas y leyes nacionales.

Quinta mirada. El derecho a la salud y la vida

Tratados internacionales de derechos humanos han reconocido las obligaciones que tienen los estados en relación con la mortalidad y la morbilidad materna, desde esta perspectiva se considera a la MM como una violación de los derechos de las mujeres a la vida, al más alto nivel de salud posible, a la igualdad, a los derechos sexuales y reproductivos y a la no discriminación (ONU, 2015a). Por su parte la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha reiterado que la falta de acceso a servicios adecuados de salud materna constituye una violación del derecho a la integridad personal, a la salud y a la no discriminación de las mujeres (2010).

Además de ser una violación a los derechos humanos, la muerte materna es considerada una forma de violencia de género, (Galtun, citado en Guremberg, 2016). A nivel internacional la violencia de género se ha definido como “una forma de discriminación que inhibe la capacidad de la mujer de gozar de los derechos y libertades sobre una base de igualdad con el hombre (CEDAW, 1999)”.

La Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

(CEDAW) en su artículo 12 establece las obligaciones de los estados frente a la violencia contra las mujeres en los servicios de salud.

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 *supra*, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

La violencia contra la mujer, porque es mujer, es causada por conductas que desafían las normas y los estereotipos de género, principalmente las que cuestionan el poder y control masculino sobre el cuerpo y la vida de las mujeres (Gruemberg, 2016). La ONU ha señalado la relación entre la MM, las inequidades en el ejercicio de los derechos y la desigualdad de género en el acceso a servicios de salud:

“Las mujeres pueden no ser capaces de viajar o buscar atención médica sin el consentimiento de un pariente hombre o de algún otro miembro de la familia; adicionalmente, estas mujeres pueden no tener acceso a los recursos familiares a fin de pagar los costos de esta atención como pueden ser los honorarios por servicios, la compra de medicinas o suplementos y por supuesto,

el transporte. Además muchas mujeres carecen del contacto a la información de salud reproductiva y materna, así como la falta de acceso a medios de transporte. Existe evidencia de que la educación es un indicador importante sobre la probabilidad de utilizar servicios obstétricos y, frecuentemente, las mujeres de edad reproductiva cuentan con un nivel de educación bajo en comparación con los hombres. Muchas veces las mujeres mismas no buscan servicios de salud. Las mujeres pueden sentirse tratadas con condescendencia, sin respeto, o bien hasta humilladas por los profesionales de los servicios médicos. Además, en ciertas comunidades existen normas culturales, creencias y tabúes con respecto al rol de las mujeres, el embarazo y el parto que restringen el acceso, y la motivación, a estas mismas mujeres a los servicios de salud “modernos” (ONU, 2008).

También se han descrito formas de violencia que afectan a las mujeres en forma desproporcionada, entre ellas se encuentran aquellas que ocurren con más frecuencia o tienen un mayor impacto sobre sus vidas.

La violencia obstétrica (VO) es considerada también una violación de derechos humanos, una forma de patriarcado en las instituciones de salud y una forma de violencia física y psicológica contra la mujer durante el embarazo parto y puerperio (Almaguer y Vicente, 2010; Belli, 2013; LGAVLV-CH, 2013). Toda muerte materna es una violencia obstétrica, pero no toda violencia obstétrica deviene en una muerte materna, en este tipo de violencia es el cuerpo de la mujer el que queda expuesto a la violencia de género e institucional. A nivel internacional se ha documentado que las mujeres marginalizadas, entre ellas las indígenas,

se encuentran en mayor riesgo de sufrir violaciones de derechos humanos relacionadas con la mortalidad y la morbilidad materna (ONU, 2015a).

En Chiapas perdieron la vida una mujer de 32 años y su hijo el 10 de junio de 2013 en el Hospital Rural 32 del IMSS de Ocosingo, derivado de dichas defunciones el 30 de septiembre de 2016 la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) emitió la recomendación 47/2016 dirigida al director del IMSS Mikel Arriola por violaciones a los derechos a la protección a la salud y a la vida, por violencia obstétrica atribuidas a personal médico contra la paciente y su hija. El expediente de la CNDH advirtió que durante la atención médica de la agraviada, cuatro médicos de base, siete médicos residentes y dos enfermeras generales, omitieron monitorear oportunamente la presión arterial de la paciente y la frecuencia cardiaca del producto de la gestación, no realizaron estrecha vigilancia del binomio materno-fetal y tampoco establecieron un tratamiento para el embarazo de alto riesgo obstétrico que fue detectado en la paciente desde el control prenatal.

En México durante el año 2014, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental se ubicó en el cuarto derecho más transgredido, con 4 mil 812 hechos, sólo por debajo del derecho a la libertad y seguridad de la persona (18 157 hechos), el derecho a no ser sometido a tortura o a tratos o penas crueles e inhumanos y degradantes (12 110 hechos) y el derecho a un juicio justo (11 203 hechos). En cuanto al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, la principal violación reportada fue: omitir proporcionar atención médica con 1 060 hechos, seguida de omitir o suministrar medicamentos que tuvo 78 hechos registrados, mientras que fueron registrados 13 hechos sobre violaciones

a los derechos a la salud sexual y reproductiva (INEGI, 2015b).

Se estima que por cada mujer que muere de complicaciones obstétricas, aproximadamente otras 30 sufren lesiones, infecciones y discapacidades que como mencionamos pudieron haberse evitado (ONU, 2006).

El racismo de Estado se expresa en la violación sistemática del derecho a la salud materna en sus distintas modalidades, impulsada por un patrón estructural de discriminación de género y clase que atraviesa todo el ciclo presupuestario, desde la aprobación del presupuesto público pasando por el diseño y la gestión de programas de servicios de salud, hasta alcanzar la relación entre prestadores de servicios de salud y usuarias (Gruemberg, 2016). Otros autores describen que en México la política de salud neoliberal, la fragmentación y heterogeneidad del sistema de salud, la cultura política patriarcal, marcada por una corrupción endémica y con tendencias autoritarias y clientelares configura a la MM como una violación de los derechos mencionados (Sesia, 2013: 66; Garduño y Granados, 2015; Garduño, Salinas y González de León, 2015).

Conclusiones

En Chiapas México, entre el siglo XVI y el siglo XVIII se llevó a cabo un genocidio, la víctima fue una pequeña tribu indígena de la Selva Lacandona, es imposible precisar el momento de la matanza, para el exterminio no se utilizaron las armas convencionales como la espada, el arcabuz o la hoguera, fueron armas más sofisticadas, usadas a distancia y de manera anónima como la epidemia, la deportación masiva y el encarcelamiento colectivo (De vos, 1996). En el siglo XXI, las políticas sociales se han convertido en los dispositivos

biopolíticos contemporáneos, dispositivos de poder sobre la vida de la población. Formas de exclusión vinculadas al saber-poder configuradas desde el Estado, que discriminan a las mujeres indígenas, desconocen sus saberes, las someten a inequidades en la atención y violan sistemáticamente su derecho a la salud y a la vida digna.

Después de 17 años de que el gobierno mexicano asumió los ODM, las poblaciones indígenas de México continúan presentando la mayor razón de mortalidad materna, la mayor probabilidad de morir durante el parto, la mayor proporción de muertes evitables, además de acceder a programas de atención a la salud insuficientes en los que se presentan la mayor proporción de defunciones maternas.

La perspectiva de derechos humanos pone en el centro de la problemática al Estado, lo ubica como el responsable de las muertes maternas, porque durante todos estos años no hizo lo suficiente para que estas mujeres dejaran de morir.

Visibilizar las formas de discriminación y el racismo que se conforma a partir de los servicios de salud dirigidos hacia las mujeres indígenas por parte del Estado mexicano, es denunciar la forma de gobernar sobre la vida de las mujeres indígenas, es identificar que las formas de racismo y exterminio de la colonia española cambiaron de nombre e institución. La política de salud sigue siendo definida por el racismo étnico y la clase social,

es a las mujeres indígenas a quienes mediante la racionalidad de estado, se les discrimina, se les violenta en su cotidianidad, se les va carcomiendo la vida disminuyendo su autorrealización humana y en caso de enfermar se les deja morir, junto con su lengua y cosmovisión.

Hoy existen en México 1 909 687 mujeres indígenas en edad reproductiva (INEGI, 2015), la política de sanitaria y el sistema de atención a la salud configuran una red dispositivos biopolíticos de omisión, discriminación y normalización que se expresan en fenómenos dañinos ampliamente documentados por separado como la violencia de género y la violencia obstétrica. El racismo de Estado está naturalizado, a través de mecanismos biopolíticos expone a las mujeres indígenas de manera sistemática a la enfermedad y a la muerte, las deja morir durante el embarazo y el parto, les arrebató su derecho a la salud y a la vida.

Ante éste panorama de una biopolítica negativa, que deja morir a partir de dispositivos de saber-poder vinculados a la salud, se genera una resistencia desde las mujeres y los pueblos indígenas, estrategias de subjetivación que conforman mujeres que quieren seguir siendo indígenas y parteras. El desafío contemporáneo es identificar los elementos que puede aportar la resistencia indígena y no indígena en la conformación de una biopolítica afirmativa, una biopolítica que actué en favor de la vida y de la población toda “hasta que la dignidad se haga costumbre”.

Referencias Bibliográficas

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?. *Sociológica México*. 26(73), 249-264.
- Almaguer, J. García, H y Vicente, V. (2010). La Violencia Obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. *Género y Salud en Cifras*. Septiembre-Diciembre 2010. 8 (3). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de

- violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*. 4, 1. (7). Enero a Junio.
- Arguello, H. y Mateo, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿Un conflicto del pasado?. Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos 20 años. *Revista Liminar*, Estudios Sociales y Humanísticos, 12 (2), Julio Diciembre de 2014, México. 13-29.
- Bristol, S. (2009). “La mortalidad materna en el ámbito internacional: estrategias para la renovación de un movimiento”. En: Freyermuth, G. y Sesia, P. coord., *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI*. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 23-30.
- CEDAW. (2012). *México ante la CEDAW. Observaciones finales del comité para la discriminación contra la mujer*. Disponible en http://www.hchr.org.mx/images/doc_pub/MxicoAnteLaCEDAW.pdf Consultado el 17 de Enero de 2017.
- Chávez, S., Cecatti, J., Carroli, G., Lumbiganon, P., Hogue, C., Mori, R., et al., (2015). Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. . *Pan American Journal of Public Health*, 37(4/5):20310.
- CNDH. (2016) Recomendación No. 47/2016 Sobre el caso de violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida por violencia obstétrica, En *Agravio de VI y V2 En el Hospital Rural 32 del IMSS en Ocosingo Chiapas*. México.
- CIDH. (2010) *Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. Washington, OEA. Disponible en <http://bit.ly/WXZD3I>. Consultado 1 de Septiembre de 2015.
- CONEVAL. (2016). *Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social. Consideraciones para el ejercicio presupuestario 2017*. Disponible en www.coneval.org.mx. Consultado martes 21 de Febrero de 2017
- CONEVAL. (2012) Evaluación estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010, Características que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud. Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social. México, D.F.
- Cunningham, F.G., Mac Donald, P.C, Grant, N., Leveno, K., Gilstrap, L. y Hankins, G. (2006). *Obstetricia de Williams*. México, Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- De Vos, J. (1996a). *La paz de Dios y del rey. La conquista de la Selva Lacandona (1525-1821)*. Fondo de Cultura económica. Secretaría de Educación y Cultura de Chiapas, México. Primera edición 1980.
- Deleuze, G. (2016). *Foucault*. Paidós. España.
- Díaz, D. (2012). *Implicaciones del seguro popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca*. Fundar, Centro de análisis e Investigación, A.C.
- Díaz, D., Briones, G., Moreno, S. y Briones, C. (2006). La importancia de la medicina crítica en obstetricia. *Medicina Crítica y terapia Intensiva*, Vol XX, Num. 3. Diario Oficial de la Federación. (2016). *Reglas de operación del programa IMSS-PROSPERA para el ejercicio fiscal 2017*.
- Diario Oficial de la Federación. (2016). *Ley General de Salud, Gobierno de México*.
- Eternod, M. (2012). “Metodología para calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente”, en: *Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*. 3(1), pp. 24-63.
- Fammily Care International (2003). *La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para políticas*. Fondo de las Naciones Unidas para actividades en Materia de Población.
- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad: curso en el Collège de France, 1975-1976*, Fondo de Cultura Económica. México
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France: 1978-1979* Fondo de Cultra Económica, Buenos Aires Argentina.

- Foucault, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina
- Foucault, M. (2009). *Historia de la Sexualidad. I. La voluntad del saber*. Editores Siglo XXI, Ediciones Gandhi, México
- Franco, M., Lozano, F., Villa B. y Solís, P. (2007). *La mortalidad Materna en México, Muertes evitables: Magnitud, distribución y tendencias*. México. Dirección General de Información en Salud, Secretaria de Salud.
- Freyermuth, G. (2016). Determinantes sociales en la MM en México. *Revista CONAMED*, 21 (1).
- Freyermuth, G. (2006). *Mortalidad Materna. Inequidad institucional, desigualdad entre mujeres*. México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Centro Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). Disponible en <http://sureste.ciesas.edu.mx/Investigacion/Proyectos%20especiales/Proyectos/Graciela/Mortalidad%20materna%20inequidad%20institucional.pdf>.
- Freyermuth, G. (2014). Mortalidad Materna en México. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. En: Sánchez A. *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*. Universidad Autónoma Metropolitana, Itaca. México.
- Granados, J., Tetelboin, C. y Torres, A. (2008). Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios. En ¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción. México: OPS-UAM, UNAM-FES Zaragoza-IPN.
- Gruemberg, C. (2016). Tomando en serio el sufrimiento: la mortalidad materna como una forma letal de violencia de género. En Días, D. Y Gruemberg, C. *Presupuesto público rendición de cuentas y salud materna en México*. Gedisa.
- INEGI. (2015). *Encuesta intercensal*. México. Disponible en : <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>. Consultado el 8 de Febrero de 2017.
- INEGI. (2015b). *Estadísticas de los Derechos Humanos en México desde los Organismos Públicos encargados de su protección y defensa. En números. Documentos de análisis y estadísticas*. Edición Especial. México.
- INEGI. (2016). *Sistema de información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2016*. Disponible en <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/FTEODM005000100020,27,2014,000,False,False,False,False,False,False,False,0,0,E>. Consultado el 5 de Diciembre de 2016.
- IMADR. (2011). *La Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (ICERD) y su comité (CERD)*. Una guía para actores de la sociedad Civil. Movimiento Internacional contra Todas las Formas de Discriminación y Racismo (IMADR). Disponible en http://www.ohchr.org/documents/HRBodies/CERD/ICERDManual_sp.pdf. Consultado el 2 de marzo de 2017.
- Laurell, A. C. (2014). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO-CROP. E-Book.
- Lazcano, E., Schiavon, R., Uribe, P., Walker, D., Suárez, L., Luna, R., Ulloa, A. (2013). Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública de México*, Vol. 55 Suplemento 2.
- LAVLVCH. (2013). *Ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres en el estado de Chiapas*, Periódico Oficial de la Federación.
- Mabie, W. y Baha, S. (1999). Estados Hipertensivos del embarazo. En: De Cherney A. Y Pernoll, M. *Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos*. Edición 22. 469-492
- Mac Donald, M. y Stars, M. (2003) *Family Care International, La Atención Calificada del Parto*. Un cuaderno Informativo. Disponible en: <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20policy.pdf> (Consultado el 2 de Marzo de 2014)
- Observatorio de Mortalidad Materna En México (2011),

- Numeralia 2009. *Mortalidad Materna en México*.
- Observatorio de Mortalidad Materna En México. (2012). Numeralia 2010. *Muerte Materna en México*. Indicadores 2010
- Observatorio de Mortalidad Materna En México. (2013). Numeralia 2011. Indicadores 2011, Mortalidad Materna en México.
- Observatorio de Mortalidad Materna En México. (2014). Numeralia 2012. Indicadores 2013, Mortalidad Materna en México.
- Observatorio de Mortalidad Materna En México. (2015). Numeralia 2013. Indicadores 2013, Mortalidad Materna en México.
- Observatorio de Mortalidad Materna En México. (2014). *Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe de Avances 2013*. Situación Estatal y Municipal de los avances en los indicadores ODM para Chiapas.
- OMS. (1978). Publicación en offset; no 39. *Método de atención sanitaria de la madre y el niño basado en el concepto de riesgo: una estrategia de gestión para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud de la madre y el niño y de planificación familiar, basada en la medición del riesgo individual y colectivo*.
- OMS. (2008). *Mortalidad Materna en 2005*. Estimaciones elaboradas por la OMS, UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial.
- OMS. (2014). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2013 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division*.
- ONU. (2000). *Cumbre del Milenio, Objetivos de Desarrollo del Milenio*, NY.
- ONU. (1967). *Declaración sobre la raza y los prejuicios raciales*, Paris.
- ONU. (2006). *Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*.
- ONU. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe Naciones Unidas*, Nueva York.
- ONU. (2015a). *Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, mortalidad y morbilidad materna*. Disponible en Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado. <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Women/WRGS/Pages/HealthRights.aspx> Consultado el 2 de marzo de 2017.
- ONU. (2008). *Género y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Marzo de 2008, Día Internacional de la Mujer. Mortalidad materna, género y desarrollo. Grupo Interagencial de Género del Sistema de las Naciones Unidas en México.
- PNUD. (2015). *Objetivo de desarrollo del Milenio: Avances en México*. <http://200.23.8.225/odm/Doctos/InfMex2015.pdf> (Consultado 9 de Febrero)
- Programa Nacional de Desarrollo Social 2014-2018. (2014). *Diario Oficial de la Federación, México*.
- Sesia, P. (2006). *Artículo presentado en una versión preliminar en el XXVIII Congreso de Americanística*, que se llevó a cabo en Mérida, Yucatán, México. Consultado el 1 de septiembre de 2015, Disponible en: http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/Mujeres_indigenas_que_mueren_en_la_maternidad_Dra._Paola_Sesia.doc.pdf
- SINAVE/DGE/SALUD (2012). *Perfil epidemiológico de los Municipios indígenas en México*.
- SSA. (1995). *Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*.
- SSA. (2016). *Norma oficial mexicana NOM007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*.
- SSA. (2007). *Programa Nacional de salud 2007-2012. Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una mejor salud*. México.
- Starrs, A. (1987). *La prevención de la Tragedia de las Muertes Maternas. Informe sobre la conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo*. Nairobi: Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para actividades en Materia de Población UNFPA.
- UNFPA. (2004). *Mortalidad Materna- Actualización 2004. El parto en Buenas manos*. Disponible en http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mmupdate05_spa.pdf Consultado 16 de Enero de 2017.