



Instituto

Mora

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA**

“Reproducción, poder y desarrollo. La cooperación internacional
en salud materna y sus efectos sobre la violencia obstétrica en
México, 1985-2021”

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL
PARA EL DESARROLLO**

P R E S E N T A :

MARIANGEL GARCÍA FLORES

Directora: Dra. Alicia Márquez Murrieta

Ciudad de México

febrero de 2025.

*Esta Investigación fue realizada gracias al apoyo del
Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías*





Instituto

Mora



*A las mujeres que, palabra por
palabra, parieron el mundo.*

*A mis abuelas, Dolores Rojo y
María Luz Madrid.*





Instituto

Mora



Agradecimientos

Esta tesis no existiría sin el acompañamiento incondicional que recibí mucho antes de siquiera imaginar la pregunta de investigación que le dio sentido. A todas aquellas instituciones y personas que me sostuvieron en este camino –con palabras de aliento, con tiempo, con paciencia, con recursos, con su compañía– quiero expresarles mi más sincero agradecimiento.

Agradezco en primer lugar al Instituto Mora y al Conahcyt. Al primero, por brindarme el espacio y las herramientas para que creyera en mí, por ayudarme a reencontrarme con mi curiosidad y con mi pasión por la investigación. Al segundo, por hacer posible este proyecto, sin cuyo respaldo habría resultado casi imposible siquiera imaginar. Gracias a quienes han defendido y defienden el derecho a la educación pública y gratuita: gracias por abrir camino para que generaciones de estudiantes como yo podamos acceder a una formación que amplía horizontes, libera conciencias y transforma vidas.

Gracias a la Coordinación de la Maestría en Cooperación Internacional para el Desarrollo (MCID). A la Mtra. Blanca y al Lic. Shamir, por estar siempre presentes cuando necesité su apoyo. También agradezco a las coordinaciones académicas del Doctorado en Historia y del Doctorado en Estudios del Desarrollo por permitirme participar en un par de sus asignaturas, ya fuera como estudiante o como oyente. Tales oportunidades influyeron profundamente en la construcción teórica y metodológica de esta investigación.

A la Dra. Alicia Márquez, porque en la academia pocas personas combinan con tanta generosidad el rigor y la calidez. Gracias por las conversaciones, por el café veracruzano, por los ánimos, por la paciencia, por los jalones de oreja cariñosos, por el apoyo incondicional. Por darme libertad para explorar mis interminables intereses y por guiarme en esa búsqueda con orientación lúcida y alentadora. Por leerme con detenimiento y enseñarme el significado de la excelencia científica. Sobre todo, gracias por darme claridad en los momentos de duda y por entenderme mejor de lo que yo misma lo hacía. No pude tener una mejor directora de tesis. En ese sentido, también agradezco al Comité Académico de la MCID por permitirme solicitar tu dirección, pero, más que nada, gracias a ti por aceptar acompañarme en este recorrido aun sin conocerme.

A mis sinodales, la Dra. Itzel Mayans y la Dra. Valeria Valle. A Itzel, por la docencia feminista, por las observaciones precisas, por identificar con gentil agudeza mis lagunas

argumentativas y mis vaguedades. Gracias por las preguntas que iluminaron caminos, por no permitir que me perdiera en los terrenos pantanosos del más cínico relativismo científico, por hacer del aula un espacio seguro y estimulante. Por ser, a la vez, mentora y amiga. A Valeria, por su lectura detallada y comprensiva, por sus comentarios certeros que me ayudaron a aterrizar ideas abstractas en ejemplos concretos. Gracias a ambas por su generosidad y por ser faros en este recorrido.

A las y los profesores que me acompañaron en mi paso por el Instituto Mora. En especial, por su influencia en la formación de este trabajo, agradezco a la Mtra. Citlali Ayala, al Dr. Juan Carlos Domínguez, al Dr. Rodrigo Laguarda, a la Dra. Sandra Kanety Zavaleta y al Mtro. Sergio Vázquez. Gracias por compartir su conocimiento y por ampliar mis perspectivas tanto en la teoría cuanto en la práctica. Todas y todos ustedes son excelentes docentes. Sus enseñanzas están en estas páginas.

También quiero extender mi gratitud a quienes participaron como informantes en esta investigación, por compartir generosamente sus experiencias y sus perspectivas sobre mi objeto de estudio. Gracias por mantenerse firmes en su labor. Al Fondo de Población de las Naciones Unidas, por abrirme las puertas durante mis prácticas profesionales.

A mis compañeras del seminario de género: Brenda, Indra y Pao. Gracias por la sororidad, las reflexiones, las enseñanzas, los comentarios, las recomendaciones y la inspiración. Este proceso habría sido muy diferente sin ustedes. Mi infinita gratitud siempre. A mis compañeras de la generación XI de la MCID, por la complicidad, la solidaridad y las risas. Las admiro a todas profundamente.

A mi familia. A mi padre, por inculcarme el valor de las ideas, la lectura y la educación. Por nunca negarme un libro o un taller, por la exigencia académica. Te quiero muchísimo. A mi madre, por intentar enseñarme resiliencia y equilibrio, por escucharme y ayudarme a mantener los pies sobre la tierra en mis momentos de intensidad. Eres mi refugio. Te adoro.

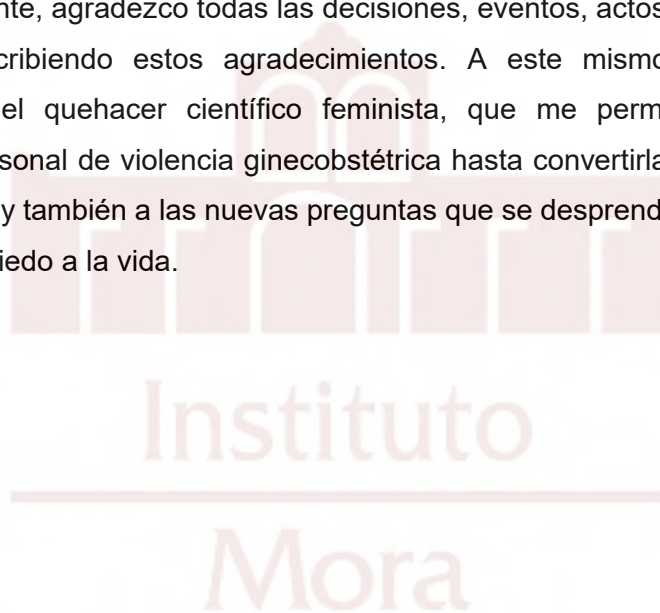
A mis dos hermanos. A Balta, por seguir de cerca este proceso, por nuestras conversaciones sobre tu práctica como médico, por tu disposición a escuchar mis reflexiones, por ayudarme a comprender mejor tu campo. A Alex, por enseñarme desde pequeña la importancia de la solidaridad y la empatía, por sembrar en mí el interés por la justicia social, por impulsarme a imaginar y trabajar por un mundo en el que quepamos todos y todas. No imagino mi vida sin ustedes.



A Brian, por ser no solo mi mayor sostén, sino también mi sinodal número cuatro: después de Alicia, nadie escuchó más sobre esta investigación que tú. Gracias por sacarme de mi cueva cuando era necesario y por arrastrarme al parque a caminar. Gracias por quererme incluso en los momentos en los que yo no me quería.

A todas las amigas, amigos, tías, tíos, primas y primos que, desde esta ciudad y desde el norte del país, me animaron y se interesaron por esta investigación. Gracias por escuchar mis dudas, mis ansiedades, mis tropiezos, pero también mis alegrías cuando descubría un dato que me emocionaba o cuando aprendía algo nuevo. Gracias a todas y todos los que estuvieron presentes. Gracias a quienes ya no están, pero que siempre me acompañan.

Finalmente, agradezco todas las decisiones, eventos, actos y casualidades que me tienen hoy escribiendo estos agradecimientos. A este mismo proyecto y al poder emancipador del quehacer científico feminista, que me permitieron resignificar una experiencia personal de violencia ginecobstétrica hasta convertirla en algo con sentido. A las respuestas, y también a las nuevas preguntas que se desprenden de ellas. Cada vez le tengo menos miedo a la vida.



Índice

Agradecimientos.....	V
Índice	VIII
Resumen.....	XII
Abstract	XII
Lista de figuras	XIII
Lista de abreviaturas	XVII
Nota a la lectora	XXI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. Poder, violencia y hegemonía en el desarrollo: hacia un marco de interpretación feminista sobre las causas internacionales de la violencia obstétrica.....	10
1.1. Violencia obstétrica y desarrollo internacional.....	11
1.1.1. <i>Violencia obstétrica: un concepto en disputa</i>	11
1.1.2. <i>Dimensión histórica-contextual de los enfoques desarrollistas sobre las mujeres...</i>	18
1.2. El poder: una categoría central para el análisis de la violencia obstétrica y el desarrollo internacional	22
1.2.1. <i>Entre el biopoder y la biopolítica</i>	22
1.2.2. <i>Lo contingente y lo hegemónico en el discurso desarrollista de la salud materna...</i>	26
1.2.3. <i>Hegemonía, poder y subalternidad</i>	31
1.3. Sobre los fundamentos feministas de esta investigación: debates epistemológicos y algunas otras categorías analíticas.....	36
1.3.1. <i>Género, violencia simbólica y habitus desarrollista: una aproximación teórica</i>	37
1.3.2. <i>Métodos y ciencia: coordenadas para la investigación desde las epistemologías feministas</i>	61

CAPÍTULO 2. La Agenda Internacional de Salud Materna (AISM) como dispositivo foucaultiano: elementos clave	79
2.1. Definiciones y conceptos adyacentes	80
2.2. Indicadores más relevantes	83
2.3. Causas, estrategias y recomendaciones	91
2.4. Actores centrales y modalidades de cooperación	100
2.5. Financiamiento	104
CAPÍTULO 3. Antecedentes históricos y relaciones de poder: discurso, colonización y políticas de población (1945-1979)	144
3.1. Los inicios de la cooperación internacional para el desarrollo y la AISM	145
3.2. 1974: El Año Mundial de la Población	157
3.2.1. <i>Tercera Conferencia Mundial sobre Población (Bucarest, 1974)</i>	158
3.2.2. <i>El Informe Kissinger</i>	160
3.2.3. <i>Número de enero de 1974 de la revista World Health de la OMS</i>	163
3.3. Finales de la década de 1970: la Atención Primaria de Salud y la CEDAW	176
3.3.1. <i>Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, 1978)</i>	177
3.3.2. <i>Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979)</i>	185
CAPÍTULO 4. La dimensión contextual de los discursos desarrollistas en torno a la salud materna: hegemonía, fisuras y sedimentos (1985-2015)	188
4.1. La década de 1980: la medición y la mortalidad materna como prioridades de la AISM	191
4.1.1. <i>Tercera Conferencia Internacional de las Mujeres (Nairobi, 1985)</i>	191
4.1.2. <i>Conferencia Internacional para una Maternidad sin Riesgos (Nairobi, 1987)</i>	204
4.2. La década de 1990: reevaluación de las estrategias emprendidas	223
4.2.1. <i>Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)</i>	223



4.2.2. <i>Décimo aniversario del Grupo Inter-agencial para un Maternidad sin Riesgo (Colombo, 1997-1998)</i>	241
4.3. El inicio del nuevo milenio y la construcción de las grandes agendas de desarrollo: un análisis panorámico de los Objetivos del Milenio (ODM) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	247
4.3.1. <i>La Declaración y los Objetivos del Milenio (2000-2015)</i>	247
4.3.2. <i>Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente (2016-2030)</i>	252
CAPÍTULO 5. Permeabilidad, interpretación e implementación: un análisis exploratorio sobre la asimilación de la AISM en la política pública mexicana de salud materna (PPSM)	262
5.1. Metodología del capítulo	263
5.2. Actores clave y financiamiento	266
5.3. Interpretaciones, imaginarios y tecnologías de gobernanza	278
5.3.1. <i>Muerte materna e imaginarios de desarrollo</i>	280
5.3.2. <i>El rol de los indicadores y de lo internacional</i>	299
5.3.2.1. <i>Influencia programática</i>	300
5.3.2.2. <i>Influencia operativa</i>	308
5.4. Sobre la implementación de la PPSM y los mecanismos tradicionales de difusión normativa	314
5.4.1. <i>Emulación, socialización y relaciones</i>	320
5.4.2. <i>Aprendizaje</i>	332
CAPÍTULO 6. Hacia la cuantificación de los efectos: un análisis ecológico de la influencia de la lógica desarrollista sobre la violencia obstétrica y la muerte materna en México	345
6.1. Panorama territorial e interseccional de la muerte materna y la violencia obstétrica en México (2016-2021)	347

6.1.1. Muerte materna.....	347
6.1.2. Violencia obstétrica.....	358
6.2. Correlaciones entre los principales indicadores de la AISM y la violencia obstétrica en México (2016-2021).....	373
6.2.1. Metodología.....	375
6.2.2. Resultados.....	384
6.2.2.1. Correlaciones entre Razón de Muerte Materna (RMM) y los principales indicadores de la AISM.....	386
6.2.2.2. Correlaciones entre el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidentes de violencia obstétrica (PVO) y los principales indicadores de la AISM.....	391
6.2.3. Discusión de resultados.....	396
CONCLUSIONES FINALES.....	407
Referencias.....	429
Anexos.....	457
I. Base de datos de tipo de relación del país receptor con su principal donante.....	457
II. Base de datos para el cálculo del porcentaje de partos atendidos por personal médico (PPAM).....	461
III. Base de datos para el cálculo de la proporción de partos institucionalizados (PPI) ...	466
IV. Base de datos para el cálculo de correlaciones entre RMM, VO, PPI, PPAPM, APN y PNCPN (2016-2021, nivel de desagregación estatal).....	471
V. Banco de preguntas de las entrevistas semiestructuradas.....	472
VI. Formato de consentimiento informado dirigido a informantes.....	474



Resumen

Este estudio analiza la relación entre la cooperación internacional para el desarrollo (CID) en salud materna y la violencia obstétrica en México. Mediante un enfoque teórico-metodológico mixto, que combina teoría feminista posdesarrollista, análisis discursivo foucaultiano, uso de entrevistas semi-estructuradas y estadística inferencial, se examinan los efectos no intencionados de las recomendaciones promovidas por la CID en el embarazo y el parto. Los hallazgos muestran que, si bien estas intervenciones se correlacionan con menores Razones de Muerte Materna, también han consolidado un modelo de atención obstétrica que legitima prácticas coercitivas y de control sobre los cuerpos feminizados. Se identifican mecanismos mediante los cuales los discursos internacionales sobre salud materna influyen en los marcos de acción nacionales, así como correlaciones estadísticamente significativas entre la intensificación de la medicalización y el aumento de la violencia obstétrica en el caso de estudio. Estos resultados evidencian la necesidad de reformular los indicadores de éxito en salud materna para priorizar el respeto a los derechos reproductivos.

Abstract

This study analyzes the relationship between international development cooperation (IDC) in maternal health and obstetric violence in Mexico. Using a mixed theoretical-methodological approach that combines post-development feminist theory, Foucauldian discourse analysis, and inferential statistics, it examines the unintended effects of IDC-promoted recommendations on pregnancy and childbirth. The findings show that, while these interventions correlate with lower maternal mortality ratios, they have also reinforced an obstetric care model that legitimizes coercive and controlling practices over feminized bodies. Mechanisms are identified through which international maternal health discourses influence national policy frameworks, as well as statistically significant correlations between the intensification of medicalization and the increase in obstetric violence in the case study. These results highlight the need to reform maternal health success indicators to prioritize respect for reproductive rights.

Lista de figuras

I. Gráficas

Capítulo 2.

Gráfica 2.1. Distribución del financiamiento internacional a SRMNI (2002-2019, millones de USD).

Gráfica 2.2. Tendencia del financiamiento internacional a la SRMNI (2002-2019, millones de USD).

Gráfica 2.3. Evolución de la distribución del financiamiento internacional de los EE.UU. en SRMNI (2002-2019).

Gráfica 2.4. Distribución de los desembolsos en SRMNI de los principales donantes (2002-2019).

Gráfica 2.5. Distribución del financiamiento total en SRMNI por tipo de donante (2002-2019).

Gráfica 2.6. Distribución del financiamiento de los principales donantes no estatales en el campo de la SRMNI (2002-2019).

Gráfica 2.7. Donaciones de países miembros del CAD a las principales organizaciones multilaterales de la SRMNI (millones de USD, 2012-2022).

Gráfica 2.8. Principales donantes de las agencias del SNU que trabajan con la agenda de SRMNI (2012-2022).

Gráfica 2.9. Distribución del financiamiento internacional en SRMNI según la renta del receptor de acuerdo a la clasificación del Banco Mundial (2002-2019).

Gráfica 2.10. Dispersión y correlación entre el financiamiento internacional a la SMN y la Razón de Muerte Materna (RMM) durante el periodo de aplicación de los ODM (2002-2014) por país receptor.

Gráfica 2.11. Dispersión y correlación entre el financiamiento internacional a la SMN y la Razón de Muerte Materna (RMM) durante un primer periodo parcial de aplicación de los ODS (2015-2019) por país receptor.

Capítulo 5.

Gráfica 5.1. Evolución de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) como porcentaje de la Renta Nacional Bruta (RNB) y el gasto público federal. México, promedio por lustro, 1960-2019.

Capítulo 6.

Gráfica 6.1. Evolución de la Razón de Muerte Materna (RMM) en México y el mundo. Estimados nacionales y del Banco Mundial (BM), 1990-2020.

Gráfica 6.2. Correlación entre Razón de Muerte Materna (RMM) y porcentaje de partos atendidos por personal médico (PPAPM), 2016-2021.

Gráfica 6.3. Correlación entre Razón de Muerte Materna (RMM) y proporción de partos institucionalizados (PPI), 2016-2021.

Gráfica 6.4. Correlación entre Razón de Muerte Materna (RMM) y el porcentaje de acceso a atención prenatal (APN), 2016-2021.

Gráfica 6.5. Correlación entre Razón de Muerte Materna (RMM) y promedio de número de consultas prenatales (PNCPN), 2016-2021.

Gráfica 6.6. Correlación entre la razón de muerte materna (RMM) y el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidentes de violencia obstétrica (PVO), 2016-2021.

Gráfica 6.7. Correlación entre el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidentes de violencia obstétrica (PVO) y el porcentaje de acceso a atención prenatal (APN), 2016-2021.

Gráfica 6.8. Correlación entre el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidentes de violencia obstétrica (PVO) y el promedio de número de consultas prenatales (PNCPN), 2016-2021.

II. Mapas

Capítulo 2.

Mapa 2.1. Principales donantes internacionales en SRMNI y sus contribuciones (2002-2019, millones de USD).

Mapa 2.2. Flujos acumulados de AOD bilateral en Salud Materna y Neonatal mayores a un millón de USD (2015-2019).

Mapa 2.3. Distribución del financiamiento internacional en el área de la SRMNI por país receptor (2002-2019, millones de USD).

Mapa 2.4. Tipo de relación histórica entre receptor y principal donante acumulado en materia de SRMNI (2002-2019).

Capítulo 6.

Mapa 6.1. Razón de Muerte Materna (RMM) promediada. Entidades federativas, 2016-2021.

Mapa 6.2. Razón de Muerte Materna (RMM) promediada. Municipios, 2016-2021.

Mapa 6.3. Incorporación de la violencia obstétrica al marco normativo. Entidades federativas, 2024.

Mapa 6.4. Prevalencia de casos de violencia obstétrica. Entidades federativas, 2016-2021.

III. Tablas

Capítulo 2.

Tabla 2.1. Distribución del financiamiento internacional en SRMNI de los principales donantes bilaterales (millones de USD, 2002-2019).

Tabla 2.2. Frecuencias del tipo de relación histórica entre país receptor y principal donante bilateral acumulado en SRMNI (2002-2019).

Capítulo 4.

Tabla 4.1. Indicadores de las metas relativas a salud materna en el marco de los ODS.

Tabla 4.2. Recomendaciones en materia de salud materna de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente (2016-2030).

Capítulo 5.

Tabla 5.1. Características de las informantes.

Tabla 5.2. Principales donantes internacionales de México en SRMNI (2002-2019).

Capítulo 6.

Tabla 6.1. Razón de Muerte Materna (RMM) promedio por grado de marginación. Municipios, 2016-2021.

Tabla 6.2. Razón de muerte materna (RMM) acumulada y ajustada por grupo (por cada 100,000 nacidos vivos). México, 2016-2021.

Tabla 6.3. Tasa de Mortalidad Materna (TMM) ajustada por subgrupo de mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años). México, 2020.

Tabla 6.4. Prevalencia de incidentes de violencia obstétrica desagregada por subgrupo poblacional, 2016-2021.

Tabla 6.5. Número promedio de manifestaciones de violencia obstétrica experimentadas por subgrupo poblacional, 2016-2021.

Tabla 6.6. Prevalencia de diferentes expresiones de violencia dirigida a gestantes que reportaron experimentar violencia obstétrica durante su último parto, 2016-2021.

Tabla 6.7. Prevalencia de las diferentes expresiones de violencia obstétrica según condición de pertenencia indígena, 2016-2021.

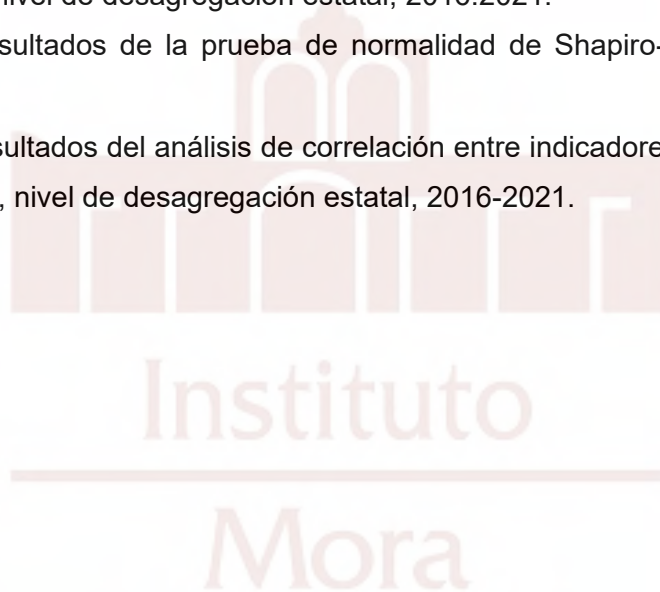
Tabla 6.8. Prevalencia de las diferentes expresiones de violencia obstétrica según condición de limitación o discapacidad, 2016-2021.

Tabla 6.9. Prevalencia de partos con incidentes de violencia obstétrica según lugar de atención, 2016-2021.

Tabla 6.10. Estadísticas descriptivas de la PVO, la RMM y otros indicadores clave de la AISM. México, nivel de desagregación estatal, 2016-2021.

Tabla 6.11. Resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para las variables analizadas.

Tabla 6.12. Resultados del análisis de correlación entre indicadores de la AISM, la RMM y la PVO. México, nivel de desagregación estatal, 2016-2021.



Lista de abreviaturas

ADF	Fondo Africano de Desarrollo
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AGNU	Asamblea General de las Naciones Unidas
AISM	Agenda Internacional de Salud Materna
AMEXCID	Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APF	Administración Pública Federal
APN	Atención prenatal
APS	Atención Primaria de Salud
APS-S	Atención Primaria de Salud Selectiva
BAoD	Banco Asiático de Desarrollo
BID	Banco Inter-Americano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CAMI	Casa de la Mujer Indígena y Afromexicana
CEB	Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CID	Cooperación Internacional para el Desarrollo
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CRS	Creditor Report System
DIU	Dispositivo Intrauterino
DGRI-SSA	Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
ECOSOC	Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENDIREH	Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
G20	Grupo de los Veinte

GAVI	Alianza para la Vacunación
GFATM	Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
GOBI	Crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna, inmunización
GXD	Género y Desarrollo
IAG	Grupo Interangencial para una Maternidad sin Riesgos
IDA	Asociación Internacional de Fomento
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IED	Inversión Extranjera Directa
IMCI	Manejo Integrado de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
IMF/FMI	Fondo Monetario Internacional
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
LGP	Ley General de Población
MED	Mujeres en el Desarrollo
MYD	Mujeres y Desarrollo
NOM	Norma Oficial Mexicana
UE	Unión Europea
UNDS	Sistema de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNRWA	Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Oriente Próximo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OHCHR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PMNCH	Alianza por la Salud Materna, Neonatal e Infantil
PNCPN	Promedio de número de consultas prenatales
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PPAPM	Porcentaje de partos atendidos por médicos
PPI	Proporción de partos institucionalizados
PPSM	Política Pública de Salud Materna
PROCID	Programa de Cooperación Internacional para el Desarrollo
PVO	Proporción de partos con incidentes de violencia obstétrica
RMM	Razón de Muerte Materna
RNB	Renta Nacional Bruta
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIODS	Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de México
SMI	Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos
SMN	Salud Materna y Neonatal
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNU	Sistema de Naciones Unidas
SPI	Índice de Progreso Social
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
SSA	Secretaría de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SRMNI	Salud Reproductiva, Materna, Neonatal e Infantil
TLCAN	Tratado de Libre Comercio de América del Norte
TMM	Tasa de mortalidad materna
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
UE	Unión Europea

USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USD	Dólares americanos
VCMN	Violencia contra las mujeres y las niñas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VO	Violencia obstétrica



Nota a la lectora

Escribí esta tesis en primera persona del singular con plena conciencia de lo que ello implicaba. En un esfuerzo por conciliar diversas posturas dentro de las epistemologías feministas, y, sobre todo, por rigor metodológico, consideré fundamental hacer explícita mi participación en esta investigación como sujeto cognoscente. Es por ello que nunca pretendí ocultar mi relación inseparable con mi objeto cognoscible. Por el contrario, mi intención fue hacer visible el punto desde el cual formulé mis preguntas, construí mis marcos interpretativos, recolecté y analicé la evidencia empírica, y enuncié mis conclusiones. Esto bajo el entendimiento de que todo conocimiento sobre el mundo social es necesariamente situado.

Realicé esta operación de develamiento sin considerar de ninguna manera que mi posición de mujer joven y situada en medio de las tensiones entre el sur global y el orden occidental me otorgara alguna clase de privilegio epistémico para analizar mi objeto de investigación frente a sujetos situados en otras latitudes –como pudiera afirmar la teoría del punto de vista más ortodoxa. Sin embargo, sí razoné que la transparencia que otorga el uso de la primera persona del singular permitiría a la lectora interpretar de manera más precisa el desarrollo y contenido de esta investigación y, por tanto, facilitaría una lectura crítica más informada de la misma. Todo ello bajo la premisa de que la objetividad se fortalece en el intercambio abierto, crítico y plural que se da entre la diversidad de las subjetividades.

En aras de hacer igualmente transparentes otros elementos de esta tesis, considero relevante precisar brevemente otros aspectos de su constitución. Al respecto, hago del conocimiento de la lectora que todas las traducciones al español de las obras citadas en inglés y francés son de mi autoría, salvo cuando indique lo contrario. Los énfasis en las citas textuales son míos cuando así se especifica en las notas al pie, y todas las gráficas, mapas y tablas presentados en esta tesis son exclusivamente de elaboración propia.

Procesé las bases de datos que utilizo en mis análisis estadísticos con RStudio y éstas se encuentran disponibles en los anexos. Esto último con excepción de los datos de Pitt & Bath (2021), los cuales pueden consultarse en el repositorio digital de The London School of Hygiene & Tropical Medicine. Finalmente, todas las personas que participaron como informantes en esta investigación dieron su consentimiento por escrito. Al tratarse de funcionarias dentro del aparato estatal y de la cooperación internacional, he optado por utilizar seudónimos para resguardar su identidad.





Instituto

Mora



Viviendo en los depósitos de tierra de nuestra historia

Hoy una retroexcavadora sacó a la luz del interior de una falda de tierra
[desmoronada

una botella ámbar perfecta un remedio
centenario para la fiebre o la melancolía un tónico
para vivir en esta tierra

Adrienne Rich

[Traducción de Patricia Gonzalo de Jesús]



Instituto

Mora



Introducción

La salud materna es un componente central del bienestar de las poblaciones. Tanto en el norte cuanto en el sur global, la salud materna enfrenta numerosos desafíos que reflejan inequidades en el acceso y la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, la muerte materna es una problemática que afecta de forma diferenciada al sur global. De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020, alrededor de 287,000 mujeres murieron durante el embarazo o el parto (OMS, 2023). De estas muertes, un 95% sucedieron en países de renta baja y media-baja (OMS, 2023). La inequidad norte-sur, cristalizada en estas cifras, subraya la necesidad de intervenciones urgentes tanto desde el plano nacional cuanto desde la Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID).

La CID ha desempeñado desde mediados de la década de 1940 un papel fundamental en el avance de la agenda de salud materna en el mundo. Diversos actores internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial (BM) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) han contribuido a la mejora de los indicadores de salud materna mediante la formulación de iniciativas, la transferencia de recursos técnicos y financieros, y la creación y diseminación de conocimiento en esta temática.

En la década de 1980, la CID en salud materna experimentó un giro discursivo trascendental al sacar de los márgenes de su agenda al fenómeno de la muerte materna y transformarla en una problemática de primer orden en el marco del desarrollo de las naciones. Con ello, desde este campo se negociaron y promovieron modelos de atención a la salud materna basados en la estandarización

de las mediciones, la medicalización del embarazo y el parto, y la homogenización de las intervenciones en una escala global. Estas estrategias, diseñadas con la intención de reducir los riesgos obstétricos, fueron asumidas, de forma general, como soluciones indiscutibles dentro del paradigma del desarrollo.

Así, las soluciones esbozadas por la CID en salud materna se materializaron en proyectos de cooperación internacional, en marcos normativos nacionales y en políticas públicas estatales que intentaron traducir este discurso para incorporarlo en las prácticas locales de atención a la salud materna. El punto final en el que se asentaron los resultados de dichos procesos de formulación discursiva, interpretación-traducción y aplicación práctica fue, naturalmente, el cuerpo gestante, ese Otro-cuerpo-feminizado.

A pesar de lo extendido de la aceptación de las metas y las soluciones que emanaban de la CID en salud materna en cuanto horizonte civilizatorio, conforme avanzaba en esta investigación, surgió una pregunta secundaria, que, con cada paso que daba, comenzó a ocupar cada vez más espacio hasta llegar a abarcarlo todo. No era una duda que surgiera de la desconfianza inmediata ni de una postura escéptica inicial. Por el contrario, fue el mismo recorrido analítico el que me llevó a detenerme en los efectos menos evidentes de estas estrategias: ¿y si las soluciones emprendidas y los discursos pronunciados, además de mejorar el desempeño en algunos indicadores, hubieran consolidado, en una suerte de paradoja desafortunada, formas de regulación sobre los cuerpos feminizados asociados a la prevalencia, tan extendida, de violencia obstétrica en el mundo en desarrollo?

Esa inquietud se convirtió en el punto de partida de esta tesis: la sospecha de que las intervenciones de la cooperación internacional en salud materna, lejos de operar únicamente como mecanismos de asistencia y desarrollo, también han participado en el fortalecimiento de un régimen de atención que, en algunos casos, ha legitimado prácticas coercitivas, intervenciones innecesarias y un modelo de control violento sobre los cuerpos gestantes. Mi intención, desde luego, no es negar los avances logrados en la reducción de la mortalidad materna, sino, más bien, examinar las tensiones y contradicciones que emergen cuando las metas globales



se territorializan y se traducen en políticas nacionales y en prácticas cotidianas de atención a la salud materna.

Este cuestionamiento no surgió de manera inmediata. Durante mis primeros acercamientos a la cooperación internacional, mi perspectiva era profundamente distinta. Como internacionalista formada en los marcos tradicionales de mi disciplina, abracé sin reservas los principios del desarrollo y la ayuda internacional. Mi primer contacto con la cooperación internacional fue como burócrata en una entidad federativa periférica del norte de México, donde observé de primera mano el funcionamiento de este campo de mi disciplina y creí, sin demasiadas dudas y de forma maniquea, en su capacidad transformadora.

El primer protocolo de esta investigación reflejaba esa visión. En un inicio, mi intención era analizar las relaciones entre la violencia obstétrica y los modelos de atención intercultural a la salud en el sur de México, explorando el papel de la cooperación internacional como un agente que podría mejorar estos modelos y reducir la violencia obstétrica. Sin embargo, conforme avancé en mi formación académica y profundicé en la teoría posdesarrollista, comencé a descubrir investigaciones que analizaban empíricamente los efectos paradójicos del desarrollo en comunidades marginalizadas. Estos estudios no solo señalaban las limitaciones de las estrategias e intervenciones internacionales de desarrollo, sino que evidenciaban cómo ciertos programas, en lugar de erradicar la violencia, la pobreza o la enfermedad, podían, paradójicamente, profundizarlas.

Fue entonces cuando la pregunta central de esta investigación comenzó a transformarse. En lugar de analizar cómo la cooperación podía contribuir a la erradicación de la violencia obstétrica, empecé a preguntarme si, en realidad, podría estar, más bien, desempeñando de forma indirecta un papel en su reproducción. Esta nueva perspectiva implicaba cuestionar no solo las prácticas de la cooperación, sino también los marcos teóricos con los que hasta entonces había operado mi análisis.

De manera inesperada, este proceso me llevó a revisar experiencias personales que sucedieron una década atrás, pero que, hasta ese momento, no

había vinculado con esta violencia específica. Se trataba, en particular, de una hospitalización dentro de los servicios de ginecología de un hospital público de tercer nivel de la Ciudad de México durante poco más de una semana a razón de un diagnóstico erróneo –fue hasta después de varios días que se llegó a la conclusión de que mi caso correspondía, más bien, al área de nefrología.

La experiencia en cuestión fue, por diversas razones, sumamente deshumanizante, pero me permitió, a su vez, observar de primera mano el funcionamiento de una muy particular lógica burocrática y sexista al interior de los servicios de atención ginecológica. A pesar de ello, no fue hasta que comencé a estudiar con seriedad las múltiples manifestaciones y causas de la violencia ginecobstétrica, que comprendí que lo que viví no fue un episodio aislado ni una simple negligencia, sino la expresión de un fenómeno generalizado que afecta a miles de mujeres y personas gestantes en el mundo.

De esta manera, a medida que avanzaba en el análisis, las categorías de desarrollo, poder y violencia comenzaron a articularse en un entramado más complejo. La relación entre modernidad y violencia obstétrica dejó de ser una cuestión anecdótica o accidental y se reveló como una problemática de orden macroestructural. En este proceso, resultó fundamental el diálogo con la teoría feminista, la perspectiva posdesarrollista y los enfoques críticos del poder, pues estas herramientas me permitieron agudizar la mirada y situar el problema en una red más amplia de relaciones históricas, simbólicas y materiales entre sujetos dominantes y sujetos dominados.

Como resultado, comencé a observar que la elección de los criterios de intervención y la implementación de los programas de salud materna desde los encuadres de la CID no estaban exentas de las contradicciones que otras investigadoras habían identificado antes que yo en otros campos del desarrollo. Así, detecté que, al colocar al centro de la agenda la reducción de la Razón de Muerte Materna (RMM), y ligar discursivamente el desempeño de este indicador con ideas sobre el nivel de desarrollo de las naciones, la CID en salud materna ha dado lugar a ciertas tendencias que han logrado controlar la incidencia de muerte materna,

pero, inesperadamente, a costa del fortalecimiento de un régimen de atención que con frecuencia atenta contra el bienestar más integral de las gestantes.

Con dichas tendencias me refiero en específico a la sobremedicalización del embarazo, el parto y el puerperio, por un lado, y a la introducción de nociones de riesgo y desarrollo que justifican tales intervenciones, por el otro. Al respecto, considero que ambos procesos han contribuido, por la vía de la traducción de lo internacional hacia lo nacional, a la incidencia de la violencia obstétrica en el territorio mexicano. En concreto esta violencia agrupa “un conjunto de prácticas que degradan, intimidan y oprimen a las mujeres, adolescentes y niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y de manera más intensa en el periodo del embarazo, parto y posparto” (Márquez Murrieta, 2022, pp. 27-28).

Ahora bien, dado que las realidades sociales no son mono-causales, la territorialización de lo que entiendo como Agenda Internacional de Salud Materna (AISM) no es, por supuesto, la única explicación al origen y permanencia de estas prácticas nocivas, como ya han revelado otras líneas de investigación (Castro & Frías, 2022; Cohen Shabot, 2015; Edward & Kibanda, 2022; Van der Waal, Horn & Chadwick, 2022). Sin embargo, me parece que el estudio de los posibles efectos adversos de la AISM sobre los cuerpos gestantes es sumamente relevante porque, al poner el foco en lo internacional, nos permite dilucidar otro conjunto de mecanismos que, en diálogo con aquellos tradicionalmente más estudiados, contribuyen a la incidencia y permanencia de la violencia obstétrica en nuestros territorios.

Como señalaba, esta tesis respondió a estos razonamientos y, en consecuencia, se preguntó de qué manera la CID en salud materna incide en la prevalencia de dicha violencia en México. De forma secundaria, el análisis se enfocó en (1) cómo las recomendaciones y el indicador de mortalidad materna dentro de las agendas internacionales de desarrollo, en diálogo con estructuras locales, influyen en la generación y permanencia de la violencia obstétrica; (2) de qué manera la CID en salud materna ha exportado nociones de riesgo y medicalización en el eje de las relaciones globales de dominación norte-sur; (3) de qué forma estos

discursos son adoptados por los y las implementadores de estas políticas en México; y (4) cómo es que estas interpretaciones inciden en el marco general de relaciones que subyacen a la muerte materna y la violencia obstétrica.

La hipótesis central de esta investigación es que la cooperación internacional en salud materna, al priorizar la reducción de la mortalidad materna e infantil, ha llevado a la introducción de nociones de riesgo y desarrollo que empujan hacia una medicalización descontextualizada de la reproducción en el caso mexicano. Además, argumento que esta tendencia, en diálogo con el habitus desarrollista y estructuras institucionales patriarcales y medicocentristas, contribuye a la prevalencia de la violencia obstétrica en dicho territorio.

En la construcción del problema de investigación y en su posterior interpretación, fueron centrales las teorizaciones sobre poder disciplinario, biopoder, biopolítica y dispositivo de Micheal Foucault; las nociones de habitus, sentido común y violencia simbólica de Pierre Bourdieu; y las formulaciones sobre hegemonía de Antonio Gramsci. Estos autores, leídos a partir de la teoría posdesarrollista y de una lente feminista, me permitieron cuestionar el concepto mismo de desarrollo y dar una lectura crítica a las intervenciones internacionales que a menudo perpetúan contradicciones, desigualdades y formas de dominación.

Conceptos clave como la medicalización, las nociones de riesgo, la feminización y la otredad son centrales para este análisis. La medicalización se refiere al proceso por el cual aspectos de la vida biológica son definidos y tratados como problemas médicos. Las nociones de riesgo, en este contexto, se entienden como una construcción social que guía las prácticas de gestión de la salud. La feminización y la otredad son categorías analíticas que permiten comprender cómo las sujetas beneficiarias de estos programas son construidas y tratadas dentro de estos esquemas de poder.

Al respecto, considero que la importancia de esta tesis radica en su intento de arrojar luz sobre las complejas dinámicas que subyacen a la implementación de los programas de salud materna en contextos específicos, y los efectos, a veces positivos, a veces contradictorios, que dichos programas tienen sobre los cuerpos

gestantes. Al investigar la relación entre la cooperación internacional y la violencia obstétrica, con esta tesis no sólo intento contribuir al cuerpo de conocimiento académico sobre este tipo de violencia, sino que también intento llamar la atención sobre prácticas que, desde el campo del desarrollo internacional, pueden resultar nocivas para las destinatarias de los proyectos.

En ese sentido, con esta investigación busco producir conocimiento práctico y situado que ayude a mitigar algunos de los efectos contradictorios que los discursos, prácticas e intervenciones internacionales en salud materna pueden ocasionar cuando no parten de un análisis territorialmente diferenciado. La metodología que utilizo para estos propósitos es de corte mixto, es decir, cualitativa y cuantitativa, y su uso responde a dos momentos distintos en esta tesis.

En el primer momento realizo un análisis foucaultiano del discurso tanto de fuentes históricas primarias –declaraciones internacionales, documentos de trabajo de agencias internacionales, relatorías de conferencias mundiales– cuanto de las narraciones obtenidas a partir de entrevistas semiestructuradas y a profundidad con actores clave en la operacionalización de la AISM en México. Por su parte, en el segundo momento utilizo técnicas de estadística inferencial para cuantificar los efectos que los elementos identificados durante el primer momento tienen sobre la violencia obstétrica y la muerte materna en México.

Bajo dicho marco, esta tesis se organiza en seis capítulos, unas conclusiones finales y un apartado de anexos. En cada uno de los seis capítulos busco responder una pregunta específica. Esto de forma que, mediante un ejercicio de engarzamiento entre tales interrogantes y sus respuestas, queden al descubierto algunas de las especificidades del vínculo que une a la cooperación internacional en salud materna con el fenómeno de la violencia obstétrica en el México contemporáneo.

Así, en el primer capítulo respondo la pregunta sobre qué supuestos teóricos y epistemológicos utilizo para interpretar la evidencia obtenida durante esta investigación. En esa dirección, en este capítulo presento las coordenadas teóricas y conceptuales que guían tanto la metodología seleccionada cuanto el carácter del

análisis de la información recopilada durante el trabajo de campo y la revisión documental.

En el segundo capítulo me centro en dar respuesta a la pregunta de cuáles son los elementos simbólicos, materiales y relacionales que constituyen aquello que llamo AISM, y cómo estos elementos se sostienen entre sí hasta constituir un dispositivo en términos foucaultianos. Como resultado, en el segundo capítulo construyo mi objeto de estudio –la AISM– a partir de la noción foucaultiana de dispositivo, y presento la descripción de sus elementos más centrales y de las formas en que estos interactúan entre sí.

En los capítulos tres y cuatro exploro las interrogantes sobre cuáles son los elementos discursivos que constituyen la AISM y bajo qué dinámicas históricas de poder se construyeron. En ese sentido, en estos capítulos realizo una revisión genealógica con la que busco identificar la evolución práctica y discursiva de la AISM en busca de rupturas y sedimentaciones en torno a las categorías de riesgo, medicalización, género y desarrollo a la luz del marco teórico que presento en el primer capítulo.

En concreto, en el capítulo tres me centro en lo que identifico como los antecedentes de la AISM, es decir, en el periodo que abarca desde el hecho histórico colonial hasta finales de la década de 1970. Por su parte, en el capítulo cuatro me concentro en la temporalidad que, considero, constituye a la AISM contemporánea, a saber, el periodo que va desde la década de 1980 –cuando la muerte materna se posicionó en el centro de los debates internacionales sobre el desarrollo– hasta llegar a la actual agenda internacional de desarrollo –la Agenda 2030.

En el quinto capítulo busco responder de qué manera los elementos discursivos que identifico durante este recorrido histórico han sido interpretados y asimilados por la política pública de salud materna (PPSM) mexicana desde mediados de la década de 1980. Para ello, me remito al análisis de los datos recopilados por técnicas de entrevista a sujetos que operacionalizan la AISM en

México, con el objetivo de rastrear tales traducciones y dilucidar el habitus que las ha facilitado.

Con base en lo anterior, en el sexto y último capítulo intento abrir el camino para responder la pregunta sobre qué efectos han tenido sobre la muerte materna y la violencia obstétrica aquellas interpretaciones identificadas en el quinto capítulo. Como resultado, en este capítulo cuantifico, a partir del uso de técnicas de estadística inferencial, la correlación entre los principales indicadores de la AISM que han sido adoptados por la PPSM y la prevalencia de muerte materna y violencia obstétrica en México durante el periodo 2016-2021 –es decir, durante los primeros 5 años desde la entrada en vigor de la Agenda 2030.

Por último, concluyo esta tesis con la presentación de las conclusiones finales. Éstas consisten en una síntesis de los hallazgos, una discusión tanto de sus implicaciones cuanto de sus limitaciones, y una presentación de posibles caminos y recomendaciones para la práctica en el campo de la salud materna internacional. Por transparencia metodológica, cierro esta investigación con los anexos, en los que muestro los elementos protocolarios de esta investigación, el banco de preguntas que guiaron las entrevistas que realicé y el conjunto de datos cuantitativos que utilicé para el cálculo de las correlaciones que presento en el último capítulo de esta tesis.



CAPÍTULO 1.

Poder, violencia y hegemonía en el desarrollo: hacia un marco de interpretación feminista sobre las causas internacionales de la violencia obstétrica

Puesto que mi objetivo general es dilucidar las diversas formas mediante las cuales la cooperación internacional en salud materna se vincularía, en una suerte de contradicción desarrollista, con la prevalencia de violencia obstétrica en México, en este capítulo me propongo dar respuesta a la primera de mis preguntas de investigación. De esta manera, en las próximas páginas trataré de determinar los supuestos teóricos y metodológicos adecuados para aproximarme a este objeto de estudio. Mis esfuerzos irán en la dirección de delinear un marco de interpretación feminista que me permita analizar las causas internacionales de la violencia obstétrica desde una perspectiva crítica fundamentada en teoría, incorporando en este proceso las categorías de violencia, género, poder, hegemonía y desarrollo.

El capítulo inicia con un análisis de la violencia obstétrica como categoría conceptual y su lugar dentro de la salud materna y los derechos humanos. En esa línea, examino los debates sobre sus definiciones y sus causas. A partir de estas discusiones, propongo una lectura que la entiende como un fenómeno multidimensional, vinculado con discursos de género y desarrollo, profesionalización médica y dinámicas institucionales de control sobre las mujeres y otros cuerpos feminizados.

Posteriormente, aún situada dentro del primer apartado, examino las principales perspectivas teórico-prácticas sobre la cuestión de las mujeres en el desarrollo internacional. En específico, desarrollo los enfoques de *Mujeres en el*

Desarrollo (MED), *Mujeres y Desarrollo* (MYD) y *Género y Desarrollo* (GYD). A lo largo de este recorrido, exploro cómo cada una de estas aproximaciones ha configurado discursos y políticas en torno a las mujeres y el género, identificando sus alcances y limitaciones. Asimismo, discuto de qué manera estos enfoques han moldeado representaciones sobre el papel de las mujeres en la producción y la reproducción, problematizando las tensiones entre su inclusión en las estrategias de desarrollo y el despliegue de relaciones de poder desiguales.

Más adelante, en el segundo apartado, examino el poder como categoría clave para comprender la relación entre desarrollo internacional y violencia obstétrica. A través de los conceptos foucaultianos de *biopoder* y *biopolítica*, analizo cómo el discurso del desarrollo ha operado como mecanismos de regulación de los cuerpos y las poblaciones. En función de los aportes de Gramsci y las teorías posdesarrollistas, exploro la relación entre poder, hegemonía y subalternidad, al tiempo que problematizo cómo las prácticas de desarrollo producen subjetividades y perpetúan formas de dominación que pueden reforzar la violencia obstétrica en territorios periféricos.

Finalmente, en el tercer y último apartado, exploro la relación entre género, violencia simbólica y *habitus*. En esta sección introduzco, por un lado, el concepto de *habitus desarrollista* y propongo, por el otro, entender la violencia desarrollista desde su dimensión simbólica. Esto bajo el entendido de que se trata de nociones claves para analizar la constitución y operacionalización de la Agenda Internacional de Salud Materna (AISM). Por último, en dicho apartado discuto los fundamentos epistemológicos de esta tesis en el marco de los debates feministas sobre la producción del conocimiento. Cierro, así, el capítulo con una revisión de las principales epistemologías feministas y explícito el posicionamiento epistémico y metodológico que orienta esta investigación.

1.1. Violencia obstétrica y desarrollo internacional

1.1.1. Violencia obstétrica: un concepto en disputa

Al día de hoy la violencia obstétrica es una forma recientemente reconocida de agresión sistémica dirigida hacia las gestantes y sus crías. De forma general, la violencia obstétrica conlleva agresión física, verbal, sexual, emocional, estructural y epistémica que se manifiesta en procedimientos no consensuados, negligencia, abuso, manipulación, paternalismo, humillación y discriminación durante el embarazo, parto y puerperio (Van der Waal et al., 2022). En ese sentido, la violencia obstétrica es una forma de injusticia dirigida hacia las mujeres en tanto que produce dolor físico y psicoemocional evitable, innecesario y no beneficioso en el marco de relaciones de poder asimétricas.

La violencia obstétrica transforma experiencias vitales en sucesos traumáticos, y lleva a la prevalencia de casos evitables de mortalidad materno-infantil, a la presencia de secuelas físicas permanentes como histerectomías, fístulas recto-vaginales y mutilación genital, así como a la incidencia de casos de esterilización no consentida (Alio et al., 2023; Laínez Valiente et al., 2022; Santos do Nascimento et al., 2022). Como resultado, la violencia obstétrica atenta contra la integridad física, psicológica y emocional de las mujeres y sus familias.

Las secuelas de los episodios traumáticos de este tipo específico de violencia de género llevan a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de estas mujeres. Asimismo, contribuyen a la reproducción generacional de ciclos de desigualdad económica, social y de género, así como a la destrucción de planes de vida personales y del tejido familiar y social de las comunidades afectadas (Molla et al., 2022; Taghizadeh et al., 2021).

La categoría de “violencia obstétrica” surge a principios del siglo XXI en América Latina en el marco de los movimientos a favor del “parto humanizado” (Laínez Valiente et al., 2022; Pérez D’Gregorio, 2010). Este concepto permeó en los marcos jurídicos nacionales o subnacionales de varios Estados latinoamericanos, entre los que resaltan Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela. De igual manera, la revisión de la literatura muestra una proliferación de la categoría en la producción académica del sur global a partir de mediados de la década pasada (Pickles, 2015; Chadwick, 2016; Márquez

Murrieta, 2016; Chattopadhyay et al., 2018; Lappaman & Swartz, 2019; Miheret, 2019; Dutton & Kinght, 2020).

En América Latina, la violencia obstétrica se entiende como una de las múltiples formas de violencia sexista dirigida hacia las mujeres. Este fenómeno está mediado por procesos de deshumanización, medicalización y apropiación de la sexualidad y capacidad reproductiva de las mujeres, y su principal operador inmediato es el personal de salud (Almonte, 2016; Castro, 2014; Sadler, 2016).

No obstante, la conceptualización del fenómeno que engloba el ejercicio de la violencia sexuada durante el embarazo, parto y puerperio es en la actualidad un territorio en disputa. La revisión de la literatura existente sobre este fenómeno demuestra cierta falta de consenso sobre la manera adecuada de nombrar estas prácticas. Goberna-Tricas (2019) sostiene que, en el universo de términos para nombrar la violencia contra las gestantes, además de la violencia obstétrica, están la *falta de respeto*, la *negligencia*, el *abuso*, la *atención deshumanizada* y el *maltrato durante el parto*.

Quienes abogan por el uso del término de *maltrato* argumentan que es una categoría más inclusiva que *violencia obstétrica* o *abuso durante el parto*, porque toma en cuenta tanto las experiencias de las gestantes como las del personal de salud (Bohren et al., 2015). Por su parte, quienes se decantan por términos como *negligencia*, argumentan que el uso de la categoría *violencia* reduce a las gestantes a una posición de víctimas y no permite la búsqueda de soluciones de la mano con el personal de salud (Lappeman & Swartz, 2021).

Estos detractores del uso de la categoría *violencia obstétrica* también señalan que la violencia implica una intencionalidad de producir daño, y que, como tal, no refleja las realidades de los sistemas de salud (Chervenak et al., 2023). Así, lo que tienen en común las posturas en contra del uso de la categoría *violencia obstétrica* es la defensa del personal de salud, pues la interpretan como individualizada e inquisitiva.

Sin embargo, la intención de este concepto es justamente lo contrario. Desde la posición de académicas feministas se enfatiza la necesidad político-epistémica de nombrar dichas prácticas como violencia obstétrica (Dixon, 2015; Sesia, 2020; Chadwick, 2021; Salter et al., 2021). La razón es que este concepto permite modificar el discurso, alejándolo de casos individuales y malas prácticas aisladas, y orientándolo, a su vez, hacia las condiciones estructurales que producen estos casos (O'Brien & Rich, 2022).

De forma similar, Chadwick (2021) argumenta que categorizar el abuso durante el embarazo, parto y puerperio como un tipo de violencia permite dismantelar ciertas concepciones normalizadas sobre el proceso reproductivo, mismas que se construyen a partir de jerarquías de poder estructurales. Como resultado, el uso del concepto de violencia obstétrica es una herramienta epistémica orientada a la justicia reproductiva.

Lo cierto es que la construcción y el empleo de ciertas categorías se inscriben dentro de las disputas por los saberes legítimos en el marco de luchas estructurales más amplias. En consecuencia, no es sorpresa que cierta parte de la producción discursiva académica, jurídica y desarrollista en torno al tema se decante por categorías más suaves, como las que presentan los detractores del término.

Un ejemplo de ello es el conocido modelo que Bowser & Hill (2010) desarrollaron para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). En este modelo definen siete categorías descriptivas para “la falta de respeto y el abuso durante el parto”. Dichas categorías son abuso físico, atención no consentida, falta de confidencialidad durante la atención, atención no digna, discriminación basada en atributos específicos, abandono o negación de atención, y detención en centros de salud (Bowser & Hill, 2010). Ahora, si bien las autoras utilizan una conceptualización suave, sus categorías son retomadas en otros estudios que conceptualizan este abuso o maltrato durante el parto como violencia obstétrica.

Hasta ahora es claro que el concepto de violencia obstétrica recibe rechazo por algunos grupos de la academia, por parte del personal médico y obstétrico, y

por parte de algunos organismos gubernamentales (Cano-Velle & Nanni-Alvarado, 2017; Scambia et al., 2018; Sesia, 2020). Considero que la renuencia de algunos grupos a utilizar esta categoría se debe, al menos, a tres razones.

La primera se refiere al efecto antagonizante que el concepto tiene entre los profesionales de la salud, puesto que el vocablo *violencia* encarna una connotación negativa. La segunda razón es la existencia, en el marco de las sociedades científico-tecnócratas, de una percepción positiva hacia la profesión médica y la cientificidad occidental (Chadwick, 2021; Cheyney, 2015). La tercera, y quizás la más relevante, es la cuestión sexo-genérica, en tanto que, por un lado, las nociones contemporáneas de maternidad se articulan alrededor de la idea del sacrificio y, por otro lado, la feminización de los cuerpos gestantes produce un cuerpo-para-otro y no para sí (Bourdieu, 2000b).

Las razones que producen este rechazo al uso de la categoría de violencia obstétrica están a su vez parcialmente relacionadas a lo que la literatura académica atribuye como sus causas. Estas causas o modelos explicativos de la violencia obstétrica pueden dividirse de acuerdo a su nivel de análisis, de forma que se pueden categorizar en explicaciones micro, meso y macro.

En ese sentido, las explicaciones micro sitúan las causas de la violencia obstétrica en las intersubjetividades de los actores involucrados en el marco de relaciones asimétricas de poder y de género, en las que resaltan prejuicios, roles, imaginarios e introyecciones de normas sociales. En esta clasificación se encuentran explicaciones causales centradas en el personal médico como instrumentador de esta violencia (Murray de López, 2018; Villana, 2016; Castro, 2014); así como explicaciones centradas en las nociones de riesgo y prestigio que moldean las elecciones de los profesionales de la salud y de las mujeres y otras personas gestantes (Cheyney, 2015; Cosminsky, 2016; Davis, 2019; Smith, 2019; Diamond-Brown, 2019; Strong, 2020).

Por su parte, las explicaciones meso centran su atención en las culturas organizacionales y en el rol de las instituciones, de la norma jurídica y de su aplicación en los entornos de atención al embarazo, parto y puerperio. En este rubro

se encuentran como causas de la violencia obstétrica a la ausencia de regulaciones específicas para prevenirla, sancionarla y erradicarla, así como la insuficiencia de infraestructura, de personal calificado y de políticas sectoriales orientadas a promover el ejercicio de los DSR de las mujeres (Shetty et al., 2021; Faheem, 2022; Flores-Romero et al., 2022).

Por otro lado, los modelos explicativos macro se sitúan en los desequilibrios estructurales entre diferentes modelos de desarrollo, mediados a su vez por estructuras imperialistas, patriarcales, androcéntricas y eurocéntricas. Este tipo de explicaciones consideran que la violencia obstétrica es un producto de la ideología, cuya raíz se encuentra en la lucha por la hegemonía del saber-poder (Erвити & Castro, 2015; Espinoza-Reyes & Solis, 2020). Asimismo, algunas de estas explicaciones señalan que el tipo específico de medicalización del proceso reproductivo pareciera depender en mayor medida de las diferencias ideológicas respecto al riesgo y la tecnología que en la medicina basada en evidencia (Wendland 2007; Davis-Floyd & Cheyney 2019; Andaya & El Kotni 2022).

A pesar de las diferencias entre los niveles de análisis identificados sobre las causas de la violencia obstétrica en la literatura, es posible trazar ciertos entendimientos compartidos en los textos revisados. Entre ellos están la presencia de las jerarquías médico-paciente, las ideas respecto al género y la maternidad, las nociones de riesgo y de prestigio, la desigualdad estructural con base en la clase, la raza, la edad y la etnicidad, la sobremedicalización y la submedicalización,¹ la insuficiencia de recursos e infraestructura y la falta de capacitación del personal médico, por mencionar algunas a manera de resumen.

Como resultado de esta síntesis, concluyo que la violencia obstétrica puede ser un tipo de violencia tanto interpersonal –aunque no por ello personal– cuanto estructural, y que sus formas específicas de expresión dependen de diferentes

¹ La violencia obstétrica por sobremedicalización incluiría la realización de cesáreas innecesarias, la administración injustificada de medicamentos y la realización rutinaria de episiotomías, rasurado, monitoreo fetal, tactos vaginales y enemas, entre otros. Por otro lado, la violencia obstétrica por submedicalización se refiere al retraso o la negación, intencionada o no, en la prestación de los servicios de atención obstétrica.

marcajes de la diferencia social. Al respecto, resulta útil retomar la división previamente propuesta sobre los niveles de análisis de las causas de este fenómeno. Esto se debe a que en esta investigación busco situarme entre los análisis micro y macro de las causas de la violencia obstétrica, ello con el fin de explorar las formas en que la cooperación internacional en salud materna se relaciona con este fenómeno complejo. Así, propongo entender la dimensión internacional como una capa adicional que complejiza el cuerpo actual de explicaciones en torno a esta violencia.

Lo cierto es que, al revisar las causas de la violencia obstétrica más resaltados por la literatura académica, observo una constante mención a los procesos de medicalización de la reproducción. De igual manera, los estudios estadísticos muestran que la mayor parte de los casos de este tipo de violencia ocurren, por mucho, dentro del espacio hospitalario.² Con estos hechos como punto de partida, surgen varias interrogantes. Por ejemplo, ¿podríamos preguntarnos qué relación hay entre estos datos y la aplicación de la agenda internacional en salud materna? ¿Es posible, pertinente o deseable preguntarnos esto? Y ¿qué implicaciones tendría rastrear –o más precisamente, construir– un hilo causal entre la violencia obstétrica y las prácticas y discursos desarrollistas en torno a la producción y la reproducción una vez situadas en un contexto socio-territorial específico?

Estas interrogantes, junto a otras más específicas, guían el propósito de esta investigación. El argumento es que la cooperación internacional en salud materna, al priorizar –loablemente– la reducción de las tasas de mortalidad materna y neonatal, ha propiciado una tendencia hacia una medicalización descontextualizada de la reproducción y la sexualidad en territorios periféricos. Al mismo tiempo, la

² De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021, en México, 1 de cada 3 mujeres que tuvieron su último parto entre 2016 y 2021 padecieron un incidente de violencia obstétrica. De los partos que ocurrieron en instituciones de salud públicas, entre un 27.4% y un 40.4%, dependiendo de la institución, se reportaron como casos de violencia obstétrica. En contraste, tan solo el 2.5% de los partos atendidos en casa por partera y/o curandera se reportaron como casos de violencia obstétrica.

centralidad de estos indicadores ha llevado a la introducción de nociones de riesgo incompatibles con las poblaciones donde los proyectos de salud materna se materializan. Ambas cuestiones convergen a su vez con la condición de subalternidad de las sujetas beneficiarias de estas políticas y con las construcciones de otredad que los y las encargadas de implementarlas hacen de ellas.

Como resultado, estos tres elementos –medicalización, riesgo y subalternidad–, identificados en el discurso y la praxis de la cooperación internacional en salud materna, producen como paradoja desarrollista el mantenimiento de la violencia obstétrica en el caso de estudio. En ese sentido, la violencia obstétrica se vuelve el resultado no esperado de los medios elegidos para alcanzar un resultado deseado, a saber, la reducción de las tasas de mortalidad materna. A su vez, la construcción de este hilo nos permite posicionar a la violencia obstétrica como un fenómeno privilegiado para la revelación de las aporías del discurso desarrollista heredero del pensamiento moderno-occidental.

Con esto no quiero decir que la agenda internacional de salud materna y las discusiones internacionales en torno a la violencia obstétrica sean parte de un mismo discurso. Por el contrario, observo que ambas categorías parten de bases diferenciadas, pero sus discursos conviven y se tocan en algunas aristas. Con el propósito de entender de qué manera la medicalización, las nociones occidentales de riesgo y la atención a la medición de la efectividad de las intervenciones desarrollistas –causas académicamente consensuadas de la violencia obstétrica– se han incorporado en la agenda internacional de salud materna, procederé a describir los debates respecto al papel de las mujeres en el desarrollo internacional y su relación con la construcción de dicha agenda.

1.1.2. Dimensión histórica-contextual de los enfoques desarrollistas sobre las mujeres

Hacia la década de 1970, las instituciones internacionales de la ayuda y la cooperación internacional comienzan un proceso de canalización de las demandas de los movimientos feministas y de incorporación de estas demandas a las agendas

desarrollistas (Verges, 2022). Como señala Rai (2011), la *cuestión de las mujeres* entró en la agenda internacional desde una visión de integración económica, sin cuestionar a profundidad las relaciones de género ni los discursos patriarcales existentes.

El primer impulso directo y vocal de integración de las mujeres al desarrollo vino por iniciativa de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) con la presentación del Informe Boserup en 1970. Dicho documento hace énfasis en el rol de las mujeres en el desarrollo económico y señala que las políticas de tecnificación del campo en los países en vías de desarrollo expulsaron a las mujeres de la economía agrícola y, como resultado, aumentó la desigualdad entre los sexos. El informe Boserup fue el primer documento oficial de lo que pasaría a conocerse como el enfoque MED –*Mujeres en el desarrollo*–, mismo que dominó los procesos de planeación, intervención y financiación de los mecanismos de desarrollo enfocados a las mujeres hasta la década de 1990.

El enfoque MED buscó la integración de las mujeres en los procesos de la modernización, asumiendo que la plena participación de las mujeres en el sistema económico productivista derivaría en una reducción de desigualdad sexual. En ese sentido, este enfoque se abocó al desarrollo de estrategias orientadas a eliminar las barreras que, de acuerdo a sus proponentes, limitaban la actividad económica de las mujeres (Muyoyeta, 2004). Los temas más frecuentes de las estrategias desarrollistas elaboradas en concordancia al MED giraron alrededor del acceso a créditos, el impulso a reformas legales y al control de la reproducción y la natalidad.

Paralelo a la adopción del enfoque MED por parte del Sistema de Naciones Unidas, se origina como contrapropuesta el enfoque MYD o *Mujeres y desarrollo* en 1975. Esta perspectiva propone discutir la cuestión de las mujeres desde un enfoque neomarxista y de la teoría de la dependencia. El objetivo es explicar la relación entre las mujeres y el desarrollo capitalista con énfasis en las condiciones materiales que contribuyen a su explotación, es decir, las interacciones entre patriarcado, modos de producción y subordinación femenina (Rathgeber, 1989). Así, esta perspectiva pretende resolver dos cuestiones teóricas. La primera se

orienta a solucionar las limitaciones explicativas que el enfoque MED presenta a razón de su vinculación con la teoría de la modernización. La segunda se encamina a superar el sesgo androcéntrico de la teoría de la dependencia mediante la incorporación de un análisis de las relaciones de dominación-subordinación entre los sexos.

En ese sentido, la perspectiva MYD se centra en el análisis de las relaciones entre las mujeres y los procesos de desarrollo, obviando la búsqueda de estrategias mediante las cuales las mujeres pueden incorporarse al desarrollo productivista, a diferencia del enfoque MED (Muyoyeta, 2004). La razón, se argumenta, es que las mujeres siempre han estado integradas a la sociedad y, por tanto, a los procesos de desarrollo (Rathgeber, 1989). Asimismo, la perspectiva MYD plantea que los esquemas de integración que el norte global propone al operacionalizar la perspectiva MED perpetúan las estructuras de desigualdad del sistema internacional.

No obstante, ambas perspectivas cuentan con serias limitantes. En cuanto al enfoque MED, se observa una tendencia ahistórica y de linealidad progresiva que dificulta la problematización de las relaciones de género. Asimismo, esta perspectiva considera a las mujeres como una unidad homogénea, ignorando la influencia que ciertos marcadores de la diferencia social, como la raza y la clase, tienen sobre el estatus de las mujeres.

Por su parte, la perspectiva MYD, a pesar de su crítica a la desigualdad global, no permite un análisis a profundidad de la ideología y las instituciones patriarcales. La razón es que, al plantear que el estatus de las mujeres es dependiente en primera instancia de las estructuras internacionales de producción capitalista y de las desigualdades de clase, ignora el papel de lo contingente y de las características espacio-temporales de las relaciones de género (Rathgeber, 1989). Como resultado, el enfoque MYD también prioriza el análisis productivo a expensas del rol reproductivo de las mujeres, al tiempo que agrupa a las mujeres en una sola categoría homogénea por no considerar con seriedad las diferencias de raza, etnia, edad o estatus.

Ahora, si bien ambas perspectivas convivieron en algunos espacios de discusión académica entre las décadas de 1970 y 1980, la línea MED gozó de una prioridad institucional puesto que se adaptó como un complemento a los paradigmas dominantes de la política desarrollista de Occidente, a saber, la teoría de la modernización y, posteriormente, el enfoque de necesidades. No obstante, una serie de cambios históricos llevarían al surgimiento de un nuevo enfoque para el análisis de la desigualdad sexo-genérica desde el campo del desarrollo internacional. La instalación de gobiernos conservadores en el norte global, la sustitución de la política bienestarista por la política neoliberal y la institucionalización de los estudios de género en los centros de producción académica mundial, llevarían como respuesta a la construcción y adopción de la perspectiva GYD o *Género y desarrollo* (Connelly et al., 2000; Moghadam, 1990).

Esta perspectiva, adoptada en la Conferencia de Nairobi de 1985, propone dar vuelta al análisis puramente economicista de sus antecesores y poner las expectativas culturales asociadas al ser mujer en el centro del análisis de la desigualdad entre los sexos (Young, 1987 en Rathgeber, 1989). La consolidación de la adopción discursiva del enfoque GYD se materializaría en lo que en la actualidad denominamos “perspectiva de género” (Connelly et al., 2000). Este acercamiento al asunto de la desigualdad entre hombres y mujeres plantea integrar las experiencias tanto de hombres como mujeres al diseño de las políticas desarrollistas (ECOSOC, 1997).

Así, esta perspectiva, cercana al paradigma del desarrollo humano y el enfoque de capacidades –propuestos, principalmente, por Amartya Sen y Martha Nussbaum, respectivamente– plantea el reordenamiento de las relaciones sexo-genéricas en la esfera pública y privada. Para ello se vale de conceptos como *empoderamiento, agencia, participación y autonomía*. No obstante, a pesar de su popularidad, el enfoque GAD no está exento de críticas, pues comete en la práctica el error de confundir las categorías de sexo y género al utilizar el segundo como sinónimo de “mujeres” (MacArthur et al., 2022). Además, al igual que sus predecesores, este enfoque ha tenido dificultades al momento de incorporar el

análisis interseccional de clase, raza, etnicidad, edad y expresión de género (Connelly et al., 2000; Moghadam, 1990).

Lo cierto es que tanto la perspectiva MED, como la MYD y la GYD, no son neutrales respecto a su efecto en las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Además, un análisis detallado de los resultados de la aplicación de estos enfoques revela una tendencia universalista y colonial (Eyben, 2013), en tanto que no han logrado trascender el economicismo y han posibilitado, a su vez, la intervención, a veces violenta, del norte global en el mundo en desarrollo bajo la bandera del bienestar de las mujeres. Esto se debe a que el componente moralista de estos enfoques se ha construido desde la ética occidental, ignorando los matices culturales.

La cuestión del poder, tal como se revela en el párrafo anterior, me parece que proporciona un mejor entendimiento de la posición de las mujeres en las políticas desarrollistas y de salud. Al respecto, no me refiero sólo a la situación de cruenta desigualdad entre hombres y mujeres, sino también a los mecanismos mediante los cuales Occidente ha justificado el despliegue de una ideología particular que permite la asimilación de distintas esferas constitutivas del sur global. En consecuencia, argumento que los aportes teórico-metodológicos de Michel Foucault, Antonio Gramsci, y Arturo Escobar permiten la construcción de un primer marco de análisis crítico alrededor del asunto del poder en las políticas internacionales de salud y desarrollo.

1.2. El poder: una categoría central para el análisis de la violencia obstétrica y el desarrollo internacional

1.2.1. Entre el biopoder y la biopolítica

Bajo el entendido de que los estudios feministas buscan la construcción de una teoría del poder, considero de importancia radical ahondar en el desarrollo de este concepto (Cobo, 1995). Así, el poder puede ejercerse y analizarse de tres formas esenciales (Lukes, 2007). La primera de éstas es la unidimensional, que se articula alrededor de la definición más clásica del concepto del poder en las ciencias

políticas: aquella que lo entiende como la capacidad que tiene A para hacer que B haga algo que de otra forma no haría (Dahl, 1957). Mientras que la forma unidimensional del poder se concentra en la acción concreta, su segunda forma –la bidimensional de acuerdo a Lukes–, analiza la capacidad que tiene A de controlar el programa político, es decir, la capacidad de dejar fuera del proceso político temas y problemas potenciales (Bachrach & Baratz, 1962). En consecuencia, la bidimensionalidad del poder, a diferencia de la forma unidimensional, hace hincapié tanto en las decisiones como en las no decisiones.

De acuerdo a Lukes (2007), ambas dimensiones son limitadas, y propone la existencia de un tercer enfoque para entender el poder: el tridimensional. Este enfoque entiende el poder como la capacidad que tiene A de influir sobre B a partir del control ideológico y los procesos de socialización. En consecuencia, el enfoque tridimensional plantea al poder como la capacidad de moldear las necesidades, percepciones y preferencias de las personas. El ejercicio de este tipo de poder tiene como resultado la normalización del *statu quo*, en tanto aceptación, apatía, –o bien– resignación frente al orden jerárquico establecido. En esta categoría orbitan en mayor o menor medida los aportes y visiones de autores como Foucault (1998, 2002, 2007), Gramsci (1977), Bourdieu (2000b) y Escobar (1984), cuyas visiones en torno al poder se retomarán en los siguientes párrafos.

Al respecto, Foucault (2002) diferencia entre el poder soberano y el poder disciplinario. El poder soberano es cercano a las concepciones de la teoría política clásica, en el que la fuerza y la autoridad emanan del Estado o del Soberano, y en el que las cuestiones de legitimidad, coerción y acción directa son centrales para el análisis. Por el contrario, el poder disciplinario es más sutil y sistemático, puesto que se basa en la regulación de los cuerpos y conductas de los sujetos a partir de su asimilación dentro de diversas instituciones disciplinarias –la prisión, el hospital, la escuela, la fábrica, el ejército-. En estos espacios la normalización, la jerarquización y la vigilancia son los mecanismos a través de los cuales se operacionaliza este poder.

En consecuencia, mientras el poder soberano se constituye de forma terminal –despliegue directo-, el poder disciplinario se construye de manera capilar, es decir, a manera de raíces imperceptibles. Foucault (1998) señala que el poder soberano es de tipo negativo, mientras que el poder disciplinario es de tipo positivo. La diferencia esencial es que el poder negativo es *prohibitivo* y se sustenta en la norma jurídica y en la propiedad; el poder positivo, por el otro lado, es *productivo* y se sustenta en la norma, en lo que es considerado natural por una sociedad. En ese sentido, el poder disciplinario, al valerse de la normalización, produce un sinnúmero de significados, conocimientos, obviedades e instituciones orientados a la administración de los cuerpos y las conductas humanas.

Así, de acuerdo a Foucault (1998), el poder positivo –en tanto productor y potencia– tiene las siguientes características distintivas frente al poder soberano:

1. El poder no se adquiere, sino que se ejerce desde innumerables puntos: se encuentra disperso y en circulación.
2. Las relaciones de poder son inmanentes a todo tipo de relaciones.
3. Las relaciones de poder no están en el nivel de la superestructura, sino que son productoras en sí mismas.
4. El poder es intencional, impersonal y no-subjetivo; se ejerce con objetivos, pero no resulta de la decisión de un sujeto individual o de un grupo cénico.
5. En ese sentido, el poder es racional y se expresa en tácticas que, encadenándose unas con otras, despliegan dispositivos.
6. Donde hay poder, hay resistencia, si bien ésta siempre se inscribe dentro del poder. Las resistencias constituyen el otro término constitutivo de las relaciones de poder.

De esta manera, el poder es una estructura que enseña su propia verdad, misma que es normalizada e institucionalizada por los *saberes* formales e informales. El poder disciplinario sustituye el derecho por las ciencias. Y, en consecuencia, si el cuerpo y la sexualidad se constituyeron en un dominio por

conocer, es porque las relaciones de poder las instituyeron como objeto. El conocimiento y el discurso las sitiaron y las inmovilizaron (Foucault, 1998).

En esa línea, Foucault (1998) argumenta que, con el nacimiento de la modernidad, el poder pasó de salvar almas a salvar cuerpos. El nuevo protagonismo del cuerpo como receptor del poder implicó la construcción cultural de la diferencia sexual entre machos y hembras a partir de la biología y las ciencias médicas. En consecuencia, la clínica se vuelve el mecanismo que disciplina a los cuerpos, mismos que son sometidos a regímenes de verdad en los que aquello que se desvía de la heteronorma y del binarismo sexo-genérico es patologizado (Foucault 1998; 2004).

Estaríamos, por tanto, hablando del biopoder, que se sustenta en la anátomo-política del cuerpo humano y en las biopolíticas de las poblaciones. Mientras el poder disciplinario se orienta a la producción de *cuerpos dóciles*, el biopoder se encarga de administrarlos (Foucault, 2007). En ese sentido, la anátomo-política depende de la construcción –contingente– del humano como especie a partir de las instituciones del saber y el conocimiento. Como seres biológicos –ya no almas–, se vuelven centrales los procesos de vida, muerte y reproducción, mismos que son administrados por el biopoder para construir un cuerpo social.

Al respecto, conviene alejarse de concepciones totalizantes, puesto que la realidad en la que circula el poder se constituye a partir de varios dominios, cada uno de ellos con mecanismos, resultados, racionalidades, estrategias y saberes específicos. Así, cada dominio tiene una experiencia fundamental, en tanto que las conclusiones esbozadas alrededor de la locura, la muerte, la enfermedad, la sexualidad, el crimen, y otros, no pueden ser extrapoladas entre sí (Foucault, 1996).

Se asiste, pues, al rechazo de lo universal, para llevar el análisis al entendimiento de lo singular, lo contingente y lo arbitrario; buscando entender aquellas especificidades que nos han constituido en estas configuraciones particulares de pensamiento, discurso, ideología y acción. ¿Dónde se sitúa, entonces, el cruce entre el discurso desarrollista y el discurso patriarcal en el contexto de la violencia reproductiva y la salud? ¿Cómo interactúan las micro-

prácticas del sistema de cooperación internacional con las micro-prácticas construidas alrededor de la reproducción? ¿Cuáles son esos acontecimientos que, en su contingencia y particularidad tempo-espacial, dan como resultado paradojas y violencias muy específicas?

1.2.2. *Lo contingente y lo hegemónico en el discurso desarrollista de la salud materna*

Algunos posdesarrollistas sostienen que el concepto de *desarrollo* es un concepto vacío, capaz de tomar las más diversas formas y significados (Escobar, 1984; Esteva, 2010; Sachs, 2010; Ziai, 2009). En consecuencia, desde esta perspectiva teórica, el desarrollo es un discurso y una práctica producto del modelo hegemónico contemporáneo, cuya función es la legitimización de la dominación en nombre del progreso. Para Esteva (2010), en particular, el desarrollo es, por un lado, un experimento que trató de universalizar los modelos y prácticas occidentales, y, por otro lado, un proceso mediante el cual la lógica economicista se extiende a todas las esferas del universo social.

Es en el discurso que el conocimiento y el poder se materializan. De acuerdo a Escobar (1984), es necesario analizar, desde una perspectiva foucaultiana, tres cuestiones en torno a los discursos desarrollistas: las condiciones históricas bajo las que emerge, la estructura del discurso por sí misma, y las relaciones de poder y conocimiento derivadas del despliegue del desarrollo. En consecuencia, Escobar resalta la importancia de estudiar los discursos genealógicamente, es decir, con atención a la formación del discurso a partir de prácticas no discursivas.

Al retomar el planteamiento de Habermas sobre la invasión de las esferas culturales y privadas por parte de las esferas políticas y públicas, Escobar (1984) plantea que nuevos tipos de poder y de conocimiento se despliegan en el *mundo en desarrollo* con la intención de producir conformidad con determinado comportamiento económico y cultural considerado “más avanzado” –el poder tridimensional del que hablaba Lukes. No obstante, es necesario señalar que aún hay prácticas y significados locales que no son del todo absorbidos por los procesos

disciplinarios y normalizantes de Occidente, si bien son parte de otros procesos similares.³

Retomando la visión foucaultiana sobre el binomio poder-resistencia, lo planteado por Escobar es especialmente relevante, ya que, como mencioné al inicio de este capítulo, la violencia obstétrica es un concepto en disputa que surge precisamente en la periferia. Por lo tanto, puede considerarse como un contra-discurso que busca desafiar tanto a una biopolítica muy particular cuanto a los idearios jerarquizantes del género encapsulados en el discurso y la práctica hegemónica e internacional de la salud materna.

Al respecto, el discurso del subdesarrollo, encarnado en este caso dentro la narrativa de la muerte materna, sostendría, por un lado, a todo el aparato desarrollista –instituciones internacionales, especialistas, agencias de cooperación, agendas de desarrollo–, y, por otro lado, a la biopolítica hegemónica que instrumentaliza el cuerpo de la mujer para los propósitos del desarrollo mediante las políticas reproductivas. Así, el control de la natalidad, la mortalidad, la distribución etaria, y otras cuestiones aparentemente tangenciales de la salud materna, se articulan alrededor del discurso del subdesarrollo.

Esto no quiere decir que no haya cierta materialidad en las condiciones de vida que producen dolor, sufrimiento o restricción y que, por tanto, son preocupantes y necesitan de la construcción de soluciones.⁴ La cuestión con este discurso en particular es por qué, de entre todo el abanico posible de respuestas, reina solo un rango muy específico de soluciones. ¿Por qué la experiencia del parto, la vida y la muerte, llevó a la medicalización de la reproducción, a la expulsión-integración de

³ Para aclarar este punto introduciré más adelante la noción de subalternidad.

⁴ Estas condiciones materiales son reales y pueden observarse en fenómenos como la desnutrición, las infecciones, los embarazos no deseados, la falta de transporte adecuado, el desabasto de productos esenciales, la violencia intrafamiliar, el desplazamiento forzado y las emergencias obstétricas, por mencionar solo algunas.

la partería, al control del embarazo, a las tecnologías de imagen,⁵ a la negación de la atención, a las episiotomías, a la esterilización forzada?

El concepto gramsciano de hegemonía parece ser especialmente útil a esta altura, especialmente por su conexión con el poder tridimensional de Lukes y con la teoría posdesarrollista. La hegemonía es el proceso mediante el cual un grupo dominante establece y mantiene su poder sobre otros. Para que este poder sea hegemónico, debe sustentarse en el consentimiento de los grupos sometidos.

La aceptación de los modos, ideas y actuares que marca el grupo dominante es posible mediante la capacidad de éste de propagar su visión del mundo mediante la producción de la cultura (Gramsci, 1977). Se trata, pues, de la dominación por consenso –hegemonía– *versus* la dominación por la fuerza –dominancia–.

A lo dicho en el párrafo anterior, habría de añadirse, una vez más, la cuestión del discurso. Esto debido a que la hegemonía se sostiene sobre la capacidad de un grupo de articular una visión global y coherente de la realidad, misma que es asimilada y reproducida por los grupos que tienen un menor control sobre la producción de la narrativa (Gramsci, 1977).

De allí la importancia de tomar, desde el mundo catalogado como no-desarrollado, el control de la producción del discurso y la narrativa sobre el desarrollo. El planteamiento es coherente con lo señalado por Gramsci (1977), en tanto que la hegemonía no es un proceso estático; o a lo señalado por Foucault (1998), en tanto que todo poder enfrenta resistencias, si bien estas resistencias se enmarcan también en la necesidad de articular el propio discurso desafiante.

De esta manera, la dominación, del norte sobre el sur, de los varones sobre las mujeres, trasciende la dicotómica materialista para situarse, a la par, en el campo más minucioso e intrincado de la ideología. Ya no se trata sólo de las relaciones materiales y productivas como generadoras de órdenes de desigualdad

⁵ Con *tecnologías de imagen* me refiero a los procedimientos que permiten llevar un monitoreo preciso del embarazo, particularmente ultrasonidos, ecografías 3D y similares.

distintivos, sino, de la reproducción y la transmisión ideológica que, mediante el llamado sentido común, la moral, el conocimiento, las necesidades, configura expresiones particulares de sujeción y dominación.

Al respecto, considero importante rescatar del pensamiento gramsciano las nociones de mecanismos articuladores, sobre todo por su utilidad en complementar algunos postulados posdesarrollistas. Al respecto, los mecanismos articuladores son aquellas estrategias que posibilitan la construcción del consenso entre el dominador y el dominado. Tales mecanismos producen y expresan la ideología de una hegemonía, e incluyen la educación, la cultura, la familia, la religión, entre otros (Gramsci, 1977).

Cox (2016), al trasladar el concepto gramsciano de hegemonía al orden internacional, teorizó que las organizaciones internacionales son un mecanismo articulador de la hegemonía. Cox (2016) señala que esto es así porque las organizaciones internacionales cuentan con las siguientes características:

- (1) representan las reglas que facilitan la expansión de los órdenes hegemónicos mundiales;
- (2) son en sí mismas el producto del orden hegemónico mundial;
- (3) legitiman ideológicamente las normas del orden hegemónico mundial;
- (4) incorporan a las élites de países periféricos y
- (5) absorben ideas contra-hegemónicas. (p. 149)

Lo que plantea Cox es relevante para el caso de la salud materna en el marco del desarrollo internacional porque permite llevar la atención al papel que desempeñan las instituciones internacionales en la legitimación y adopción de prácticas y discursos hegemónicos en torno a la reproducción humana y el desarrollo. Como demostraré en los capítulos tres y cuatro, la evolución de estas prácticas y discursos en el seno de las organizaciones internacionales revelan el empuje a favor de la expansión de las fuerzas económicas y sociales dominantes.

Aunque dicha evolución discursiva revela en algunos momentos la incorporación de algunos intereses subalternos o aparentemente contrahegemónicos, sostengo, a partir del planteamiento de Cox (2016), que estos

ajustes permiten la prolongación del orden hegemónico. Esto debido a que tal integración resulta de la administración del disenso, es decir, que los intereses del dominado son integrados de forma que los ajustes que estos realizan producen un daño mínimo al orden hegemónico, por un lado, y permiten la perpetuación del consenso entre dominador y dominado mediante la absorción de las ideas contrahegemónicas, por el otro.

En la misma línea, considero que el desarrollo como discurso funciona, al igual que las instituciones internacionales, como un mecanismo articulador que se constituye a sí mismo como bloque histórico. Se trata de una causa eficiente que se transforma en causa final.⁶ Así, el desarrollo, cuando se toma de manera acrítica, es un horizonte único que coordina las labores de la ayuda, la cooperación y la intervención local por el objetivo en turno –aumentar el crecimiento económico, reducir las emisiones de dióxido de carbono, acabar con el hambre, reducir la mortalidad materna–, un objetivo que, además, pasa a constituirse como sinónimo de desarrollo.

Los medios aceptables para alcanzar dichos objetivos son a su vez determinados por el discurso hegemónico, que en el momento actual se esgrime alrededor de la eficiencia tecno-productiva y la racionalidad instrumental que ya describiría Weber (1964) como propios del mundo moderno-occidental. En resumen, la lucha por la hegemonía, por lograr el consenso-consenso, es entonces una pugna constante por “la conformación de un sólido bloque histórico, esto es, la conquista de una situación histórica-global, que instituya formas teórico-cognoscitivas concretas, legitime el accionar político-económico y asiente

⁶ Los conceptos de *causa eficiente* y *causa final* provienen del pensamiento aristotélico. En el primer libro de la *Metafísica*, Aristóteles define el término *causa* –como aquello que explica “la existencia de un ser contingente” (Derisi, 1986, p.85)– en cuatro sentidos: entidad/esencia, materia/sujeto, movimiento y *aquello para lo cuál* –o, dicho de otro modo, el propósito o fin del movimiento– (Aristóteles, 1994, pp. 79-80). Como señala Tomás Calvo Martínez, traductor al español de la obra que cito, la tradición posterior utilizará la expresión *causa eficiente* al referirse a la tercera causa, el movimiento. Así, la *causa eficiente* alude a los medios, es decir, a aquello que hace que algo sea de algún modo (Orrego Sánchez, 2016). Por su parte, la *causa final* remite al propósito que pone en marcha a la *causa eficiente* (Derisi, 1986; Orrego Sánchez, 2016). En suma, y llevándolo a su expresión más simplificada, la *causa eficiente* sería interpretada como el *cómo*, mientras que la *causa final* sería el *para qué*.

culturalmente un orden social, con el fin de alcanzar la supremacía consensual” (Puentes & Suárez, 2016). A lo largo de esta tesis argumento cómo las prácticas producto del orden hegemónico internacional favorecen la sedimentación de la violencia obstétrica en lo local.

1.2.3. *Hegemonía, poder y subalternidad*

La *subalternidad* puede entenderse de dos maneras: como el sujeto subordinado en los márgenes del poder hegemónico y como lugar de construcción epistémica –es decir, como aparato analítico, heurístico y hermenéutico. Si bien el término fue popularizado y sistematizado por la Escuela de estudios subalternos de la India durante la década de 1980, éste fue utilizado previamente y con frecuencia en la teoría marxista. De acuerdo a Modonesi (2012), Marx nunca utilizó el término, pero Engels, Lenin y Trotsky lo emplearon en su acepción convencional, referido como la subordinación que produce la dominación capitalista a partir de la instauración de una estratificación jerarquizada. De tal forma que, en sus inicios marxistas, el concepto se centraba en la descripción de la dominación en el plano socio-económico.

Gramsci (1977) fue el primero en utilizar el concepto de subalternidad como dominación socio-política, manteniendo a su vez la relación del sujeto con su materialidad histórica, es decir, con la posición de los grupos humanos en las relaciones de producción. En ese sentido, el concepto de subalternidad de Gramsci está íntimamente ligado a su teoría de la hegemonía. El subalterno gramsciano es aquel grupo que no puede devenir grupo dominante, pues su autonomía es mermada por la hegemonía intelectual de la élite (Rodríguez, 2009).

Lo subalterno en Gramsci hace referencia a la subjetividad y la condición del subordinado en el marco de la teoría de la hegemonía. Es el concepto que define la pluralidad de la experiencia *otra* mediada por las tensiones dialécticas entre la “*aceptación/incorporación* y el *rechazo/autonomización* de las relaciones de dominación” (Modonesi, 2012, p. 11). Estas tensiones se materializan en formas específicas de actuaciones de clase que parten de la existencia de una conciencia

no racional, pero reflexiva. De esta forma, la subalternidad es un proceso de subjetivación política.

Los subalternistas indios retoman el concepto empleado por Gramsci y lo llevan al terreno histórico de las relaciones coloniales y poscoloniales. Ileana Rodríguez (2009) cita a Gyan Prakash y plantea que el subalterno “presenta posibilidades contrahegemónicas no como una otredad inviolable desde el exterior, sino desde dentro del funcionamiento del poder, forzando contradicciones y dislocaciones en el discurso dominante, y proporcionando fuentes para una crítica immanente” (Rodríguez, 2009, p. 254).

Bajo esta corriente, lo subalterno representa un lugar privilegiado de producción epistémica, el espacio fronterizo donde lo no-hegemónico revela las fisuras, contradicciones y disfunciones de lo dominante. Para Ranajit Guha (2009), lo que caracteriza a la historiografía es su estatismo y, consecuentemente, representa tanto una narrativa del poder del Estado cuanto una fuente de producción de subalternidades.

En paralelo, considero que el discurso desarrollista en salud materna desempeña un papel similar al que Guha atribuye a la historia en tanto que reproduce narrativas que fijan un orden jerárquico y hegemónico que, en este caso, distingue entre *desarrollados* y *subdesarrollados*. De esta forma, la subalternidad se posiciona como una herramienta hermenéutica que permite revelar la estatalidad y las paradojas subyacentes en los discursos desarrollistas hegemónicos, mismos que, argumento, se cristalizan, como en otros lados, en la agenda internacional de salud materna.

Sin embargo, si bien el sujeto subalterno es el subordinado a razón de las relaciones de género, clase, etnia, edad, raza, y otras categorías instauradas durante los regímenes coloniales –se trata de un concepto multilocalizado–, éste no se encuentra unificado. Para Spivak (2003), en particular, resulta indispensable heterogenizar la categoría de subalterno incorporando los diferentes marcajes de dominación, negando de esta manera que pueda haber un discurso subalterno y anticolonial homogenizado.

De forma específica, Spivak (2003) plantea una teoría del silencio del subalterno en la que argumenta la incapacidad de habla del sujeto subalterno feminizado fuera de los canales de la representación. Para demostrar su punto, Spivak recurre al caso de las mujeres inmoladas durante la práctica del *sati*.⁷ De acuerdo a Ania Loomba (2000), esta elección como ejemplo del subalterno mudo tiene una alta carga simbólica, puesto que la mujer *sati* es una categoría conceptual que existe sólo cuando la viuda muere de forma ritualista. En ese sentido, la *sati* es, por definición, un sujeto silenciado.

Retomo la reflexión de Spivak y la lectura que Loomba hace de ella por el paralelismo que encuentro respecto al argumento de esta investigación. Al igual que la *sati*, la mujer que muere durante el parto es un sujeto silenciado puesto que se constituye como tal una vez que ha muerto. En cambio, la mujer que vive un episodio de violencia obstétrica es un sujeto silenciado en tanto su integridad corporal y psíquica es despojada durante el parto, y su voluntad y vocalidad ignoradas. Ambas son sujetos subalternos silenciados, pero el nivel de mutismo es diferente, puesto que la mujer violentada continua con la capacidad, si bien potencial, del habla.

La agenda internacional y hegemónica en salud materna contemporánea que se centra en la mujer, no obstante, parece articularse y justificarse sobre todo a partir de la experiencia aquella que ha muerto durante el parto, aquella cuya voz es imposible recuperar sin caer en los terrenos pantanosos de la representación y la re-presentación.⁸ Por otro lado, la mujer que ha sido violentada y que aún conserva la potencialidad del habla es colocada a los márgenes de la agenda oficialista en salud materna. De esta forma, la impersonalidad del indicador y de la estadística basada en la re-presentación racional de la subalterna muda reemplaza la centralidad

⁷ El *sati* es una práctica hinduista en la cual las viudas son inmoladas en la pira funeraria de su marido recién fallecido. Aunque no tan extendida, estuvo vigente hasta 1829, cuando fue abolida durante el mandato británico en La India.

⁸ Spivak (2003) diferencia entre *representación* y *re-presentación*. La primera, de acuerdo a la autora, se entiende como el “hablar a favor de” en el marco de la formación estatal y la ley. Un ejemplo de representación sería la defensa de ciertos intereses ciudadanos por un partido político específico. Por su parte, la re-presentación se refiere al sujeto-predicación y se enmarca en la teoría del Sujeto.

de la experiencia de la subalterna violentada. Así, los silencios y las censuras toman en el análisis discursivo un lugar tan importante como la palabra expresada.

Es de esta forma que Spivak y la teoría subalterna aportan una dimensión adicional a la discusión del poder en el marco del desarrollo internacional, pues resaltan los no-enunciados dentro de los discursos de la agenda internacional de salud materna (AISM). Como demostraré a lo largo de los siguientes capítulos, la configuración de la AISM ha privilegiado la representación de ciertas experiencias –especialmente aquellas que refuerzan la narrativa del subdesarrollo– mientras que ha marginado otras voces, particularmente aquellas que denuncian la violencia institucional y el control sobre los cuerpos gestantes. Esto se traduce en una política de representación que, al tiempo que visibiliza ciertos aspectos de la salud materna, perpetúa la exclusión de aquellas perspectivas que desafían los entramados hegemónicos.

Desde Lukes, es visible que el poder no solo opera a través de decisiones explícitas, sino también mediante la capacidad de definir los términos del debate y moldear las percepciones de lo posible. Esto, como argumenté, se relaciona con la idea gramsciana de hegemonía, misma que subraya la importancia del consenso en la reproducción del orden social. En este contexto, las organizaciones internacionales no solo dictan políticas de salud materna, sino que configuran el sentido común a partir de la emisión de enunciados discursivos en torno a la reproducción, estableciendo así qué prácticas son deseables y cuáles son inaceptables.

Foucault, por su parte, amplía esta discusión al introducir el concepto de biopoder, que permite comprender cómo los cuerpos gestantes son administrados dentro de un régimen de vigilancia y normalización. La biopolítica, al centrar su atención en la vida y su gestión, legitima intervenciones médicas y políticas de control poblacional que, aunque presentadas como mecanismos de protección, también pueden convertirse en herramientas de dominación. En este sentido, la medicalización del parto y la institucionalización del control reproductivo pueden entenderse como expresiones de un orden disciplinario que naturaliza la

subordinación de los cuerpos gestantes a un régimen biomédico hegemónico íntimamente relacionado con prácticas violentas contra las gestantes.

En esa línea, en este apartado también mostré cómo los aportes de Arturo Escobar y otros posdesarrollistas abren la posibilidad de situar este análisis foucaultiano en una crítica más amplia al desarrollo como discurso hegemónico. Desde esta perspectiva, la cooperación internacional en salud materna no es un mecanismo neutral, sino una herramienta de expansión de ciertos regímenes de saber y poder. Esto es especialmente relevante al considerar que los discursos desarrollistas han tendido a absorber formas de resistencia, reconfigurándolas dentro de marcos que, si bien modifican las lógicas dominantes, no terminan por desmantelarlas.

En este sentido, la violencia obstétrica no es solo el resultado de fallas individuales en los sistemas de salud, sino una manifestación de las contradicciones inherentes al proyecto hegemónico del desarrollo. El análisis del poder en sus múltiples dimensiones permite comprender cómo las dinámicas internacionales de cooperación en salud materna, como parte de dicho proyecto, reproducen relaciones de dominación y configuran los marcos desde los que se definen los problemas y soluciones legítimas en torno a la reproducción, incidiendo, de esta manera, en las formas en que ésta última es administrada.

En síntesis, en este apartado ha argumentado que la violencia obstétrica debe entenderse como un fenómeno inserto en un entramado de relaciones de poder que operan a distintas escalas, entre ellas, la internacional. La cooperación internacional en salud materna no solo estructura la forma en que se conceptualiza la reproducción, sino que también participa activamente en la normalización de ciertas prácticas y en la marginación de otras. A través de las herramientas analíticas proporcionadas por Spivak, Lukes, Gramsci, Foucault y Escobar, se ha evidenciado que la violencia obstétrica no es una anomalía dentro del sistema de salud, sino un síntoma de un régimen más amplio de dominación que se articula a través del desarrollo, la biopolítica y la hegemonía del norte global.

1.3. Sobre los fundamentos feministas de esta investigación: debates epistemológicos y algunas otras categorías analíticas

Hasta este punto del capítulo, he procurado articular una red de relaciones teóricas entre las categorías de poder, desarrollo, reproducción biológica y violencia, ejes que considero fundamentales dentro del andamiaje teórico-conceptual con el que pretendo interpretar la evidencia recolectada en esta investigación. No obstante, aunque la cuestión del género ha atravesado estas reflexiones, aún no he desarrollado un análisis detallado sobre su construcción teórica como categoría de análisis. Esta omisión no es menor, especialmente considerando el papel central que el género desempeñará como herramienta analítica en las páginas por venir.

En una tesitura similar, hasta el momento no he tenido oportunidad de introducir otro par de conceptos que considero de gran relevancia en el marco de esta tesis. Se trata de la *violencia simbólica* y del *habitus*. Así, como respuesta a estas omisiones, en el primer subapartado de esta sección desarrollaré estas tres categorías –género, violencia simbólica y habitus– en el contexto de la violencia obstétrica y la salud materna. Esto con el propósito de delimitar sus alcances y justificar su pertinencia como parte de la caja de herramientas analíticas que utilizo para responder mi pregunta de investigación –a saber, de qué manera se relaciona la cooperación internacional de salud materna con la prevalencia de violencia obstétrica en México.

Ahora bien, otra deuda que mantengo hasta el momento con este capítulo es de índole epistemológica. En distintos momentos de esta tesis asumo posturas críticas hacia la ciencia a razón de que la búsqueda de conocimiento no escapa de forma invariable a las relaciones de poder. Por este motivo, estimo necesario establecer un diálogo con los debates que emergen de las llamadas *epistemologías feministas*.

El motivo es que este ejercicio crítico no debe interpretarse como un rechazo absoluto del proyecto científico, sino como una problematización fundamentada que, desde el pensamiento feminista, cuestiona tanto la influencia de las ya

mencionadas relaciones de poder cuanto de los supuestos epistémicos androcéntricos y eurocéntricos en la producción de conocimiento. Se trata, pues, de una revisión crítica que reconoce las limitaciones de ciertos paradigmas científicos y, como resultado, abre la puerta a producir un conocimiento rigurosamente comprometido con las realidades en la que se insertan diferentes objetos de estudio.

Es bajo este razonamiento que, en el último subapartado que conforma este capítulo, desarrollaré los principales paradigmas que emergen de las epistemologías feministas. Mi intención con esto es profundizar brevemente en la crítica a las concepciones tradicionales de la ciencia y, bajo tal crítica, situar esta tesis en un marco epistemológico que reconozca las implicaciones políticas del conocimiento y la necesidad de desarrollar metodologías sensibles a las relaciones de género y de poder. Así, con este subapartado busco no solo problematizar los supuestos epistemológicos dominantes, sino también esbozar una base teórica que me permita sostener con fundamentos una aproximación crítica a la violencia obstétrica en el contexto de la cooperación internacional en salud materna.

1.3.1. Género, violencia simbólica y habitus desarrollista: una aproximación teórica

El concepto de *género*, entendido como una construcción social que estructura las relaciones de poder entre los sexos (Cobo, 1995; Nicholson, 1992; Scott, 2008), brinda un ancla para analizar de qué manera las políticas de salud materna contribuyen a la reproducción o reconfiguración de las desigualdades de género. En este sentido, la violencia obstétrica no sólo se constituye como una manifestación específica de violencia de género en los servicios de salud, sino que también evidencia la existencia de estructuras de poder más amplias que regulan los cuerpos sexuados en el marco de las políticas de desarrollo y cooperación internacional.

La categoría *género* es un concepto central de la teoría feminista, ya que sustenta gran parte de sus argumentos científicos y políticos (Cobo, 1995; Lamas, 2013a). Sin embargo, aunque su importancia es ampliamente reconocida dentro de los feminismos, su definición no está exenta de matices. Kate Millett (1995), por

ejemplo, lo concibe como una construcción social basada en la diferencia sexual que refuerza y legitima la opresión patriarcal. Desde esta perspectiva, el género no es sólo un conjunto de normas culturales impuestas a partir de la diferencia biológica, sino un sistema que estructura relaciones jerárquicas entre los sexos.

En contraste, Martha Lamas describe al género como "la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas en función de sus cuerpos", los cuales pueden adoptar las más diversas formas –no solo la de dominación– según el contexto (Lamas, 1994, p. 4). En este sentido, su conceptualización permite analizar el género como un entramado de significaciones que varían históricamente, destacando su capacidad de transformación.

Joan Scott, por su parte, plantea una perspectiva intermedia que articula estos enfoques y redefine el género como un principio organizador de las relaciones sociales que opera a través del poder (2008, p. 68). A diferencia de Millett, que lo concibe como un mecanismo de opresión estructural y directa, y de Lamas, que enfatiza su dimensión simbólica, normativa y contextual, Scott propone entender el género a partir de "la conexión integral entre dos propuestas", a saber, que (1) "el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos", y (2) que "el género es una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder" (Scott, 2008, p. 65). Así, mientras Millett subraya la dimensión estructural del género como herramienta de la opresión patriarcal y Lamas resalta su carácter simbólico y normativo, Scott propone una visión que articula ambas dimensiones dentro de un esquema de poder más amplio.

Más adelante, examinaré la segunda parte de la definición de Scott en relación con la categoría de violencia simbólica. En cuanto a la primera, Scott (2008) identifica cuatro pilares interconectados que explican cómo el género estructura tanto las relaciones sociales como las relaciones de poder. Estos pilares incluyen: (1) los símbolos, mitos y representaciones que configuran las concepciones del género en distintas sociedades; (2) los conceptos normativos que refuerzan y

naturalizan estos significados binarios a través de doctrinas educativas, religiosas, científicas y legales; (3) el papel de las instituciones como la educación, el gobierno y el mercado laboral en la reproducción de estas estructuras de género; y (4) la identidad subjetiva, es decir, las maneras en que los sujetos, tanto hombres como mujeres, interiorizan o desafían estas normas dentro de su contexto histórico (Scott, 2008, pp. 66-68).

De este modo, la aproximación de Scott permite una lectura más compleja del género al considerar tanto sus dimensiones estructurales cuanto su capacidad de ser negociado y resignificado por los sujetos. Este enfoque es especialmente útil para comprender cómo las políticas internacionales de salud materna pueden reproducir, reforzar o desafiar ciertas concepciones de género al definir los cuerpos gestantes y su acceso a derechos en los ámbitos de lo material, lo discursivo y lo simbólico.

La revisión de las conceptualizaciones que Millett, Lamas y Scott hacen sobre el género –y que, aunque célebres, son tan solo unas pocas de tantas– ilustra la dificultad de fijar un significado único y estable a esta categoría analítica. En este sentido, Linda Nicholson subraya que “la categoría género contiene muchos supuestos específicos de su tiempo, así, utilizarla interculturalmente es también estructurar nuestra comprensión de acuerdo con” una visión del mundo históricamente situada (1992, p. 30). Esta afirmación resalta la necesidad de fijar el concepto de género en su contexto histórico y cultural, evitando su aplicación acrítica en sociedades diversas. El planteamiento de Nicholson complementa las tensiones que he señalado previamente al tiempo que subraya que el género no es un concepto universal, sino una construcción cuya interpretación varía en función de cada época y cada territorio.

Ahora bien, a pesar de los matices teóricos, es posible trazar algunas coincidencias en las definiciones del género como categoría. Al respecto, me parece que la aproximación que esboza Rosa Cobo (1995) aglutina en buena medida los puntos que suelen tener en común la mayoría de las definiciones de este concepto. Para esta autora, el género se conceptualiza como una construcción cultural en

directa oposición a la categoría de sexo, siendo esta última entendida –salvo en algunas excepciones, como en el caso de Butler– en términos puramente biológicos. En esta distinción, la teoría feminista vincula al sexo con la biología y la naturaleza, y al género con la cultura y la sociedad. En síntesis, como explica la autora, la teoría feminista ha atribuido “al sexo el atributo de la invariabilidad y al género el de la maleabilidad” (Cobo, 1995, p. 78), lo que refuerza el planteamiento de que el género es una construcción histórica y mutable.

Esta concepción del género como una construcción cultural y simbólica encuentra una de sus formulaciones más influyentes en el pensamiento de Simone de Beauvoir. Estela Serret (2008) destaca el papel fundamental de *El segundo sexo* en la transformación del discurso feminista ilustrado, al señalar que esta obra “expulsa al discurso feminista fuera del ámbito estricto de la ética, del reclamo por la autonomía, y lo coloca en un terreno más complejo de la realidad, ya no jurídica o moral o civil o incluso política, sino cultural o simbólica” (p. 42).

Esta visión del género como construcción cultural tiene su expresión más emblemática en la célebre afirmación de Simone de Beauvoir:

No se nace mujer: se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico, económico, define la imagen que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; el conjunto de la civilización elabora este producto intermedio entre el macho y el castrado que se suele calificar de femenino. Sólo la mediación ajena puede convertir un individuo en Alteridad (2015, p. 371).

De Beauvoir profundiza en esta idea al sostener que “la división de los sexos es un hecho biológico, no un momento de la historia humana” y que la construcción de la mujer como otredad responde a un *mitsein*⁹ original que las mujeres no hemos

⁹ El término *mitsein*, de origen alemán, se traduce como “ser-con-otros” y alude a la concepción –propuesta por Martin Heidegger en *Ser y tiempo*– de que la existencia humana se realiza siempre en compañía de otros. Simone de Beauvoir retoma esta noción para demostrar que, si bien hombres y mujeres habitan conjuntamente en sociedad, dicha convivencia se ha desarrollado de manera asimétrica. Así, el hombre ha sido erigido como sujeto primordial (lo Uno), en tanto que la mujer ha sido definida como el Otro, lo cual le niega el reconocimiento de un estatus equivalente.

conseguido dismantelar (2015, p. 54). En este marco, la autora problematiza además la relación de poder entre los sexos:

La relación entre ambos sexos no es la de dos electricidades, dos polos: el hombre representa al mismo tiempo el positivo y el neutro, hasta el punto que se dice ‘los hombres’ para designar a los seres humanos, pues el singular de la palabra *vir* se ha asimilado al sentido general de la palabra *homo*. La mujer aparece como el negativo, de modo que toda determinación se le imputa como una limitación, sin reciprocidad” (2015, p. 49).

Esta lógica culmina en su afirmación de que “él es el Sujeto, es el Absoluto: ella es la Alteridad” (p. 50), reforzando su crítica a la manera en que el patriarcado ha construido a la mujer como un otro subordinado. A partir de esta base, De Beauvoir se pregunta:

¿Cómo es posible entonces que entre los sexos esta reciprocidad no se haya planteado, que uno de los términos se haya afirmado como el único esencial, negando toda relatividad con respecto a su correlato, definiéndolo como alteridad pura? ¿Por qué las mujeres no cuestionan la soberanía masculina? Ningún sujeto se enuncia, de entrada y espontáneamente, como inesencial (2015, p. 52).

Esta pregunta abre paso, a su vez, a una cuestión aún más fundamental: “¿De dónde viene que este mundo siempre haya pertenecido a los hombres y que sólo ahora empiecen a cambiar las cosas?” (De Beauvoir, 2015, p. 56).

Para De Beauvoir, las explicaciones dadas hasta entonces son parciales, pues han sido emitidas por los varones, quienes son a su vez juez y parte en el conflicto de la dominación-subordinación en el ámbito de los sexos. Los varones se han valido de la moral, la religión, la filosofía, y –más recientemente– de las ciencias para justificar la situación de inferioridad de la mujer, cuando, en realidad, al momento de formular tales conceptualizaciones, son los intereses de su clase los que se imponen, ya sean éstos de índole material –concentrar los recursos

disponibles– o simbólica –mantener su sentido de aparente superioridad sobre lo femenino (De Beauvoir, 2015, pp. 56-59).

Celia Amorós sostiene que el género no solo refleja la jerarquización patriarcal, sino que es el propio mecanismo que la organiza y la perpetúa (Amorós, 1992, en Cobo, 1995, p. 81). Esta concepción se enlaza con el planteamiento de Simone de Beauvoir, quien expone cómo el patriarcado ha consolidado la figura de la mujer como la Alteridad absoluta, mientras el varón se erige como sujeto universal. En este marco, Rosa Cobo señala que, aunque las corrientes feministas coinciden en la crítica a esta jerarquización, difieren en sus estrategias para desmontarla. Así, “mientras el feminismo post-moderno reclama el derecho a la diferencia, el feminismo de tradición ilustrada aboga por la superación de los géneros” (Cobo, 1995, p. 81).

Estas tensiones reflejan tanto debates epistemológicos como disputas políticas sobre la emancipación y la redefinición del sujeto feminista frente a las estructuras patriarcales. Del mismo modo que no hay una única categoría de género que abarque todas las experiencias, tampoco existe un feminismo homogéneo, sino múltiples corrientes que cuestionan y resignifican sus objetivos, estrategias y principios teóricos.

Desde la sociología del género, Cobo (1995) sostiene que esta disciplina no solo permite analizar y explicar comportamientos individuales y colectivos en relación con la estructura social, sino que también evidencia los mecanismos ideológicos y materiales que perpetúan la opresión patriarcal. En este sentido, el género no debe ser concebido únicamente como una categoría social, sino como un sistema de significación que articula las dinámicas de estratificación económica y política. Tal como argumenta Cobo,

una sociedad dividida simbólica y empíricamente en dos géneros significa que su estratificación económico-política y el reparto de sus roles responde a esta división por género. Al mismo tiempo, toda sociedad construida sobre una profunda desigualdad genera mecanismos ideológicos –definiciones sexuales- que justifican y legitiman esa desigualdad (1995, p. 65).

Como ya he señalado, los estudios con una perspectiva feminista buscan, entre otras cosas, construir una teoría del poder (Cobo, 1995). En los apartados anteriores, he desarrollado el poder desde una óptica posestructuralista y posdesarrollista, destacando su carácter relacional y su ejercicio a través de prácticas discursivas y materiales. En este marco, la noción de contingencia resulta fundamental para comprender cómo el poder no es una entidad fija ni unívoca, sino que se despliega de manera dinámica mediante múltiples mecanismos –en términos gramscianos– y dispositivos –en términos foucaultianos.

Así, al examinar el género desde esta perspectiva, es posible entenderlo como una dimensión específica del poder que opera en la configuración de subjetividades y jerarquías entre los sexos. En páginas anteriores, di gran importancia a la cuestión de la contingencia como principio rector en el análisis del poder. Esta concepción nos invita a observar los fenómenos en su especificidad azarosa y a poner la atención en el devenir histórico como elemento clave para comprender la configuración contemporánea de las relaciones de dominación.

Para lograr un entendimiento de este tipo, es necesario superar lo que Ricoeur (2000) conceptualizaba como el *eclipse del acontecimiento*, es decir, abandonar la normalización de los sucesos del pasado y el presente para comprenderlos como fuerzas transformadoras de las dinámicas del ahora. En este sentido, la naturalización de las estructuras sociales no solo anula la capacidad de los acontecimientos para generar cambios, sino que también perpetúa configuraciones específicas de poder.

Así, el estudio de Bourdieu (2000b) sobre la dominación masculina se vuelve clave para comprender la opresión y explotación de las mujeres, pues cuestiona los mecanismos de *deshistorización* de las relaciones entre los sexos. Este concepto recuerda, a su vez, al de *normalización* propuesto por Foucault, en tanto que se refiere al proceso mediante el cual la historia y la cultura devienen naturaleza (Bourdieu, 2000b). De este modo, la reproducción de las estructuras de desigualdad no es producto de una determinación biológica, sino de un complejo entramado de significaciones históricas y prácticas sociales que aseguran su continuidad.

En este punto, creo importante regresar a la segunda dimensión de la definición que Scott (2008) propone para el género como categoría analítica; esto es, la dimensión de las relaciones simbólicas de poder. La misma Scott (2008) cita a Bourdieu para argumentar esta segunda dimensión. En particular, retoma el planteamiento de Bourdieu (2007) de que la división sexuada y binaria en del mundo está fuertemente arraigada en las ilusiones colectivas, y que los conceptos sobre el género, que se presentan como referencias objetivas, “estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica del conjunto de la vida social” (Scott, 2008, p. 68).

Lamas (2013c), al comentar, asimismo, a Bourdieu, señala que el autor demuestra que el orden social de la dominación masculina está tan encarnado que ya no requiere de justificación alguna, pues “se impone a sí mismo como autoevidente, y es tomado como ‘natural’ gracias al acuerdo” que sostiene con las estructuras sociales, con la división sexual del trabajo, con la organización social del tiempo y el espacio, y con las “estructuras cognitivas inscritas en los cuerpos y en las mentes [...] mediante el mecanismo básico y universal de la oposición binaria” (Lamas, 2013c, p. 345).

De Beauvoir (2015) recupera evidencia que sostiene que este mecanismo de oposición binaria se encuentra incluso en sociedades primitivas, elevándolo a categoría fundamental del pensamiento humano. Esta dualidad, de acuerdo a la autora, distingue lo Mismo de lo Otro. Sin embargo, desde su aproximación filosófica, De Beauvoir plantea que estas sociedades y sus mitologías arcaicas no estructuraban la alteridad en función del sexo, sino que lo hacían a partir de oposiciones simbólicas binarias neutras como “Varuna-Mitra, Urano-Zeus, Sol-Luna, Día-Noche” (2015, p. 51). La autora argumenta que en estos binomios no está implicado ningún femenino, como tampoco lo está en los “principios fastos o nefastos, de la derecha y de la izquierda, de Dios y de Lucifer”.

A pesar de ello, en un momento histórico determinado, esta lógica de alteridad se proyectó sobre la diferencia sexual, dotándola de simbolismos y significados normativos que consolidaron la jerarquía de poder entre los sexos. Esta

jerarquía no es natural, pues como señala Judith Butler (2013, p. 326), en la misma línea que De Beauvoir, las mujeres –y por extensión los varones– no tienen ningún tipo de esencia natural, y que aquello se llama esencia o un hecho material es solo una construcción cultural arraigada y reiterada que se disfraza de verdad natural.

Al respecto, Lamas retoma el análisis de Bourdieu sobre la dominación masculina y señala que su eficacia radica en capacidad de legitimar la opresión femenina al inscribirla en el ámbito de lo biológico (2013c, p. 346). En otras palabras, la dominación masculina no se presenta a sí misma como una construcción social arbitraria, sino que se autoinscribe en el orden biológico, lo que le otorga un carácter de inevitabilidad y perpetuidad (Lamas, 2013c). Sin embargo, este supuesto orden natural es, en realidad, una construcción social que ha sido biologizada para consolidar jerarquías de poder a través de las oposiciones binarias que ya describí a partir de los trabajos de De Beauvoir y Scott. Oposiciones simbólicas que, en un momento histórico determinado, fueron proyectadas sobre la diferencia sexual.

Desde esta perspectiva, Sherry Ortner y Harriet Whitehead (2013, pp. 127-128) refuerzan la idea de que el género y la sexualidad no deben entenderse como realidades biológicas inmutables, sino como construcciones culturales y simbólicas que se inscriben en un sistema más amplio de significaciones. Argumentan que las ideas sobre lo masculino y lo femenino, así como las normas que rigen las relaciones entre hombres y mujeres, son en gran medida el producto de procesos sociales e históricos.

Para ambas autoras, el género y la sexualidad son construcciones simbólicas que establecen el "significado de lo masculino y lo femenino, del sexo y la reproducción" (Ortner & Whitehead, 2013, p. 128). En otras palabras, Ortner & Whitehead sostienen que

El género, la sexualidad y la reproducción se abordan en calidad de *símbolos* a los que una sociedad determinada asigna significados particulares, como ocurre con todo símbolo. El acercamiento al problema del sexo y del género se considera, en consecuencia, como una cuestión de análisis e interpretación simbólicos" (2013, p. 128).

En este sentido, el género no solo opera como un mecanismo de ordenamiento social, sino que también actúa como un dispositivo de significación que transforma las diferencias sexuales en signos de jerarquías preexistentes de poder. De este modo, la sexualidad y la reproducción dejan de ser meros hechos biológicos para convertirse en dimensiones simbólicas que adquieren significados particulares en cada contexto cultural (Ortner & Whitehead, 2013), inscribiéndose así en el proceso de naturalización de la dominación que han señalado Bourdieu, De Beauvoir, Butler, Lamas y Scott.

En la misma línea, Celia Amorós (1985) analiza la relación entre la construcción simbólica del género y la legitimación de la desigualdad. La autora sostiene que la asociación entre mujer y naturaleza, y varón y cultura, ha operado como un mecanismo de exclusión que impide a las mujeres acceder a la individualidad y a la esfera de la abstracción. En cambio, los varones son concebidos como sujetos de creación y producción cultural, lo que les otorga una posición de preeminencia dentro del orden social (Amorós, 1985). Esta oposición simbólica no solo refuerza la subordinación femenina, sino que también naturaliza las diferencias de poder como si fueran inherentes a la organización del mundo.

Serret (2008, p. 42), al analizar *El segundo sexo* de De Beauvoir, toma un camino muy similar al de Amorós. Enfatiza que la biologización de la maternidad ha sido un factor clave en la construcción de la inferioridad femenina. La autora argumenta que la identificación de la mujer con la naturaleza ha consolidado una representación universal de la "mujer-madre-naturaleza-inferior", lo que ha justificado la dominación masculina de manera similar a como la cultura se ha concebido como un elemento superior a la naturaleza. En este sentido, la estructura simbólica del género no solo establece diferencias, sino que también legitima el acceso diferencial al poder y a la agencia.

De forma muy cercana, Bourdieu (2000b) argumenta que la diferencia biológica entre los genitales asignados a cada sexo –construcción a su vez histórica y social– permite que las sociedades justifiquen otras divisiones arbitrarias entre machos y hembras y, en consecuencia, la dominación de los varones sobre las

mujeres. Como ya mencioné, Bourdieu ubica la dominación masculina sobre lo femenino en el ámbito de lo simbólico al señalar que el lenguaje, con sus dicotomías –sol/luna, bueno/malo, derecha/izquierda, este/oeste, arriba/abajo–, son el medio sobre el que se cimientan las prácticas sociales que son asimiladas por machos y hembras, y que otorgan al hombre dicho poder de dominación (Bourdieu, 2000b).

La relación entre mujer y naturaleza, articulada a través de la biologización del género, no solo refuerza la jerarquización de los cuerpos y los sujetos, sino que también sustenta las estructuras de dominación mediante un sistema de representaciones que legitima y perpetúa la exclusión. Así, la construcción simbólica del género se presenta como un dispositivo central en la reproducción de las relaciones de poder. Esta es la esencia de la *violencia simbólica*,

una violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento (Bourdieu, 2000b, p. 12).

Así, la violencia simbólica implica el conjunto de actitudes, hábitos, significados y esquemas de relación que producen y reproducen la dominación de unos sobre otros. En concreto, la violencia simbólica es una "violencia censurada y eufemizada, es decir irreconocible y reconocida" (Bourdieu, 2007, p. 203). Su eficacia radica en su carácter imperceptible para quienes la padecen, ya que opera mediante la internalización de los esquemas de dominación, los cuales son aceptados como naturales por los dominados. En este sentido, "la dominación no puede ejercerse sino bajo su forma elemental, es decir de persona a persona" (Bourdieu, 2007, p. 203), lo que significa que la violencia simbólica no es una abstracción sino una práctica concreta y cotidiana.

Para sostenerse, la violencia requiere un proceso de atenuación, en el que las relaciones de dominación "sólo pueden instaurarse, mantenerse o restaurarse [...] al precio de [...] travestirse, transfigurarse, en una palabra, eufemizarse"

(Bourdieu, 2007, p. 203). Es decir, los mecanismos de control y subordinación se ocultan tras discursos y prácticas que los hacen parecer legítimos e incluso deseables para quienes los experimentan. Esta característica explica por qué "la violencia está al mismo tiempo más presente y más enmascarada" cuando toma sus formas simbólicas (Bourdieu, 2007, p. 203).

La coexistencia de la violencia simbólica con otras formas de dominación es esencial en el análisis de Bourdieu. Como explica, la sociedad "recurre simultáneamente a formas de dominación que, desde el punto de vista del observador contemporáneo, pueden parecer más brutales, más primitivas, más bárbaras y al mismo tiempo más suaves, más humanas, más respetuosas de la persona" (Bourdieu, 2007, p. 204). Esto significa que las estructuras de poder combinan diversas estrategias para garantizar su reproducción, alternando entre la coerción física y la manipulación simbólica, una conclusión que esboza de forma similar Cobo (1995) al hablar de los mecanismos de reproducción del patriarcado, a saber, la coerción y el consentimiento.

Así, "la violencia abierta, física o económica, y la violencia simbólica más refinada [...] pueden coexistir, [pues son] medios sustituibles para cumplir la misma función" (Bourdieu, 2007, pp. 204-205). De acuerdo al autor, la elección entre una u otra forma de violencia depende de las relaciones de poder en juego y del nivel de tolerancia social hacia la coerción explícita. En contextos donde la violencia directa es socialmente reprobada, "la violencia simbólica, violencia suave, invisible, desconocida en cuanto tal, elegida tanto como sufrida, [...] se impone como el modo de dominación más económico porque es el que más se adecua a la economía del sistema" (Bourdieu, 2007, pp. 204-205).

En este contexto, "las formas suaves y larvadas de violencia tienen tantas más posibilidades de imponerse como la única manera de ejercer la dominación y la explotación cuanto más difícil y reprobada es la explotación directa y brutal" (Bourdieu, 2007, p. 206). Esto nos muestra que la violencia simbólica no es solo un mecanismo secundario dentro de la dominación, sino una estrategia clave que permite mantener el control en sociedades donde la violencia física ya no es

tolerada abiertamente. Se trata de una forma de imposición que opera de manera sutil, infiltrándose en la cotidianidad y logrando que las estructuras de poder se sostengan sin necesidad de recurrir a la fuerza explícita.

La violencia simbólica está estrechamente vinculada al *poder simbólico*, entendido como la capacidad de imponer categorías de percepción y reconocimiento, es decir, de construir la realidad y establecer un orden gnoseológico (Bourdieu, 2000a, p. 67). Como explica Bourdieu, "la acumulación de riquezas materiales no es, en tal contexto, sino un medio entre otros para acumular poder simbólico como poder de hacer reconocer el poder" (Bourdieu, 2007, p. 212). Esta lógica permite que las relaciones de dominación se perpetúen mediante la institucionalización, que "sustituye las relaciones entre agentes indisociables de las funciones que ellos cumplen [...] por relaciones estrictamente establecidas y jurídicamente garantizadas entre posiciones reconocidas" (Bourdieu, 2007, pp. 212-213). En otras palabras, la dominación se naturaliza a través de estructuras que la presentan como legítima e inmutable.

En síntesis, Bourdieu afirma que "la violencia simbólica es la forma suave y larvada que adopta la violencia cuando la violencia abierta es imposible" (Bourdieu, 2007, p. 215). Sin embargo, esto no implica que sea inalterable. En la lucha por la imposición de significados, "a la violencia simbólica, como violencia desconocida reconocida, por lo tanto, legítima, se opone la toma de conciencia de la arbitrariedad que despoja a los dominantes de una parte de su fuerza simbólica al abolir el desconocimiento" (Bourdieu, 2007, p. 215). Esto implica que la resistencia a la violencia simbólica comienza con el reconocimiento de su existencia, ya que el cuestionamiento de sus fundamentos permite debilitar su eficacia y abrir la posibilidad de transformación social.

Este reconocimiento, sin embargo, si bien posible, enfrenta obstáculos. Como escribe Lamas al comentar a Bourdieu, la violencia simbólica sucede mediante un "acto de cognición y de falso reconocimiento que está más allá, o por debajo de, los controles de la conciencia y la voluntad" (2013c, p. 346). De acuerdo

a ella, Bourdieu sitúa dicho acto en los esquemas del *habitus*, que son esquemas que, simultáneamente, “son género y engendran género” (2013c, p. 346).

Ciertamente el concepto de *habitus* es central en la teoría de Bourdieu, y permite comprender la manera en que las estructuras sociales se interiorizan en los sujetos y, a su vez, son reproducidas a través de sus prácticas. Bourdieu define al *habitus* en el *Sentido práctico* como

sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente ‘reguladas’ y ‘regulares’ sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta (2007, p. 86).

En otras palabras, el *habitus* es un conjunto de esquemas cuasi-permanentes, generadores, adquiridos e interiorizados que guían las acciones y percepciones de los sujetos sin necesidad de una reflexión consciente.

El *habitus* es el resultado de un proceso histórico de incorporación de estructuras sociales objetivas en los cuerpos y en la subjetividad de los agentes. Bourdieu señala que “producto de la historia, el *habitus* origina prácticas, individuales y colectivas, y por ende historia, de acuerdo con los esquemas engendrados” a su vez por esta misma (Bourdieu, 2007, p. 88). Es decir, las experiencias pasadas se inscriben en los sujetos y orientan sus acciones futuras, reproduciendo así el orden social. En este sentido, el *habitus* funciona como un mecanismo de continuidad, ya que “asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, registradas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamientos y de acción, tienden [...] a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo” (Bourdieu, 2007, p. 89).

La eficacia del *habitus* radica en su carácter pre-reflexivo y en su capacidad para hacer que determinadas prácticas sean percibidas como naturales. Como indica Bourdieu, "las regularidades inherentes a una condición arbitraria tienden a aparecer como necesarias, incluso como naturales, por el hecho de que están en el principio de los esquemas de percepción y de apreciación a través de los cuales son aprehendidas" (Bourdieu, 2007, pp. 87-88). En este sentido, a partir de la repetición, el *habitus* opera como un mecanismo que excluye lo *impensable* y crea un sentido común (Bourdieu, 2007, pp. 88-94). El *habitus* es, por tanto, tautológico, pues se justifica a sí mismo a partir del hecho de que existe y se reproduce continuamente.

Además de determinar los horizontes de posibilidad de los agentes, el *habitus* también desempeña un papel fundamental en la reproducción de las relaciones de dominación. Al respecto, Bourdieu afirma que

en las formaciones sociales donde la reproducción de las relaciones de dominación [...] no está asegurada por mecanismos objetivos, el trabajo incesante que es necesario para mantener las relaciones de dependencia personal estaría condenado de antemano al fracaso si no pudiese contar con la constancia de los *habitus* socialmente constituidos y reforzados sin cesar por las sanciones individuales o colectivas (Bourdieu, 2007, p. 89).

Es decir, la estabilidad del orden social depende en gran medida de la interiorización de estructuras de dominación en los sujetos, lo que permite su reproducción sin la necesidad de coerciones constantes. Así, los *habitus* se inscriben tanto en los cuerpos de los agentes/sujetos cuanto en las instituciones, permitiendo, por fuerza de repetición, la continuidad de estas últimas (Bourdieu, 2007, pp. 92-93).

Ahora, si bien el *habitus* tiende a reproducirse y a garantizar la continuidad del orden social, al igual que la violencia simbólica, no es un sistema cerrado ni inmutable. Como explica Bourdieu, "el *habitus* es una capacidad infinita de engendrar, con total libertad (controlada), unos productos –pensamientos, percepciones, expresiones, acciones– que siempre tienen como límite las

condiciones históricas y socialmente situadas de su producción" (Bourdieu, 2007, p. 90). En este sentido, así como el *habitus* no permite la novedad absoluta, tampoco implica una simple reproducción mecánica de las estructuras sociales objetivas. Por el contrario, éste permite cierto grado de variabilidad y adaptación ante los acontecimientos contingentes que producen nuevas condiciones objetivas.

Así, no se trata de una estructura estructurante estática ni uni-esencialista, sino dialéctica, pues al resultar de la interacción históricamente situada de condiciones objetivas, campo y agente, un cambio contingente en alguno de estos elementos puede dar cabida a la formación de nuevos *habitus*. Esta flexibilidad se hace evidente en los conflictos generacionales, los cuales surgen, según Bourdieu, a partir de

habitus producidos según modos de generación diferentes, es decir, por condiciones de existencia que, oponiendo definiciones diferentes de lo imposible, de lo posible y de lo probable, hace que los unos experimenten como natural o razonable unas prácticas o aspiraciones que los otros sienten como impensables o escandalosas" (Bourdieu, 2007, p. 101).

En otras palabras, aunque el *habitus* tiende a reproducirse, también puede ser transformado, no sin cierta dificultad, a partir de cambios en las condiciones estructurales que lo producen.

En suma, el *habitus* constituye un principio central en la teoría de Bourdieu, pues permite entender cómo las estructuras sociales se inscriben en los sujetos y cómo estos, a través de sus prácticas, contribuyen a la reproducción o transformación del orden social. Al ser una "historia incorporada" (Bourdieu, 2007, p. 91), el *habitus* garantiza la continuidad de las estructuras sociales, pero también contiene dentro de sí mismo la posibilidad de su cambio.

A partir de estas bases teóricas, es posible analizar cómo los conceptos de género, violencia simbólica y *habitus* se inscriben en mis dos principales variables de estudio: la violencia obstétrica y la Agenda Internacional de Salud Materna (AISM). En el caso de la violencia obstétrica, retomo el trabajo de Castro (2014),

quien ha demostrado que esta práctica opera como una manifestación de violencia simbólica dentro del sistema médico, sostenida por un *habitus médico* que la naturaliza y la reproduce.

Posteriormente, en el análisis de la AISM, trataré de dilucidar algunas bases sobre cómo el discurso del subdesarrollo funciona como una forma de violencia simbólica, legitimando intervenciones que, bajo la premisa del progreso, reproducen relaciones de dominación. Para ello, propondré el concepto de *habitus desarrollista*, como herramienta para comprender la lógica mediante la cual ciertos esquemas de pensamiento y acción refuerzan asimetrías de poder y posibilitan el ejercicio de la violencia en el marco de la AISM. Dado que a lo largo de esta tesis analizaré a fondo estas relaciones, en esta subapartado me dedico sólo a esbozar algunas coordenadas conceptuales.

Ahora bien, bajo este marco teórico, es posible entender a la violencia obstétrica como un fenómeno en el que convergen violencia simbólica y *habitus*. Uno de los espacios donde esta dinámica se hace más evidente es en el sistema de salud. Al respecto, Castro (2014) parte de un marco bourdieusiano para señalar que la formación académica y profesional de los obstetras en México ocurre en entornos jerárquicos y autoritarios, donde los castigos y las humillaciones se utilizan recurrentemente como recursos didácticos. Como resultado, de acuerdo al autor, el *habitus médico* se extiende al resto de la ecología hospitalaria y se manifiesta en las salas de atención al parto mediante prácticas que deshumanizan a las gestantes.

Esta violencia se refuerza por la construcción simbólica de los cuerpos dentro del binarismo de género. La idea predominante del cuerpo masculino como fuerte y del cuerpo femenino como frágil y pasivo da lugar a ideales diferenciados que limitan el comportamiento de cada cuerpo generizado (Castro & Frías, 2022). Este proceso no es individual, sino estructural: se reproduce a nivel social y deja en la marginalidad a quienes no encajan en sus normas.

Bajo una lente de género, y en el contexto del parto, cuando los cuerpos gestantes feminizados no cumplen con las expectativas de feminidad –sumisión, limpieza, docilidad, silencio, delicadeza, prudencia–, son reprimidas mediante

prácticas violentas, ello con el fin de disciplinar su comportamiento y reorientarlo hacia lo considerado apropiado (Cohen Shabot, 2015). En ese sentido, una de las funciones de la institución hospitalaria sería asegurar el orden genérico y la feminización de los cuerpos gestantes –del *cuerpo-para-otro* y no para sí (Bourdieu, 2000b).

De acuerdo a lo planteado por Bourdieu, podría argumentarse que las gestantes participan dentro de su propia dominación al normalizar y aceptar en su cuerpo las condiciones impuestas por la institución en cuanto al manejo de su proceso reproductivo. Es decir que, al aceptar las condiciones de la medicalización, las jerarquías médico-paciente, las hegemonías epistémicas que posicionan a la ciencia médica occidental como el ideal de atención al parto, y las ideas en torno al dolor y al control del propio cuerpo durante el proceso reproductivo, las gestantes contribuyen a la reproducción de la violencia obstétrica.

Sin embargo, es importante enfatizar que participar dentro de estos esquemas no equivale a ser responsable de ellos. Como he desarrollado páginas atrás, las estructuras del *habitus* y de la violencia simbólica inciden en las posibilidades de pensamiento-acción de dominadores y dominados, pues condicionan lo que los sujetos consideran posible dentro un campo. Ello, combinado con la situación de mayor vulnerabilidad en que se encuentra la parte dominada en el momento del parto, hace que ésta sea aún más propensa a ser sometida que en otros contextos, pues su bienestar inmediato depende de la buena voluntad de su agresor.

En este sentido, transformar las relaciones de poder requiere una doble estrategia: por un lado, una liberación cognitiva que implique la toma de una conciencia que permita a las gestantes cuestionar las estructuras simbólicas que sostienen la violencia obstétrica y, por otro, cambios institucionales que eliminen las condiciones objetivas que la perpetúan.

En una tesitura similar a la de la violencia obstétrica, la violencia que emana del discurso del desarrollo/subdesarrollo también encuentra alguna de sus expresiones en los canales de la violencia simbólica al legitimar y reproducir

estructuras de dominación bajo los ideales del progreso. Al respecto, "la violencia no es sólo endémica, sino constitutiva del desarrollo", pues se articula inseparable de la violencia colonial (Escobar, 2004, p. 16).

La razón es que el proyecto hegemónico desarrollista es, en primera instancia, una invención de la modernidad. Y eso "que se llamó modernización fue precisamente el proceso de crear modernidad", entendida como un "conjunto de valores, instituciones, sistemas económicos y relaciones sociales que se originaron en Europa" alrededor del siglo XVII (Escobar, 2004, p. 15).

Así, el desarrollo, entendido como modernización es, en esencia, acerca del desplazamiento: la conquista de territorios, el desarraigo de pueblos de sus lugares, la reestructuración de espacios" (Escobar, 2004, p. 16). En otras palabras, lo que ahora se entiende como avance civilizatorio se ha construido sobre la exterminación de aquel Otro no-occidental mediante su subordinación. La violencia es aquel instrumento que permite el ejercicio de la dominación occidental.

Retomando a Bourdieu (2007), la violencia tiene, la menos, dos caras, y como tal, puede expresarse abiertamente –brutal, descarnada, coercitiva– o simbólicamente –subrepticia, imperceptible, eufemizada. Dado que, en las sociedades contemporáneas, el dominio colonial directo es abiertamente rechazado por los subordinados y por buena parte de los dominadores –*eso no es para nosotros*, escribe Bourdieu al delinear el concepto de *habitus*– las relaciones de poder ya no pueden sostenerse mediante la violencia directa -a menos que se asuma un costo muy alto. Es así que los canales de la dominación de occidente sobre lo no-occidental se desplazan hacia los terrenos de la violencia simbólica, que, en el orden actual de las cosas, resulta mucho más económica en términos de legitimación y resistencia.

La coerción pasa entonces a un orden secundario, mientras que el discurso, el lenguaje, los símbolos, las imágenes, las asociaciones, las re-presentaciones, los significados, emigran al corazón del conjunto de los medios que permiten la dominación. Al igual que sucede en las relaciones de dominación entre los sexos, la violencia simbólica desarrollista se sustenta en la construcción de la diferencia,

de un Otro que, retomando a De Beauvoir (2015) al describir el orden de género, se encuentra a medio camino entre el macho y el castrado: es la construcción del Absoluto y, en oposición, de la Alteridad.

En el discurso desarrollista, el desarrollado –que no es más que aquel que siguió los patrones de la modernización—es ese Absoluto, mientras que el no-desarrollado –el *subdesarrollado*, el que se encuentra en *vías de desarrollo*— es ese otro Otro feminizado. La subordinación del no-desarrollado como Otro feminizado es patente en que el despliegue del desarrollo como modernización se justifica en sus carencias, en no haber llegado a dominar la naturaleza mediante la *técnica* – fundamento mismo de la modernidad. La proyección de las condiciones materiales del Otro feminizado bajo el símbolo de la *carencia*, constituye en este orden la base que justifica la inserción forzada de las poblaciones y los territorios de éste en el orden hegemónico, como demostraré en diversos momentos de esta tesis.

Se observa, pues, en operación el mismo mecanismo simbólico mediante el cual se perpetúa la dominación de los hombres sobre las mujeres. Siguiendo a De Beauvoir (2015), esto es que, al construirse simbólicamente el primero como Sujeto universal y el segundo como Alteridad *carente* de racionalidad por su asociación con la naturaleza y su expulsión de los dominios de la cultura, se consolida una jerarquía en la que el primero asume la posición de norma hegemónica, mientras el segundo queda relegado a la condición de alteridad subordinada, legitimando así la dominación. Por medio del poder simbólico del dominador, la parte dominada del binomio interioriza su subordinación (Bourdieu, 2000a; 2000b).

Ahora bien, la similitud alrededor de cómo se construye la dominación simbólica entre el binomio desarrollado/subdesarrollado y el binomio masculino/femenino puede explicarse a partir de la estructura fundante del patriarcado como una de las formas originarias de dominación (Weber, 1964), a partir de la cual se constituyen el resto de las dominaciones (Firestone, 1970; MacKinnon, 1983). Sin embargo, contrario a lo que pudieran señalar Firestone y MacKinnon, si tomamos una perspectiva decolonial, la relación entre ambos

binomios no implica en sí un hecho universal ni inmutable, sino que responde a una especificidad histórica.

María Lugones provee este argumento mediante la construcción del concepto *sistema moderno/colonial de género*.¹⁰ Como advierte Lugones (2008), la organización social en términos de género no está obligada a ser ni heterosexual ni patriarcal; por el contrario, su actual configuración es el resultado de la hegemonía epistémica occidental, que ha impuesto el dimorfismo biológico y la estructura heterosexual-patriarcal como norma (p. 78).

Desde esta perspectiva, considero que la similitud en la lógica de la violencia simbólica en ambos binomios no es fortuita, sino el producto del poder simbólico - en términos bourdieusianos- de la modernidad eurocéntrica para establecer los marcos de percepción y legitimidad, del orden gnoseológico hegemónico. Así, tanto el desarrollo como la estructura de género patriarcal son construcciones históricas, cuyo carácter dominante no responde a una necesidad ontológica, sino a la capacidad de Occidente para imponer su horizonte simbólico como universal. De esta manera, las narrativas de la *carencia* dentro del discurso del desarrollo no sólo sustentan la dominación de occidente/desarrollado sobre no-occidente/no-desarrollado, sino que también refuerzan el orden jerárquico epistémico que impone la modernidad (Escobar, 1984, p. 378).

De acuerdo con Quijano (2000, p. 343), “la fusión de las experiencias del colonialismo y la colonialidad con las necesidades del capitalismo creó un universo específico de relaciones intersubjetivas de dominación bajo una hegemonía eurocentrada”. Para caracterizar a la modernidad, Quijano enfatiza su vínculo con la producción de un modo de conocimiento rotulado como racional, el cual surgió en la Europa del siglo XVII para satisfacer las exigencias cognitivas del capitalismo (Lugones, 2000). Estas incluyen la medición, la cuantificación y la separación de lo cognoscible con respecto al sujeto cognoscente, con el fin de controlar tanto la

¹⁰ Esta noción entrelaza las contribuciones de los feminismos negros cristalizadas en el concepto *interseccionalidad* y las elaboraciones de Quijano sobre la *colonialidad del poder* (Lugones, 2008, p. 77).

relación entre los seres humanos y la naturaleza como las interacciones entre los propios sujetos (Quijano, 2000 en Lugones, 2008).

Este régimen de conocimiento fue impuesto como la única racionalidad válida en el mundo capitalista, convirtiéndose en el emblema de la modernidad (Lugones, 2008). Como reseña Lugones (2008, p. 81), mediante un proceso mitológico, Europa -como centro del capitalismo global y potencia colonizadora- fue concebida como preexistente al sistema capitalista mundial. Esta narrativa la posicionó como la forma más avanzada de humanidad dentro de un curso histórico lineal, continuo y unidireccional (Lugones, 2008). Desde esta perspectiva, la población mundial se dividió en dos grupos antagónicos: superiores e inferiores, racionales e irracionales, civilizados y primitivos, modernos y tradicionales (Lugones, 2008).¹¹ Así, la modernidad no solo impuso una estructura económica global, sino que también estableció un orden epistémico que define qué conocimientos, sujetos y sociedades son legítimos, y cuáles quedan relegados a la periferia de la historia.

La legitimación de la conquista de territorios y de la extracción de recursos se halla así atravesada por un racismo científico que distingue entre humano, subhumano e inhumanos (Wynter, 2003, en Lesutis, 2024). Como resultado, se consolidan distancias ontológicas y epistemológicas que refuerzan su posición subordinada en el orden global. En este entramado, propongo el concepto de *habitus desarrollista* para describir las disposiciones incorporadas que normalizan el desarrollo como un fin incuestionable y, a la vez, perpetúan la lógica moderno-colonial en el campo de la salud materna a nivel internacional.

Partiendo de la definición que Bourdieu (2007) hace del *habitus*, propongo entender al *habitus desarrollista* como aquel conjunto de disposiciones incorporadas y pre-reflexivas que orientan la manera en que los agentes/sujetos perciben, piensan y actúan dentro del campo del desarrollo. Se trata de una estructura que no se impone de manera coercitiva, sino que es interiorizada por los agentes/sujetos

11

que operan en dicho campo a través de la socialización y la experiencia, moldeando lo que éstos consideran posible o deseable en cuanto al desarrollo.

A partir de la evidencia empírica que examino en esta tesis –y que he obtenido mediante la conducción de entrevistas semiestructuradas y en profundidad, el análisis genealógico de fuentes discursivas históricas y oficialistas, y la observación directa y participante–, identifiqué que algunas de las principales características del *habitus desarrollista* son las siguientes:

- Está intrínsecamente ligado a la modernidad y a sus formas de producción de conocimiento. Así, siguiendo a Lugones (2008) y Quijano (2000), este *habitus* privilegia la medición, la cuantificación y la separación del sujeto cognoscente del objeto de conocimiento. Bajo esta lógica, considera a la naturaleza y sus asociados simbólicos –pobreza, miseria, retraso, irracionalidad– como un recurso externo que debe ser dominado mediante la técnica.
- Se fundamenta en la reproducción de la modernidad. Consolidando la técnica, la medición y la racionalidad instrumental, establece metas de desarrollo basadas en la cuantificación y las estadísticas. En este marco, produce indicadores y define relaciones causales entre medios y fines bajo un enfoque tecnocrático.
- Instrumentaliza la imagen y los datos como mecanismos de legitimación. En este *habitus* la fotografía y las estadísticas no solo documentan, sino que construyen la realidad, consolidando la dicotomía entre desarrollados y subdesarrollados y justificando intervenciones externas por medio de la dominación simbólica.
- Reproduce el desarrollo como un horizonte normativo incuestionable. Se presenta como un proceso inevitable y deseable, estructurado bajo una lógica de progreso lineal que dicta el camino a seguir para los países y pueblos que se consideran no-desarrollados.
- Da forma a instituciones desarrollistas. Crea y mantiene organismos internacionales, marcos de financiamiento y esquemas de problematización.

Se trata de un *habitus* altamente burocratizado, que privilegia la estandarización y la tecnocratización de las soluciones.

- Naturaliza la violencia simbólica del desarrollo. Consolida, por un lado, la hegemonía epistémica occidental como estructura legítima de conocimiento y acción, reforzando la idea de que solo ciertos saberes y modelos son válidos dentro del campo del desarrollo. Por otro lado, refuerza las relaciones simbólicas de dominación subordinación al legitimar la existencia del binomio desarrollado/subdesarrollado.

De esta forma, la violencia desarrollista de orden simbólico, perpetuada mediante el *habitus desarrollista*, se evidencia, por ejemplo, en el lenguaje esbozado alrededor del hambre, que, según Escobar (2014, p. 165); en la destrucción simbólica de las personas como meros agentes de consumo y producción bajo el capitalismo neoliberal (Berthoud, 2010); en la forma en que el desarrollo depredador asesina simbólicamente a la naturaleza al concebirla como un simple apéndice del medio ambiente (Sachs, 2010); o, como propongo en esta tesis, en las formas en que se esboza el discurso internacional en torno a la salud materna.

A manera de síntesis, en este subapartado he delimitado las categorías de *género*, *violencia simbólica* y *habitus* en el contexto de la violencia obstétrica, el desarrollo internacional y la salud materna. En ese sentido, he propuesto entender la violencia desarrollista desde su faceta simbólica y he sugerido para dichos propósitos el concepto de *habitus desarrollista*. Con ello, he buscado delimitar los alcances de estas categorías y justificar su pertinencia como herramientas analíticas para abordar la relación entre la cooperación internacional en salud materna y la prevalencia de violencia obstétrica en México.

En el siguiente apartado exploraré brevemente las tres principales corrientes dentro de las epistemologías feministas con el propósito de situar esta investigación dentro de un marco epistémico y metodológico que reconozca las implicaciones políticas del conocimiento. A partir de ello, problematizaré las concepciones tradicionales de la ciencia y reflexionaré sobre cómo estas perspectivas críticas

permiten una aproximación más situada y comprometida al estudio de la salud materna.

1.3.2. Métodos y ciencia: coordinadas para la investigación desde las epistemologías feministas

La aparición de la teoría feminista implicó que las mujeres se convirtieran tanto en sujeto histórico cuanto en sujeto y objeto de conocimiento (Castañeda Salgado, 2008; Cobo, 1995). Este cambio provocó una crisis de paradigmas dentro del campo científico en tanto que cuestionó los límites de lo que merece ser estudiado, la universalidad de los modelos teóricos, así como la viabilidad de los métodos de verificación, las unidades de medida y los conceptos y terminologías tradicionalmente utilizados (Cobo, 1995, p. 61). Así, la teoría feminista está orientada a la deconstrucción del sistema de dominación patriarcal, y es por ello que uno de sus es la construcción de una teoría del poder, como ya he señalado (Cobo, 1995, p. 62).

En esa línea, la investigación feminista tiene varios objetivos fundamentales. De acuerdo con Castañeda Salgado (2008, pp. 14-19), ésta busca: (1) demostrar cómo la ciencia ha elaborado y sostenido construcciones que perpetúan la desigualdad de género; (2) proponer nuevos acercamientos teóricos y metodológicos que dismantelen los sesgos de género en la investigación convencional y abran líneas de investigación sobre temas que previamente han sido ignorados; (3) generar conocimiento que contribuya a la erradicación de la dominación masculina; (4) producir conocimiento que responda a las necesidades y demandas de las mujeres, es decir, un conocimiento para las mujeres y no meramente sobre ellas; (5) reconocer y valorar el conocimiento producido por investigadoras feministas; (6) fortalecer la investigación feminista como un campo epistemológico riguroso; y (7) realizar una investigación inclusiva, interseccional y con perspectiva de género.

El análisis feminista con perspectiva de género permite visibilizar a las mujeres, sus actividades, sus experiencias y los espacios que habitan, así como su

contribución en la construcción de la realidad social (Serret, 2008, p. 65). Asimismo, la perspectiva de género en el marco de la investigación feminista permite evidenciar cómo –y por qué razones– cada fenómeno social que sucede en el marco de un sistema patriarcal se ve atravesado por relaciones de poder generizadas (Serret, 2008, p. 65). Como resultado, la perspectiva de género aplicada a la investigación feminista es una herramienta analítica con una dimensión teórica que le permite articular concepciones filosóficas, sociales e históricas de la ciencia, enriqueciendo así el conocimiento y su producción (Blázquez Graf, 2008, p. 12).

Al respecto, Harding (1986) identifica tres componentes clave que intervienen en la producción del conocimiento: epistemología, método y metodología. La epistemología, como rama de la filosofía, estudia lo que puede conocerse, cómo puede conocerse y qué tipo de conocimiento se produce (Castañeda Salgado, 2008, p. 36). El método, por su parte, refiere a las técnicas a partir de las cuales se recopila y analiza la evidencia empírica (Blázquez Graf, 2010). Finalmente, la metodología se encarga de operacionalizar los supuestos epistemológicos para poner en práctica el método (Blázquez Graf, 2010). Sin embargo, como advierte Teresita de Barbieri (1998, p. 113), no es posible hablar de una metodología única en la investigación feminista, pues cada una de ellas se construye, irremediamente, a partir de todo un abanico de teorías y perspectivas epistemológicas.

La producción del conocimiento involucra tres componentes fundamentales: epistemología, método y metodología. La epistemología se ocupa de estudiar lo que puede conocerse, cómo puede conocerse y qué tipo de conocimiento se produce (Castañeda Salgado, 2008, p. 36). El método hace referencia a las técnicas utilizadas para la recopilación y el análisis de la evidencia empírica (Blázquez Graf, 2010). Por su parte, la metodología se encarga de operacionalizar los supuestos epistemológicos para su aplicación en el desarrollo del método (Blázquez Graf, 2010). Sin embargo, como advierte Teresita de Barbieri (1998, p. 113), en la investigación feminista no existe una metodología única, ya que cada aproximación se construye sobre una diversidad de marcos teóricos y enfoques epistemológicos.

Desde el pensamiento feminista, se ha puesto en evidencia la división sexual del trabajo en la ciencia y la consiguiente organización genérica tanto de las comunidades científicas como de la propia producción de conocimiento (Pérez Sedeño, 2000, en Fernández Rius, 2010, p. 79). La exclusión histórica de las mujeres del quehacer científico se ha sustentado en un binarismo sexo-genérico que, como ya he delineado, asigna lo femenino a la naturaleza, los cuidados, la intuición y el ámbito privado, mientras que lo masculino se vincula con la razón, el conocimiento, la cultura, el poder y la esfera pública, consolidando así la asociación entre los hombres y el progreso científico (Fernández Rius, 2010, pp. 80-81).

A partir de la década de 1960, la crítica feminista de la ciencia comenzó a sistematizarse con el propósito de analizar de qué manera las nociones de género influyen en la producción del conocimiento, la configuración del sujeto cognoscente, las prácticas de investigación y los criterios de validación del saber (Adán, 2006; Blazquez Graf, 2010). Así es que nace la epistemología feminista. En otras palabras, este conjunto de perspectivas en torno a la epistemología elabora teorías sobre lo que puede conocerse y cómo puede conocerse, tomando en cuenta cómo el género influye en las concepciones en torno al conocimiento, en el sujeto cognoscente y en las prácticas metodológicas (Blazquez Graf, 2010).

Uno de los conceptos centrales de estas epistemologías es el de *conocimiento situado*, según el cual todo conocimiento refleja la posición particular del sujeto cognoscente generizado (Anderson, 2024). Esto implica que para las epistemologías feministas el conocimiento no es necesariamente neutral ni universal, sino que está mediado por el contexto social, histórico y político del sujeto que lo produce.

Según argumenta Blazquez Graf (2010), a pesar de la heterogeneidad de perspectivas dentro de la epistemología feminista, es posible trazar dos puntos de acuerdo entre ellas. El primero es que toda epistemología feminista considera que el género, en interacción con otros marcadores de la diferencia social, es un organizador clave de la vida social. El segundo es que la epistemología feminista no solo busca comprender el funcionamiento de dicha vida social, sino también

transformarla con el fin de alcanzar la equidad entre los géneros (Blazquez Graf, 2010). De este modo, la epistemología feminista no se limita a una crítica teórica del conocimiento, sino que también tiene un carácter normativo y político.

El análisis feminista del conocimiento ha revelado los sesgos históricamente arraigados en la ciencia, los cuales han sido presentados como neutrales, pero que en realidad reproducen formas de sexismo, binarismo, androcentrismo, eurocentrismo, clasismo, estatocentrismo, etnocentrismo, insensibilidad al género, familismo, sobregeneralización, dicotomismo sexual y doble estándar, por mencionar solo algunos (Blazquez Graf, 2010; Castañeda Salgado, 2008; Eichler, 1997; Harding, 1996; Maffia, 2005). Para contrarrestar estos sesgos, la epistemología feminista enfatiza la necesidad de atender los contextos materiales y simbólicos en los que se desarrolla la producción científica.

Entre las críticas más generales que la epistemología feminista formula a la ciencia tradicional se encuentran la separación absoluta entre el sujeto cognoscente y el objeto de conocimiento, así como el uso de la objetividad como mecanismo de justificación del control patriarcal y del colonialismo científico (Blazquez Graf, 2010, p. 26; Castañeda Salgado, 2008, p. 29). Como mencioné, un principio central de la epistemología feminista es que el sujeto cognoscente está situado, lo que significa que el conocimiento que genera siempre estará mediado por su posición dentro de las relaciones de género (Blázquez Graf, 2008, p. 15).

Así, el sujeto que conoce no es un ente abstracto, sino que posee una perspectiva teórica, una adscripción institucional, una orientación política y, sobre todo, está inmerso en las relaciones de género de su tiempo y espacio (Castañeda Salgado, 2008, pp. 36-37). Este último aspecto es clave, ya que distingue a la epistemología feminista de otras corrientes críticas del positivismo¹² ortodoxo (Castañeda Salgado, 2008, p. 37).

¹² La principal característica del positivismo, como epistemología racionalista y empirista, consiste en la creencia de que es posible separar al sujeto cognoscente y el objeto cognoscible, evitando toda interferencia entre ambos elementos (Barbieri, 1998). Encuentra entre sus supuestos la posibilidad de la objetividad, verdad y universalidad (Barbieri, 1998).

Desde esta base, Harding (1986) propone una taxonomía de las epistemologías feministas compuesta de tres perspectivas fundamentales: la teoría del punto de vista, el posmodernismo feminista y el empirismo feminista. Estas perspectivas tienen sus puntos de encuentro y sus puntos de divergencia. A continuación, describiré las características principales de cada una de ellas.

A. Teoría del punto de vista. La teoría del punto de vista feminista, desarrollada por autoras como Nancy Hartsock, Evelyn Fox Keller y Sandra Harding, "cuestiona las suposiciones fundamentales del método científico tradicional", en particular sus pretensiones de objetividad y neutralidad (Blazquez Graf, 2010, p. 29). Esta perspectiva cuestiona la separación que la ciencia tradicional hace entre el sujeto cognoscente y el objeto de conocimiento, así como la utilidad de ciertos métodos de investigación que buscan distanciar a quien conoce de lo que se conoce, en tanto que considera que esta distancia refuerza relaciones de dominación y sesgos epistémicos (Blazquez Graf, 2010, p. 29; Castañeda Salgado, 2008, p. 51). Es por ello que se trata de una perspectiva que resalta el carácter político de la ciencia y que propone construir conocimiento que lleve al fin de la opresión.

En específico, la teoría del punto de vista sostiene que el conocimiento no puede desarrollarse desde una posición libre de valores o prejuicios, pero también defiende que algunas posiciones son epistémicamente más ventajosas que otras (Castañeda Salgado, 2008, p. 51). Desde esta lógica, el agente epistémico ideal no es un sujeto incondicionado, sino un sujeto situado cuyas experiencias sociales condicionan su conocimiento (Blazquez Graf, 2010, p. 30). En una fórmula similar a la de los estudios subalternos, para las teóricas de este enfoque, las mujeres poseen un privilegio epistémico que les permite comprender de forma más holística que otros sujetos cognoscentes la realidad social atravesada por las relaciones de género.

Para fundamentar la idea de privilegio epistémico de las mujeres, las teóricas del punto de vista recurren a varios argumentos: la centralidad de las mujeres en los procesos de producción y reproducción; la conciencia colectiva que les permite identificar normas naturalizadas y deshistorizadas; la existencia de estilos cognitivos

diferenciados entre hombres y mujeres; y las experiencias de opresión que modelan su percepción del mundo (Anderson, 2024).

Para sobrevivir en sistemas de dominación patriarcal, argumentan algunas teóricas del punto de vista, las mujeres han debido comprender tanto la perspectiva de las clases dominantes cuanto la de su propia posición de subordinación, lo que les ha permitido desarrollar una *visión doble* del mundo que les posibilita una comprensión más completa de la realidad social (Collins, 1990; Harding, 1991). En palabras de Castañeda Salgado, este proceso implica la capacidad de observar "lo dominante desde los márgenes" (2008, p. 52). En consecuencia, la teoría del punto de vista feminista argumenta que la posición de simultánea de las mujeres en los sistemas de producción y reproducción les proporciona una óptica privilegiada para interpretar la realidad social, misma que permite desenmascarar las estructuras de género naturalizadas en el discurso científico (Anderson, 2024; Blazquez Graf, 2010; Castañeda Salgado, 2008).

En este sentido, estas teóricas han privilegiado la idea de que hombres y mujeres tienen, a razón de la socialización de género, estilos cognitivos diferentes que refuerzan dicotomías en las formas de conocer y producir conocimiento (Anderson, 2024; Blazquez Graf, 2010). Más allá, argumentan que el estilo cognoscitivo femenino, vinculado a la ética del cuidado, podría superar la oposición del científicismo positivista entre el sujeto y el objeto de conocimiento, a diferencia del estilo cognoscitivo masculino, tradicionalmente asociado con la ética de la dominación (Blazquez Graf, 2010, p. 31).

En el marco de esta discusión, Harding (2004) introduce el concepto de *objetividad fuerte* como una alternativa a la *objetividad débil* del conocimiento tradicional. La objetividad fuerte implica que el sujeto cognoscente se sitúe en el mismo plano crítico-causal que los objetos cognoscibles, ejercicio que permite una reflexividad más profunda sobre la relación entre el conocimiento y las estructuras de poder sobre las que se inserta el agente epistémico (Harding, 2004, en Blazquez Graf, 2010, p. 26). En este sentido, el feminismo del punto de vista no es intrínsecamente escéptico frente a la ciencia, sino que representa una orientación

crítica que le permite cuestionar los marcos epistémicos sesgados y formular nuevas cuestiones sobre la producción del saber (Adán, 2006).

La teoría del punto de vista, no obstante, no se encuentra exenta de críticas. En esa línea, se le ha acusado de caer posiciones esencialistas al sostener "la existencia de formas de conocer específicamente femeninas o masculinas" (Blazquez Graf, 2010, p. 32). Su argumento sobre el privilegio epistémico de las mujeres también ha sido criticado por feministas empiristas y feministas interseccionales por igual.

Las primeras acusan a este argumento de ser tautológico y circular (Longino, 1996). Las segundas problematizan la posibilidad de unificar en un solo punto de vista el de todas las mujeres, pues consideran imposible que la opresión específica de cada grupo de mujeres sea central para las otras debido a las formas específicas en que dichas opresiones se intersectan y manifiestan (Crenshaw, 1989 en Anderson, 2024). De este análisis interseccional se deriva que las mujeres, como categoría unificada, no tienen un privilegio epistémico que les otorgue la posibilidad de entender mejor las relaciones de dominación, puesto que la opresión se manifiesta de diferentes formas para todas (Anderson, 2024).

Como respuesta a estos señalamientos, Longino (1996) propone que, en lugar de otorgar un privilegio epistémico a un grupo específico, se debe defender el carácter situado del conocimiento y fomentar la inclusión de múltiples posiciones epistémicas en el quehacer científico (Blazquez Graf, 2010, p. 32). De esta manera, la teoría del punto de vista feminista ha evolucionado hacia un enfoque más pluralista, reconociendo la diversidad de puntos de vista situados y el valor epistémico de las experiencias de múltiples mujeres. En este transitar hacia el pluralismo, las feministas del punto de vista han encontrado algunos puntos de acuerdo con las feministas posmodernas; mientras que, al centrarse en mayor medida en la experiencia, han convergido en mayor medida con el empirismo feminista (Blazquez Graf, 2010, p. 37).

B. Posmodernismo feminista. El posmodernismo feminista surge como una crítica a las narrativas universalistas y esencialistas¹³ del feminismo, cuestionando la existencia de una categoría homogénea de *mujer* y reivindicando la pluralidad de experiencias y perspectivas (Anderson, 2024; Blazquez Graf, 2010; Castañeda Salgado, 2008). Entre sus principales exponentes se encuentran Donna Haraway, Susan Hekman y Judith Butler, quienes se nutren del posestructuralismo y del pensamiento posmoderno al incorporar en sus teorizaciones sobre el conocimiento los aportes de autores como Irigaray, Foucault, Lacan, Derrida y Saussure (Anderson, 2024).

Desde esta perspectiva de la epistemología feminista, se sostiene que la realidad no es una entidad fija y objetiva, sino una construcción discursiva contingente. En consecuencia, rechazan la posibilidad de un metarrelato totalizador que capture la complejidad de una realidad fragmentada y en constante devenir (Anderson, 2024). La epistemología del posmodernismo feminista tiene particular interés en las formas en que se ejerce el poder, entendido en este campo como la capacidad de construir horizontes de posibilidad del pensamiento.

Así, el posmodernismo feminista trasciende el debate epistemológico tradicional entre objetividad y subjetividad y lo reformula en términos de una discusión entre objetivismo y relativismo (MacCarl Nielsen, 1990). Sin embargo, según Haraway (1991, en Anderson, 2024), las feministas posmodernas rechazan tanto la postura objetivista cuanto la relativista, pues consideran que ambas posiciones exigen a los sujetos cognoscentes de la responsabilidad que tienen sobre las representaciones que construyen. En este sentido, las feministas posmodernas privilegian el análisis de la territorialidad, la parcialidad, la contingencia, la inestabilidad, la ambigüedad y la incertidumbre de toda visión del mundo en los procesos de producción de conocimiento (Anderson, 2024).

¹³ De acuerdo a Anderson (2024), en el marco de los feminismos posmodernos, es posible entender al esencialismo como cualquier teoría o argumento que postule una causa universal, transhistórica o necesaria de la constitución del género o de del patriarcado.

Las científicas que se adhieren a esta postura critican la búsqueda de una voz y visión unificada de las mujeres, pues consideran que esto constituye otra forma de pensamiento androcéntrico que insiste en imponer una única verdad sobre la realidad (Blazquez Graf, 2010). Para las feministas posmodernas tal proyecto unificado es inviable sencillamente porque las experiencias de las mujeres varían según diferentes marcadores de la diferencia social; y, además, no es deseable, ya que la pretensión de lo "único" y "verdadero" ha sido utilizada históricamente para reprimir y oscurecer las diferencias (Blazquez Graf, 2010, pp. 32-33).

Así, el empirismo feminista posmoderno rechaza la idea de que las mujeres posean una esencia fija que explique y justifique su subordinación, argumentando en cambio que el género es una construcción social y discursiva, producto de prácticas sociales y sistemas de significación que pueden ser transformados (Blazquez Graf, 2010, p. 33). Por ello, este enfoque epistémico se centra en el estudio del discurso, la performatividad y la agencia situada, y rechaza cualquier explicación esencialista sobre la diferencia de género (Anderson, 2024; Castañeda Salgado, 2008, p. 55).

En coherencia con su crítica a las categorías fijas, el posmodernismo feminista plantea que la situación epistémica "se caracteriza por una pluralidad permanente de perspectivas, en la que ninguna puede reclamar objetividad" (Blazquez Graf, 2010, p. 33). En consecuencia, sugiere sustituir la idea del conocimiento como un "punto de vista" privilegiado por la idea de una "mirada desde aquí y ahora", siempre contextual y provisional (Blazquez Graf, 2010, p. 33).

Los dos pilares principales de esta corriente "son el rechazo a la categoría analítica *mujer* y la fragmentación infinita de perspectivas" (Blazquez Graf, 2010, p. 33). Así, las feministas posmodernas refutan el concepto de *mujer* -en singular- y reivindican la pluralidad de las *mujeres*, lo que implica desnaturalizar la relación entre sujeto y perspectiva propuesta por la teoría del punto de vista (Castañeda Salgado, 2008, p. 54).

Ahora, puesto que la categoría *mujer* no puede funcionar como un objeto unificado, tampoco puede hacerlo como un sujeto cognoscente unitario (Lugones &

Spealman, 1983, en Anderson, 2024). Esto abre la posibilidad a la existencia de sujetos cognoscentes múltiples, situados, pero no-estáticos, en tanto que las identidades y los marcos sociales a partir de los cuales se constituyen se encuentran en constante evolución.

Así, las feministas posmodernas definen a "los sujetos son definidos a partir de sus identidades fragmentadas", lo que lleva a la afirmación de un sujeto situado y plural, que produce conocimiento situado, y a la reivindicación de la deconstrucción, la resignificación de las identidades y la reconfiguración de la política (Castañeda Salgado, 2008, pp. 54-55). Sin embargo, en la aplicación de sus postulados epistémicos, el feminismo posmoderno puede llegar a darle mucha menos importancia al sujeto cognoscente que al discurso, desenmarcándolo así de sus condiciones materiales y relacionales, lo que, en palabras de Castañeda Salgado (2008, p. 55), puede limitar "la posibilidad de una política proactiva".

Al igual que las teóricas del punto de vista, las feministas posmodernas se enfrentan a críticas que se enuncian dentro y fuera de los feminismos. Las dos principales de ellas son que se les acusa de caer en el relativismo extremo, por un lado, y que, al enfatizar tanto la diferencia, pueden favorecer la desintegración política de los feminismos (Blazquez Graf, 2010, p. 34). En otras palabras, el cuestionamiento a la validez de la categoría* mujer* como sujeto político del feminismo, puede llegar a vaciar a este último de significado, pues, al identificarlo con todo, termina por representar nada (Amorós, 2005). A pesar de lo que señala Amorós (2005), buena parte de la crítica que los feminismos negros, decoloniales y lésbicos dirigen hacia los feminismos blancos consiste en señalar el error de emplear *mujer* como una categoría unitaria, sin que ello implique la negación de que todas las mujeres viven sexismo.

Como respuesta a estas críticas, Anderson (2024) sugiere la puesta en acción de dos prácticas epistémicas. La primera consiste en identificar las elecciones situadas que intervienen en la construcción de nuestras representaciones y, a su vez, ponderar cómo estas elecciones afectan el contenido de tales representaciones (Haraway, 1991 & Harding, 1993, en Anderson, 2024). La

segunda práctica consiste en adoptar, en palabras de Lugones, el *multiposicionamiento*, es decir, tratar de examinar al objeto cognoscible desde múltiples perspectivas. De acuerdo a Anderson (2024) ambas estrategias permiten operacionalizar de forma más crítica y responsable el supuesto del conocimiento situado.

C. Empirismo feminista. Entre las principales exponentes de esta corriente se encuentran Lynn H. Nelson y Helen Longino. Este enfoque parte de cuatro ideas: (1) que el conocimiento emana de la experiencia, (2) que la observación de dicha experiencia está orientada por la teoría, (3) que los valores feministas pueden mejorar metodológicamente el quehacer científico y (4) que el conocimiento resulta de una práctica social (Anderson, 2024).

Las feministas empiristas plantean que "informar legítimamente el cuestionamiento empírico, y que los métodos científicos pueden mejorarse a la luz de las demostraciones feministas de los prejuicios y sesgos de sexo en los métodos aceptados actualmente" (Blázquez Graf, 2010, p. 35). Esto significa que, para estas científicas, no todos los sesgos son necesariamente negativos desde el punto de vista epistemológico.

Al respecto, a partir de la revisión de la literatura secundaria, identifiqué que el empirismo feminista puede resumirse en varios principios clave (Anderson, 2024; Blázquez Graf, 2010; Castañeda Salgado, 2008), a saber:

1. Que todas las personas están socialmente situadas; no obstante, independientemente de su sexo y de su género, pueden hacer ciencia de calidad si adoptan los principios feministas para eliminar los sesgos en la investigación;
2. La evidencia empírica está informada por la teoría y, por tanto, está sujeta a revisión constante.
3. Los valores y la evidencia conviven: la evidencia guía al sujeto cognoscente hacia la verdad, mientras que los valores moldean las representaciones que éste hace para fines prácticos.

4. El sujeto cognoscente no es solamente de carácter individual: este puede ser tanto una persona cuanto una red de personas o una comunidad epistémica;
5. No hay que renunciar a la objetividad, pues ésta puede alcanzarse si los resultados de investigación son sometidos a la crítica rigurosa de la comunidad científica. La pluralidad es esencial.
6. Para llegar al conocimiento objetivo sobre el mundo social, es necesario incluir dentro de la comunidad científica a sujetos cognoscentes femeninos en condiciones de igualdad a otros sujetos cognoscentes.

Así, para las feministas empiristas, es posible producir conocimiento racional e imparcial, pues la falta de objetividad es una falla humana informada por los prejuicios de quien produce el conocimiento (Blázquez Graf, 2010). En este sentido, esta corriente considera que el conocimiento objetivo es posible para todos los sujetos cognoscentes –hombres y mujeres–, siempre y cuando utilicen la crítica feminista al conocimiento para mitigar sesgos de género en todas las etapas de la investigación (Blázquez Graf, 2010, p. 34).

La razón es que consideran que los diversos posicionamientos de los sujetos cognoscentes son los que introducen sesgos en la ciencia, de lo que se deriva que no es que la ciencia en sí sea sesgada. De esta forma, esta corriente epistemológica rechaza la idea de que los métodos científicos sean en sí mismos masculinos y niega el privilegio epistémico que la teoría del punto de vista otorga a las mujeres (Castañeda Salgado, 2008, p. 55; Blázquez Graf, 2010, p. 34).

En consecuencia, para esta teóricas, el rigor científico resulta de identificar tales sesgos –una aportación que hacen todas las corrientes de la epistemología feminista– en vez de dejar que se antepongan a los procedimientos metodológicos (Castañeda Salgado, 2008, p. 56). Como resultado, el empirismo feminista busca encaminar la ciencia hacia interpretaciones más objetivas mediante la implementación de estrategias que hagan explícitos los compromisos teóricos y metodológicos de cada investigación.

Para ello, propone la socialización del conocimiento como una alternativa a la objetividad tradicional. Es decir, si el sujeto individual de la ciencia no puede

librarse por completo de sus limitaciones cognitivas para cumplir con los principios de abstracción y universalidad, la manera de alcanzar la objetividad "consiste en asegurar la pluralidad de perspectivas, la explicitación de los compromisos derivados de las situaciones particulares y la apertura a la crítica" (Blazquez Graf, 2010, p. 34). En este proceso de empirismo contextual, la confrontación entre subjetividades –o lo que vendría a ser la verificación intersubjetiva de las observaciones y de los contextos de inferencia– se convierte en el mecanismo fundamental para maximizar la objetividad y minimizar los sesgos que distorsionan el conocimiento (Longino, 2018).

En ese sentido, aunque se trata de una corriente en apariencia cercana al positivismo, se diferencia de éste al considerar que el conocimiento es, finalmente, una producción social basada en el consenso subjetivo de las comunidades científicas, mismo que se logra mediante la apertura a la crítica científica y colectiva rigurosa que minimice las preferencias individuales de cada sujeto cognoscente– rigurosa en tanto que se busca la identificación, ponderación y mitigación de todo sesgo al emitir los juicios científicos (Adán, 2006; Castañeda Salgado, 2008).

Helen Longino (1996) profundiza en estos aspectos al argumentar que la subjetividad y la afectividad deben verse como otras variables de la investigación. Proceder de esta manera abre la posibilidad, en visión de la autora, de entender las explicaciones sobre el mundo social como algo que se ha "desarrollado desde posiciones particulares y que reflejan orientaciones afectivas particulares" (Blazquez Graf, 2010, p. 35). De esto se deriva el supuesto de que constantemente pueden emerger nuevas interpretaciones esbozadas desde otras posiciones.

Ahora bien, al igual que sus predecesoras en este texto, el empirismo feminista también enfrenta críticas. Una de las principales es que no discute el concepto de verdad, a pesar de que este constituye el fundamento de la investigación científica (Castañeda Salgado, 2008). Además, Anderson (2024) identifica que se les ha señalado también de cometer dos paradojas. Se trata de la paradoja del sesgo y la paradoja de la construcción comunitaria del conocimiento.

De acuerdo a Anderson (2024), la paradoja del sesgo se refiere a que el empirismo feminista rechaza los sesgos sexistas y androcéntricos, pero defiende al mismo tiempo la deseabilidad de incorporar valores feministas a la investigación. Por otro lado, la paradoja de la construcción comunitaria del conocimiento alude a la tendencia del empirismo feminista de denunciar que los resultados sexistas de investigación son producto de sujetos influenciados por los valores sexistas que circulan en la sociedad; y, al mismo tiempo, sugerir que las prácticas científicas deben ser colectivistas (Anderson, 2024).

Las teóricas de esta corriente buscan dar respuesta a estas críticas por medio de varios contrargumentos. Uno de ellos consiste en señalar que no todos los sesgos desplazan a la evidencia empírica y, por tanto, no resultan perjudiciales para la búsqueda del conocimiento (Anderson, 2024). En ese sentido, se señala que “una investigación responsable respeta la división entre la evidencia y los valores sociales: la evidencia ayuda a las investigadoras a rastrear verdades, mientras que los valores sociales les ayudan a construir representaciones a partir de esas verdades que sirven a los objetos prácticos de la investigación” (Anderson, 1995, en Anderson, 2024). Asimismo, la apertura a la crítica que conlleva concebir el conocimiento como colectivamente construido implica una pluralidad de personas con una pluralidad de sesgos individuales, que, al dialogar, terminarían por mitigar los sesgos nocivos al conocimiento, como sugiere Longino (2018).

Hasta este momento he descrito las principales características los tres enfoques más paradigmáticos de las epistemologías feministas. Y, si bien se identifican diferencias sustanciales entre estas tres perspectivas, lo cierto es que las fronteras entre las tres tipologías no son tajantes y, más aún, se han ido diluyendo con el tiempo. Harding (1987), quien propusiera la tipología, ha clasificado a las tres como transicionales y en constante diálogo, ya entre ellas, ya frente a la evolución del quehacer científico.¹⁴ Como afirma Anderson (2024), este difuminado de las

¹⁴ Esta evolución de la ciencia resulta de la convergencia de los estudios postkuhnyanos, de los estudios poscoloniales y de los propios estudios feministas (Harding 1987, en Castañeda Salgado, 2008, p. 58).



diferencias se debe a la adopción del giro que movió el foco de la epistemología feminista del dominio de lo universal al campo de lo local.

Así, la teoría del punto de vista feminista ha pasado de buscar una única perspectiva a reconocer la multiplicidad de puntos de vista de grupos marginados, rechazando tanto el esencialismo como el privilegio epistémico automático (Anderson, 2024). Su interacción con el posmodernismo ha favorecido un enfoque más pragmático, adoptando la crítica a las narrativas totalizadoras y resaltando la contextualidad y contingencia del conocimiento. Por otro lado, el empirismo feminista ha incorporado postulados posmodernos al aceptar la omnipresencia del conocimiento situado y la interdependencia entre hechos y valores, cuestionando así la supuesta objetividad absoluta de la ciencia (Anderson, 2024).

A su vez, el posmodernismo feminista ha integrado elementos tanto del empirismo como de la teoría del punto de vista, reconociendo la contribución de científicas feministas que operan dentro de marcos empiristas y reorientando sus postulados hacia una perspectiva más pragmática y falibilista (Anderson, 2024). Este diálogo ha llevado al desarrollo de síntesis como el *empirismo del punto de vista feminista*, que sostiene que valores feministas pueden generar mejores teorías si se mantienen como afirmaciones contingentes y locales (Anderson, 2024).

Castañeda Salgado (2008, p. 58) señala, en la misma línea, que "podemos afirmar que la investigación feminista se ha venido constituyendo en una perspectiva paradigmática de la ruptura con la ciencia convencional, pero que en su interior es aparadigmática, precisamente por esa búsqueda incesante de explicaciones complejas que propician la convergencia de puntos de vista, aun cuando entre ellos haya tensiones y contradicciones". Así, el feminismo epistemológico no se limita a una postura única, sino que ha generado enfoques híbridos que integran, en diferentes intensidades, la crítica posmoderna a las narrativas totalizadoras, el reconocimiento de la pluralidad de experiencias y la exigencia empirista de validación sistemática del conocimiento.

De manera análoga que no podemos hablar de una sola epistemología feminista tampoco podemos hacerlo de un único método feminista. A pesar de ello,

Shulamit Reinharz (1992) identifica la existencia de dos grandes paradigmas metodológicos dentro de la investigación feminista. El primer consiste en utilizar, reinterpretar y situar los métodos existentes, en tanto que el segundo conlleva crear nuevos métodos de investigación, siendo algunos ejemplos de ello la investigación-acción, la investigación participativa, la elaboración de nuevos indicadores, las genealogías, el psicodrama, los ginecogrupos, el autodiagnóstico, los grupos de autoconciencia, la hermenéutica feminista, y el análisis del discurso y las imágenes (Castañeda Salgado, 2008).

Ahora bien, como síntesis de este recorrido teórico entre las tres principales corrientes de la epistemología feminista, considero fundamental explicitar el posicionamiento epistémico y metodológico que he adoptado en el marco de esta investigación. Mi aproximación parte del supuesto feminista del conocimiento situado común a las tres perspectivas desarrollados. Creo que ello se observa, sobre todo, en las preguntas -general y específicas- que guían esta investigación, puesto que mi historia de vida y mi experiencia generizada en constante transformación han sido determinantes en su formulación.

Desde el punto de vista metodológico, mi aproximación combina un enfoque empirista feminista con herramientas analíticas del feminismo posmoderno, articulando métodos cuantitativos con un análisis crítico del discurso y el poder. Así, por un lado, recorro al empirismo feminista mediante el uso de herramientas de análisis estadístico inferencial y descriptivo con perspectiva de género, lo que me permite examinar patrones cuantitativos y cuantificables entre mis variables. Por otro lado, siguiendo en igual medida la tradición del feminismo posmoderno, incorporo un análisis genealógico del discurso para explorar (1) el ordenamiento de las relaciones de poder en un campo y momento histórico específico y contingente; y (2) las imbricaciones entre éste y las categorías de poder, género, salud, desarrollo, *habitus* y violencia, tanto en el campo de la dominación sexista cuanto de la hegemonía occidental.

Como demuestran mis elecciones metodológicas –en tanto procedimientos lógicos basados en supuestos epistémicos que ponen en funcionamiento el método

que posibilita la construcción de conocimiento—, no he pretendido adscribirme de manera ortodoxa a ninguna de estas corrientes. Todo lo contrario: mi intención ha sido entablar un diálogo crítico y pragmático con ellas de forma que me fuera posible identificar y recuperar aquellos elementos teóricos, epistemológicos y metodológicos que, desde mi posición de sujeta cognoscente situada, he considerado los más adecuados para alcanzar los objetivos particulares de esta investigación en función de los datos empíricos disponibles y técnicamente posibles.

Esta postura no implica la ausencia de una mirada auto-crítica y reflexiva, como observará la lectora en las problematizaciones que hago de mis propios métodos, observaciones y resultados a lo largo de esta tesis. Sin embargo, lo que sí implica es cierta intención de lograr una conciliación —o cooperación, si se quiere— crítica y pragmática entre las tres principales corrientes de pensamiento dentro de las epistemologías feministas en función de las necesidades específicas del análisis que demandan mis preguntas de investigación.

Considerando que el propósito central de esta investigación es examinar de qué manera la cooperación internacional en salud materna podría vincularse con la prevalencia de violencia obstétrica en México, estructuré el análisis en torno a una serie de preguntas específicas. Estimo que estas preguntas, entrelazadas la una con la otra en una especie de secuencia lógica, permiten articular un recorrido analítico que conecta los discursos y prácticas internacionales con las dinámicas particulares de la violencia obstétrica en el contexto nacional. De este modo, cada interrogante contribuye a desentrañar las interacciones entre los marcos globales de salud materna y su traducción en políticas, normativas e intervenciones locales.

En este capítulo, abordé la primera de estas preguntas: ¿cuáles son los supuestos teóricos y metodológicos apropiados para aproximarme al objeto de estudio? A partir de esta cuestión, comencé por desarrollar la categoría de violencia obstétrica, revisando sus definiciones y los debates teóricos en torno a su conceptualización. Posteriormente, abordé las discusiones alrededor de los enfoques sobre mujeres, género y desarrollo, identificando sus tensiones y limitaciones en el contexto de la cooperación internacional.

Sobre esta base, construí un marco teórico que articula conceptos clave como poder, desarrollo y hegemonía desde perspectivas gramscianas, foucaultianas y posdesarrollistas, con el fin de comprender cómo operan las relaciones de dominación en este ámbito. Más adelante, analicé las categorías de género, violencia simbólica y *habitus*, lo que me llevó a formular la noción de *habitus desarrollista* y a expandir la noción de *violencia desarrollista* al proponer la incorporación de su dimensión simbólica. Finalmente, concluí el capítulo con una revisión de las principales corrientes dentro de las epistemologías feministas y los diálogos que esta investigación entabla con ellas, lo que me permitió situar mi posicionamiento epistémico y metodológico dentro de mi campo de estudio.

A partir de estas bases, el siguiente capítulo estará dedicado a responder la segunda pregunta específica de la investigación, con la que intento rastrear los elementos simbólicos y materiales que sostienen al aparato de la cooperación internacional de salud materna. Para ello, recurriré a la noción de dispositivo foucaultiano, construyendo el concepto de *Agenda Internacional de Salud Materna* (AISM) como una red articulada de discursos, instituciones, normas, saberes y prácticas que configuran los modos en que se conceptualiza y gestiona la salud materna a escala global.



CAPÍTULO 2.

La Agenda Internacional de Salud Materna (AISM) como dispositivo foucaultiano: elementos clave

Cuando hablo de la *agenda internacional de salud materna* (AISM) me refiero a ésta como un *dispositivo* en términos foucaultianos. Foucault utiliza la noción de dispositivo para referirse a un conjunto heterogéneo de elementos discursivos y materiales que interactúan entre sí. En ese sentido, un dispositivo consiste de discursos, instituciones, normas, arquitecturas, reglamentos, enunciados científicos, decisiones, proposiciones filantrópicas, nociones morales y filosóficas, entre otros (Foucault, 1991). Esta noción, no obstante, no se agota en la presencia de estos elementos de “lo dicho y lo no dicho”, sino que también incorpora el análisis de las relaciones que establecen estos elementos entre sí –una red- para dar soporte a formas muy específicas de conocimiento, poder y subjetividad (Foucault 1991, pp. 128-129).

En consecuencia, la AISM como dispositivo incorpora todos aquellos discursos, acuerdos, instituciones, prácticas, relaciones, normas, formas administrativas, idearios, enunciados y proposiciones de orden moral, científico, práctico y humanista que se construyen alrededor del cuerpo de la mujer gestante y, por extensión, alrededor del producto de la gestación, bajo el paraguas más general de la salud. Al incorporar el orden internacional en el concepto, pretendo situar estos elementos en dicha esfera, es decir, cómo se presentan y se relacionan, específicamente, en la esfera del desarrollo y la salud internacional hasta ser aprehendidos como conjunto en lo local dando soporte a prácticas de gestión de la gestación, el parto y el puerperio en ocasiones exitosas y en ocasiones violentas, como intento demostrar en esta investigación.

Al respecto, en este capítulo intentaré introducir los elementos conceptuales que en mi práctica como pasante en una organización del Sistema de Naciones Unidas (SNU) y en mi revisión documental de varias decenas de fuentes primarias he identificado como hegemónicos de dicho dispositivo en tanto que son consistentes, poco controversiales y ampliamente replicados y adoptados por los actores de la AISM. Como resultado, a continuación, haré una revisión de las definiciones, los actores, las metas, los indicadores, las causas aceptadas, las recomendaciones y las fuentes de financiamiento internacional que, en conjunto, dan forma a una buena parte de la AISM contemporánea. Esto con el objetivo de, en los siguientes capítulos, intentar analizar las relaciones entre dichos elementos en el marco de estructuras históricas de poder, subjetividad y conocimiento.

2.1. Definiciones y conceptos adyacentes

Hay una polifonía en torno a las formas de conceptualizar en los espacios del desarrollo internacional a los procesos de salud-enfermedad durante el embarazo, el parto y el puerperio. Esta polifonía se basa de forma muy evidente en el lugar que en las definiciones ocupan el cuerpo de la mujer gestante, por un lado, y el producto de la gestación, por el otro. Es por ello que, al explorar el campo de estas definiciones dentro del desarrollo internacional, nos encontramos con conceptos como *salud materna*, *salud materno-infantil*, *salud materna y neonatal*, *salud materno-perinatal*, e, incluso, *salud reproductiva*, *materna*, *neonatal e infantil*, entre muchas otras combinaciones y derivaciones conceptuales.

Sin pretender obviar las asociaciones que en la práctica se hacen entre gestante y producto, y que se nombra comúnmente en las discusiones del campo como el *binomio madre-hijo/a*, he decidido utilizar el concepto de salud materna por dos razones. La primera es que me interesa, sobre todo, conocer los efectos que el dispositivo de la AISM ha tenido específicamente sobre los cuerpos de las gestantes como sujetas, receptoras y colaboradoras de tal dispositivo.

La segunda es que intento reivindicar la posición central y protagónica de la gestante durante el embarazo, el parto y el puerperio, que muchas veces se ve

obscurificada por la supervivencia y bienestar del producto de la gestación a costa de la autonomía y el bienestar de ésta. Esto no quiere decir que a nivel analítico no tenga presente la sombra que finalmente tiene el producto sobre los elementos discursivos y las intervenciones de la AISM, como se verá en numerosas ocasiones, pero sí quiere decir que interpretaré tal sombra a la luz de estas consideraciones.

Así, la *sombra del producto* es una noción que recuperaré en otros momentos. En concreto, una sombra se produce cuando un objeto opaco bloquea el paso de la luz. De esta manera, el objeto proyecta una región detrás de él donde la luz no llega, marcando su silueta. Cuando hablo de la sombra del producto, me refiero a que, en la luz de las intervenciones dirigidas exclusivamente a las gestantes, el producto de la gestación se interpone como objeto siempre presente, proyectando, invariablemente, su influencia sobre tales intervenciones o, en otras palabras, su sombra.

Dicho esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la *salud materna* como “la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio” (OMS, 2024b). A esta definición se suma que cada una de estas etapas “debería ser una experiencia positiva que asegurara el pleno potencial de salud y bienestar de las mujeres y sus bebés” (OMS, 2024b). Al respecto, la salud es definida por la OMS en su carta constitutiva como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, así como un derecho fundamental (OMS 2014, p. 1).

En contraste, por ejemplo, esta misma organización al definir el concepto de *salud materna y neonatal* toma la definición de salud materna del párrafo anterior y la suma a la definición de *salud neonatal*, que entienden como la salud de “los bebés durante su primer mes de vida” (WHO, 2024a). De esta forma, la *salud materna y neonatal* es la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y de sus bebés durante su primer mes de vida¹⁵, bajo el entendido de que un inicio sano

¹⁵ En contraste, en otra de sus fuentes, la OMS establece que el período posnatal comienza “inmediatamente después del nacimiento del bebé y se extiende hasta seis semanas (42 días)

en la vida tiene repercusiones para la salud y el bienestar de las personas durante la infancia, la niñez y la adultez. (WHO, 2024a).

Por otro lado, en un volumen editado por el Banco Mundial, se utiliza el término *salud reproductiva, materna, neonatal e infantil* que, se indica, “cubre las preocupaciones de salud y las intervenciones a lo largo del curso de la vida involucrando a mujeres antes y durante el embarazo; recién nacidos, es decir, los primeros 28 días de vida; y niños hasta su quinto cumpleaños” (Black et al. 2016, p. 1). Este concepto es de los más complejos en el campo, pues no sólo integra a tres grupos poblacionales –gestantes, recién nacidos/as e infancias–, sino que también hace visible el lugar que ocupan tales grupos en el marco más amplio de la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de curso de vida.¹⁶

Al respecto, como señala Stroyer (2012), en la actualidad, la salud materna forma parte de las discusiones más amplias de la salud sexual y reproductiva, pues suele entenderse como uno de sus componentes.¹⁷ Esto es visible, por ejemplo, en el mandato del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) –la agencia de Naciones Unidas abocada a la salud sexual y reproductiva–, que trabaja para que “cada embarazo sea deseado, *cada parto sea sin riesgos* y cada persona joven alcance su pleno desarrollo” (UNFPA México, 2024).¹⁸

En otra tesitura, llama la atención que encontrar las definiciones de los conceptos de este subapartado no es del todo sencillo. De hecho, en muchos, si no

posteriores” y lo reconoce como “un momento crucial para las mujeres y los recién nacidos, las parejas, los padres, los cuidadores y las familias” (OMS, 2022a, p. 1).

¹⁶ De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, el enfoque de curso de vida “se entiende como la relación dinámica de las exposiciones previas a lo largo de la vida con los resultados de salud posteriores y los mecanismos por los cuales las influencias positivas o negativas dan forma a la trayectoria humana y al desarrollo social, lo que tiene un impacto en los resultados de salud de la persona y la población” (OPS, 2024a).

¹⁷ Como señalaré más adelante, esto no siempre fue así. En un inicio la salud materna estuvo fuertemente vinculada a los esfuerzos encaminados a la reducción de la mortalidad infantil, y no fue hasta la Conferencia de Población de El Cairo en 1994 que se puede afirmar que la salud materna se aceptó como un elemento más de la agenda de los derechos y la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, como indica Stroyer (2012), habrá que recordar que en la actualidad no hay un consenso en cuanto a la pertinencia de ver a la sexualidad y la reproducción como parte de un todo unificado, o, bien, de desvincularles.

¹⁸ Las itálicas son mías.

es que en la mayoría de los documentos y fuentes de organismos internacionales revisados se emplean estas categorías, pero no se provee una definición directa y exacta de las mismas. Esto es interesante porque implica que las interpretaciones sobre cada uno de los conceptos terminan por derivarse, en muchos casos, de los objetivos, causas y efectos que los organismos internacionales identifican como parte de los conceptos.

Así, por ejemplo, es común encontrarse con guías, páginas web oficiales e informes sobre salud materna –o sus conceptos adyacentes–, patrocinados por estos organismos internacionales, que no definen *salud materna*. No obstante, estas fuentes sí plantean por qué la salud materna es importante, así como qué efectos tiene sobre el desarrollo el no atenderla, cuáles son las causas de una mala salud materna, y, sobre todo, cuántas mujeres mueren en el mundo en desarrollo por la *falta* de intervenciones efectivas en salud materna.

Aunado a esto, las fuentes incluyen en mayor o menor medida una serie de posibles soluciones al problema de una mala salud materna, por un lado, y una serie de indicadores para medir los avances de dichas intervenciones, por el otro. En el siguiente subapartado presentaré los indicadores más utilizados en estas fuentes, pues considero que este elemento arroja luz sobre una parte sustancial de la operación de la AISM como dispositivo.

2.2. Indicadores más relevantes

Los indicadores son “medidas de la existencia de dificultades o de la gravedad de las ya conocidas, indicios de situaciones o problemas por venir, medidas del riesgo y la necesidad potencial de acción, medios para identificar y evaluar los resultados de nuestras acciones” (OMT, 2005). Desde un punto de vista técnico, los indicadores deben prevenir incentivos perversos; estar alineados con la disponibilidad de datos y un marco teórico o conceptual; y ser relevantes, específicos, explícitos, comunicables, comparables entre diferentes espacios y temporalidades, robustos, oportunos, universales y orientados a la acción y a la rendición de cuentas (Langford, 2012; Mondragón Pérez, 2002).

Como mencionaba anteriormente, me parece que los indicadores son uno de los elementos que en la actualidad dotan de mayor transparencia a la AISM, en el sentido de que permiten visualizar de manera más clara sus prioridades y objetivos. El motivo es que, me parece, es el punto común al que remiten todas las prácticas discursivas y no discursivas de la AISM desde mediados de la década de 1980.¹⁹ En los indicadores se cristalizan sus justificaciones, motivaciones, metas e intervenciones, dejando al descubierto las orientaciones del dispositivo. Considero que esto es así por dos razones.

La primera es que los indicadores revelan los aspectos que se enfatizan de un campo o problemática, y, de esta forma, también revelan los elementos que se dejan fuera de dicho campo. Como señala Foucault (1991), lo no dicho es tan importante como lo dicho. La segunda razón es que, como menciona Unterhalter (2014), el poder de los indicadores no radica tanto en su función de medir ciertos impactos, cuanto en su capacidad de guiar cómo deben desarrollarse las políticas. En ese sentido, los indicadores son a su vez una forma de conocimiento, una tecnología de gobernanza y, lo más importante, una forma de poder disciplinario – por su carácter prescriptivo y comparativo– que permite a ciertos actores marcar los estándares de aquello que debe desarrollarse (Goodwin, 2017).²⁰

¹⁹ Si bien durante los años cuarenta aparece el cálculo anual del Producto Interno Bruto como el primer indicador utilizado por excelencia a nivel internacional (Alfaro & Gómez, 2016), fue a finales de la década de 1970 y principios de la década de 1980 que la cooperación internacional comenzó un proceso de profundización en la adopción de indicadores como resultado de la popularización de los métodos de gestión basada en objetivos. El ejemplo más conocido de esta tendencia fue la introducción de la Metodología de Marco Lógico en los proyectos financiados por USAID hasta ser adoptado por múltiples donantes, organizaciones no gubernamentales y países receptores durante este periodo (Cobo Benita & Mataix Aldeanueva, 2009). Este interés tan extendido en la medición a partir de indicadores coincide con los primeros episodios de la *fatiga de la ayuda* a principios de 1970, entendida como la decepción ante los modestos resultados obtenidos por la cooperación internacional para el desarrollo durante sus primeras décadas de aplicación, según relata Robert Cox (1973).

²⁰ De acuerdo a Goodwin (2017, p. 485), el uso de indicadores en el campo del desarrollo internacional está vinculado al colonialismo en tanto que la medición se constituyó como una forma de control colonial, por ejemplo, a través de la creación de mapas, la medición del cuerpo racializado o el “descubrimiento” de la pobreza” en la década de 1940. Lo que plantea la autora es congruente con el argumento que Foucault hace en *Vigilar y Castigar* sobre la medición como forma de poder y de disciplinamiento que produce un *cuerpo dócil*.

Al respecto, la AISM tiene entre sus elementos una serie de indicadores hegemónicos en el sentido de que son replicados consistentemente en múltiples de sus instrumentos discursivos y de intervención. Identifico que algunos de estos indicadores ocupan posiciones centrales en el discurso del desarrollo, mientras que otros son más bien de orden secundario en tanto que son retomados en menor medida que los primeros.

Así, indicadores como tasa de mortalidad materna, razón de muerte materna, tasa de mortalidad neonatal, proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado y cobertura de atención prenatal, o similares, son de primer orden, pues aparecen prácticamente en cada discusión o proyecto internacional sobre salud materna, materna y neonatal o materno-infantil. Por otro lado, indicadores como fertilidad adolescente, acceso a métodos anticonceptivos, cobertura de atención posnatal y tasas de cesáreas son de orden secundario, con algunos de ellos presentes solamente en documentos sumamente especializados.²¹ A continuación describo los más utilizados en el marco de la AISM:

- **Razón de mortalidad materna (RMM).** De acuerdo a la OMS, es el número de muerte maternas durante determinado periodo de tiempo por cada 100,000 nacidos vivos durante el mismo periodo (WHO, 2024b). Al respecto, al calcular el indicador suele considerarse que una muerte materna es la muerte de una mujer por causas relacionadas o agravadas por el embarazo o su manejo durante el embarazo, el parto o dentro de los primeros 42 días tras el parto (WHO, 2024b). Se incluyen “muertes directas por complicaciones

²¹ Saturno-Hernández et al. (2019) realizaron una revisión sistemática en repositorios internacionales, artículos académicos, literatura gris y sets de indicadores nacionales e internacionales en busca del amplio abanico de indicadores destinados a monitorear la calidad de los cuidados de salud durante el embarazo, el parto, el cuidado neonatal y el posparto. En su investigación encontraron 1445 indicadores, de los cuales tan solo un 6.7% cumplían con los criterios de robustez científica establecidos por los autores. Asimismo, encontraron una predominancia de indicadores orientados al parto, los cuidados hospitalarios y el nivel de atención en los sistemas de salud. En contraste, y en respuesta a los objetivos de esta investigación, en esta ocasión me centraré solamente en los indicadores utilizados de forma recurrente en el campo del desarrollo y la cooperación internacional.

obstétricas, intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto” y “muertes indirectas debidas a patologías preexistentes o a enfermedades desarrolladas durante el embarazo cuando éstas se hayan visto agravadas por los efectos del embarazo” (OCDE & Banco Mundial, 2020, p. 78).

- **Tasa de mortalidad materna.** A diferencia de la Razón de Mortalidad Materna (RMM), este indicador mide el número de muertes maternas por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva (WHO, 2024b). A pesar de que en algunos instrumentos, proyectos y agendas ambos términos se utilizan erróneamente de forma indistinta, el cálculo real en estas ocasiones suele ser el de RMM.
- **Tasa de mortalidad neonatal.** La CEPAL (2024) lo describe como la probabilidad de que un infante nacido en determinado periodo muera durante los primeros 28 días de vida por cada 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil, en contraste, suele marcar el límite en el primer año o hasta los 5 años, dependiendo el indicador.
- **Proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado.** El Banco Mundial lo define como el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado para atender partos autónomamente, cuidar de los recién nacidos y brindar la supervisión, cuidado y recomendaciones necesarias a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto (World Bank, 2024). En el caso de la ficha metodológica presentada por el Banco Mundial, no se especifica qué se considera cómo personal cualificado. En contraste, la ficha presentada por CEPAL indica que se trata de “médicos, personal de enfermería o matronería [...] Profesionales competentes en salud materna y neonatal educados, capacitados y regulados según las normas nacionales e internacionales [...] Los partos tradicionales, incluso si reciben un curso de formación corto, no están incluidos”

(CEPAL, 2024).²² Por su parte, el UNFPA considera personal calificado a médicos, enfermeras y parteras con la formación necesaria para atender “partos normales y reconocer la aparición de complicaciones”, y que realizan “intervenciones esenciales, inician tratamientos, manejan algunas complicaciones básicas y supervisan la remisión de otras complicaciones a los servicios de atención de urgencia completa” (UNFPA, 2016).

- **Partos institucionales.** Se obtiene calculando el número de mujeres de entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo en determinado periodo de tiempo y que dieron luz en algún centro de salud entre el número total de mujeres entre 15 y 49 años con un nacido vivo durante el mismo periodo (CEPAL, s.f.).
- **Tasa de fecundidad adolescente.** Estima el número anual de nacimientos entre mujeres de 10 a 14 años o de 15 a 19 años por cada 1,000 mujeres en el grupo de edad respectivo (Banco Mundial, 2024a). Como nota, en la ficha metodológica del indicador utilizado por el Banco Mundial, tanto en español cuanto en inglés, se llama tasa de fertilidad adolescente a la tasa de fecundidad adolescente, cuando en realidad se trata de dos cuestiones distintas. Mientras la *fecundidad* se refiere al número de hijos e hijas producidos por un individuo, la *fertilidad* se refiere al posible número de hijos e hijas que un individuo pudiera tener a lo largo de su vida.
- **Cobertura de atención prenatal.** Es un indicador de acceso y uso de atención médica durante al embarazo. Suele calcularse para una o bien para al menos cuatro consultas. En el marco de Agenda 2030, se calcula para al menos cuatro consultas y se refiere al “porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo en un determinado

²² Además de no incluir a los partos tradicionales, en la definición se indica que el personal calificado tiene tres competencias: (1) promover y brindar atención de calidad y socioculturalmente sensible y basada en evidencia y derechos humanos; (2) facilitar los procesos fisiológicos durante el parto para “garantizar una experiencia de parto limpia y positiva”; (3) identificar y manejar o referir a mujeres y/o recién nacidos con complicaciones (CEPAL, 2024).

periodo de tiempo que recibieron atención prenatal de cuatro o más veces con cualquier proveedor (ya sea calificado o no)” (CEPAL, 2024). En la ficha técnica se especifica que en el caso de una consulta sólo se calculan visitas con personal calificado. En esta fuente no se especifica qué se considera personal de salud calificado.

- **Cobertura de atención posnatal.** Suele dividirse en chequeos posnatales para el recién nacido y en chequeos posnatales dirigidos a la madre. El primero calcula el porcentaje de nacidos vivos durante determinado periodo de tiempo que recibieron un chequeo en un centro de salud o en casa después del parto, o un chequeo posnatal durante una visita dentro de 2 días después del nacimiento (CEPAL, s.f.). El segundo calcula el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que recibieron un chequeo mientras estuvieron en un centro de salud o en casa después del parto, o un chequeo posnatal durante una visita dentro de 2 días después del nacimiento de su nacido vivo más reciente en determinado periodo de tiempo (CEPAL, s.f.).
- **Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.** En el marco de Agenda 2030 se refiere al porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), “independiente de su estado civil, consideradas como fértiles y sexualmente activas que declaran no querer tener (más) hijos, o que declaran querer retrasar el nacimiento de su próximo hijo al menos dos años o están indecisas sobre el momento del próximo nacimiento, pero que no utilizan ningún método anticonceptivo moderno” (CEPAL, 2024). Este indicador también suele llamarse *demanda de planificación familiar satisfecha con métodos anticonceptivos modernos* cuando se calcula el porcentaje de estas mujeres que sí utilizan un método anticonceptivo moderno. De acuerdo al Banco Mundial, los métodos anticonceptivos modernos incluyen “la esterilización masculina y femenina, la píldora anticonceptiva, el Dispositivo Intrauterino (DIU), el condón masculino, inyectables hormonales, el implante hormonal subdérmico, métodos

de barrera vaginales, el condón femenino y los anticonceptivos de emergencia” (World Bank, 2024).

- **Cobertura de los servicios de salud esenciales.** Se refiere a la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y la población más desfavorecida. Se calcula a partir de la capacidad de los servicios y del acceso a intervenciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2017).

Sin lugar a dudas, de todos estos indicadores, los más extendidos y replicados por la AISM en las últimas cuatro décadas son –con excepción de los enfocados en muerte infantil y muerte neonatal– aquellos cuyo objetivo es medir la muerte materna. Como analizaré en el capítulo cuatro, la muerte materna entró en el centro de la AISM en 1985, cuando durante la Tercera Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Nairobi se realizaron las primeras recomendaciones internacionales abocadas a reducirla en el mundo en desarrollo. Según narran Rosenfield & Min (2009, p. 10), este acontecimiento coincidió con la publicación por parte de la OMS de los primeros estimados mundiales y regionales sobre mortalidad materna.

A partir de ese momento las cifras reportadas bajo la figura de la Razón de Muerte Materna (RMM) se constituyeron como la base discursiva de la AISM. Dichas cifras y su evolución inspiraron una serie de conferencias internacionales abocadas exclusivamente a reducir la muerte materna, y, posteriormente, sirvieron como base tanto del Objetivo del Milenio (ODM) 5 cuanto de la meta 3.1 de la actual agenda de desarrollo internacional, la Agenda 2030.

En efecto, la ubicuidad de los indicadores orientados a medir la muerte materna es tal que, cuando se habla de salud materna en el plano del desarrollo y la cooperación internacional, como mencionaba en el subapartado anterior, rara vez se proporciona una definición del concepto. No obstante, por lo general, sí se proporciona la justificación de su importancia a partir de las cifras de muerte

materna. En esa línea, como argumenta Escobar (2014, p. 290), las estadísticas funcionan como tecnorepresentaciones que arraigan los discursos del desarrollo.

Esto me parece relevante porque en este indicador, tan central para la AISM en todos los sentidos, se combinan dos elementos fundacionales de la modernidad occidental: la medición y el interés en dominar la naturaleza. El nacimiento mismo de la modernidad se sitúa durante los años de la Peste Negra,²³ cuando la cantidad desmesurada de muertes llevó a entenderlas como un fenómeno natural y no como algo divino (Friedell, 1926, como se citó en Gronemeyer, 2010).²⁴ Bajo este argumento, la modernidad es, finalmente, un programa contra la muerte y la fragilidad de la existencia, de la misma forma que la AISM contemporánea es un programa, en principio, abocado a acabar con la muerte materna.

No obstante, debido a que la muerte no puede ser vencida, sino sólo administrada, la solución moderna ha sido “hacer la vida *más segura*” (Gronemeyer, 2010).²⁵ De acuerdo a la autora, lograr esta seguridad, entendida como desarrollo, requiere aumentar los niveles de “predictibilidad, planeación, gestión, entendimiento y homogeneidad” de los fenómenos y de la realidad (Gronemeyer, 2010, p. 63). Esto implica, a su vez, la erradicación de todo lo que es foráneo a la modernidad occidental.

En esta tesitura, y como señala Arney (1989), a pesar de su aparente neutralidad, el pensamiento estadístico es inevitablemente político. Por un lado, los indicadores son productores de conocimiento y a su vez productos del conocimiento –conocimiento sobre qué medir y cómo hacerlo, como señala Goodwin (2017). Por otro lado, los indicadores parten de lo político y hacen política al operar como guía

²³ La Peste Negra hace referencia a la pandemia de peste bubónica que ocurrió a mediados del siglo XIV en Europa y ocasionó la muerte de alrededor de 50 millones de personas (OMS, 2022b).

²⁴ En contraposición, Dussel (2001) argumenta que la modernidad nació en 1492, con la llegada de los europeos a América y con la caída del reino islámico de Granada. Con estos acontecimientos Europa se autoafirma a sí misma como “centro” de la Historia Universal mediante la creación de una periferia que le devuelve una imagen engrandecida de sí misma (Dussel, 2001). El resultado es la violencia hacia la otredad, punto en el que Dussel y Gronemeyer parecen coincidir.

²⁵ Las *itálicas* son mías.

de las intervenciones encaminadas a *desarrollar* determinado objeto, los lugares en los que se aplican tales intervenciones y las formas en que éstas se financian.²⁶

Debido a que las estrategias e intervenciones son otro elemento esencial de la AISM, en el siguiente subapartado trataré de resumir las estrategias más replicadas en este marco. Mientras tanto, pido no perder de vista aquello que se posiciona como indicador central de la AISM –la muerte materna–, lo que funciona como indicador de soporte –controles prenatales, uso de anticonceptivos, personal calificado–, lo que entra solo de forma marginal –tasa de cesáreas, tasa de morbilidad materna²⁷, prevalencia de fístula obstétrica²⁸–, y lo que ni siquiera se incorpora en los discursos de la AISM –la incidencia y/o prevalencia de la violencia obstétrica.

2.3. Causas, estrategias y recomendaciones

Cuando en los espacios internacionales de desarrollo se habla de salud materna, no sólo se hace referencia a un estado de bienestar durante el embarazo, el parto y el puerperio. Por el contrario, cuando este término es empleado generalmente viene acompañado de una serie de causas estimadas, estrategias, acciones y recomendaciones que pasan a formar parte del concepto. De esta forma, en la práctica y el lenguaje del desarrollo internacional, la salud materna no es sólo un estado de bienestar, sino también las acciones emprendidas para alcanzarlo.

²⁶ Otras críticas hacia la neutralidad de los indicadores se enfocan en la calidad de los datos y en la exactitud de las mediciones; en su alto nivel de simplificación y abstracción de fenómenos sociales complejos donde interactúan múltiples variables interconectadas; en su inherente incomparabilidad a nivel internacional, entre otros (Goodwin, 2017).

²⁷ La morbilidad materna puede ser aguda o crónica, y se refiere a cualquier enfermedad física, emocional o psicológica y a las discapacidades relacionadas de forma directa con el embarazo, parto o puerperio, que no necesariamente amenazan la vida de las mujeres que la padecen, pero que sí pueden afectar seriamente su calidad de vida (Sánchez Bringas & Pérez Baleón, 2013). A nivel mundial, “por cada mujer que muere, 20 o 30 tienen complicaciones con consecuencias importantes o duraderas” (UNFPA, s.f.).

²⁸ La fístula obstétrica es una lesión que ocurre durante el parto. Se trata de un “orificio entre el canal de parto y la vejiga o recto causado por la prolongación y obstrucción de un parto sin recibir tratamiento médico oportuno de alta calidad” (UNFPA, 2022a). La fístula obstétrica imposibilita el control de la orina y/o las heces, y tiene consecuencias devastadoras en la familia y la vida de las mujeres que la padecen.

Las intervenciones y recomendaciones que acompañan a la AISM parten de un análisis que sus actores hacen de las causas directas e indirectas de una salud materna deficiente, entendida de forma amplia como muerte materna. Entre las causas directas, ligadas al modelo biomédico, en los informes y reportes de la AISM se replican constantemente cinco: hemorragias graves, infecciones, hipertensión arterial (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto (tales como parto obstruido o distócico) y abortos inseguros (Say et al., 2014; OMS, 2023; UNFPA, 2016; OPS, s.f.). De acuerdo a la OMS (2023), estas cinco causas son responsables de alrededor de un 75% de las muertes maternas y la mayoría de las veces son evitables con una atención de salud de calidad.

Entre las causas indirectas, en la AISM, se identifican causas biomédicas y causas sociales. Entre las biomédicas se encuentran, por ejemplo, la anemia, el paludismo, la diabetes y la cardiopatía coronaria (OMS, 2024).²⁹ Entre las causas sociales, más ligadas al modelo de determinantes sociales de la salud (DSS)³⁰ y a los factores institucionales que limitan el acceso a la atención durante el embarazo, parto o puerperio, se suelen identificar (OMS, 2023)

- Deficiencias en los sistemas de salud nacionales que llevan a una atención de mala calidad –incluido abusos y faltas de respeto–, a la existencia insuficiente de trabajadores de salud debidamente capacitados, a la escasez

²⁹ A manera de ejemplo, en el caso mexicano, el registro de defunciones maternas en el marco del Sistema de Notificación Inmediata de Muerte Materna distingue entre defunciones por causas obstétricas directas e indirectas. Las defunciones por causas obstétricas directas son las que “resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas” (Secretaría de Salud, s.f.a.). Por otro lado, las defunciones por causas obstétricas indirectas son las que “resultan de una enfermedad existente antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo [...] agravada por los efectos fisiológicos del embarazo” (Secretaría de Salud, s.f.a.). Para una discusión sobre la mala clasificación en los certificados de defunción, las deficiencias en el sistema de registro de muertes maternas en México y su impacto en el cálculo de la Razón de Muerte Materna revisar a Eternod Arámburu (2012).

³⁰ De acuerdo a la OPS, los DDS son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OPS, s.f.). En los DSS se incluyen “políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos” (OPS, s.f.). El modelo asume que la diferencia en estas condiciones entre diferentes poblaciones da lugar a su vez a diferencias en los resultados en salud. Los DSS tienen tres niveles: el estructural, el intermedio y el proximal (Hernández et al., 2017).

de insumos médicos necesarios, y a una ausencia de rendición de cuentas en los sistemas de salud.

- El estatus inferior de las mujeres en ciertas sociedades, que se cimienta en normas de género perjudiciales y que produce que no se priorice la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas.
- Las desigualdades en ingreso, educación, raza y etnia. Se reconoce que estos determinantes hacen que algunas mujeres se enfrenten a un mayor riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- Factores externos que producen inestabilidad en el sistema de salud, tales como conflictos armados, crisis humanitarias y crisis climáticas.

En esa misma línea, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, las estrategias para mejorar la salud materna deben partir de una perspectiva de derechos y contemplar programas de salud con cobertura universal que reconozcan las relaciones entre salud y género, y que consideren las determinantes sociales de la salud, tales como “la pobreza y la educación” (OPS, s.f.). Adicionalmente, la OMS señala que tales estrategias deben tomar en cuenta las inequidades en la prestación de “los servicios de salud reproductiva destinados a las poblaciones desatendidas” (WHO, 2018).

Para la AISM, conseguir que “la maternidad entrañe menos riesgos es un imperativo en materia de derechos humanos y es una de las prioridades fundamentales” (UNFPA, 2016). Tal riesgo –la muerte– puede reducirse, de acuerdo a la OMS, mediante la planificación familiar y un mayor acceso a servicios de salud de calidad brindados por profesionales de la salud capacitados durante el embarazo, parto y puerperio (WHO, 2018). De allí que en el subapartado anterior clasificara como indicador central a la muerte materna; y como indicadores de soporte a los encaminados a medir el número de controles prenatales, el uso de anticonceptivos, y los partos atendidos por personal calificado.

Otras recomendaciones muy extendidas sugieren el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud y de la cobertura sanitaria universal, así como la atención de las emergencias obstétricas, y la aplicación de intervenciones en otros

sectores, tales como la educación de la mujer y las normas de género nocivas (WHO, 2018). En otras ocasiones se menciona que, si bien “poner fin a la mortalidad materna prevenible debe seguir siendo la máxima prioridad de la agenda mundial”, no deben olvidarse los esfuerzos encaminados a reducir la morbilidad materna (OMS, 2024).

Ahora, si bien algunas de las recomendaciones enlistadas hasta el momento han resultado medianamente exitosas –la Razón de Muerte Materna a nivel mundial ha disminuido de 339 casos por cada 100,000 nacidos vivos en el 2000 a 223 casos por cada nacido vivo en 2020 (Banco Mundial, 2023)–, algunas de éstas son de eficacia poco comprobada a pesar de lo extendido de su uso en la práctica y el discurso de la AISM. Tal es el caso, por ejemplo, de los controles prenatales. Incluso en 1985, Rosenfield & Maine, en su influyente artículo *Where is the M in MCH?*, ya advertían a la comunidad internacional sobre la eficacia dudosa de los controles prenatales³¹ en prevenir la muerte materna.

Al respecto, los autores señalaban que “la característica más importante de las muertes por complicaciones tales como la hemorragia y el parto distócico es que la mayoría no pueden evitarse con medidas preventivas, incluyendo las revisiones durante los controles prenatales”, pues “una proporción importante de las complicaciones ocurren en mujeres sin factores de riesgo reconocibles” (Rosenfield & Maine, 1985, pp. 84). Por otro lado, mujeres con factores de riesgo reconocibles

³¹ La OMS considera que los controles prenatales representan una oportunidad para que los profesionales de la salud brinden atención e información a las embarazadas. Entre las funciones de los controles prenatales está “la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja” (OMS, 2016). Sin embargo, en el marco de la AISM y el modelo biomédico, el objetivo central de los controles prenatales es identificar factores de riesgo durante el embarazo. Esto es visible en múltiples guías producidas por los actores internacionales de la AISM, como es el caso, por ejemplo, de las *Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido* (OPS, 2019) y de las *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva en el embarazo* (OMS, 2018), por mencionar algunos documentos recientes.

no siempre desarrollan tales complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio.³²

A pesar de ello, el imperativo de fortalecer el acceso a los controles prenatales fue una de las recomendaciones centrales de la Conferencia por una Maternidad Sin Riesgos de 1987 en la que se lanzó la primera iniciativa a nivel mundial enfocada exclusivamente en reducir la muerte materna. Esta tendencia se ha mantenido a lo largo de los años, aun ante los numerosos cuestionamientos sobre la efectividad de los controles prenatales (McDonag, 1996). Así, la recomendación ha sido exportada al Sur Global en parte debido a la popularización del indicador, a la cooperación técnica dirigida por los actores internacionales de la AISM, y al financiamiento internacional empacado en proyectos e iniciativas que empujaron tal medida.

En años más recientes, la OMS publicó en 2016 una nueva guía de recomendaciones sobre atención prenatal (OMS, 2018). La nueva guía pide pasar de las 4 citas prenatales hasta entonces recomendadas a 8 citas prenatales con profesional de salud capacitado como respuesta a la desaceleración en la última década de la reducción de las muertes maternas (OMS, 2018) –de 2012 a 2020 los casos de muerte materna se redujeron apenas de 237 a 223 (Banco Mundial, 2023).

Independientemente de la efectividad o ineffectividad de estas recomendaciones internacionales, lo cierto es que tanto su orientación hacia los controles prenatales cuanto su insistencia en la atención del parto por personal calificado –sin quedar a veces del todo claro en las guías quién está calificado– han llevado hacia una mayor medicalización del embarazo, parto y puerperio en el Sur

³² Estos cuestionamientos a la eficacia de los controles prenatales también están presentes en la investigación en salud y la práctica médica mexicana. Esto es visible en el análisis que Márquez Murrieta (2021) realiza de la revista *Salud Pública de México* entre 1983 y 2019, en el que se detecta la existencia de un cuestionamiento a la capacidad de los controles prenatales de prevenir la muerte materna. Dicho cuestionamiento, si bien no llegó al punto de restarle fuerza a la atención prenatal, sí devino en una mayor atención a la atención de las emergencias obstétrica en México en el plano de la investigación y la política pública mexicana (Márquez Murrieta 2021, pp. 71-72)

Global, pues el hospital y la medicina occidental pasan a ser discursivamente el lugar y el método *más seguro*, respectivamente.

Sin embargo, el hospital no siempre es un lugar seguro para las mujeres. Al respecto, diversas investigaciones han documentado la existencia de una serie de prácticas nocivas durante la atención hospitalaria del embarazo, parto y puerperio tanto en el norte cuanto en el sur global. Tales prácticas incluyen la negación la atención, la violencia física y verbal, la desacreditación del dolor, la descalificación de los conocimientos y opiniones de las gestantes, la obstrucción de la información, las cesáreas clínicamente injustificadas, los procedimientos no consensuados, la negligencia, la humillación, la manipulación, el paternalismo y la discriminación, entre otras (Lucas d'Oliveira, Diniz & Schraiber, 2002; Erviti & Castro, 2015; Van der Waal et al., 2022).

En este contexto, y bajo las miradas de riesgo que la cooperación internacional promueve y que ya he mencionado, la violencia y el abuso que las gestantes experimentan en el entorno hospitalario tienden a ser vistos como externalidades negativas justificadas ante la búsqueda de un bien mayor. Es decir, la violencia dentro de la clínica o el hospital se reduce en este marco a una cuestión de calidad en el servicio o de sensibilización del personal hospitalario.³³ De allí que la violencia obstétrica no figure como un indicador de la salud materna hegemónica ni como un asunto primario en la AISM, si bien muchas voces de feministas en el Sur Global han empujado en las últimas dos décadas por el reconocimiento de su centralidad.

³³ A manera de ilustración sobre que la violencia obstétrica se ha reducido a una cuestión de "calidad en el servicio" en los espacios hegemónicos de producción de conocimiento, retomo que en 2015 el prestigioso *International Journal of Gynecology* publicó un artículo titulado "The unfinished agenda of women's reproductive health". En el artículo se afirma que "a medida que han mejorado los indicadores clínicos de salud materna, el foco se ha desplazado hacia la *calidad de la atención* y esto ha visibilizado el problema relacionado al género respecto a la falta de respeto y abuso que las mujeres sufren en el parto a manos del personal de salud" (Purandare & Adanu, 2015, como se citó en Sadler, 2020, p. XIII). Como nota, aunque los autores del documento enmarcan al problema desde el género, no lo nombran como *violencia obstétrica* ni problematizan que ésta se enfoque desde la trinchera reduccionista de la calidad de la atención.

Igual de relevantes en este contexto son otras recomendaciones que quedan por fuera o que se expresan en lenguaje menos imperativo en el marco de la AISM. Es el caso, por ejemplo, del aborto. En virtualmente todas las fuentes e instrumentos de la AISM que se abocan a hacer una descripción de las causas principales de la muerte materna se menciona el aborto inseguro.

Sin embargo, cuando en estas fuentes se habla de la necesidad de garantizar que todas las mujeres que deseen terminar su embarazo accedan a la interrupción en condiciones favorables, se tiene el cuidado de agregar un “*cuando la legislación lo permita*”³⁴ o similares. Prueba de esta ambivalencia es que en las mayores agendas que integran componentes de salud materna no se incluyen indicadores relacionados al aborto seguro, si bien sí se observan indicadores sobre personal sanitario calificado, controles prenatales y acceso a métodos anticonceptivos.³⁵

³⁴ Para un ejemplo de esto, revisar OPS (s.f.). La cita en específico es: “para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros *en la medida que la legislación lo permita*, y a una atención de calidad tras el aborto” (OPS, s.f.). Otro caso interesante es la presentación web del Informe del Estado de la Población Mundial 2022 presentado por el UNFPA. En éste se hace un análisis de los efectos devastadores del aborto inseguro, pero al mismo tiempo no se recomienda directamente la despenalización del aborto y de paso se menciona que “de los 121 millones de embarazos no intencionales que tienen lugar cada año, muchos se recibirán como una buena noticia. Otros generarán miedo o preocupación, pero en última instancia *tendrán como resultado niños muy queridos y motivo de gran felicidad*” (UNFPA, 2022b). Desde una perspectiva feminista, lo señalado en itálicas por mí me parece escandaloso por reforzar los idearios de la maternidad y la banalización del sufrimiento producido ante la imposición de ésta cuando no es deseada.

³⁵ A manera de anécdota que me parece ilustradora de esta ambivalencia, y bajo el entendido de que lo anecdótico no es necesariamente representativo, comparto que durante mi estadía como practicante en 2023 en una de las agencias de Naciones Unidas dedicadas a tratar con la agenda de salud materna en México tuve algunas oportunidades de tocar el tema del aborto seguro. En una de esas ocasiones, uno de mis supervisores, al ver que en mi mochila portaba un pañuelo verde, me compartió en una conversación informal su percepción de que en dicha agencia se incentivaba de forma velada a que el personal no portara el pañuelo ni lo colocara en sus cubículos a pesar de la relación que existía entre los mandatos de la organización y el aborto seguro. La razón que me dio fue que había un temor a que la población asociara a la agencia con las discusiones sobre legalización del aborto en el país y que eso, a su vez, ocasionara pérdidas de financiamiento, por un lado, o que actores menos favorables a dicha agenda se negaran a trabajar con la agencia a costa de otras temáticas, por el otro. A pesar de ello, durante mi estadía no me encontré con ningún ni ninguna oficial con opiniones personales contrarias a la legalización del aborto bajo cualquiera de sus causales, sino todo lo contrario. No obstante, tampoco me encontré con que el tema se mencionara en alguna ocasión con actores externos a la agencia, al menos no durante ese periodo ni en las áreas en las que colaboré –no descarto, por supuesto, la posibilidad de que en otros espacios de la agencia sí sucediera tal cosa. De cualquier forma, la impresión que tuve durante mi estadía fue que había en operación cierta cultura organizacional extremadamente adversa al riesgo

Aun así, los éxitos de la AISM son evidentes. Como ya mencionaba, la AISM ha logrado producir un discurso más o menos homogéneo que se percibe como deseable y poco cuestionable. Ha logrado también guiar con sus recomendaciones a muchas de las intervenciones que se hacen en nombre de las mujeres, la salud materna y el desarrollo en el Sur Global, tanto por medios endógenos –recursos y esfuerzos nacionales y locales– cuanto exógenos –recursos y esfuerzos foráneos. Y ha conseguido, a pesar del notorio aplanamiento en la curva en años más recientes, reducir al menos en un tercio la mortalidad materna en apenas dos décadas.

No obstante, no debe perderse de vista que estos importantes logros no han llegado al Sur Global sin efectos adversos. Uno de estos efectos es la exacerbación de la violencia obstétrica por medio de la idealización de la medicalización del embarazo, el parto y el puerperio en función del modelo biomédico occidental como horizonte civilizatorio deseable –justificado todo en el imperativo de erradicar la muerte materna–, sin tomar del todo en cuenta cómo este modelo no opera en el vacío. Es decir, sin hacer un análisis serio desde la cooperación internacional en salud materna sobre cómo este modelo interactúa con estructuras clasistas, sexistas, racistas e imperialistas.

Este asunto no es menor si se revisa el caso mexicano en cifras. En 2020, por ejemplo, 9 de cada 10 partos fueron atendidos en una clínica u hospital (INEGI, 2021b). Esto por sí mismo no es alarmante. No obstante, la cifra toma dimensión cuando se revela que 4 de cada 10 partos atendidos en el sistema de seguridad social ocurren con incidentes de abuso o maltrato, frente a 2 de cada 100 partos atendidos por partera tradicional, como ya había mencionado en otra ocasión (INEGI, 2021a).

—de la misma forma que la agenda de salud materna es adversa al riesgo en sí misma. En ese sentido, al revisar el apartado de preguntas frecuentes de dicha agencia, se deja en claro que no promueve el aborto, pero que sí promueve los medios para evitarlo, todo esto a pesar de mencionar que se aboga por la autonomía corporal y de cuestionar que en algunas sociedades se valore a las mujeres sólo por su capacidad reproductiva –como ya mencionaba, se trata de un discurso y una práctica ambivalente.

O bien, si se toma en cuenta que México tiene una de las tasas de cesáreas más altas en el mundo, con 46 partos de cada 100 partos culminando en una cesárea (UNFPA México, 2022).³⁶ Estas cifras, me parece, revelan lo problemático de incentivar la medicalización del embarazo, parto y puerperio en el marco del modelo biomédico occidental bajo la bandera de reducir la mortalidad materna sin haber tomado antes en cuenta cómo este modelo interactúa con las estructuras que mencioné anteriormente.³⁷

Por otro lado, creo que es importante notar que la transición de las recomendaciones a la práctica no sólo refleja un consenso científico o una necesidad epidemiológica, sino también la participación de una variedad de entidades y actores que producen e implementan dicho consenso. Desde una perspectiva teórica, esto remite al concepto de dispositivo de Foucault sobre el que baso este capítulo, en tanto que la categoría implica la existencia de una red heterogénea de discursos, instituciones y prácticas que articulan configuraciones específicas de saber-poder (Foucault, 1991).

Así, el análisis del entrelazamiento de causas y recomendaciones – conocimiento, saber– con los actores internacionales involucrados en su producción discursiva y material –acción, poder– permitiría dar mayor transparencia a la AISM como dispositivo. En consecuencia, en el siguiente apartado intentaré agrupar a

³⁶ Como referencia, la OMS recomienda que las cesáreas no superen del 10% al 15% de los partos (UNFPA México, 2022). De acuerdo a este organismo, una tasa de cesáreas superior a estos niveles no está asociada con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal; y, por el contrario, sí se asocia con “complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte” (OMS, 2015, p. 4). Si bien la OMS reconoce que los umbrales recomendados en 1985 deben someterse a revisión, también recomiendan practicar este procedimiento sólo cuando resulta estrictamente necesario por razones médicas (OMS, 2015).

³⁷ Como nota aclaratoria, la reducción de la muerte materna es una idea muy poderosa en tanto que pocos estarán en desacuerdo con ella. Como resultado, esta idea puede operar en ocasiones como una justificación discursiva de ciertas prácticas nocivas para los cuerpos de las gestantes, tales como las cesáreas clínicamente injustificadas y no consentidas. Sin embargo, esto no quiere decir que no haya simultáneamente otros mecanismos empujando hacia la sobremedicalización de la gestación y el parto. Entre estos otros mecanismos no deben descartarse la posible presencia de actitudes misóginas en los médicos adscritos y practicantes, el funcionamiento de la industria de los seguros médicos, el negocio de las clínicas privadas –cuando aplica el privilegio de clase–, o la comodidad del médico ginecobstetra, por mencionar algunos ejemplos. Se trata, pues, de un fenómeno sumamente complejo en el que interactúan numerosos factores.

algunos de los actores internacionales más relevantes de la AISM con el objetivo de elucidar un poco más los elementos que integran dicho dispositivo.

2.4. Actores centrales y modalidades de cooperación

Considero en este subapartado como actores centrales a aquellas instituciones que, por su capacidad de producción discursiva –conocimiento– y de aplicación de las recomendaciones en forma de intervenciones desde lo internacional –poder–, dotan de contenido y dirección a la AISM. A continuación, enunciaré a los que considero más representativos en estos términos, e intentaré resumir qué papel juegan dentro de la AISM de acuerdo a la visión oficial que tienen de sí mismos.

a. Organización Mundial de la Salud (OMS)

De acuerdo a la OMS, una de sus principales prioridades es mejorar la salud materna. En ese sentido, “la OMS trabaja para contribuir a la reducción de la mortalidad materna aumentando el caudal de datos obtenidos de investigaciones, proporcionando orientaciones clínicas y programáticas basadas en la evidencia, estableciendo estándares mundiales y brindado apoyo técnico a los Estados Miembros para que desarrollen y apliquen unas políticas y unos programas eficaces” (OMS, 2023).

En específico, las principales líneas de acción de la OMS son apoyar a los países en sus esfuerzos de combatir las desigualdades en el acceso y calidad de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal; garantizar una cobertura de salud universal; atender las causas de la mortalidad y morbilidad materna; mejorar los sistemas de salud para la obtención de datos que atiendan las necesidades específicas de mujeres y niñas; promover la rendición de cuentas para elevar la calidad y equidad de los servicios de salud; empoderar a las mujeres y niñas; integrar la salud materna y neonatal para proteger el binomio madre-hijo; aplicar un enfoque de derechos humanos para asegurar una atención de calidad (WHO, 2015; WHO, 2021; OMS, 2023).

b. *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*

La OPS brinda cooperación técnica a los países de América Latina por medio de sus oficinas país y su Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) creado en 1970 en Montevideo. El objetivo de esta cooperación es “promover, fortalecer y mejorar la atención de salud dirigida a las mujeres, las madres y los recién nacidos en los países de la Región de las Américas” (OPS, s.f.).

Al igual que la OMS, la OPS busca incorporar el enfoque en derechos para promover la creación en América Latina de programas de salud con cobertura universal e inclusiva, reconociendo “la relación entre salud y género, y los determinantes sociales como la pobreza y la educación” (OPS, s.f.). Asimismo, trabaja para asegurar el acceso a anticoncepción, información y educación sexual, y la integración de la salud reproductiva en los programas nacionales (OPS, s.f.).

De acuerdo a la organización, sus áreas de trabajo se orientan a las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, tales como la “reducción de la mortalidad materna, la disminución de la mortalidad neonatal y la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento” (OPS, s.f.).

c. *Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)*

De acuerdo al UNFPA, reducir los riesgos asociados a la maternidad es una de las prioridades principales del organismo, “que trabaja a todos los niveles para promover el acceso universal a los derechos y servicios de salud reproductiva y sexual, incluidas la promoción de normas internacionales en materia de salud materna y la prestación de asesoramiento y apoyo a los sistemas de salud” (UNFPA, 2016).

En esa línea, los programas del UNFPA se centran en fortalecer recursos humanos y mejorar la atención obstétrica de urgencia y neonatal. De esta manera, el UNFPA se ocupa de la formación de parteras, de prestar “apoyo a las redes de atención obstétrica y neonatal”, y de proporcionar “medicamentos esenciales y servicios de planificación familiar”, así como de incentivar la aplicación de sistemas

de respuesta y evaluación de la muerte materna en los países socios (UNFPA, 2016).

Mucha de la labor del UNFPA se enfoca en reducir los riesgos en caso de complicaciones y emergencias obstétricas. Además, su principal programa abocado al manejo de la morbilidad materna está abocado a la prevención y reparación de la fístula obstétrica.

d. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

El acercamiento de UNICEF a la AISM es a partir de la definición de la *salud materno-infantil y materna y neonatal*. En consecuencia, UNICEF suele trabajar en alianza con el resto de los actores mencionados en este subapartado, por lo que suele ser parte de informes, conferencias, redes y grupos interagenciales dedicados a tratar la mortalidad materna, si bien la prioridad de UNICEF es la reducción de la mortalidad neonatal e infantil.

En esa línea, la labor de UNICEF dentro de la AISM es apoyar a los países a proveer paquetes de servicios maternos y neonatales esenciales de alta calidad (UNICEF, 2023). En estos paquetes se incluyen intervenciones promocionales y preventivas realizadas a través de visitas domiciliarias de personal sanitario comunitario capacitado, así como cuidados para recién nacidos de bajo peso y salud frágil, y la promoción del contacto piel con piel (UNICEF, 2023). De igual manera, UNICEF realiza intervenciones dirigidas a atender el embarazo adolescente y a mejorar los sistemas de Atención Primaria de Salud para que tomen en cuenta las necesidades de las mujeres, los niños, las niñas y los y las adolescentes, con énfasis en la atención del parto, los cuidados prenatales y posnatales, la inmunización infantil, la nutrición y la planificación familiar (UNICEF, 2023).

e. Banco Mundial (BM)

El Banco Mundial entró como un actor central de la AISM a mediados de la década de 1980 a razón de su previa vinculación con las políticas de control poblacional encaminadas a reducir el crecimiento poblacional en el Sur Global en nombre del desarrollo. A pesar de tratar con una amplia gama de temas dentro de la agenda de

desarrollo internacional, su participación dentro la AISM es central, pues está orientada a conceder subvenciones, movilizar recursos financieros y recolectar datos sobre salud materna.

Además de ofrecer diversos productos financieros –tales como préstamos tradicionales, subvenciones y créditos a tasas preferenciales–, el Banco Mundial ofrece asistencia técnica, y “ayuda a los países a compartir y aplicar conocimiento y soluciones innovadoras a los retos que enfrentan”, entre ellos, la mortalidad materna (World Bank, s.f.).

Mucha de las operaciones del Banco Mundial en materia de salud materna se llevan a cabo a través de la Asociación Internacional de Fomento (IDA). Esta entidad forma parte de la estructura organizacional del Banco Mundial y tiene por objetivo brindar financiamiento y asistencia técnica en diversos temas del desarrollo a los países con menores ingresos per cápita mediante la canalización de los fondos que recibe de sus contribuyentes (IDA, 2023).

La IDA decide la localización de fondos tomando en cuenta el nivel de ingreso per cápita de los deudores y su desempeño en proyectos anteriores (IDA, 2023). Para ser elegible a este tipo de apoyos financieros, los países deben tener un PIB per cápita menor a \$1,351 USD en 2024 –la línea se actualiza cada año– y carecer de solvencia crediticia para pedir un préstamo en términos del mercado, por lo que necesitan recursos concesionales para financiar sus programas de desarrollo (IDA, 2023).

Los proyectos de la IDA se implementan con la asistencia técnica del Banco Mundial y bajo una estricta supervisión (IDA, 2023). La información recopilada durante la implementación del proyecto se utiliza para “determinar medidas gubernamentales adicionales y mejoras de capacidad necesarias para mantener los beneficios derivados del proyecto” (IDA, 2023).

f. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Su trabajo se dirige a América Latina y su principal objetivo es brindar “apoyo financiero y técnico a los Gobiernos nacionales, subnacionales y otras entidades de

la región” y realizar “investigaciones de vanguardia” para lograr avances en diferentes áreas del desarrollo, entre ellos la salud (BID, s.f.). En este rubro, el BID trabaja con autoridades estatales para impulsar reformas a los sistemas de salud encaminadas a asegurar el acceso efectivo a servicios de calidad y a “fortalecer los servicios de prevención primarios y secundarios, particularmente en el combate a las enfermedades crónicas y en la mejora de la salud materno-infantil” basados en evidencia internacional (BID 2019, p.11).

g. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Fue creada en 1961 por el entonces presidente John F. Kennedy con el propósito de liderar las acciones del gobierno de los Estados Unidos en materia de desarrollo internacional y asistencia humanitaria (USAID, s.f.). De acuerdo a la organización, sus actividades tienen el “doble propósito de avanzar los intereses de América mientras mejoran las vidas en el mundo en desarrollo” (USAID, s.f.a). Desde los primeros años de su creación, la salud materno-infantil ha sido una prioridad de USAID, con actividades particularmente enfocadas a la reducción de la mortalidad infantil hasta 1989 que desarrolló su primera iniciativa de salud materna (KFF, 2022).

En la actualidad, las actividades de USAID en esta materia se centran en la salud materna y neonatal, la salud infantil, el fortalecimiento de los servicios de atención primaria, la planificación familiar, la inmunización, la nutrición, el acceso a sistemas de agua, saneamiento e higiene, y al monitoreo, evaluación e investigación de intervenciones para reducir la mortalidad materna e infantil (USAID, s.f.b).

2.5. Financiamiento

Hasta ahora he expuesto la visión de la AISM como un dispositivo en el que diferentes elementos se engarzan para dar sustento a prácticas muy particulares de poder, saber y subjetivización. En la misma línea, otro elemento central en estas configuraciones es el financiamiento internacional. El motivo es que las definiciones, los indicadores, las estrategias y los actores que he identificado hasta ahora

difícilmente pudieran tener tal nivel de influencia si no contaran con una base material que les sostenga. Esa base es el financiamiento.

No son pocas las personas que hablan del desarrollo internacional como una *industria de la ayuda* (De Haan, 2023; De Haan, 2017; Domínguez, 2017; Kharas & Rogerson, 2012; Lucatello, 2017). Esta industria se refiere al aparato del desarrollo internacional (Kharas & Rogerson, 2012), como una rama de la actividad económica que mueve anualmente unos “250,000 millones de dólares en las economías de menores ingresos” (De Haan, 2023, p. 9).

Esta industria incluye al “conjunto de intermediarios especializados en la distribución, gestión y análisis de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), con cuyos fondos se financian” (Domínguez, 2017, p. 109), y está respaldada epistémicamente por las ciencias y los estudios del desarrollo (De Haan, 2009). Entre las instituciones que la conforman están el Sistema de Naciones Unidas –incluidas las instituciones de Bretton Woods (FMI y Banco Mundial) –, las principales organizaciones bilaterales –y las formas en que cada donante ha construido sus programas de ayuda–, las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) y las emergentes fundaciones privadas (De Haan, 2009).

Así, a simple vista, puede afirmarse que el financiamiento internacional permite implementar proyectos de salud materna donde, de otra forma, jamás se hubieran implementado. Sin embargo, el financiamiento internacional también permite sostener a las oficinas y al personal de los actores involucrados, así como organizar los encuentros en los que se producen y diseminan los discursos hegemónicos de la AISM. También permite realizar las evaluaciones y editar los informes de resultados de las estrategias, y cubrir los costos de las fotografías que se realizan de las beneficiarias y de sus entornos para luego ser utilizadas en publicaciones y publicidades institucionales financiadas con los mismos recursos. Permite, asimismo, sostener las redes de personas expertas que diseñan los indicadores y los sistemas de medición de diversa índole. En fin, el financiamiento es lo que permite que, efectivamente, la AISM se sostenga y permee en los territorios.

Ahora bien, una parte importante de la implementación de los elementos de la AISM en lo local es financiada a partir de los presupuestos nacionales de salud de los Estados. En 2019, por ejemplo, los gobiernos nacionales asumieron, en promedio, un 59.8% del gasto total en salud (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021, p. 12). Aun así, el financiamiento internacional es de gran relevancia, sobre todo cuando se dirige a países considerados como de renta baja en las clasificaciones del Banco Mundial (Dingle et al., 2020), y cuando se encarga de financiar las actividades de los actores centrales de la AISM.

En el campo del desarrollo internacional, la contabilización de la ayuda internacional destinada a la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI) se realiza tradicionalmente a partir de distintas metodologías. Las más utilizadas son la metodología Muskoka2, el enfoque de la alianza público-privada Countdown to 2015, el método del Institute for Health Metrics and Evaluation y el marcador de SRMNI de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Dingle et al., 2020).

Para el análisis de esta sección realicé operaciones estadísticas sobre la base de datos de licencia libre elaborada por Pitt & Bath (2021) en torno a los montos de Ayuda Oficial al Desarrollo³⁸ destinada a la SRMNI.³⁹ Esta base de datos agrupa los resultados obtenidos por Pitt & Bath (2021) tras la aplicación de la metodología Muskoka2 a los registros de flujos del Credit Report System (CRS) del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE.⁴⁰ La metodología Muskoka2

³⁸ La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) es definida por el CAD como las “subvenciones o préstamos destinados a países y territorios en desarrollo incluidos en la Lista de beneficiarios del CAD de la OCDE” y emitidos por el sector público del donante (Sierra Medel, Ayala Martínez & Molina Alcántara, 2022, p. 17). El objetivo de la AOD es promover el desarrollo y el bienestar económico. Para que un préstamo pueda ser catalogado como AOD, debe contar con al menos un 25% de subvención, con una tasa fija de 10% de descuento (Sierra, 2010, citada en Sierra Mendel, Ayala Martínez & Molina Alcántara, 2022).

³⁹ Licencia CC BY-NC.

⁴⁰ El CAD fue establecido en 1961 en el marco de la OCDE y reúne a los principales países donantes de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). El objetivo del CAD es “coordinar, seguir y evaluar la Asistencia Oficial al Desarrollo por parte de los países miembros de la OCDE”, y fungir como espacio que permita la coordinación de las políticas de cooperación internacional (Sierra Medel, Ayala Martínez & Molina Alcántara, 2022, p. 19). Además de evaluar las políticas de cooperación internacional para el desarrollo (CID) de sus miembros y trazar directrices técnicas que permitan dar

estima a partir de un algoritmo el valor monetario de los flujos de ayuda internacional que tienen influencia sobre el campo de la SRMNI –por ejemplo, las inversiones en sistemas de agua y saneamiento, nutrición e infraestructura hospitalaria–, y no solamente aquellos flujos etiquetados como SRMNI por los donantes en el CRS (Dingle et al., 2020).⁴¹

Los estimados monetarios de AOD destinada a SRMNI obtenidos a partir de esta metodología se calculan asignando un porcentaje de valor a cada desembolso que beneficia a la SRMNI en función del sector de desarrollo al que pertenece de acuerdo a lo registrado por el donante (Dingle et al., 2020). Como resultado, se obtiene un panorama más amplio de todos los flujos de AOD en forma de préstamos y concesiones provenientes de los miembros del CAD y otras instituciones y actores alineados a éste;⁴² o, dicho de otra forma, de todas las transferencias bilaterales y multilaterales de recursos financieros, bienes o servicios que contribuyen a la operacionalización de la AISM.

Me interesa indagar en estas dinámicas porque sostengo que los flujos de AOD no son meros instrumentos financieros, sino componentes clave dentro de la AISM entendida como dispositivo. Esto en tanto que tales flujos configuran y legitiman las prioridades hegemónicas en materia de salud materna y neonatal.

coherencia a su gestión, el CAD compila datos estadísticos sobre los flujos de AOD (Sierra Medel, Ayala Martínez & Molina Alcántara, 2022). Tal seguimiento y medición se realiza a partir del Creditor Report System (CRS), que implica el registro de los desembolsos realizados por los donantes del CAD en forma de AOD, otros préstamos y subvenciones oficiales, créditos oficiales a la exportación, inversión en cartera privada e inversión extranjera directa (IED), entre otros (International Monetary Fund, 1994).

⁴¹ La metodología Muskoka2 contabiliza los flujos de AOD en forma de préstamos y concesiones, así como los flujos de ayuda privada para el desarrollo. Por otro lado, se excluyen las inversiones de capital y otros flujos oficiales.

⁴² De acuerdo a la OECD (s.f.), son miembros permanentes: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Corea del Sur, Dinamarca, Estados Unidos, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Japón, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Suecia, Suiza, Reino Unido, República Checa y la Unión Europea. De acuerdo a la misma fuente, son observadores el Banco Asiático de Desarrollo, el Banco Africano de Desarrollo, el Banco Europeo de Inversiones, el Banco Interamericano de desarrollo, el Fondo Monetario Internacional, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y el Banco Mundial (OECD, s.f.). Asimismo, Azerbaiyán, Bulgaria, Kuwait, Catar, Rumania, Arabia Saudita y los Emiratos Árabes Unidos tienen el estatus de participantes (OECD, s.f.).

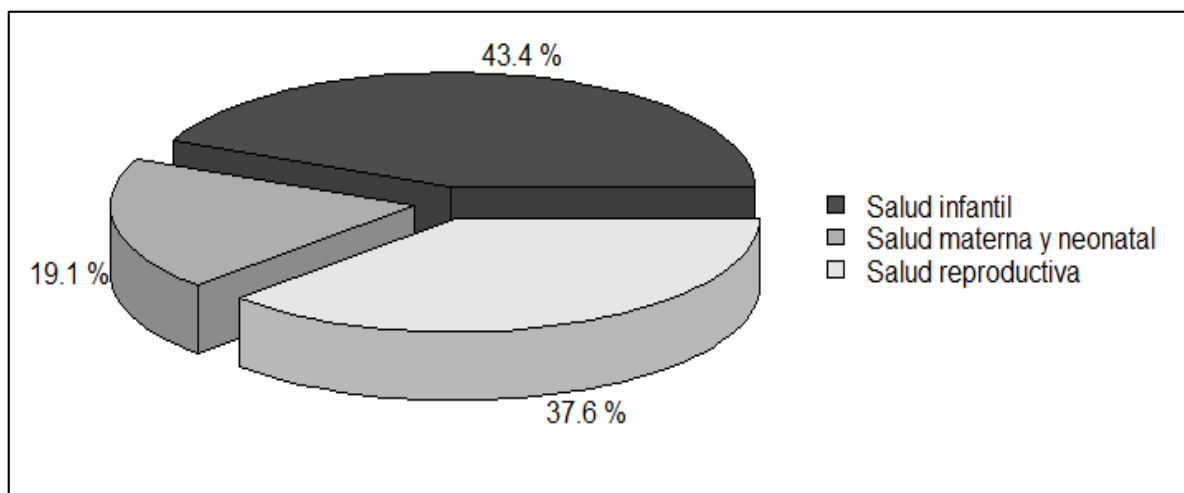
Como demostraré en muchas otras ocasiones en esta tesis, los indicadores y las estadísticas asociados a la salud materna operan como tecnologías de poder y de gobernanza que no solo registran realidades, sino que las producen –como todo discurso, de acuerdo a Foucault (Hall, 2004)–, priorizando ciertas temáticas y marginalizando otras en función de los intereses del bloque histórico hegemónico en turno.

En este caso, el cálculo y la categorización de los desembolsos en SRMNI revelan e institucionalizan una narrativa en la que se priorizan y legitiman ciertos campos de actuación, ciertas intervenciones, ciertas modalidades de cooperación, ciertas visiones del orden mundial, ciertas subjetivaciones nacionales. En otras palabras, es a partir del análisis de los flujos financieros que aseguran la reproducción discursiva y material de la AISM que adquieren mayor transparencia las jerarquías y racionalidades del dispositivo y del sistema internacional en el que se inserta –sin que el financiamiento sea, por supuesto, la única arista relevante, sino, tan solo, una de las muchas fuerzas que operan en la regulación de los cuerpos gestantes desde lo internacional.

Ahora bien, bajo este encuadre teórico-metodológico, en el periodo que va de 2002 a 2019, Pitt & Bath (2021) identificaron 230,410 registros de flujos de ayuda internacional que contribuyeron en mayor o menor medida a la SRMNI. De estos, encontré que 41,366 flujos –es decir, un 17.96%– no tuvieron ningún tipo de incidencia en el área específica de la salud materna y neonatal (SMN), pero sí en el campo de la salud reproductiva y/o salud infantil.

Los 230,410 flujos relacionados a la SRMNI sumaron en ese periodo poco más de 192,071 millones de USD. De los tres componentes que conforman la SRMNI, la SMN es la que recibió menor financiamiento –tan sólo 19% del total–, mientras que la salud reproductiva recibió 37.6% del total y la salud infantil un 43% del total, como muestra la *gráfica 2.1*.

Gráfica 2.1. Distribución del financiamiento internacional a SRMNI (2002-2019, millones de USD).



Fuente: gráfica y cálculo estadístico de elaboración propia con base en las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2.

Este hecho es clave para entender las prioridades de los donantes y promotores internacionales de la agenda de SRMNI, así como las formas en las que los dominios de la salud reproductiva y la salud infantil se entrelazan en la práctica con la salud materna, como ya advertía unas páginas atrás. La asociación práctica y discursiva entre estos tres elementos tiene como intención promover la *continuidad de la atención*.

Este concepto “se basa en la suposición de que la salud y el bienestar de las mujeres, neonatos e infancias están íntimamente ligados y que deben ser gestionados de forma unificada” (Sines, Tinker & Ruben, 2006, p. 1). Bajo este supuesto, el modelo implica asegurar el acceso a servicios de planificación familiar y atención de salud para las mujeres desde la adolescencia hasta el embarazo y el parto, y para las infancias desde el nacimiento hasta la adolescencia (Sines, Tinker & Ruben, 2006).

El concepto, no obstante, tiene como consecuencia que las gestantes no figuren como el centro de las intervenciones, como muestra en la *gráfica 2.1* Es decir, la participación de la gestante y de la madre es entendida como esencial, pero no como prioritaria. En ese sentido, la continuidad de la atención es, sobre todo,

dirigida al producto de la gestación, desde la concepción apropiada y responsable –salud reproductiva–, el embarazo y el parto exitoso –salud materna–, los primeros días de vida –salud neonatal– y los primeros cinco años –salud infantil.

Esta cuestión, evidente en los números, es respaldada por la producción discursiva de los principales actores de la AISM, mismos que analizo a mayor profundidad en los capítulos tres y cuatro. Sobre ello, encuentro que en estos discursos el impulso por la reducción de la muerte materna, componente tan central de la salud materna internacional desde mediados de la década de 1980, es a menudo justificada en función del bienestar de las infancias y no de las mujeres.

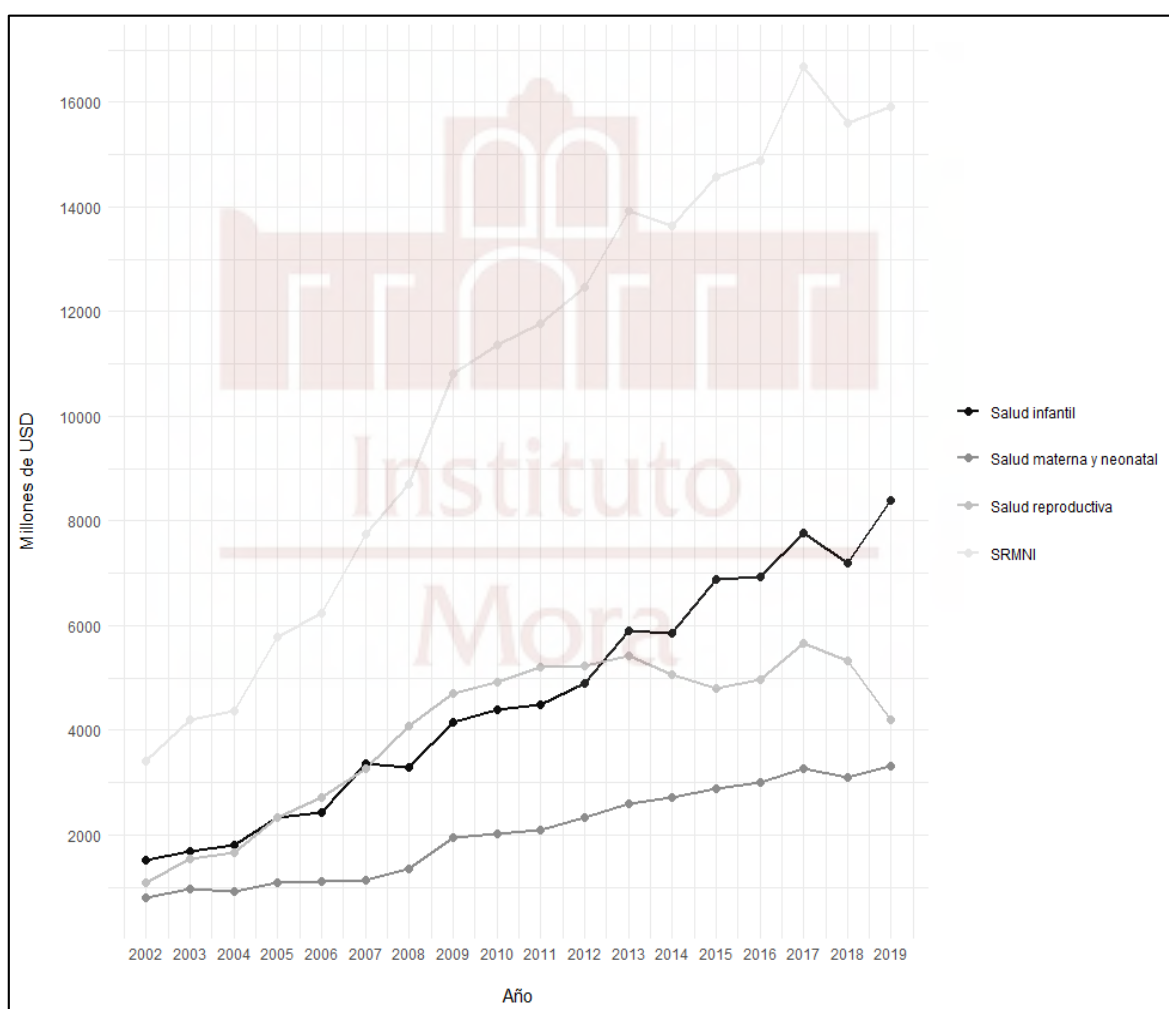
Al respecto, en dichos espacios se argumenta, entre otras cosas, que es prioritario reducir la muerte materna en tanto que pone en riesgo la supervivencia de las infancias, como se observa en los enunciados del reporte de la primera conferencia de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos celebrada en Nairobi en 1987.⁴³ Asimismo, encuentro que en estos entendimientos, la niñez es conceptualizada como un futuro recurso productivo beneficioso para el desarrollo, cuestión visible de forma directa, por ejemplo, en los enunciados de la CIPD de El Cairo de 1994.

Esta tendencia discursiva utilitarista no es exclusiva de la salud materna, sino que se encuentra presente en un amplio espectro de intervenciones desarrollistas dirigidas a las mujeres, como han documentado autoras como Chant & Sweetman (2012), Molyneux (2006), Moser (1989) y Petchesky (2016), entre otras. Esta recurrente instrumentalización de los cuerpos feminizados por los discursos y prácticas desarrollistas pone de manifiesto un vicio histórico moderno: la invisibilización de las mujeres como agentes productivos intrínsecamente valiosos.

⁴³ La correlación entre muerte materna y mortalidad infantil se encuentra desde hace años documentada desde un punto de vista epidemiológico (véase, por ejemplo, Chikhungu, Newell & Rollins, 2017). Sin embargo, este conocimiento interactúa con estructuras patriarcales y, por tanto, a veces termina por reproducir, inadvertidamente, un marco que instrumentaliza la salud de las gestantes en función de otras metas desarrollistas, dejando de lado una perspectiva basada en el bienestar y los derechos de las mujeres y otras personas gestantes, como se observa tanto en las estadísticas financieras cuanto en la producción discursiva de la AISM que aquí presento.

Tales entendimientos de la productividad y de la división sexual del trabajo se materializa en el tipo de inversiones financieras que se hacen desde occidente en nombre del desarrollo en el sur global. De allí que la distribución del financiamiento internacional de los donantes del CAD a la SRMNI se dirija en, primer lugar, a la salud de las infancias y, en segundo lugar, a la salud reproductiva – medida esta última en la esfera del desarrollo internacional, sobre todo, a partir de indicadores relacionados a la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, como demuestro en los siguientes dos capítulos.

Gráfica 2.2. Tendencia del financiamiento internacional a la SRMNI (2002-2019, millones de USD).



Fuente: gráfica y cálculo estadístico de elaboración propia con base en las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2.

La *gráfica 2.2* muestra la evolución de esta tendencia. A lo largo de casi dos décadas, la salud infantil y la salud reproductiva han recibido consistentemente mayor financiamiento que la salud materna y neonatal.⁴⁴ La tendencia es tan sólida que, incluso con la llegada en 2018 del militante neoconservador Donald Trump a la presidencia del principal donante internacional en salud reproductiva –y su resultante desfinanciamiento–, la distribución de los desembolsos internacionales entre los tres componentes de la SRMNI se mantiene a lo largo del tiempo.

Tabla 2.1. Distribución del financiamiento internacional en SRMNI de los principales donantes bilaterales (millones de USD, 2002-2019).

#	Donante	Salud			
		Total SRMNI	Reproductiva	Materna y neonatal	Infantil
1	Estados Unidos	65,024	43,150	8,170	13,704
2	Reino Unido	12,865	3,620	3,572	5,673
3	Alemania	5,118	1,119	1,321	2,679
4	Canadá	4,555	717	1,386	2,452
5	Japón	3,837	350	1,063	2,425
6	Países Bajos	3,750	866	1,385	1,498
7	Suecia	2,376	584	793	999
8	Australia	2,363	586	604	1,174
9	Francia	2,198	335	625	1,238
10	Noruega	2,133	501	593	1,038
11	España	1,468	182	470	816
12	Turquía	1,274	30	269	975
13	Dinamarca	1,135	232	337	565
14	Bélgica	1,113	153	294	666
15	Emiratos Árabes Unidos	1,026	201	227	598

Fuente: tabla y cálculo estadístico de elaboración propia con base en las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2

Ahora, creo necesario no pasar por alto la gran influencia que tienen los EE.UU. sobre la agenda en SRMNI, así como la consecuente vulnerabilidad de ésta frente a los cambios internos que el país pueda presentar. Los EE.UU. son el mayor donante bilateral en SRMNI. En el periodo que va de 2002 a 2019, y de acuerdo a

⁴⁴ La metodología Muskoka2 agrupa a la salud materna y la salud neonatal bajo un mismo componente. En consecuencia, no es posible identificar bajo esta metodología cuánto de dicho financiamiento es dedicado a intervenciones orientadas exclusivamente a la salud del neonato o de la gestante. A pesar de ello, la Alianza por la Salud Materna, Neonatal e Infantil (PMNCH, por sus siglas en inglés) –sucesora de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos (SMI) desde su establecimiento en 2005 por la Asamblea General de las Naciones Unidas– es promotora de esta metodología.



los estimados Muskoka², esta nación transfirió a la agenda alrededor de cinco veces más recursos que el segundo mayor donante, el Reino Unido –y ello sin contar sus aportaciones a los principales organismos internacionales encargados de la SRMNI. La brecha se agranda si se coloca el foco sólo en la salud reproductiva, pues los EE.UU. transfirieron 12 veces más recursos que el segundo mayor donante en el mismo periodo, tal como ilustra la *tabla 2.1*.

Como señalé anteriormente, la salud reproductiva es entendida en los discursos hegemónicos del desarrollo, sobre todo, como planificación familiar. Argumento esto en función de mi posición frente al papel político y orientador de los indicadores. Bajo tal entendimiento los indicadores no son solo herramientas de medición, sino también tecnologías de gobernanza (Goodwin, 2017; Unterhalter, 2014) que revelan tanto los aspectos que se enfatizan cuanto los que se marginalizan dentro de una problemática. Así, al examinar bajo este marco analítico a los indicadores de salud reproductiva de las últimas dos grandes agendas de desarrollo –los Objetivos del Milenio (ODM) y los subsecuentes Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)– tal interpretación de la salud reproductiva como planificación familiar es evidente.

En el caso de los ODM los indicadores asignados en primera fila para medir la salud reproductiva son el 5.3 *tasa de uso de anticonceptivos* y el 5.4 *tasa de fecundidad adolescente*. Las fichas metodológicas de ambos indicadores, por ejemplo, no distinguen entre los anticonceptivos que previenen infecciones de transmisión sexual (ITS) y aquellos que no; sin embargo, sí distinguen entre hombres y mujeres al indicar que la medición es sobre el uso de anticonceptivos entre éstas últimas –es decir, solamente entre las que son entendidas como poseedoras unilaterales de la capacidad reproductiva.

El caso de los ODS no es diferente, pero sí es más transparente. En esta agenda, negociada 15 años después de la Declaración del Milenio que dio vida a los ODM, los indicadores seleccionados para monitorear la salud reproductiva son el 3.7.1 *Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos* y el 3.7.2 *Tasa de*

fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. Nuevamente las fichas metodológicas no distinguen entre ambos tipos de anticonceptivos, pero sí entre usuarios y usuarias de estos métodos.

Los ODS son aún más transparentes que sus antecesores respecto a las ansiedades desarrollistas de Occidente en tanto que el mismo título del indicador incluye la cuestión del sexo, de la procreación y de la modernidad. A ello se suma la distinción expresa entre aquellas mujeres en edad de reproducirse naturalmente y aquellas que no se encuentran en ese grupo, como si las mujeres mayores de 49 años no tuvieran necesidades de salud reproductiva o de protección frente a las ITS.

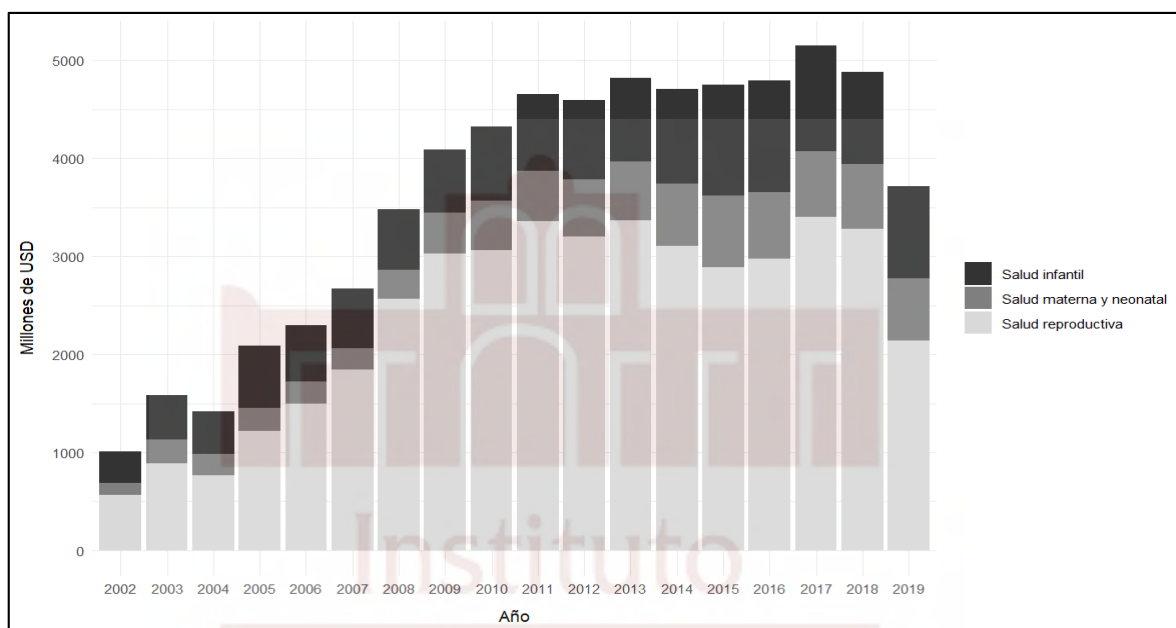
La implicación práctico-discursiva que tienen estos indicadores, contruidos a partir de sesgos sexistas, heteronormados y edadistas, es que lo esencial de la salud reproductiva es la planificación familiar por encima de otras dimensiones igualmente importantes de ésta. Siguiendo nuevamente a Foucault (1991), las ausencias en el discurso revelan relaciones de poder en tanto que también estructuran el campo del saber. En este caso, cuestiones como la infertilidad, el manejo de la menopausia, la disfunción eréctil o la prevención de una amplia gama de ITS, por mencionar sólo algunas dimensiones importantes de la salud reproductiva, quedan relegadas a un segundo plano, reproduciendo así una jerarquía de prioridades que terminan por definir dicho campo en lo internacional.

Ahora bien, que las mujeres del sur global podamos acceder a una amplia gama de métodos anticonceptivos es imprescindible para el logro de nuestra autonomía corporal, sexual y reproductiva. No obstante, un problema moral surge cuando el enfoque de ese acceso está mediado por entendimientos parciales, patriarcales e imperialistas, pues la capacidad de elección queda subordinada a los intereses de explotación y dominación de los hegemones.

Como demuestro a partir de la revisión de fuentes históricas primarias en el siguiente capítulo, la ansiedad del norte global por el control del crecimiento poblacional en el sur global se sostiene sobre dos supuestos: que el crecimiento

poblacional incontrolado impediría (1) el crecimiento económico de estas naciones, y (2) el acceso a recursos naturales prioritarios para las potencias hegemónicas. Los EE.UU., desde la década de 1950, ha sido uno de los principales adherentes de esta teoría, por lo que no es de extrañar su generoso y relativamente constante financiamiento a este rubro de la SRMNI, presente aun en el siglo XXI, como muestra la *gráfica 2.3*.

Gráfica 2.3. Evolución de la distribución del financiamiento internacional de los EE.UU. en SRMNI (2002-2019).



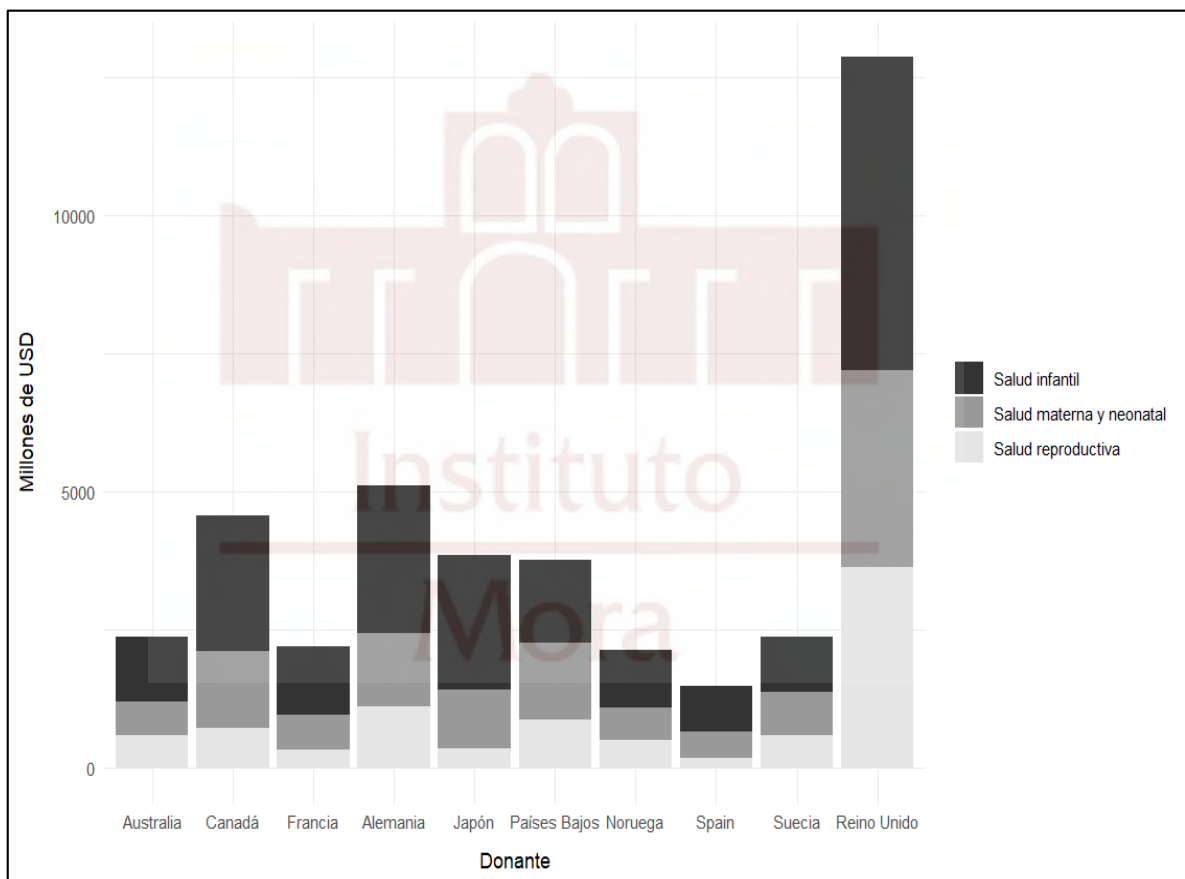
Fuente: gráfica y cálculo estadístico de elaboración propia con base en las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2.

Este no es precisamente el caso de los otros 10 principales donantes en SRMNI si se analiza el acumulado de sus contribuciones bilaterales –es decir, sin incluir transferencias a organismos internacionales– entre el 2002 y el 2019. En el caso de cada uno de ellos, la mayor proporción del financiamiento está orientado a la salud infantil, mientras que las contribuciones a salud reproductiva y SMN no difieren demasiado entre sí en la mayoría de los casos.⁴⁵

⁴⁵ Dada la ausencia de registros digitales del CRS anteriores al 2002 en este rubro, no me es posible asegurar que ésta haya sido una inclinación constante, ni que las contribuciones dirigidas

La magnitud y la distribución acumulada de dichas contribuciones pueden observarse en la *gráfica 2.4*, que ilustra la primicia del componente de salud infantil. Esto demuestra lo problemático de cuantificar bajo un solo concepto las contribuciones a la salud reproductiva, la salud infantil, y la salud materna y neonatal, pues puede oscurecerse la verdadera magnitud de las inversiones dedicadas expresamente a las gestantes. Ello tiene como consecuencia que los donantes argumenten cumplir con las metas internacionales de financiamiento a la SMN, sin que esto sea necesariamente así.

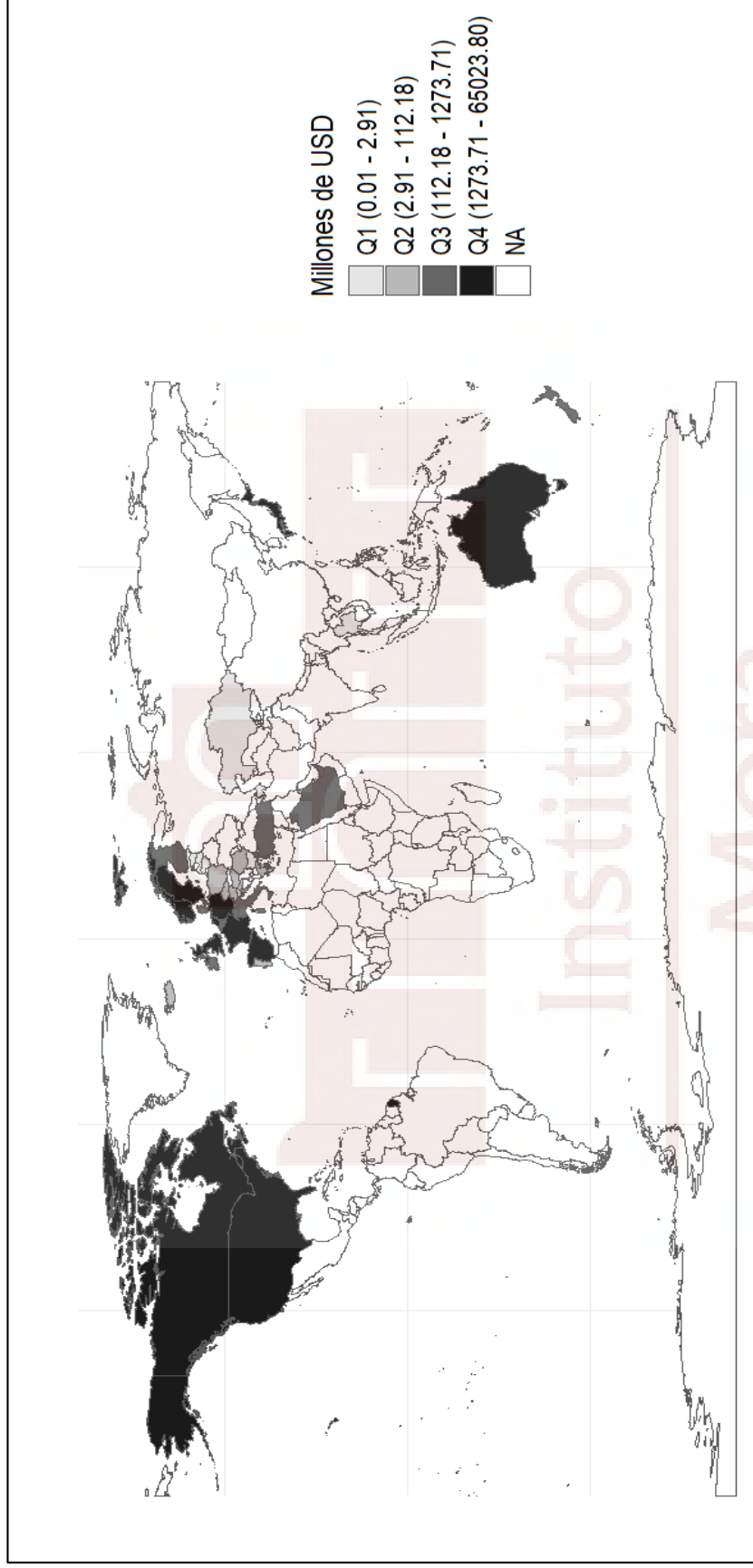
Gráfica 2.4. Distribución de los desembolsos en SRMNI de los principales donantes (2002-2019).



Fuente: gráfica y cálculo estadístico de elaboración propia con base en las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2.

a la salud reproductiva no hubiesen sido de orden prioritario cuando los discursos anti-natalistas estaban más vigentes, especialmente durante las décadas de 1960 a 1980.

Mapa 2.1. Principales donantes internacionales en SRMNI y sus contribuciones (2002-2019, millones de USD).



Fuente: mapa y cálculo estadístico de elaboración propia con base en las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2.

Por otro lado, como la *gráfica 2.4* y la *tabla 2.1* ya han ilustrado, otra de las características de los flujos de financiamiento internacional a la SRMNI es que tienen su principal origen en el norte global, como muestra de forma más intencional el *mapa 2.1*. El norte global no sólo agrupa a “las economías desarrolladas” del mundo (UNCTD, 2022, p. 21), sino que representa, en términos gramscianos, un bloque histórico. Este bloque se caracteriza por la defensa del productivismo, de la modernidad y del liberalismo económico, y está marcado por un pasado común –en algunos casos por un presente– de dominio colonial e imperial.

Como argumenta Clarke (2018), el término *norte global* implica la existencia simultánea de un *sur global*. Este par de conceptos, que pueden trazarse hasta Gramsci, invitan a descentrar las narrativas hegemónicas sobre el desarrollo y el subdesarrollo para, en su lugar, poner el énfasis en las relaciones históricas de poder (Dados & Connell, 2012). En otras palabras, al usar estos términos se propone la adopción de una lectura poscolonial de las diferencias entre *desarrollados* y *subdesarrollados*, entre *avanzados* y *primitivos*. Esto implica el rechazo a las interpretaciones meramente economicistas y culturales respecto a las diferencias materiales entre las naciones.

Como ya mencioné, el CAD de la OCDE agrupa a las naciones del norte global y tiene por objetivo medir y coordinar la política de financiamiento internacional al desarrollo de este bloque histórico. Retomando lo teorizado por Robert Cox (2016), el CAD, como organismo internacional, funciona como un mecanismo articulador del orden hegemónico. Estos mecanismos son medios a partir de los cuales las fuerzas hegemónicas logran construir y mantener un consenso entre dominadores y dominados que se percibe como legítimo y correcto (Gramsci, 1977). En este caso, esto se da por dos vías muy evidentes relacionadas a la producción del conocimiento alrededor de los flujos de financiamiento.

La primera de estas vías es la exclusión de las cuantificaciones dentro del CRS de aquellos flujos que tienen como origen a países pertenecientes a un bloque histórico distinto del occidental. De allí que en el *mapa 2.1* no aparezcan las

contribuciones de otros donantes tradicionales, como Rusia, o de donantes emergentes, como China, India y Brasil, que operan fuera de la lógica de la OCDE.⁴⁶ La segunda es el subregistro de los flujos pertenecientes a modalidades de cooperación sur-sur,⁴⁷ lo que subestima la magnitud de estas contribuciones y de otras formas de cooperación y organización que operan de forma autónoma fuera de los canales hegemónicos de cooperación y financiamiento internacional.

El resultado de estas reglas del juego es que la participación del norte global en el tema del financiamiento al desarrollo, y particularmente de la SRMNI, se presenta de forma maximizada al no haber un registro oficial y concentrado de otras fuentes –autónomas o disidentes– de cooperación y financiamiento que permitan una comparación más mesurada de sus contribuciones. De igual manera, otras formas de cooperación horizontal son invisibilizadas, presentándose como casos anómalos y no como una vía del todo efectiva para alcanzar autónomamente los objetivos nacionales de desarrollo de sus participantes sin el involucramiento del norte global.

En ese sentido, las contribuciones que cada país brinda –o recibe– en nombre del desarrollo construyen una imagen sobre el lugar que ocupa en el sistema internacional (Watson, 2014). El subregistro y/o la ausencia de registro de los flujos de ayuda provenientes de bloques antagónicos o no-alineados reafirma la imagen del norte global desarrollado, pues, por medio de la producción estadística, se legitiman los modos de normatividad, producción y organización del bloque hegemónico como horizonte civilizatorio deseable.

⁴⁶ De acuerdo a una ficha técnica de la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial, en 2011, Rusia transfirió alrededor de 513.9 millones de USD en ODA (UNIDO, 2012). De acuerdo a la misma ficha, alrededor de un 60% por ciento de sus contribuciones son canalizadas a través de organismos internacionales, y de forma prioritaria a proyectos de salud materna, infantil y neonatal encabezados por la OMS (UNIDO, 2012).

⁴⁷ El concepto se refiere a la cooperación entre países en desarrollo, quienes intercambian entre sí recursos, conocimientos y experiencias con miras a alcanzar sus visiones de desarrollo. De acuerdo a Sierra Mendel, Ayala Martínez & Molina Alcántara (2022), la cooperación sur-sur se basa en los principios de horizontalidad, consenso y equidad, y sus costos se distribuyen de forma equitativa entre todos los participantes.

Es decir, por medio del oscurecimiento de la existencia de otras propuestas desarrollistas mediante la exclusión de sus contribuciones en el marco del CRS, las estrategias de desarrollo emanadas del CAD se constituyen no sólo como verdaderas, sino como únicas e indispensables para lograr el desarrollo. Así, como parte de esta manifestación del saber-poder, la cooperación norte-sur se posiciona como la vía más importante, tradicional y efectiva para lograr tales metas.

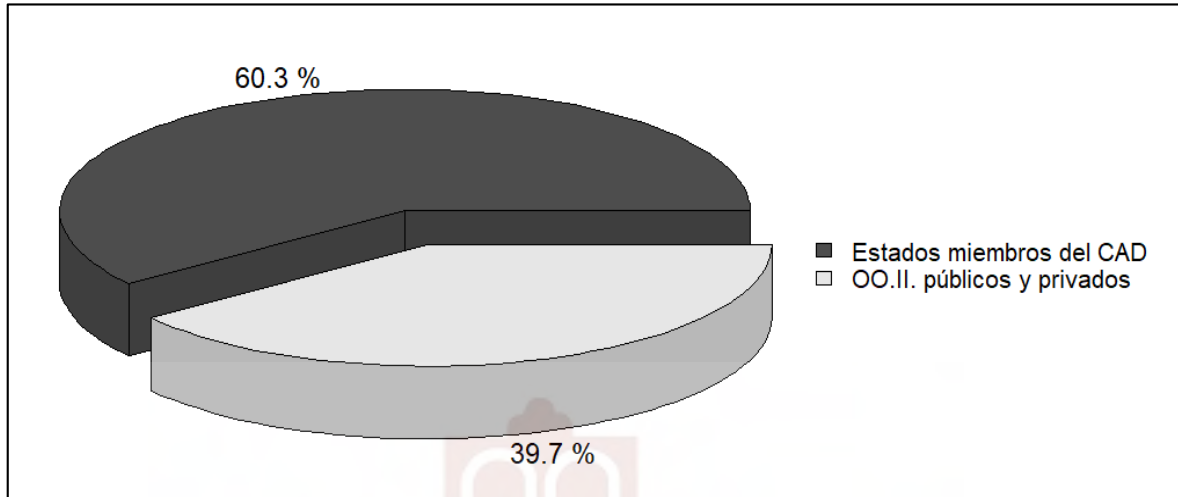
En la práctica, no obstante, la cooperación norte-sur tiende a reproducir las disparidades de poder entre donantes y receptores. Ello, por ejemplo, a partir de la condicionalidad de la ayuda, que incluye, entre otras cosas, la presión sobre el receptor a adoptar las reformas económicas solicitadas por el donante (Prado Lallande, 2006), la promoción de los valores modernos y el rechazo a prácticas tradicionales –incluso aquellas que no son nocivas para el sujeto–, o la imposición sobre el receptor a adquirir insumos producidos por el donante aunque estos se encuentren por encima del precio del mercado o no sean los más adecuados para las poblaciones beneficiarias –lo que también se conoce como *ayuda atada* (La Chimia & Arrowsmith, 2009).

En el campo de la SRMNI estas prácticas se materializan en la financiación a proyectos que promueven el modelo biomédico occidental –como la construcción de infraestructura hospitalaria de tipo occidental o la capacitación y profesionalización de personal sanitario bajo dicho esquema–, que requieren de materiales producidos por el norte global –como cierto tipo de anticonceptivos, de aparatología o de insumos médicos– y que invisibilizan prácticas reproductivas no-occidentales y no-nocivas, como el parto vertical o el consumo de hierbas medicinales para los dolores de parto.

Ahora, como muestra la *gráfica 2.5*, la cooperación bilateral norte-sur, si bien es la principal modalidad de financiamiento a la SRMNI de acuerdo al CRS, no es la única. Casi un 40% del total del financiamiento registrado y dirigido hacia la SRMNI entre 2002 y 2019 proviene de actores privados y multilaterales. En específico, en ese periodo, y partir de la metodología Muskoka2, en el CRS se

registraron 65 donantes internacionales no-estatales, entre los que se encuentran fundaciones privadas, organismos internacionales e instituciones multilaterales.

Gráfica 2.5. Distribución del financiamiento total en SRMNI por tipo de donante (2002-2019).

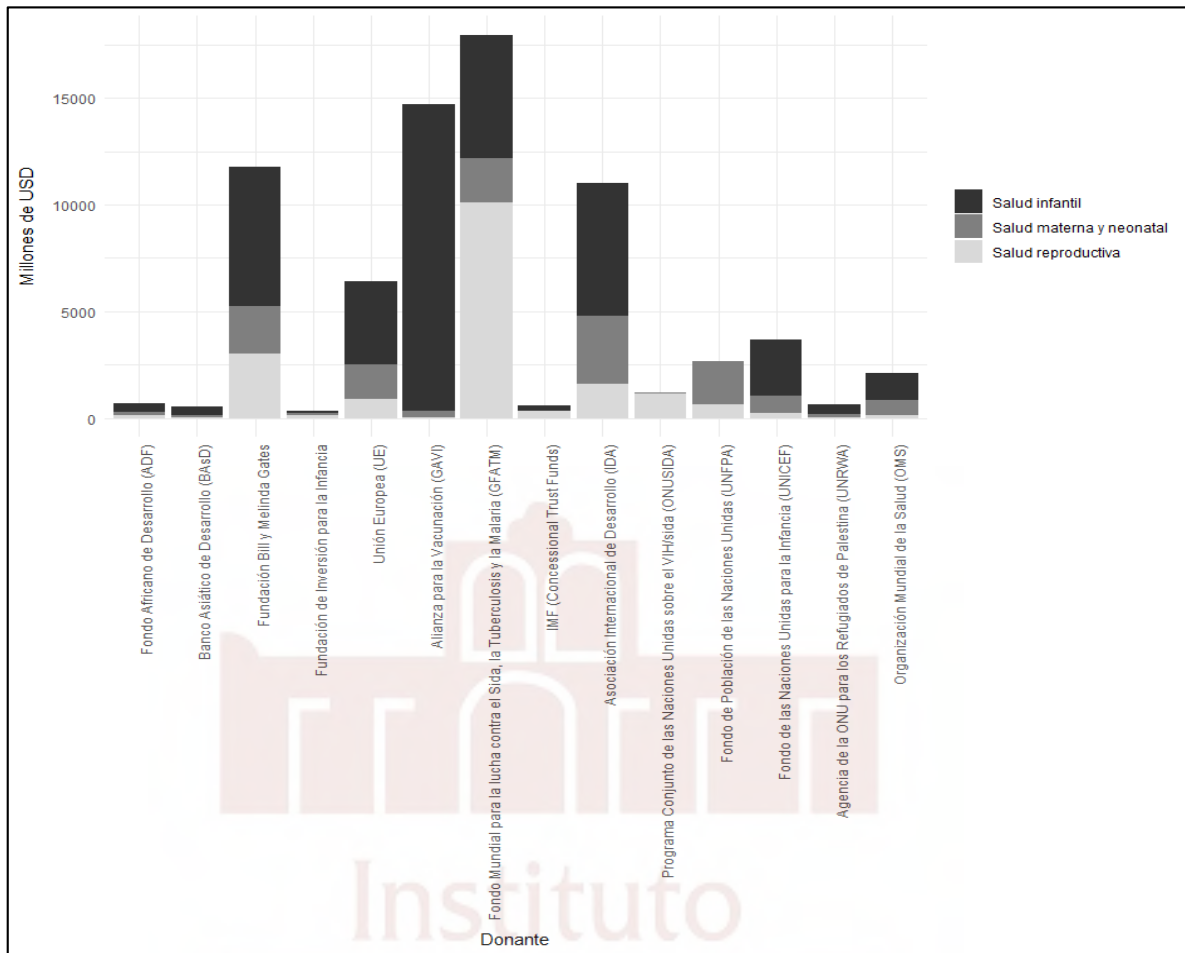


Fuente: gráfica y cálculo estadístico de elaboración propia con base en las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2.

La distribución de las contribuciones de estos actores entre los tres componentes de la SRMNI es similar a la de los donantes bilaterales en tanto que la salud infantil es la que recibe el mayor financiamiento (57%), seguida de la salud reproductiva (24.7%) y, finalmente, de la salud materna y neonatal (18.3%). La *gráfica 2.6* muestra la distribución del financiamiento entre estos componentes proveniente de los 14 principales donantes privados y multilaterales según las estimaciones de Pitt & Bath (2021).

De acuerdo a estas estimaciones (Pitt & Bath, 2021), la Asociación Internacional de Fomento del Banco Mundial (IDA), la Fundación Bill & Melinda Gates –o Gates Foundation desde junio de 2024–, el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) son, respectivamente, los principales donantes internacionales no-estatales en el campo la SMN. De estos, el GFTAM es una alianza público-privada, la IDA y el UNFPA son organismos pertenecientes al Sistema de Naciones Unidas (SNU), y la Fundación Bill & Melinda Gates es una fundación privada.

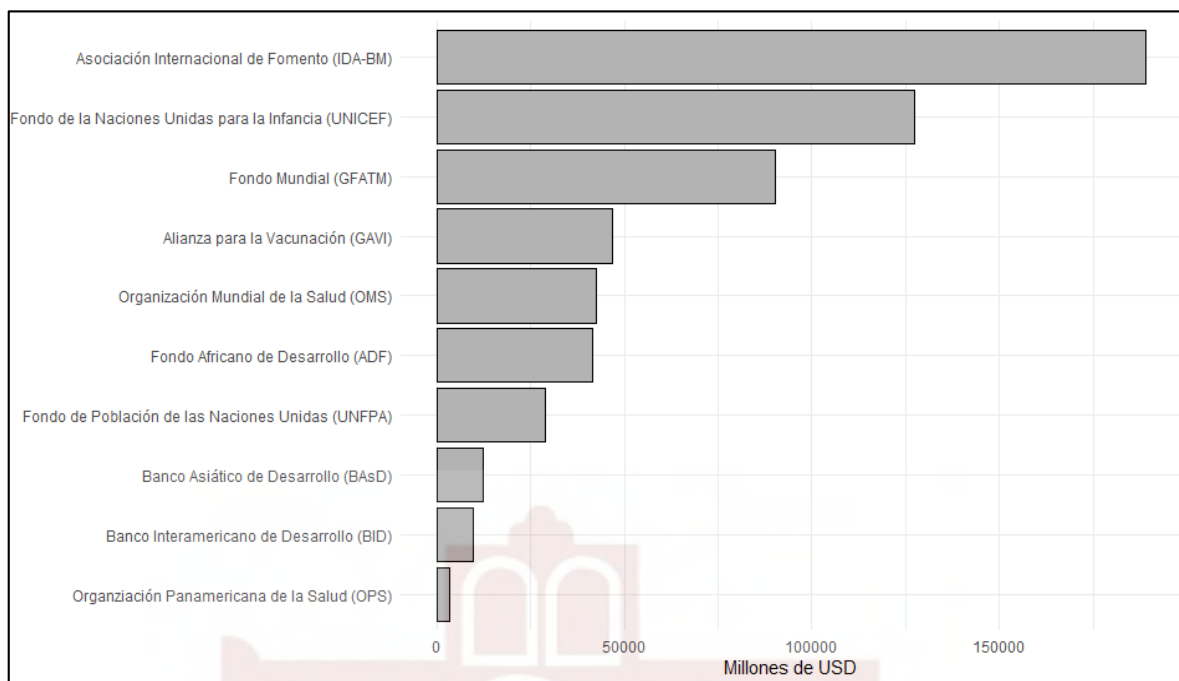
Gráfica 2.6. Distribución del financiamiento de los principales donantes no estatales en el campo de la SRMNI (2002-2019).



Fuente: gráfica y cálculo estadístico de elaboración propia con base en las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2.

Señalo el tipo específico de actores no-estatales que encabezan la lista de financiamiento internacional a la SMN porque de ello depende el grado de independencia con el que actúan. En ese sentido, las organizaciones multilaterales, como aquellas que componen el SNU, dependen de las contribuciones de actores estatales y otros actores no-estatales y privados para cubrir sus costos administrativos y operativos. La *gráfica 2.7* muestra la cantidad de financiamiento que los principales donantes multilaterales de la SRMNI recibieron de los países miembros del CAD entre el 2012 y el 2022 de acuerdo a los registros del CRS sobre el uso del sistema multilateral.

Gráfica 2.7. Donaciones de países miembros del CAD a las principales organizaciones multilaterales de la SRMNI (millones de USD, 2012-2022).



Fuente: gráfica y cálculo estadístico de elaboración propia a partir de los registros de uso del sistema multilateral por parte de los países del CAD del CRS de la OCDE (OCDE, 2024). En el cálculo tomé en cuenta tanto los registros de *core contributions* –contribuciones no etiquetadas o dirigidas a los recursos básicos de la organización– cuanto de *contributions through* –contribuciones etiquetadas o dirigidas proyectos específicos de la organización–, en todos los sectores de desarrollo, en el periodo señalado, para las organizaciones multilaterales que he identificado como claves en el despliegue operativo y discursivo de la AISM.

Asimismo, la *gráfica 2.7* puede ser ilustrativa de las desigualdades presupuestarias entre los diferentes actores multilaterales de la SRMNI que, inevitablemente, se traducen en disparidades en la capacidad operativa de cada uno de ellos. La Asociación Internacional de Fomento del Banco Mundial (IDA) es la agencia multilateral que concentra el mayor presupuesto, así como el principal donante no-estatal de la SMN, como muestra la *gráfica 2.6*. Por su parte, agencias centrales para la AISM desde el punto de vista técnico y discursivo, como la OPS,⁴⁸

⁴⁸ Si bien la esfera de influencia de la OPS se limita al continente americano, le incluyo como actor central de la AISM por su preponderancia al interior de la región y por su vínculo con el principal donante de la SRMNI, Estados Unidos.

el UNFPA y la OMS, operan con presupuestos considerablemente menores al de la IDA.

Esta evidencia es consistente con lo que describí en el subapartado anterior en cuanto a la arquitectura relacional y el espacio que ocupan cada uno de estos actores –Banco Mundial, por un lado, y UNFPA, OPS y OMS, por el otro– dentro de la AISM. Mientras que el Banco Mundial concentra el mayor poder de financiamiento entre estos actores multilaterales –sin olvidar, por supuesto, la centralidad de USAID desde lo bilateral–, el UNFPA, la OPS y la OMS concentran las capacidades técnicas, epistémicas y discursivas que dan forma a las orientaciones de la AISM. Esto se traduce en que una parte importante de la implementación de dichas orientaciones requieren de la participación financiera del Banco Mundial, de los donantes del CAD, o bien, de los propios gobiernos nacionales y locales.

La excepción a esta dinámica, al menos en función de los datos que he presentado hasta ahora, es UNICEF. Esta agencia concentra el segundo mayor presupuesto entre los actores multilaterales analizados, colocándose tan sólo por debajo de la IDA del Banco Mundial. Asimismo, UNICEF cuenta con la legitimidad y las capacidades técnicas y discursivas para moldear las orientaciones de la AISM –capacidad que se puede observar en su siempre constante participación al interior de las principales coaliciones de la AISM, desde la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos (SMI) hasta la Alianza por la Salud Materna, Neonatal e Infantil (PMNCH).

Como resultado, UNICEF cuenta con una mayor capacidad material que sus homólogas para implementar y avanzar discursivamente su visión de la salud materna en el marco de la AISM. Esta visión se caracteriza por la primacía de la salud de las infancias por sobre la salud de las gestantes. Como apuntan Storeng & Béhague (2016), esta división entre actores como UNICEF y actores que abogan por poner al centro de la salud materna cuestiones más cercanas a la salud de las gestantes está vigente al interior de grandes coaliciones a favor de la salud materna como la PMNCH, con la percepción general de la existencia de un mayor apoyo a la visión de UNICEF.

A pesar de estas dinámicas relacionales, tanto UNICEF, como el UNFPA, la OMS y el Banco Mundial aún requieren de las contribuciones de donantes públicos y privados para su operación. Estos donativos pueden ser para uso discrecional de la agencia receptora o estar etiquetados –dedicados a actividades y proyectos específicos negociados con el donante. Aunque el primer tipo de contribuciones se ha mantenido en niveles netos similares durante la última década, las contribuciones etiquetadas han aumentado en tamaño, pasando de representar un 32% de las contribuciones totales al sistema multilateral en 2013 a un 49% en 2022 de acuerdo a los registros del CRS del CAD.

La brecha entre ambos grupos de contribuciones se agranda si se toman como base los registros de la de Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas (CEB). En dicha medición, las contribuciones etiquetadas representaron en 2020 un 62% del financiamiento total del Sistema de Naciones Unidas (SNU), y un 83% del financiamiento del Sistema de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDS), brazo al que pertenecen UNICEF, UNFPA, OMS y Banco Mundial (United Nations MPTF Office, 2022, p. 29).⁴⁹

En palabras del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC), las contribuciones no-etiquetadas “son fundamentales para garantizar la independencia, la neutralidad y el papel” del SNU “como socio confiable” del desarrollo (ECOSOC, 2015, p. 2). La ayuda restringida o etiquetada dirigida al SNU, por otro lado, “puede distorsionar las prioridades de los programas” y contribuir “a la fragmentación, la competencia y la superposición entre entidades” (ECOSOC, 2015, p. 2).⁵⁰

⁴⁹ El Sistema de Naciones Unidas (SNU) incluye a las 43 entidades de Naciones Unidas (United Nations MPTF Office, 2022). Por su parte, el Sistema de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDS) agrupa 36 fondos, programas y agencias especializadas del SNU que llevan a cabo actividades normativas, operativas y especializadas para el desarrollo (Baumann, 2020; United Nations MPTF Office, 2022).

⁵⁰ Otros efectos las contribuciones etiquetadas incluyen barreras a la apropiación de los proyectos por parte de los países en donde se implementan, así como la preferencia por proyectos a corto plazo enfocados en resultados medibles y tangibles en comparación a proyectos de mayor complejidad que buscan transformar realidades sociales y territoriales (Baumann, 2020). De allí que en el marco de la AISM los proyectos de salud materna comúnmente se enfoquen a resultados

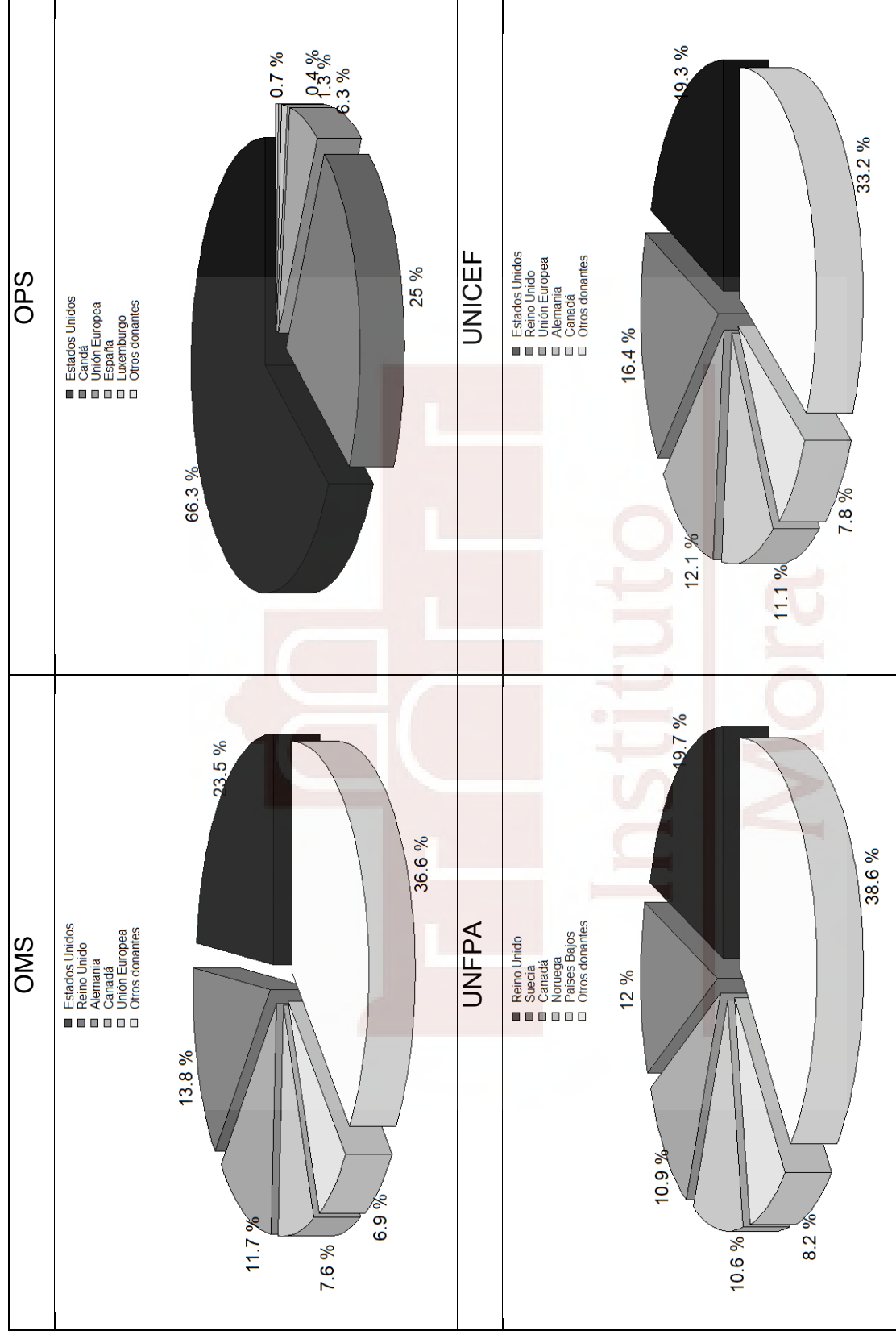
Ahora, aunque la relación de dependencia del sistema multilateral con sus donantes se vuelve más transparente al analizar las consecuencias de las contribuciones etiquetadas, dicha dependencia no desaparece incluso cuando las contribuciones son discrecionales. La razón es que las agencias del SNU moldean sus procesos según las demandas de los donantes. Por ejemplo, en las últimas dos décadas dichas agencias han cambiado su desempeño organizacional, han adoptado de forma más eficiente un marco de acción orientado a resultados y han aumentado sus mecanismos de transparencia; siendo todas estas demandas que los donantes han establecido como condiciones para proporcionar mayor financiamiento no-etiquetado (Baumann, 2020).

Como resultado, la autonomía y neutralidad de estos organismos multilaterales se ve comprometida independientemente del tipo de contribuciones que reciben en tanto que dependen del financiamiento externo para mantenerse en funcionamiento. En ese sentido, los donantes que más contribuyen a las agencias clave de la AISM tendrían una mayor capacidad de influir sobre sus procesos –en el caso de las contribuciones no-etiquetadas– y sobre sus operaciones –en el caso de las contribuciones etiquetadas.

La *gráfica 2.8* ilustra las aportaciones de los 5 principales donantes de la OMS, la OPS, el UNFPA y UNICEF, definidos a partir del cálculo de las contribuciones totales que estas agencias recibieron entre el 2012 y el 2022 de acuerdo al CRS. El mayor donante de estas agencias, con excepción del UNFPA, son los Estados Unidos. Entre un quinto y un cuarto de las contribuciones que UNICEF y la OMS reciben provienen tan sólo de este donante. En el caso de la OPS, dos terceras partes de su financiamiento dependen de esta única fuente.

fácilmente medibles: reducción de la muerte materna, número de controles prenatales, tasa de uso de anticonceptivos, partos atendidos por personal calificado.

Gráfica 2.8. Principales donantes de las agencias del SNU que trabajan con la agenda de SRMNI (2012-2022).



Fuente: gráfica y cálculo estadístico de elaboración propia con base en los registros de uso del sistema multilateral por parte de los países del CAD del CRS de la OCDE (OCDE, 2024). En el cálculo tomé en cuenta tanto los registros de *core contributions* –contribuciones no etiquetadas o dirigidas a los recursos básicos de la organización– cuanto de *contributions through* –contribuciones etiquetadas o dirigidas proyectos específicos de la organización–, en todos los sectores de desarrollo, en el periodo señalado.

La situación del UNFPA es diferente. Su principal donante es el Reino Unido, que también es el segundo mayor donante de la OMS y UNICEF. Aproximadamente un 20% de las contribuciones que recibe provienen de este país. Además, la lista de los principales donantes del UNFPA difiere de la de sus homólogos, ya que está encabezada por países nórdicos y no incluye a donantes importantes para la OMS, la OPS y UNICEF, como Alemania, la Unión Europea o los Estados Unidos.

Como ya he apuntado, el UNFPA es la principal agencia multilateral de salud sexual y reproductiva. Esto se debe a que su mandato gira específicamente alrededor de evitar las muertes maternas y los embarazos no deseados, a diferencia de la OMS y la OPS que, si bien trabajan estos temas, tratan con una agenda de salud más extensa (UNFPA, 2018). Es por esta razón que la lista de los principales donantes del UNFPA me parece ilustrativa del papel de los Estados Unidos en el marco de la AISM.

Al respecto, aún eliminando del análisis a los años que corresponden al periodo presidencial de Donald Trump, que implicó una caída del financiamiento de los EE.UU. a la salud materna internacional y un corte absoluto de su financiamiento al UNFPA en particular,⁵¹ este actor no supera la séptima u octava posición en la lista de los principales donantes de la agencia multilateral. Este comportamiento evidencia el interés sostenido de los EE.UU., independientemente de la administración en turno, de ejercer un control directo sobre su política de ayuda internacional en el tema de la salud reproductiva y la planificación familiar.

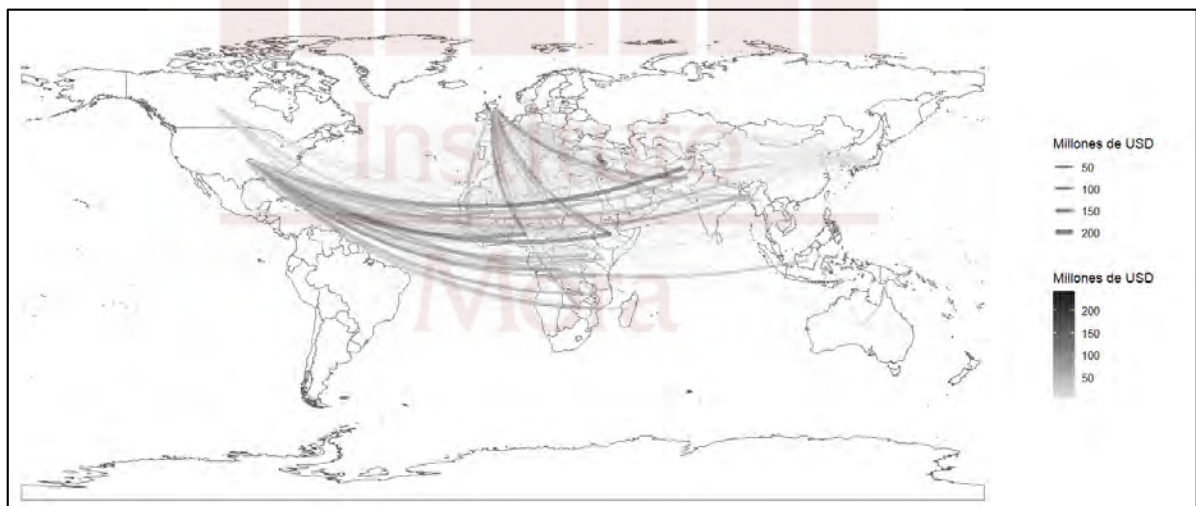
Es decir, mediante el financiamiento a esta agenda por el canal de USAID, los EE.UU. consiguen aumentar su capacidad para moldear la narrativa, el tipo de intervenciones en SRMNI que se realizan con sus recursos materiales y los lugares

⁵¹ Durante el periodo presidencial de Donald Trump, los EE.UU. retiraron por completo su financiamiento al UNFPA bajo la acusación –errónea– de que la agencia ejecuta proyectos a favor del aborto forzado y la esterilización involuntaria en China. De acuerdo al bloque estadounidense conservador, estas acusaciones representarían una violación a la enmienda Kemp-Kasten, que prohíbe el financiamiento internacional a cualquier organización que los EE.UU. determinen como involucrada en la práctica de abortos forzados y esterilización involuntaria (Human Rights Watch, 2018).

donde éstas se implementan. Esto debido a que se elimina la necesidad de negociar estos aspectos desde el multilateralismo. Como resultado, las negociaciones se realizan solamente con el país receptor quien, al presentar menores recursos institucionales que el hegemon, tiene menor margen de maniobra, permitiendo así la maximización de beneficios para los EE.UU.

Las dinámicas que he descrito hasta ahora tienen implicaciones para los territorios que reciben finalmente estas transferencias de recursos, ya sea por la vía bilateral, multilateral o privada. Para entenderlas, vale primero ubicar la posición de estos países en el sistema internacional. Así, mientras los principales donantes bilaterales a la SRMNI se encuentran en el espacio económico, ideológico y geográfico denominado *norte global*, los receptores de su financiamiento se ubican en el *sur global*. Estos flujos financieros entre donantes y receptores en materia de SMN es observable en el *mapa 2.2*.

Mapa 2.2. Flujos acumulados de AOD bilateral en Salud Materna y Neonatal mayores a un millón de USD (2015-2019).



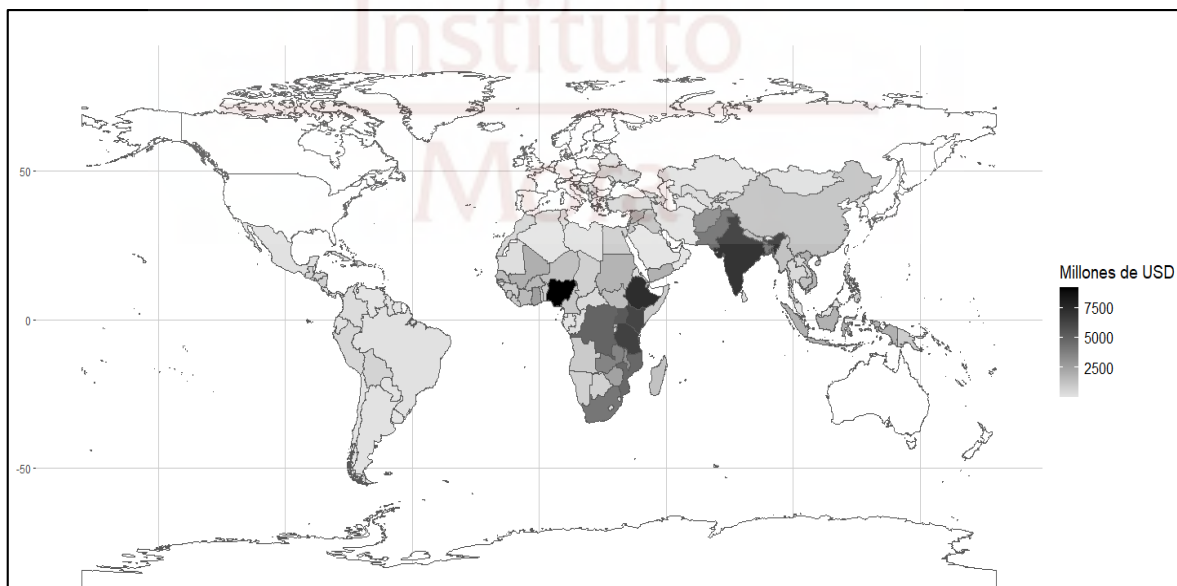
Fuente: mapa y cálculo estadístico de elaboración propia con base en las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2.

El sur global hace referencia a un grupo heterogéneo de países mayoritariamente poscoloniales con economías per cápita menores a las del norte global (Dados & Connell, 2012; Wolvers et al, 2015). Políticamente, este bloque

aboga por una reconfiguración más equitativa del sistema internacional y de los términos de intercambio comerciales (Becker Lorca, 2023). Al mismo tiempo, en términos históricos e ideológicos, su relación con el sistema de valores y creencias de la modernidad occidental ha sido de carácter exógeno, en tanto que éste no fue gestado en estos territorios, sino importado y asimilado en diferentes grados y con gran variabilidad intra-estatal (Escobar, 2017).

Como ya ilustró el *mapa 2.2*, el destino final del financiamiento internacional a la SMN se encuentra en el espacio geográfico del sur global. Sucede lo mismo con la SRMNI, como muestra el *mapa 2.3*. En éste se observa que, si bien el financiamiento en SRMNI llega casi exclusivamente al sur global, la mayor concentración bruta se ubica en la África oriental –incluyendo, además, a Nigeria, la República Democrática del Congo y Sudáfrica–, y en la Asia meridional, concretamente en la India, Pakistán y Afganistán. En contraste, el financiamiento a la SRMNI dirigido al norte de África, a Asia central y a América Latina, si bien existente, es significativamente menor en comparación.

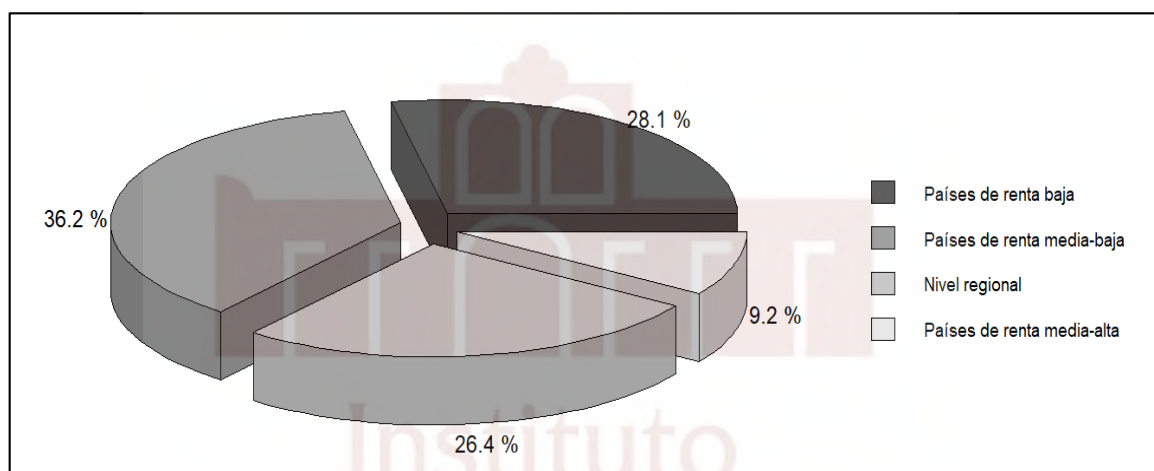
Mapa 2.3. Distribución del financiamiento internacional en el área de la SRMNI por país receptor (2002-2019, millones de USD).



Fuente: mapa y cálculo estadístico de elaboración propia con base en las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2.

¿A qué responde esta distribución? Como ilustra la *gráfica 2.9*, en el periodo de 2002 a 2019, la mayor parte del financiamiento internacional a la SRMNI –un 64%– proveniente del CAD tuvo como destino final a países de renta baja y renta media-baja, de acuerdo a las clasificaciones del Banco Mundial.⁵² Por otro lado, un 26% se destinó al nivel regional y un 9% a países de renta media-alta. Como resultado, el nivel de ingreso per cápita y las consecuentes clasificaciones del Banco Mundial parecen en primera instancia un buen indicador de la distribución del financiamiento.

Gráfica 2.9. Distribución del financiamiento internacional en SRMNI según la renta del receptor de acuerdo a la clasificación del Banco Mundial (2002-2019).



Fuente: gráfica y cálculo estadístico de elaboración propia con base en las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2.

No obstante, una mirada más desagregada indica que los países de renta media-baja recibieron un total 8 puntos porcentuales más de financiamiento internacional a la SRMNI que los países de renta baja. Como referencia, la

⁵² La cuestión del uso de los términos en el campo del desarrollo internacional no es menor, pues la elección de ellos tiene implicaciones analíticas, epistemológicas y políticas. Mientras que la categoría de *renta* jerarquiza a los países con base el ingreso per cápita –es decir, bajo criterios puramente economicistas–, los términos *norte global* y *sur global* clasifican a los países con base en criterios históricos que enfatizan dinámicas de poder, resistencia, colonización y dependencia. En ese sentido, el término de *renta* es una categoría despolitizada, pues no reconoce que las desigualdades económicas entre las naciones tienen una base histórica de dominación que aún permea en el sistema internacional.

diferencia es casi igual al financiamiento que en esta área recibieron en total el conjunto de países de renta media-alta. Esta tendencia es similar en otros campos del desarrollo internacional. En 2022, por ejemplo, de acuerdo a los registros del CRS, un 32.5% del financiamiento internacional al desarrollo en general proveniente del CAD se destinó a países de renta media-baja. En comparación, en el mismo periodo, los países de renta baja recibieron un 15.3% y los países de renta media-alta un 9.2%.

En ese sentido, la idea de que a menor ingreso per cápita, mayor financiamiento internacional bruto, no se sostiene. Hay otras cuestiones en juego, y un extenso cuerpo de literatura se ha construido en busca de esos otros factores determinantes. Entre las explicaciones más citadas para la localización de la AOD en general se encuentra el papel de los eventos bélicos, las tensiones de la Guerra Fría y la posguerra Fría, las alianzas políticas, los procesos de democratización, y las relaciones geopolíticas, comerciales y coloniales (Meernik & Poe, 1996; Alesina & Dollar, 1998; Harrigan & Wang, 2011).

Además, la evidencia apunta a que el comportamiento de los EE.UU. es diferente al del resto de los grandes donantes, en tanto que prestan menor atención a las necesidades del receptor que sus homólogos, y mayor atención a las relaciones geopolíticas y comerciales que mantienen con el receptor (Harrigan & Wang, 2011). Como resultado, y al ser considerablemente el mayor donante, su comportamiento sesga la distribución de la AOD y establece el ambiente general en que se llevan a cabo las dinámicas de cooperación internacional.

En el caso particular de la localización final del financiamiento a la SMN, además de las variables señaladas, encuentro una influencia moderada del indicador de la Razón de Muerte Materna (RMM). Esta influencia es visible a partir del cálculo del coeficiente de correlación entre ambas variables. Debido a que

ambas variables –RMM⁵³ y financiamiento a la SMN⁵⁴– no presentaron una distribución normal de acuerdo al estadístico de prueba de Shapiro-Wilk, realicé el cálculo a partir del coeficiente de correlación de Spearman,⁵⁵ cuya fórmula es:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

En la que d_i es la diferencia entre los rangos de cada par de valores de la RMM y del financiamiento internacional a la SMN para cada país, y n es el número total de pares de países. Así, el coeficiente de correlación de Spearman entre la RMM y el financiamiento internacional a la SMN se calcula restando de 1 el producto de 6 veces la suma de los cuadrados de las diferencias entre los rangos de RMM y de financiamiento, dividido por el producto del número total de países (n) y n cuadrado menos 1.

Con el interés de observar si hubo alguna variación entre la agenda de los ODM y la agenda de los ODS, dividí los datos en dos periodos. Con la primera de las cohortes estudio la correlación entre RMM y financiamiento internacional a la SMN durante los ODM, mientras que con la segunda cohorte analizo lo mismo para un periodo muestral de los ODS –por la disponibilidad de los datos, el segundo cohorte abarca del 2015 al 2019. Encontré que en ambos casos el coeficiente de correlación de Spearman es muy similar, variando apenas una décima.

Para el caso de la cohorte de los ODM, el rho de Spearman es $\rho = 0.588$. Esto indica una correlación positiva y moderada entre la RMM y el financiamiento

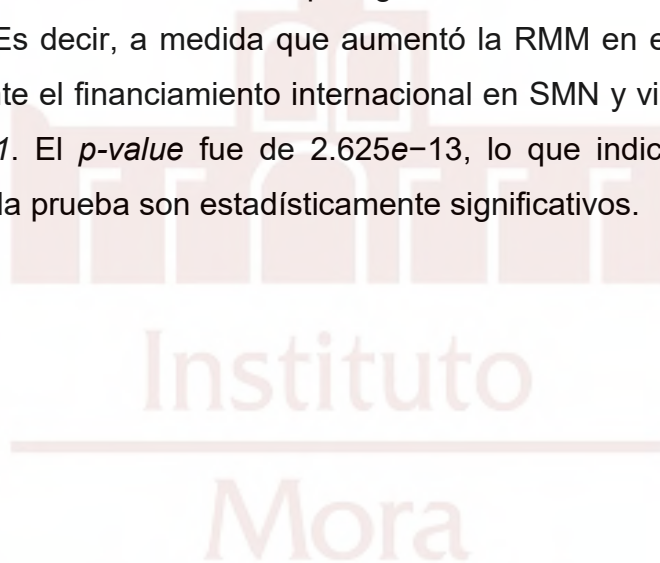
⁵³ De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud recopiladas por el Banco Mundial (2023).

⁵⁴ De acuerdo a las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE utilizando la metodología Muskoka2.

⁵⁵ El coeficiente de correlación de Spearman, también conocido como rho de Spearman (ρ), se calcula utilizando clasificaciones o estratificaciones de los datos en lugar de los valores originales, como se haría con el coeficiente de correlación de Pearson. Debido a que este último requiere como supuesto una distribución normal de los datos, y a que la aplicación de una fórmula logarítmica a las variables de RMM y financiamiento internacional a la SMN no consiguió tal distribución, decidí utilizar el coeficiente de correlación de Spearman, pues es menos sensible a los valores extremos que el coeficiente de correlación de Pearson.

internacional para SMN en los 140 países receptores analizados, como muestra la *gráfica 2.10*.⁵⁶ En otras palabras, durante el periodo de los ODM, a medida que una de las variables aumentó, la otra tendió a aumentar también con una intensidad moderada, casi fuerte. El coeficiente se interpreta a la luz de un *p-value* de $2.1e-14$, lo que quiere decir que estos resultados son estadísticamente significativos; o, dicho de otra manera, la probabilidad de que esta correlación haya ocurrido por azar es prácticamente nula.

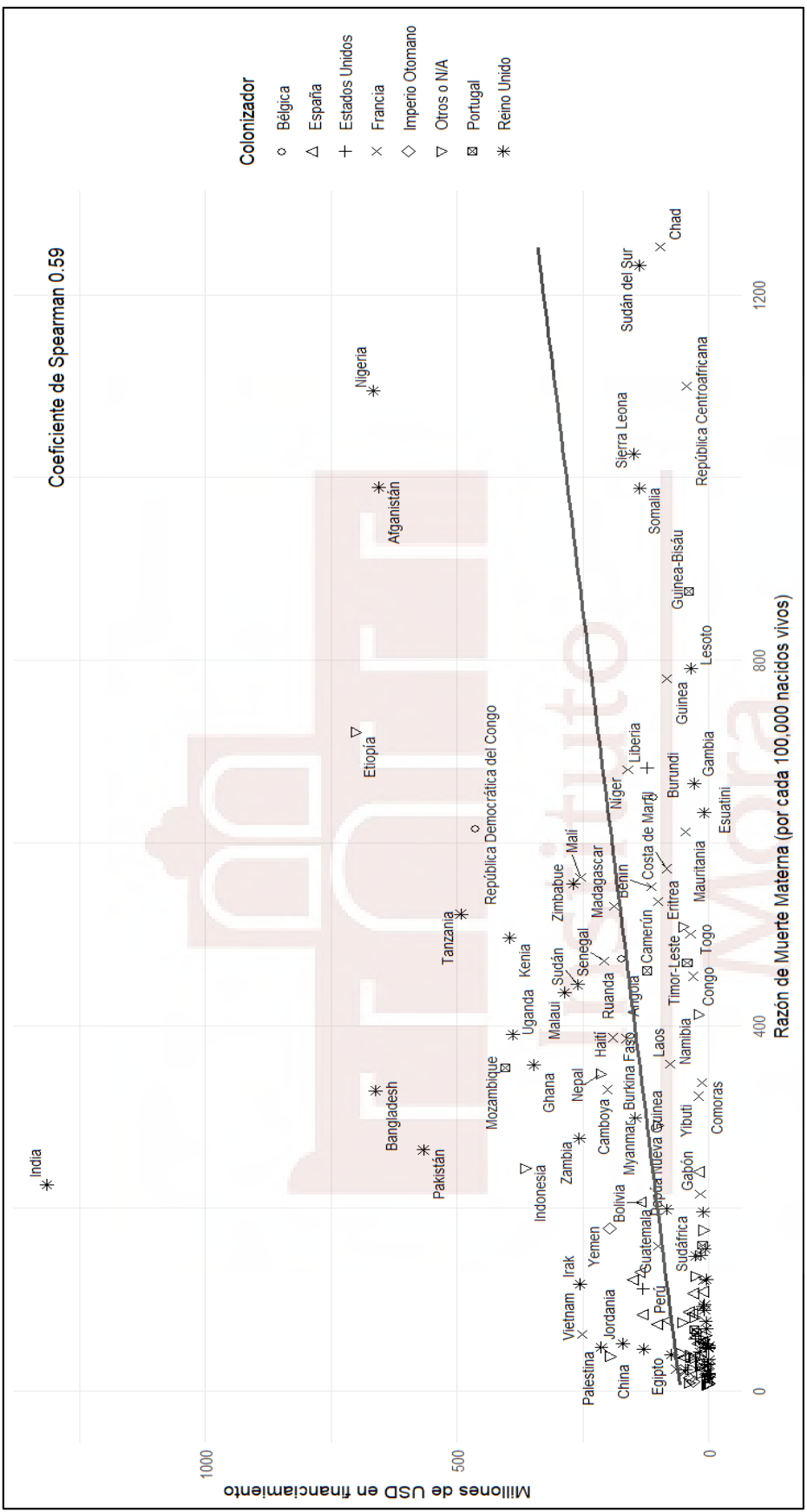
En cuanto al caso de los ODS, el rho de Spearman es ligeramente menor, colocándose en $\rho=0.579$. Al igual que con sus antecesores, esto indica una correlación positiva y moderada entre la RMM y el financiamiento internacional en SMN en la muestra analizada, aunque ligeramente menos intensa que en el caso de los ODM. Es decir, a medida que aumentó la RMM en este periodo, aumentó moderadamente el financiamiento internacional en SMN y viceversa, como indica la *gráfica 2.11*. El *p-value* fue de $2.625e-13$, lo que indica, asimismo, que los resultados de la prueba son estadísticamente significativos.



⁵⁶ Convencionalmente, el rho de Spearman se interpreta de la siguiente manera: correlación inexistente (0.00-0.10), correlación débil (0.10-0.39), correlación moderada (0.40-0.69), correlación fuerte (0.70-0.89) y correlación muy fuerte (0.90-1.00) (Schober, Boer & Schwarte, 2018).



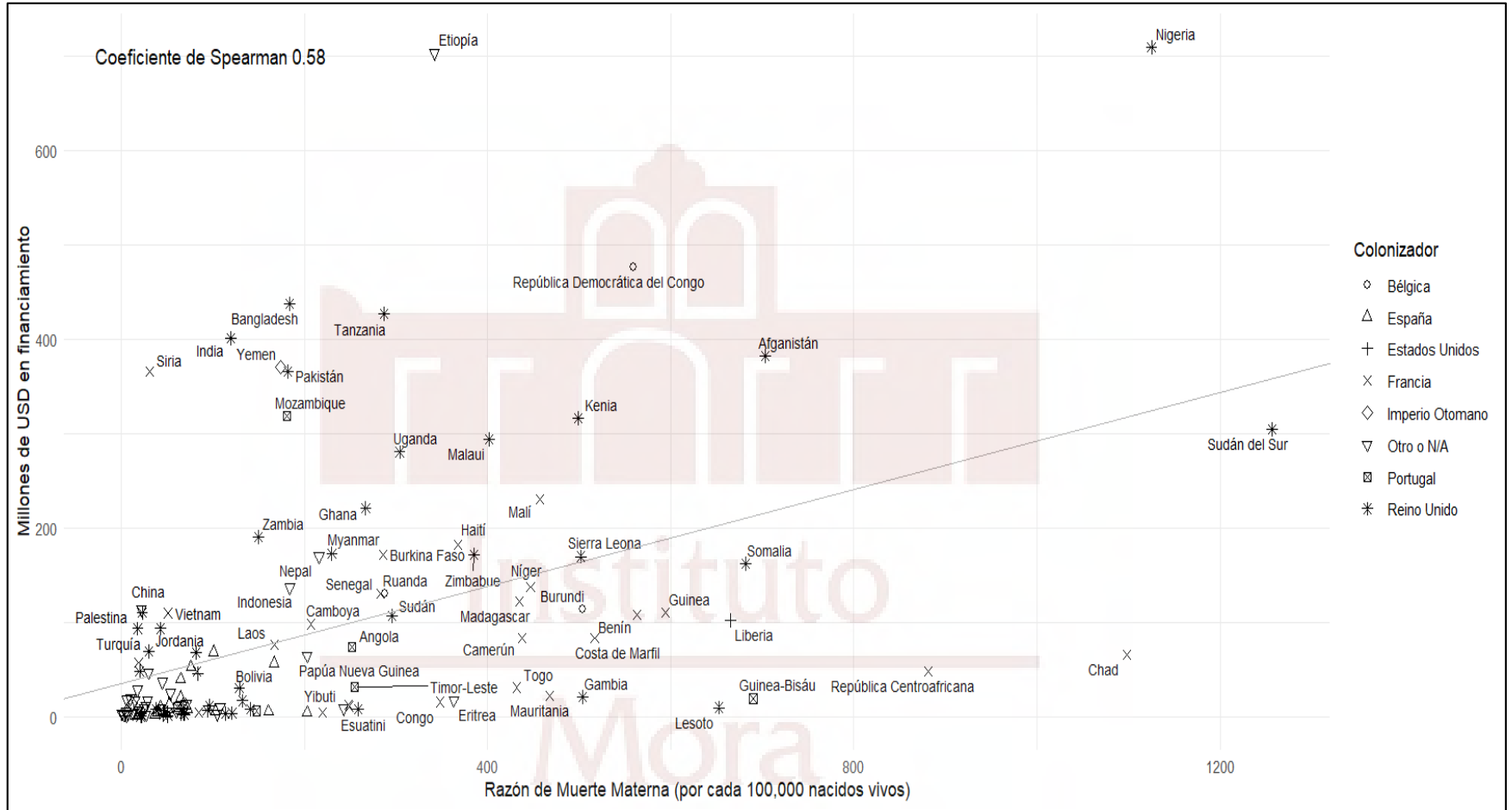
Gráfica 2.10. Dispersión y correlación entre el financiamiento internacional a la SMN y la Razón de Muerte Materna (RMM) durante el periodo de aplicación de los ODM (2002-2014) por país receptor.



Fuente: gráfica y cálculo estadístico de elaboración propia a partir de un análisis de correlación de Spearman aplicado sobre las estimaciones mundiales de RMM elaboradas por la OMS y recopiladas por el Banco Mundial (2023), y sobre las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros de financiamiento del CRS del CAD de la OCDE para el periodo y el área señalados.



Gráfica 2.11. Dispersión y correlación entre el financiamiento internacional a la SMN y la Razón de Muerte Materna (RMM) durante un primer periodo parcial de aplicación de los ODS (2015-2019) por país receptor.



Fuente: gráfica y cálculo estadístico de elaboración propia a partir de un análisis de correlación de Spearman aplicado sobre las estimaciones mundiales de RMM elaboradas por la OMS y recopiladas por el Banco Mundial (2023), y sobre las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros de financiamiento del CRS del CAD de la OCDE para el periodo y el área señalados

En resumen, lo que ambas rho de Spearman indican es que en ambos periodos la RMM fue un elemento moderadamente relacionado a la localización del financiamiento internacional a la SMN. No obstante, las gráficas de dispersión muestran casos interesantes, como el de Bangladesh, la India y Pakistán, que reciben más financiamiento que la media a pesar de tener RMM relativamente bajas, y como el de la República Centroafricana y Chad, en los que ocurre lo contrario.

Como señalaba algunos párrafos atrás, la cuestión de la localización de los flujos de financiamiento internacional no es monofactorial, por lo que la RMM no es el único factor determinante en el destino de los flujos de financiamiento a la SMN. Al respecto, la evidencia apunta a que las relaciones poscoloniales entre donantes y receptores son también un factor influyente en las dinámicas de localización de la AOD en general (Alesina & Dollar, 1998; Becker, 2020; Chiba & Heinrich, 2019).

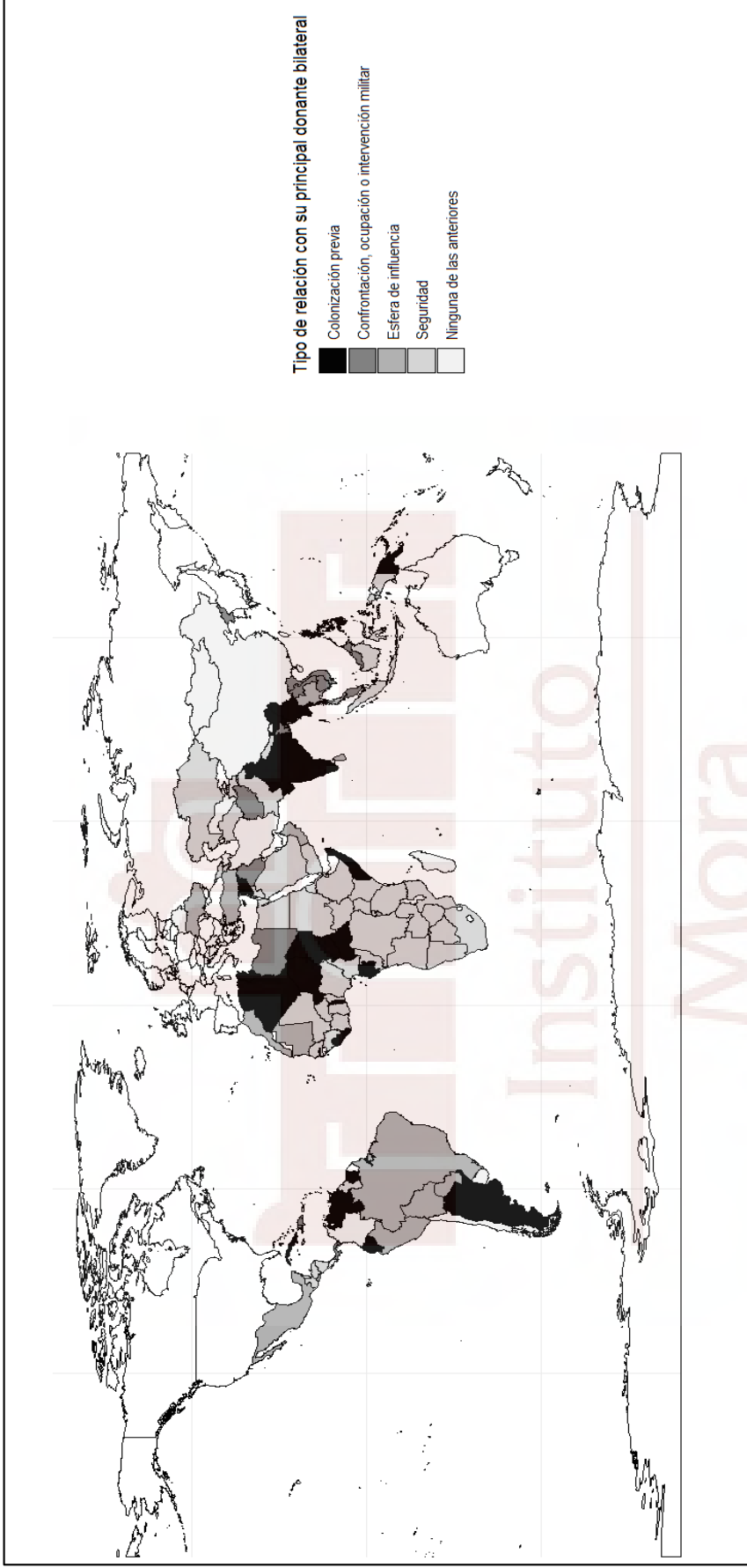
En el caso de la localización del financiamiento a la SRMNI, las relaciones poscoloniales también parecen ser un factor relevante, aunque las preocupaciones de seguridad del donante lo son un poco más. Llego a este resultado de forma preliminar y utilizando algunas de las variables que la literatura citada identifica como relevantes para explicar la localización de la AOD. Éstas son *colonización previa*, *esfera de influencia*, *seguridad*⁵⁷ y *confrontación o intervención militar*.

Tras definir estas variables, calculé las diadas receptor-principal donante bilateral a partir de las estimaciones de Pitt & Bath (2021). Luego, clasifiqué manualmente cada una de las 143 diadas en una sola variable, priorizando la variable de *colonización previa* cuando se presentó en conjunto con otra de las variables. Cuando la relación de la diada no coincidió con alguna variable, la asigné a la categoría *ninguna de las anteriores*. El *mapa 2.4* y la *tabla 2.2* muestran los resultados de dicho ejercicio.⁵⁸

⁵⁷ Definida como la presencia de bases militares, la cooperación en la lucha contra el terrorismo, la lucha contra modelos alternativos al desarrollo capitalista y el acceso a recursos naturales prioritarios, todo ello desde la perspectiva del donante.

⁵⁸ La base de datos resultante puede encontrarse en los anexos de esta tesis.

Mapa 2.4. Tipo de relación histórica entre receptor y principal donante acumulado en materia de SRMNI (2002-2019).



Fuente: mapa y cálculo estadístico de elaboración propia con base en las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2, y la categorización manual, igualmente propia, de las diadas receptor-principal donante con base en las cinco variables señaladas.

En el *mapa 2.4* se aprecia la presencia de cohortes geográficos en los que predomina alguna de las 4 variables que seleccioné. En América Latina predominan, más que en cualquier otra región, los casos en los que el receptor se encuentra dentro de la esfera de influencia de su principal donante bilateral en SRMNI –en todos los casos los EE.UU.–, con algunos casos de diadas con una relación de tipo poscolonial. El caso de Oceanía es muy similar al de América Latina, predominando sobre todo relaciones poscoloniales y de influencia.

El Medio Oriente, por su parte, es la región que presenta la mayor diversidad de tipo de relaciones a pesar de su tamaño geográfico, con diadas de relaciones poscoloniales, de seguridad, de influencia y de confrontación militar. Al respecto, Irak es un caso de confrontación militar, Siria uno de colonización y Turquía y Omán uno de influencia. El resto de la región tiene relaciones de seguridad con su principal donante en SRMNI.

Por otro lado, en el continente africano se aprecia más claramente la formación de corredores regionales en función de los tipos de relación que predominan. En ese sentido, resalta el vínculo de Francia con sus excolonias en materia de financiamiento a la SRMNI, la presencia de relaciones de influencia en la costa noratlántica, y una gran cantidad de diadas en las que predomina las cuestiones de seguridad del donante –ubicadas además en África oriental, que es una de las regiones que concentra la mayor cantidad de financiamiento a la SRMNI.

Finalmente, está el caso de Asia que, al igual que el Medio Oriente, presenta un gran grado de variabilidad en el tipo de relaciones entre receptores y principales donantes bilaterales en SRMNI. Destaca el caso de las excolonias británicas, como la India y Myanmar, que mantienen un fuerte vínculo con su excolonizador en materia de SRMNI. Resalta también el caso de Afganistán, Cambodia, Laos y Vietnam, países que, tras ser agredidos militarmente por los EE.UU., ahora reciben la mayor parte de su financiamiento internacional en SRMNI de él.

La *tabla 2.2* muestra la frecuencia que presentó cada tipo de relación en las diadas analizadas. El tipo de relación más frecuente fue de seguridad, que

representa un 30% de los casos. El segundo tipo más frecuente de relación fue de colonización previa, con un 26%, o dicho de otra forma, presentándose en 1 de cada cuatro diadas. El tercer tipo más común fue la relación de influencia, presente en un 17% de los casos.

Por su parte, el tipo de relación menos frecuente entre los tipos definidos fue la de confrontación, ocupación o intervención militar, que se dio sólo en 1 de cada 10 casos, o en un 11% de la muestra. Finalmente, un 16% de las diadas no encajaron en ninguna de las categorías, siendo Japón el principal donante en la mayoría de ellas.

Tabla 2.2. Frecuencias del tipo de relación histórica entre país receptor y principal donante bilateral acumulado en SRMNI (2002-2019).

Tipo de relación	Frecuencia
Colonización previa	26%
Seguridad	30%
Esfera de influencia	17%
Confrontación, ocupación o intervención militar	11%
Ninguna de las anteriores	16%

Fuente: tabla y cálculo estadístico de elaboración propia a partir de un análisis estadístico aplicado a las estimaciones de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE bajo la metodología Muskoka2, y la categorización manual de las diadas receptor-principal donante en una de las cinco variables señaladas.

La conclusión de esto es que, si bien las relaciones poscoloniales son significativas para la localización del financiamiento a la SRMNI, parece que las cuestiones de seguridad del donante son más comunes en este escenario y bajo esta metodología. Ciertamente otros factores o tipos de relación que no consideré en este ejercicio pudieran influir en la localización del financiamiento internacional a la SRMNI y, en algunas de las diadas analizadas, las relaciones entre principal donante bilateral y receptor eran más complejas que una sola categoría o habían evolucionado con el paso del tiempo.

A pesar de ello, considero revelador que, con absoluta certeza, un 26% de los 143 países receptores de financiamiento internacional registrados por el CRS del CAD comparta un pasado colonial con su principal donante bilateral en SRMNI.

La cifra es incluso mucho más alta si se amplía el rango para incluir a los principales tres o cinco donantes bilaterales en la materia. Esto indica la centralidad que aún mantiene la colonialidad en las direcciones que adquieren los flujos que financian la implementación de la AISM en el sur global, si bien los discursos de la AISM tienden a centrarse en la variable de la mortalidad materna, como analizaré en el cuarto capítulo de esta tesis.

Ahora bien, los ejercicios estadísticos que componen este apartado tienen sus limitaciones en alcance y profundidad, pues son solo de carácter descriptivo. A pesar de ello, me parece que logran perfilar algunas de las formas en que el poder hegemónico interactúa con la arquitectura del financiamiento internacional destinado a la salud materna. De forma particular, los resultados logran trazar algunas tendencias significativas sobre cómo los intereses de los donantes del norte global influyen en la asignación de recursos y en las diversas perspectivas desde las cuales se define e implementa la salud materna desde lo internacional.

En concreto, el recorrido cuantitativo de este apartado apunta a que el financiamiento internacional a la salud materna no es un proceso aséptico. El análisis revela cómo los recursos de la cooperación internacional en salud materna no responden solamente a las necesidades de las gestantes, sino también a intereses hegemónicos, ya sea geopolíticos o económicos. En ese sentido, a través del financiamiento se reproducen, simultáneamente, tanto ciertos entendimientos sobre la salud materna como relaciones de poder históricas que comprometen la centralidad de las gestantes en las políticas de salud materna.

En general, en este capítulo me propuse trazar la constitución de mi variable independiente: cuáles son sus elementos materiales y discursivos, cómo estos se interrelacionan, y cómo esta red de componentes heterogéneos y relaciones da lugar a formas específicas de saber-poder en torno a la administración de la gestación. En otras palabras, intenté dilucidar cómo la cooperación internacional en salud materna funciona como un dispositivo que organiza y regula las políticas de población, por un lado, y sostiene determinadas estructuras de poder, por el otro.

Como resultado, me remití a decenas de fuentes primarias y analicé, desde un marco teórico posdesarrollista, el papel que juegan los vacíos en las definiciones, la virtual jerarquización de los indicadores, los análisis ubicuos sobre causas y efectos, y las consecuentes recomendaciones emanadas de la ciencia. También me centré en la arquitectura relacional entre los principales actores del campo, así como en el financiamiento que sostiene todos estos elementos.

Estas configuraciones específicas de saber-poder terminan por favorecer ciertas intervenciones e interpretaciones en las que la centralidad de las gestantes queda desdibujada. En su lugar, parecen emerger prácticas que reafirman los efectos de la sombra del producto y el binomio madre-hijo, que consolidan los modelos medicalizados de administración de la gestación y el parto, y que dialogan con las ansiedades imperialistas en torno al control del crecimiento demográfico en el sur global bajo la bandera del desarrollo económico.

Estas tendencias se cristalizan claramente en la distribución del financiamiento internacional de la AISM. Las cuestiones de la sombra del producto y de las ansiedades imperialistas se manifiestan en el hecho de que el rubro destinado a la salud de las gestantes recibe la menor asignación de recursos en comparación con otras áreas conceptualmente relacionadas, como la salud infantil y la salud reproductiva –que, a partir de los principales indicadores que le acompañan pasa a entenderse principalmente como acceso a métodos anticonceptivos. A su vez, la cuestión del impulso del modelo occidental de medicalización del parto se observa en las direcciones que adquieren los flujos internacionales de financiamiento –de norte a sur– y en los análisis de causa-efecto-solución que les acompañan.

Las orientaciones de la AISM que identifiqué en este capítulo bajo la figura del dispositivo foucaultiano no surgieron en el vacío. Por el contrario, hay una serie de antecedentes contingentes que sentaron las bases del aparato que aquí delineé. Así, en el siguiente capítulo me aboco a rastrear las formaciones discursivas que, desde antes de que la muerte materna se convirtiera en una preocupación central

del desarrollo, ya configuraban la forma en que se administraba la reproducción desde las trincheras del desarrollo internacional.

Para ello, recorro a diversas fuentes históricas primarias, como declaraciones, reportes y planes de acción de las principales conferencias internacionales sobre salud y población realizadas entre 1945 —el inicio de la cooperación internacional para el desarrollo— y 1979. En este análisis me centro en los enunciados discursivos, las relaciones de colonialidad y las políticas de población, con especial atención en sus efectos sobre las mujeres y otros cuerpos gestantes. Mi objetivo es trazar una genealogía de la AISM para, en los capítulos finales de esta tesis, relacionar la evolución de sus enunciados con el devenir de la política pública de salud materna en México.



CAPÍTULO 3.

Antecedentes históricos y relaciones de poder: discurso, colonización y políticas de población (1945-1979)

En este capítulo busco comprender cómo la salud materna se constituyó como concepto en el marco del desarrollo y la cooperación internacional: cómo nace el interés de administrar la reproducción, cuáles fueron los imperativos morales que justificaron su emergencia, qué estaba en juego, cuáles fueron las resistencias y cuáles los desenlaces. Como resultado, en estas páginas exploro los antecedentes discursivos de la Agenda Internacional de Salud Materna (AISM), así como el entramado de fuerzas que, en su contingencia, les hicieron posibles. Sitúo mi periodo de análisis entre 1945 y 1979, pues el primer extremo se considera tradicionalmente como el momento en que nace la cooperación internacional, mientras que el segundo extremo marca el antecedente directo al momento en que la muerte materna emerge como cuestión prioritaria en los debates desarrollistas.

Llego a las interpretaciones que presento a continuación por medio del método genealógico propuesto por Foucault. Este método tiene como propósito investigar cómo los discursos –conjunto de saberes, prácticas y significados– han sido configurados a lo largo de la historia mediante relaciones de poder (Foucault, 1979). En este proceso de investigación histórica se rechaza la búsqueda de las esencias y la idea de la continuidad en el devenir histórico, pues centra su atención en la contingencia azarosa que resulta de las luchas de poder (Foucault, 1979). Al respecto, la genealogía se enfoca en encontrar las transformaciones discursivas, la evolución de los saberes, prestando atención a los acontecimientos, a sus fisuras, accidentes, resistencias y discontinuidades.

De acuerdo al autor, la emergencia discursiva se produce siempre en un determinado estado de fuerzas (1979, p. 15). La genealogía propone estudiar cómo estas fuerzas luchan entre sí, cómo enfrentan la adversidad y cómo éstas escapan a la degradación, revigorizándose “a partir de su propio debilitamiento” (Foucault, 1979, p. 15). Se trata, pues, del estudio de las ideas, de los conceptos y de “la proliferación de sucesos a través de los cuales (gracias a los que, contra los que) se han formado” (Foucault, 1979, p. 13). En suma, la genealogía pretende examinar cómo las relaciones de poder condicionan los conocimientos y prácticas que prevalecen en una sociedad, mostrando en el camino la heterogeneidad de aquello que se percibe como inmóvil o lineal.

Contrario a otras técnicas historiográficas, la genealogía, como historia efectiva, “no teme ser un saber en perspectiva” (Foucault, 1979, p. 22). Es decir, se trata de un método que no busca ocultar el lugar desde el cual se interpreta la información contenida en las fuentes. Por el contrario, el método invita a mirar desde un ángulo determinado para lograr trazar todas las ramificaciones a través de las cuales se expresa la dominación, la violencia cristalizada en discurso. En ese sentido, la genealogía plantea “hacer de la historia una contra-memoria” (Foucault, 1979, p. 25).

Con estas consideraciones en mente, la salud materna, como concepto, práctica y categoría no existe por sí misma, sino solo a partir del discurso como forma históricamente situada de conocimiento. En este capítulo rastreo cómo se consolidaron históricamente estos discursos y prácticas en torno a la regulación de la capacidad reproductiva de las gestantes antes de que la temática de la muerte materna entrara como categoría dentro del discurso del desarrollo. En el proceso, presto especial atención a las relaciones de fuerzas que les dieron origen.

3.1. Los inicios de la cooperación internacional para el desarrollo y la AISM

Las prácticas, entendimientos y cuidados en torno al embarazo, el parto y el puerperio son tan antiguos como dichas experiencias, y tan diversos como las

sociedades en donde ocurren. Las prácticas y significados que asociamos a estos eventos son construidos mediante la observación y la codificación cultural de la experiencia de la reproducción, de forma que son congruentes con las expectativas y aspiraciones de las comunidades en las que estas experiencias se enmarcan (Belsey, 2005). De acuerdo a Belsey (2005), la evolución contemporánea de la salud materno-infantil está condicionada por los entendimientos que hemos construido alrededor de estas experiencias reproductivas desde las ciencias médicas, la microbiología, las ciencias de la alimentación y la profesionalización del personal obstétrico a partir del siglo XIX.

Si se observa con detenimiento el argumento de Belsey, salta a la vista que las influencias y la periodicidad que, de acuerdo al autor, dan forma a los entendimientos que tenemos en la actualidad de la salud materno-infantil, responden a la muy particular experiencia histórica europea. Ahora, si estos significados han trascendido los espacios y temporalidades que les dan origen hasta llegar a globalizarse es, al menos en parte, por el carácter instrumental y hegemónico de la cooperación internacional.

Como señala Lemus (2018, p. 31) desde una perspectiva neo-gramsciana, los discursos y las prácticas de la cooperación internacional clásica no son neutrales, pues impulsan formas muy específicas de relaciones interestatales en el marco de un “sistema internacional que es anárquico, polarizador y enormemente desigual”. Bajo este entendimiento, la cooperación internacional actúa como un instrumento hegemónico que facilita la dominación occidental, no a través del uso de la fuerza, sino mediante la integración y aceptación de los intereses de tal bloque por parte de otros Estados, quienes los adoptan como si fueran propios (Lemus, 2018).

A pesar de esto, o precisamente por esto, la cooperación internacional es generalmente entendida como una herramienta que, más que impulsar intereses hegemónicos de ciertas potencias, facilita de forma efectiva el desarrollo de los países menos privilegiados mediante la transferencia de recursos –tecnológicos,

financieros, humanos, epistémicos. Sin embargo, por el carácter hegemónico de dicho campo, las prácticas y discursos que han dado forma a la cooperación internacional en salud materna se justifican y se basan en la historia de Europa occidental. Esta región, desde finales del siglo XIX hasta principios del XX, logró reducir las tasas de mortalidad materna e infantil mediante la adopción de estrategias de medicalización y medicamentación ligadas íntimamente al espacio hospitalario moderno.

Al respecto, Rosenfield & Min (2009) argumentan que el nacimiento de la salud materno-infantil contemporánea responde al interés de los estados europeos en reducir, sobre todo, la mortalidad infantil. Dicho interés es impulsado, de acuerdo a las autoras, por tres razones: las tensiones que trajo la guerra franco-prusiana, el ascenso de nuevas potencias en Europa y la carrera imperialista por la colonización de África y Asia. En este ambiente de tensiones políticas-militares, los países europeos se interesaron en desarrollar estrategias de política poblacional que les permitieran contar con suficiente población apta para ingresar en el ejército en caso de un conflicto armado a gran escala.

Independientemente de las motivaciones originarias, lo cierto es que las estrategias desarrolladas por las potencias europeas fueron exitosas. En 1882 en Francia, por ejemplo, Pierre Budin organizó un programa de consultas para las infancias que incluyeron controles de peso y la promoción de la lactancia y el consumo de leche pasteurizada (Rosenfield & Min, 2009). El programa demostró que con ciertas intervenciones de salud pública era posible disminuir drásticamente la mortalidad infantil, influyendo en la adopción de estrategias similares en otros Estados. De esta manera, para principios del siglo XX, la gran mayoría de los países industrializados contaban con algún tipo de servicio público de atención a la salud infantil (Rosenfield & Min, 2009).

Paralelo a este proceso sucedieron tres acontecimientos en el mundo industrializado que contribuirían al entendimiento contemporáneo de la salud materno-infantil como concepto. El primero fue el surgimiento y popularización de

los controles prenatales y de legislaciones que mandataron que “todo parto fuera atendido por un médico o una partera”, normalizando un modelo de vigilancia médica continua (Armstrong, 1986, p. 214). El segundo fue la instauración de la idea de una demarcación temporal entre feto e infante, que hasta antes del siglo XIX era indistinguible, y que derivó en la diferenciación entre los abortos y la mortinatalidad a partir del umbral de las 28 semanas (Armstrong, 1986). Finalmente, el tercero fue el inicio de la medición de la mortalidad infantil, que permitió, por un lado, su construcción como problemática y, por otro lado, la legitimación de las intervenciones públicas que coincidieron con su disminución (Armstrong, 1986).

Este interés en asegurar la supervivencia infantil, validado a su vez por el éxito de las estrategias implementadas en el mundo industrializado, se constituyó como el componente central de lo que, décadas después, se consolidaría como la agenda internacional de salud materno-infantil. El enfoque de atención prioritaria en las infancias se nutrió de una serie de eventos históricos y se vio influenciado por la desigual posición de las mujeres blancas respecto a los hombres blancos, así como por la relativa ineficacia de las intervenciones destinadas a reducir la mortalidad materna en Occidente (Armstrong, 1986; Rosenfield & Min, 2009). Estos factores, sumados a los remanentes coloniales del imperialismo europeo, no solo modelaron el contenido de la Agenda Internacional de Salud Materna (AISM), sino que también orientaron las acciones de cooperación internacional emprendidas por el norte global en este ámbito tras el final de la Segunda Guerra Mundial en 1945 y hasta la década de 1980, como demostraré a lo largo de este capítulo.

Ahora bien, si he decidido situar el origen de la AISM en el fin de la Segunda Guerra Mundial, a pesar de haber rastreado algunos de sus elementos a un par de siglos atrás, es por dos motivos. El primero es que, tradicionalmente, el origen de la cooperación internacional contemporánea suele atribuirse al célebre Punto IV⁵⁹

⁵⁹ El discurso, de una intención textualmente anticomunista, relata en su punto IV: “debemos emprender un novedoso programa para hacer que los beneficios de nuestros avances científicos y de nuestro progreso industrial estén disponibles para la mejora y el crecimiento de las áreas subdesarrolladas. Más de la mitad de la población del mundo vive en condiciones cercanas a la

pronunciado por el estadounidense Harry S. Truman durante el discurso inaugural de su presidencia en 1949 (Bracho, 2021). El segundo es que el Sistema de Naciones Unidas (SNU) –espacio en el que considero que se han producido algunos de los contenidos más influyentes de la AISM– surge directamente del fin de la Segunda Guerra Mundial y, como tal, funcionó como un aparato administrador de las relaciones Norte-Sur tras la ola de descolonización de extensas áreas de Asia y África a mediados del siglo XX (Klingebiel, 2014; Tassara, 2013).

En ese sentido, como señala Grotenhuis (2015), la cooperación internacional para el desarrollo emergió como uno de los principales mecanismos destinados a redefinir las relaciones entre los Estados recién independizados y las antiguas potencias coloniales. En específico, la antigua dominación colonial tomó “la forma de los primeros esfuerzos de desarrollo, que incluían proyectos de asistencia social, así como proyectos centrados en la construcción de las infraestructuras necesarias” para mantener los flujos de materias primas del sur al norte global, reforzando las relaciones de dependencia (Kapazoglou & Goris, 2022, p. 2).

De acuerdo a Grotenhuis (2015), y en complemento a lo señalado por Lemus (2018) sobre la cooperación internacional como una forma de hegemonía, este marco de ayuda internacional se basó en el principio de que el mundo no-occidental

miseria. Su alimentación es inadecuada. Son víctimas de enfermedades. Su vida económica es primitiva y estancada. Su pobreza es una desventaja y una amenaza tanto para ellos como para las zonas más prósperas. Por primera vez en la historia, la humanidad posee el conocimiento y la habilidad para aliviar el sufrimiento de estas personas. Estados Unidos ocupa un lugar preeminente entre las naciones en el desarrollo de técnicas industriales y científicas. Los recursos materiales que podemos permitirnos utilizar para ayudar a otros pueblos son limitados. Pero nuestros imponderables recursos de conocimientos técnicos crecen constantemente y son inagotables [...] Invitamos a otros países a aunar sus recursos tecnológicos en esta empresa. Sus contribuciones serán bienvenidas calurosamente. Esta debería ser una empresa cooperativa en la que todas las naciones trabajen juntas a través de las Naciones Unidas y sus agencias especializadas siempre que sea posible. Debe ser un esfuerzo mundial para lograr la paz, la abundancia y la libertad [...] Una mayor producción es la clave para la prosperidad y la paz. Y la clave para una mayor producción es una aplicación más amplia y vigorosa del conocimiento científico y técnico moderno. Sólo ayudando a los menos afortunados de sus miembros a ayudarse a sí mismos podrá la familia humana lograr una vida decente y satisfactoria a la que tienen derecho todas las personas. Sólo la democracia puede proporcionar la fuerza para impulsar a los pueblos del mundo a una acción triunfante, no sólo contra sus opresores humanos, sino también contra sus antiguos enemigos: el hambre, la miseria y la desesperación [...]” (Truman, 1949).

debía emular al mundo occidental. Es decir, se basó en la idea de la modernidad occidental como horizonte civilizatorio y, por tanto, de Occidente como poseedor de conocimientos que el resto del mundo debía asimilar a través de un proceso de re-educación.⁶⁰ Y, a pesar de las variaciones en las modalidades, estrategias y prioridades de la cooperación internacional con el paso de las décadas, “los flujos financieros y económicos, las alianzas políticas y las influencias culturales se han mantenido en el eje Norte-Sur” (Grotenhuis 2015, p. 44).

En consecuencia, los orígenes del proyecto desarrollista, y de la cooperación internacional como su instrumento, a pesar de sus logros y de las buenas intenciones de algunos de sus operadores, están histórica y conceptualmente ligados al proyecto colonial de Occidente sobre el resto del mundo. Esto es evidente, por ejemplo, en el campo internacional de la salud –marco más general en el que se inserta la AISM–, cuyo origen está en la *medicina colonial* que se transformó en *medicina tropical*, después en *salud internacional* y, finalmente, en *salud global*⁶¹ (Ambiola & Pai, 2020).

Al respecto, lo que ahora se entiende como salud global tiene como antecedente a la medicina colonial de los siglos XVIII y XIX. Ésta funcionó como un instrumento imperialista, pues su propósito era controlar las enfermedades infecciosas que afectaban a los colonos occidentales que se instalaron en los territorios de lo que ahora constituye al sur global (Brazelton, 2021).

⁶⁰ En ese sentido, de acuerdo a Dussel (2001, p. 60), la falacia del desarrollismo consiste en “pensar que el patrón del moderno desarrollo europeo debe ser seguido unilateralmente por toda otra cultura”.

⁶¹ La *salud internacional* fue un concepto acuñado a principios del siglo XX a razón de la creación de instituciones internacionales permanentes dedicadas a atender a nivel internacional las preocupaciones en materia de salud, que giraban sobre todo alrededor de los problemas de salud del mundo en desarrollo y de las estrategias que las instituciones internacionales y los países industrializados utilizaban para resolverlos (Birn, 2009). En contraste, la *salud global* comienza a popularizarse a partir de la globalización, y propone entender la salud desde la interdependencia, la vulnerabilidad global y las responsabilidades compartidas; es decir, entiende los patrones de salud-enfermedad a partir de la interacción de fuerzas globales, nacionales y locales (Birn, 2009). No obstante, no hay consenso académico respecto a si la salud global es realmente un término diferente al de salud internacional.

En una línea similar, está la medicina tropical⁶², que nace a partir de los descubrimientos bacteriológicos y las investigaciones sobre la malaria en el mundo industrializado (Packard, 2007, como se citó en Birn, Pillay & Holtz, 2017). No obstante, estos descubrimientos cambiaron poco las motivaciones del campo, pues la medicina tropical, al igual que la medicina colonial, mantuvo objetivos imperialistas. Entre dichos propósitos estaba la protección de intereses comerciales, el aumento de la productividad de los esclavos y de los trabajadores racializados, el sometimiento de poblaciones locales, la profundización de la estratificación social entre colonizadores y colonizados, la cimentación de una idea de superioridad cultural, y la protección de las fuerzas armadas imperiales para favorecer la conquista, la ocupación y la expansión colonial, entre otros propósitos (Birn, Pillay & Holtz, 2017, p. 9).

Para inicios del siglo XX, la medicina tropical y la salud pública occidental alcanzaron un profundo grado de tecnificación y especialización. A la par, las nuevas tecnologías de transporte y comunicaciones aumentaron el flujo de personas, mercancías y epidemias entre países (Palilonis, 2015 p. 26). En este contexto surgen las primeras instituciones y redes internacionales de especialistas enfocadas en salud internacional, que se entendió, en este periodo, como el control de enfermedades transmisibles entre países industrializados y no industrializados (Cueto, 2018; Palilonis, 2015).⁶³

⁶² El término *tropical* no es neutral en tanto que permitió que las potencias imperiales definieran al sur global como algo foráneo, extraño, diferente y “potencialmente peligroso” para Europa (Arnold, 1997; Harrison, 1999; como se citaron en Birn, Pillay & Holtz, 2017, p. 9). Además, como señala Bergstrom (2016, p. 2), lo *tropical* se asocia sobre todo a una *patología de la pobreza*, pues Cuba presenta patrones de enfermedad distintos al de otros países en los trópicos, mientras que Suecia, antes de ser un país de renta alta, presentaba epidemias de enfermedades *tropicales*, tales como “malaria, lepra y cólera”. En ese sentido, el término *tropical* tiene una connotación peyorativa que coloca en una posición de subdesarrollo a los países del sur global y concibe la salud de estos territorios desde la mirada colonial. Con este contexto de fondo, llama la atención que en la actualidad institutos de investigación médica de gran prestigio en el norte global retengan en sus nombres tal término, como es el caso de *The London School of Hygiene & Tropical Medicine* en Inglaterra, o del *Institute of Tropical Medicine in Antwerp* en Bélgica.

⁶³ Entre las primeras instituciones de salud internacional se encuentran el Comité Internacional de la Cruz Roja (1863), la Oficina Sanitaria Panamericana –después Organización

Hasta este momento la salud materna y/o infantil no eran temas de interés mayor para la medicina tropical o la incipiente salud internacional (Bergstrom, 2016), aunque sí resultaba de interés a nivel doméstico, como ya he descrito.⁶⁴ Esto cambia con el fin de la Segunda Guerra Mundial en 1945. En este periodo la asistencia a madres e infancias se convierte en una “obligación moral”, y la salud materno-infantil en una prioridad internacional, al menos en papel y con énfasis en las infancias (Rosenfield & Min, 2009, p. 5).

Este nuevo protagonismo internacional es visible en tres acontecimientos: la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, la creación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1946 y la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, todo bajo el paraguas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Por ejemplo, el artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos menciona que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social” (OHCR, s.f.a, p. 7). Decir que tal artículo versa específicamente sobre salud materna sería, quizás, impreciso. No obstante, lo que sí queda claro en esta fuente es que las infancias y las madres requieren de cuidados especiales, y que la provisión de dicha asistencia –que no queda del todo definida– es un imperativo en tanto que se configura como un derecho universal.

En la misma línea, dos años antes, en 1946, se funda UNICEF. Su objetivo primario era asistir y proteger a las infancias que se vieron afectadas por la Segunda Guerra Mundial (UNICEF, 2021). UNICEF pronto se involucró en la incipiente AISM

Panamericana de la Salud–, (1902) la Oficina Internacional de Higiene Pública (1907), la División Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller (1913), Save the Children (1919), entre otras.

⁶⁴ Que se haya mantenido a nivel de lo doméstico no quiere decir que el desarrollo de la obstetricia haya estado alejado de las lógicas coloniales. Por mencionar tan sólo un ejemplo, Chadwick et al (2022) rastrean el origen de la medicina obstétrica moderna al sistema esclavista, argumentando que la apropiación del cuerpo femenino racializado por la ciencia médica dio origen a herramientas como el espéculo, esto bajo la premisa de controlar más eficazmente la reproducción de la mano de obra esclava.

desde el campo de la ayuda humanitaria,⁶⁵ como se observa en sus primeros programas en los que el abastecimiento de leche en polvo para la Europa devastada por la guerra fue central (Rosenfield & Min, 2009).⁶⁶

Para la década de 1950, la Asamblea General de las Naciones Unidas amplía el mandato de UNICEF hacia otras partes del mundo y hacia proyectos de vacunación, saneamiento, agua e higiene con el objetivo de “reducir las enfermedades y muertes prevenibles en la infancia” (UNICEF, 2021). El tamaño de las intervenciones de UNICEF fue tal que, por ejemplo, entre 1956 y 1957, “más de 13,000 centros de bienestar materno-infantil distribuidos en 102 países recibieron insumos y entrenamiento por parte de la organización (UNICEF, 2021). El énfasis de las intervenciones estaba puesto en la supervivencia de las infancias y no en las madres.

Paralelamente, en 1948 se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el seno de la ONU con el objetivo de “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud” (OMS, s.f., p. 2).⁶⁷ En su constitución, la OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, y plantea que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, s.f., p. 1). En este caso es notorio que no se menciona la cuestión del sexo ni el género –algo relevante si se parte de la premisa

⁶⁵ La ayuda humanitaria se diferencia de la ayuda al desarrollo en que la primera “tiene lugar en situaciones coyunturales de emergencia y por tanto con carácter temporal”, mientras que la segunda es “ejercida en una situación estructural de subdesarrollo y respondiendo de esta manera a programas a largo plazo” (Torroja Mateu, 1998, p. 109).

⁶⁶ Para dimensionar la centralidad del programa de provisión de leche infantil, hay que recordar que el primer logotipo utilizado por UNICEF fue un infante bebiendo un vaso de leche.

⁶⁷ Es importante notar que, en principio, la OMS reemplazó a otras organizaciones regionales de salud, tales como la Oficina Internacional de Higiene Pública y la Organización de la Salud de la Liga de las Naciones. Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud fue conservada y elegida como el representante en el continente americano de la OMS, papel que continúa al día de hoy.

foucaultiana de que lo no dicho es tan importante como lo dicho en todo análisis discursivo.

De igual forma, en su preámbulo, la constitución de la OMS –que fue resultado del consenso y la negociación entre todos los países miembros de la ONU en ese momento– establece que “el desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental”, sin hacer mención de las madres ni de las mujeres, en general, en ningún otro punto del preámbulo (OMS, s.f. p. 2). Tal aparición ocurre únicamente en el apartado de funciones del organismo, que mandata “promover la salud y la asistencia maternal e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente” (OMS, s.f., p. 2). La salud de las mujeres no vuelve a aparecer en el texto.

Lo señalado es importante debido a dos motivos. El primero es que, al integrarse en su constitución, la salud materna se convierte en “una temática acogida por la OMS de manera permanente”, y eso significa “que el tema recibiría más atención por medio de publicaciones y estudios sobre la salud de las mujeres embarazadas” (Stroyer, 2012, p. 47). El segundo motivo, más crítico, es que el subtexto indica que la salud materna involucraría necesariamente la salud infantil. Esto es problemático, sobre todo porque al ser la salud del niño⁶⁸ “de importancia fundamental”, contrario a la salud de la mujer –que no se menciona en ningún momento en el documento–, el entendimiento es que la salud de las gestantes quedaría en adelante subordinada a la de las infancias en la praxis del desarrollo internacional.

Además de tener el enfoque en las infancias en materia de salud materna, las iniciativas y recomendaciones internacionales empujadas por la OMS durante las décadas de 1950 y 1960 estuvieron fuertemente marcadas por el modelo

⁶⁸ A manera de aclaración, utilizo en este punto el lenguaje de la Constitución de la OMS, aunque considero preferible la utilización de términos neutrales tales como *las infancias*, o bien el desdoblamiento de los términos, como se ve en la figura de *los niños y las niñas*.

biomédico occidental.⁶⁹ En ese sentido, las principales acciones se orientaron hacia la promoción de la creación de infraestructura de salud y de sistemas de información epidemiológica, así como a la producción de capital humano especializado en el sur global (Cueto, 2018).

Otra dinámica importante para este análisis surge también en este periodo. La OMS concentró muchos de sus esfuerzos en construir redes de especialistas en salud que compartían opiniones en torno al control de enfermedades infecciosas, la capacitación médica y la estandarización de procedimientos y medicamentos biológicos (Cueto, 2018). De acuerdo a Cueto (2018), estas comunidades epistémicas establecieron los límites de lo que se consideraba aceptable, calificando de incorrecto o de poco ortodoxo a todo aquel conocimiento que saliera de tales márgenes, o, dicho de otra forma, a todo aquel conocimiento no-occidental.

Lo anterior, sumado al éxito de algunas de las iniciativas tempranas de la OMS dirigidas al control de enfermedades infecciosas en países de renta baja, consolidó la legitimidad de la organización y del conocimiento que pasó a representar.⁷⁰ Esto es importante, pues al mostrar cierta eficiencia probada en algunos campos de la salud pública –como lo son las enfermedades transmisibles– la legitimidad obtenida por la organización se extendió a otras áreas de intervención, tales como la salud materna. Esto significó la adopción poco cuestionada de las estrategias antes mencionadas para mejorar la salud materna, es decir, la construcción de sistemas sanitarios e infraestructura hospitalaria, así como la

⁶⁹ No hay que perder de vista que estas políticas ocurrían en el marco de la Guerra Fría. Por ejemplo, entre 1949 y 1956 la URSS abandonó la OMS porque consideró que ésta se inclinaba más por el entendimiento estadounidense de la salud pública, pues, al contrario de la salud pública soviética, en la OMS no se problematizaba el rol del capitalismo y de las condiciones precarias que éste producía y que incidían sobre la salud de las personas (Cueto, 2018). De cualquier manera, la autonomía de la OMS durante sus primeras décadas de existencia fue relativa, pues su principal donante fueron los Estados Unidos, quienes por sí solos financiaban alrededor de un tercio de su presupuesto (Cueto, 2018).

⁷⁰ Esto no quiere decir que todas las intervenciones en el control de enfermedades infecciosas hayan sido exitosas. Por ejemplo, la campaña lanzada en 1955 por la OMS y UNICEF para erradicar la malaria fue un fracaso (Brown, 2022 como se cita en Rosenfield & Min, 2009). No obstante, otras campañas, tales como la de la erradicación de la poliomielitis fue sumamente exitosa.

capacitación de personal médico y de partería, todo bajo la norma biomédica occidental.

Paralelamente, en estas décadas surgen las primeras agencias nacionales de cooperación internacional en el norte global.⁷¹ Entre ellas se encuentra la estadounidense USAID, fundada en 1961.⁷² USAID dirigiría y financiaría numerosas iniciativas en salud internacional y, particularmente, en salud materno-infantil. Sus programas en esta área estarían particularmente enfocados a la supervivencia infantil y la planificación familiar. En ese sentido, financiarían iniciativas de provisión de terapias de rehidratación oral (TRO), suplementación alimentaria con vitamina A, y control de la malaria (KFF, 2022).⁷³ El papel de USAID en la AISM sería de gran importancia, pues en este periodo concentraría tantos o más recursos humanos y financieros que muchas agencias multilaterales, incluidas las del Sistema de Naciones Unidas (Cueto, 2018).⁷⁴

Otro tema de particular interés en las décadas de 1960 y 1970, y en los que incidieron notoriamente tanto USAID cuanto la OMS, fue la planificación familiar. El origen de tal preocupación, empero, no estaba en el imperativo de fortalecer la agencia y la autonomía de las personas del sur global, sino en la idea de que el desarrollo económico dependía en buena medida de la reducción del crecimiento poblacional (Robinson & Ross, 2007, como se cita en Stroyer, 2012). En este aspecto considero que fue muy influyente la publicación en 1972 del multicitado

⁷¹ Lo cierto es que, en el marco de la confrontación Oeste-Este de la Guerra Fría, los países industrializados encontraron mayores incentivos en la cooperación bilateral que en la multilateral, pues la primera les permitía un mayor ejercicio de hegemonía en el sur global.

⁷² Para una mayor descripción de USAID, dirigirse al apartado de *actores* del capítulo dos de esta tesis.

⁷³ Como nota, el primer programa de USAID que incluyó de forma prioritaria la atención a las madres fue lanzado hasta 1989 (KFF, 2022).

⁷⁴ Las operaciones de USAID en materia de salud internacional respondían a sus intereses nacionales. Por un lado, obtenía control sobre los países receptores y evitaba que enfermedades infecciosas se propagaran hasta llegar a su territorio. Por otro lado, la ayuda que brindaba era *atada*, en tanto que funcionaba como subsidios a sus propias empresas farmacéuticas y de insumos y tecnología médica, quienes proporcionaban los materiales de sus proyectos independientemente de las preferencias de los países receptores.

Informe Meadows sobre *Los Límites del Crecimiento*,⁷⁵ en el que se plantea que las dinámicas de crecimiento exponencial de la población y el capital no son sostenibles en un planeta finito como el nuestro, y que

si las actuales tendencias de crecimiento en la población mundial, industrialización, contaminación, producción de alimentos, y explotación de recursos continúa sin modificaciones, los límites del crecimiento en nuestro planeta se alcanzarán en algún momento dentro de los próximos cien años (Meadows, Meadows & Randers, 1992, p. 20).

Con esta antesala, la planificación familiar entra en la década de 1970 como un elemento importante de la AISM, pero también como un imperativo para lograr el desarrollo en el sur global. Esta línea de acción se encuentra reafirmada en la Tercera Conferencia Mundial sobre Población, celebrada en Bucarest en 1974, y en su consecuente *Plan de Acción Mundial sobre Población*.⁷⁶ Desarrollo sus implicaciones a continuación.

3.2. 1974: El Año Mundial de la Población

La Tercera Conferencia Mundial sobre Población se enmarca dentro de las celebraciones del *Año Mundial de la Población*, declarado por las Naciones Unidas en 1974. Dicho año estaría marcado por las tensiones de la Guerra Fría, el auge del desarrollo internacional como prioridad internacional y las crecientes preocupaciones sobre el crecimiento demográfico y sus efectos sobre los recursos económicos y sociales.

⁷⁵ El Informe Meadows surgió a partir de un estudio que el Club de Roma solicitó al MIT – Instituto Tecnológico de Massachusetts. De acuerdo a Peredo Beltrán (2017, p. 107), el Informe, también titulado *Los límites del crecimiento*, contribuyó a la Cumbre de la Tierra y ha tenido, además, un “impacto muy grande en las narrativas ecologistas y anti sistémicas hasta el día de hoy”. En adición, Azam (2017) señala que este informe fue muy polémico para actores de todo el espectro político y, en particular, para el Sur Global, que lo interpretó como una teoría malthusiana y como un intento de los países dominantes de mantener las desigualdades Norte-Sur.

⁷⁶ Bucarest 1974 fue la primera Conferencia Mundial sobre Población que incorporó un plan de acción con recomendaciones y acciones conjuntas orientadas a la administración de las poblaciones.

En concreto, de acuerdo a estimaciones de dicho organismo, la población mundial alcanzó ese año los 4 billones de personas, lo que representaba una duplicación en apenas seis décadas. Las mayores tasas de crecimiento demográfico se concentraron en el sur global y, paralelamente, las naciones industrializadas comenzaban a sentir los efectos de la ralentización de las propias.

En este escenario, las potencias globales comenzaron a articular la idea de que el control demográfico debía integrarse en las agendas de desarrollo para asegurar la estabilidad global. No obstante, las posiciones hegemónicas en torno al crecimiento demográfico encontraron resistencias.

En este apartado me centro en el análisis de tres fuentes históricas que considero fundamentales para comprender el espíritu de este año, así como sus implicaciones en materia de salud materna. Se trata del Plan de Acción Mundial sobre Población, el Informe Kissinger y el número de enero de 1974 de la revista *World Health* editada por la OMS.

3.2.1. Tercera Conferencia Mundial sobre Población (Bucarest, 1974)

La Tercera Conferencia Mundial sobre Población se celebró en Bucarest en agosto de 1974 y contó con la participación de 135 países –la más concurrida hasta entonces. El resultado del encuentro fue el *Plan de Acción Mundial sobre Población*, y su gran innovación discursiva respecto a sus antecesoras fue la enunciación del vínculo entre población y desarrollo. En otras palabras, en Bucarest se acuerda que “las variables de población y el desarrollo son interdependientes y que las políticas y objetivos de población son parte integral (elementos constitutivos) de las políticas de desarrollo socioeconómico” (Naciones Unidas, s.f.a).

En esa tesitura, en la Tercera Conferencia Mundial sobre Población de Bucarest se menciona que la planificación familiar es “un medio importante de mejorar la salud maternal e infantil” (ECOSOC, 1975, p. 80). Asimismo, se recalca que “la reducción de la mortalidad, especialmente la mortalidad infantil, era de alta prioridad en todos los países”, sin mencionar en algún punto la mortalidad materna

(ECOSOC, 1975, p. 80). En ese sentido, la Conferencia mantiene la tendencia discursiva de la AISM sobre la centralidad de la reducción de la mortalidad infantil, pero amplía los elementos de ésta al introducir la planificación familiar y al enmarcarlas dentro de las dinámicas más generales del desarrollo económico.

No obstante, estas incorporaciones no fueron de carácter apolítico. De hecho, el primer borrador del *Plan de Acción*, elaborado por la Secretaría General de la Conferencia con gran influencia de los Estados Unidos, fue recibido con resistencia por las delegaciones del sur global. De acuerdo a Novick (1999, p. 30), este borrador era alarmista y pregonaba “el control de la natalidad como solución ante los problemas de escasez de alimentos y bajo nivel de desarrollo de ciertos países”. Asimismo, el borrador no contemplaba las demandas del sur global en torno a la redistribución racional de los recursos y la construcción de un nuevo orden económico mundial más justo, ni la soberanía de los países y de sus poblaciones en materia de natalidad (Novick, 1999).

El *Plan de Acción* terminó por incorporar estas cuestiones, antes ignoradas, tras numerosas enmiendas propuestas por diversas delegaciones del sur global. Así, el *Plan de Acción* reconoció que el origen de la pobreza, “las enfermedades, la desnutrición y el hambre” no residía en el crecimiento poblacional, “sino en las estructuras económicas internacionales desiguales, que son agravadas por el mantenimiento de relaciones de dependencia y de explotación de carácter neocolonialista” (ECOSOC, 1975, p. 146).

Al respecto, Estados Unidos fue “el gran perdedor de esta conferencia”, pues su postura frente al crecimiento poblacional en el sur global era francamente antinatalista y su *Plan* inicial resultó severamente modificado (Novick, 1999, p. 35). No obstante, en la praxis, el *Plan de Acción* adoptado finalmente en la Conferencia tendría poca influencia sobre la política internacional de los Estados Unidos en materia de población. Prueba de ello es el Informe Kissinger, redactado por éste apenas un par de meses después de la Conferencia, y desclasificado en 1989 –el año de la caída del Muro de Berlín.

3.2.2. *El Informe Kissinger*

En este informe, conocido oficialmente como el documento NSSM200 del Consejo de Seguridad Nacional de los Estados Unidos, Henry Kissinger, entonces Secretario de Estado, plantea que el crecimiento demográfico en los países de renta baja representa una amenaza de seguridad nacional para los Estados Unidos. La tesis de Kissinger era que el rápido crecimiento poblacional producía inestabilidad social y económica en los países de renta baja, amenazaba la continuidad de las instituciones y del orden internacional, y ponía en riesgo el acceso de Estados Unidos a los recursos naturales, particularmente minerales, que requería para su expansión económica (Kissinger, 1974, pp. 42-56). Como señala el informe:

Independientemente de lo que se haga para proteger contra interrupciones del suministro y para desarrollar alternativas domésticas, la economía de los EE.UU. requerirá grandes y crecientes cantidades de minerales del extranjero, especialmente de países menos desarrollados. Este hecho brinda a los EE.UU. un interés creciente en la estabilidad política, económica y social de los países proveedores de materias primas. Donde una reducción de las presiones poblacionales mediante tasas de natalidad reducidas pueda aumentar las perspectivas de dicha natalidad, la política poblacional se vuelve relevante para los suministros de recursos y para los intereses económicos de los Estados Unidos (Kissinger, 1974, pp. 42-43).

De igual manera, el Informe señala como amenaza a la seguridad de los EE.UU. la mayor coordinación entre los países de renta media y baja, y su antagonismo conjunto hacia Occidente, atribuyendo tal situación a su rápido crecimiento poblacional, como se señala en el siguiente párrafo:

Los países en desarrollo, después de varios años de maniobras desorganizadas y ataques erráticos, ahora han formado agrupaciones sólidas [...] estas agrupaciones a veces parecen reflejar un deseo común de lanzar ataques económicos contra Estados Unidos y, en menor medida,

contra los países europeos desarrollados. Un factor que es común a todos ellos, que retarda su desarrollo [...] es su crecimiento poblacional excesivamente rápido. Hasta que puedan superar este problema, es probable que sus manifestaciones de antagonismo hacia Estados Unidos en organismos internacionales aumenten (Kissinger, 1974, p. 64).

Ahora, menciono el Informe Kissinger, en primer lugar, por su relevancia al momento de dictar la política de cooperación internacional de USAID, que en dicho documento es concebida como un instrumento para el avance de los intereses hegemónicos de los Estados Unidos. Como mencioné anteriormente, USAID concentraba tantos o más recursos que muchas de las agencias multilaterales del Sistema de Naciones Unidas (SNU), y su particular involucramiento con la causa de la mortalidad infantil y de la planificación familiar la posicionan como un actor central de la AISM.

En segundo lugar, el Informe Kissinger demuestra que, a pesar de las buenas intenciones del Plan de Acción de Bucarest, la *real-politik* de la ayuda internacional distó bastante de sus objetivos, al menos del lado de los Estados Unidos. En ese sentido, el Informe vincula las intervenciones de USAID en materia de salud materno-infantil con el control poblacional y, por extensión, con los intereses imperialistas del bloque occidental. Por ejemplo, algunas de las estrategias –en la frontera de la manipulación– enlistadas en el documento para avanzar las políticas de control poblacional en el sur global son:

1. Proveer “atención médica seleccionada tanto para las madres como para sus hijos” para “mejorar la aceptabilidad de la planificación familiar”, pues así se muestra “preocupación por la condición integral de la madre y sus hijos, y no solo por la fertilidad” (Kissinger, 1974, p. 96).
2. Para “minimizar las acusaciones sobre motivaciones imperialistas en su apoyo a las actividades de población”, los EE.UU. deben afirmar “que dicho apoyo se deriva de una preocupación por: (a) el derecho de la pareja individual a determinar libre y responsablemente su número y

espaciamiento de hijos y a tener información, educación y medios para hacerlo; y (b) el desarrollo social y económico fundamental de los países pobres en los cuales el rápido crecimiento poblacional es tanto una causa contribuyente como una consecuencia de la pobreza generalizada (sic)” (Kissinger, 1974, p. 81).⁷⁷

3. En caso de no tener buenas relaciones con alguno de los países objetivo, para generar menor resistencia, los programas de control de población deben llegar de parte de “otros donantes y/o de organizaciones privadas e internacionales, muchos de las cuales reciben financiamiento” de los EE.UU. (Kissinger, 1974, p. 76).⁷⁸
4. Colaborar con otros “donantes y organizaciones (OMS, UNFPA, Banco Mundial, UNICEF)⁷⁹ para motivar mayores acciones de los gobiernos de países menos desarrollados y otras instituciones para proveer servicios de salud preventivos y de bajo costo, incluyendo la salud materna e infantil y servicios de planificación familiar, llegando a las áreas rurales remotas” (Kissinger 1974, p. 81).

En este punto considero importante señalar que, a pesar de la intención expresa del Informe sobre utilizar a las organizaciones multilaterales del SNU para avanzar una agenda de control poblacional en el sur global y, en consecuencia, proteger los intereses nacionales de los EE.UU., esto no necesariamente ocurrió de

⁷⁷ Si bien es positivo que se reconozca que es un derecho de las personas determinar libremente el número de hijos que desean tener, las motivaciones de los EE.UU. en avanzar esta idea era de orden imperialista.

⁷⁸ El Informe Kissinger presenta una lista de países prioritarios para la aplicación de los programas de control poblacional por su capacidad de comprometer los intereses de los Estados Unidos, tales países son: “India, Bangladesh, Pakistán, Nigeria, México, Indonesia, Brasil, Filipinas, Tailandia, Egipto, Turquía, Etiopía y Colombia” (Kissinger, 1974, p. 75). En el caso mexicano, el Informe resalta las posibles tensiones migratorias y de acceso a agua en el Río Bravo que un crecimiento poblacional acelerado en México pudiera ocasionar. Asimismo, para el caso mexicano, el Informe señala que la estrategia estaría encaminada a trabajar sobre todo a partir de agencias privadas y organismos multilaterales para promover una mayor atención y acción gubernamental en torno al control del crecimiento poblacional (Kissinger, 1974, p. 77).

⁷⁹ Tanto el Banco Mundial cuanto la OMS, UNFPA y UNICEF lideran desde finales de la década de 1980 los grupos interagenciales abocados a la mejora de la salud materna e infantil.

tal forma. Los organismos multilaterales tienen su propio conjunto de intereses, y en estos participan una variedad de actores individuales de diversas nacionalidades y orientaciones políticas. Sin embargo, lo que sí puede concluirse de esta fuente histórica es que los EE.UU. muy probablemente desplegaron una gran cantidad de recursos con la intención de influir en la actuación de dichos organismos.

De esta forma, hasta ahora es evidente que el asunto de la planificación familiar, tan central para la AISM en la actualidad, no llegó a este campo bajo el paraguas de los Derechos Sexuales y Reproductivos –eso vendría dos décadas más tarde–, sino a partir de las inquietudes desarrollistas. Tales preocupaciones desarrollistas tomaron a veces la forma de ansiedades imperialistas, como lo demuestra el Informe Kissinger para el caso estadounidense, pero también tomaron la forma de la lógica institucional de la industria de la ayuda. Esto último es observable, por ejemplo, en el número de enero de 1974 de la revista internacional *World Health*, publicada periódicamente por la OMS.

3.2.3. Número de enero de 1974 de la revista *World Health* de la OMS

El número de enero de 1974 de la revista *World Health* fue dedicado por primera vez al tema de la salud materno-infantil y la planificación familiar como unidad.⁸⁰ En éste participaron como autores profesores del MIT⁸¹ y la Universidad de Carolina del Norte, así como altos funcionarios de la OMS, tales como el Dr. Lars Engstrom, Director Médico de la División de Salud Familiar, y el Dr. Alexander Kessler, Director Médico de la Unidad de Reproducción Humana.

En dicha publicación se plantea que, para la OMS, “la planificación familiar se ocupa de la calidad de vida”, y que “esta forma de pensar y vivir promueve la salud y el bienestar de la familia y, por tanto, contribuye al desarrollo económico y

⁸⁰ En dicha publicación se define que “la planificación familiar, desde un punto de vista de la salud no es solo la regulación en el número de hijos, sino también el espaciamiento y momento adecuados [...], y la certeza de que cada niño debe ser deseado y planeado” (OMS 1974, p. 12).

⁸¹ Instituto Tecnológico de Massachusetts.

social” (OMS 1974, p. 3). Además, en el número se vincula la salud materna y la planificación familiar al señalar que

de acuerdo a la OMS, los servicios relacionados con la administración de la fertilidad deben basarse en una atención integral a la madre y el niño, que incluya asesoramiento premarital y educativo, cuidados prenatales y asistencia durante el parto, cuidado del recién nacido, del bebé y del niño, consejos nutricionales e inmunización (OMS 1974, p. 5).

Más allá de los beneficios que la planificación familiar traería al desarrollo del sur global, la justificación de su uso en el marco de la AISM se construye en este número, mayoritariamente, a partir de una narrativa del riesgo. Riesgos alrededor de la edad temprana o tardía de la madre, de la clase social, del número y espaciamiento de los hijos (OMS 1974, pp. 6-13). La planificación familiar funcionaría como la solución que evitaría tales riesgos, cuyo desenlace, de no ser tratados, y de acuerdo a la publicación, serían la muerte, la enfermedad, la discapacidad o el bajo desempeño intelectual del infante.

De igual manera, la revista de la OMS señala que la planificación familiar serviría un “doble propósito al prevenir un crecimiento indeseable de la población y al mismo tiempo salvar la vida de las mujeres, quienes son muy necesarias para sus esposos e hijos” (OMS 1974, p. 8). En esa línea, salta a la vista la instrumentalización no sólo de la planificación familiar, sino también de la vida de las mujeres, cuya supervivencia es de importancia, no por sí mismas, sino porque de ellas depende el bienestar de los varones del mundo, ya sean niños o adultos.

Por otro lado, la publicación problematiza la ausencia histórica de análisis socioculturales en torno al uso de ciertos métodos anticonceptivos. No obstante, al analizar, por ejemplo, por qué muchas mujeres deciden retirar sus DIU⁸² a pesar de

⁸² El Dispositivo Intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo que consiste en una pieza pequeña de plástico flexible en forma de T recubierta de cobre que se introduce en el útero. Es una opción anticonceptiva sin hormonas muy efectiva y de alta duración; no obstante, no protege de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Planned Parenthood, s.f.).

que se esperaba que éste se convirtiera “en el método anticonceptivo por excelencia en el mundo en desarrollo” –¿quiénes lo esperaban?–, el número explica:

Aparte de la insuficiente información y educación sobre el método y sus efectos secundarios, y la falta de seguimiento debido a la escasez de servicios y personal capacitado, el aumento de la renuencia o la negativa a aceptar o continuar usando un DIU a menudo tenía sus raíces en actitudes psicológicas y comportamientos socioculturales (OMS 1974, p. 22).

Es decir, de acuerdo a la publicación de la OMS, las mujeres que deciden retirarse el DIU no lo hacen porque han decidido que es lo mejor para ellas a razón de una diversidad de factores y, muy probablemente, debido a los terribles efectos secundarios que tal método anticonceptivo tiene sobre los cuerpos de muchas mujeres.⁸³ Por el contrario, de acuerdo al texto, en esta decisión parecen pesar más la falta de información y educación, y los comportamientos culturales que en el subtexto se entienden como poco deseables.

De hecho, apenas unas páginas antes, el texto advierte que el conocimiento sobre la aceptabilidad y efectos adversos de diferentes anticonceptivos sobre el que se basan los servicios de planificación familiar en muchos países, “ha sido recopilado casi exclusivamente a partir de estudios en un *contexto sociocultural altamente desarrollado*”⁸⁴ (WHO 1974, p. 26). En ese sentido, lo implícito es que los países del norte global no solo están económicamente más desarrollados que el sur

⁸³ Entre los efectos secundarios más comunes del DIU de cobre se encuentran más sangrado durante el periodo, más cólicos y/o cólicos más intensos a lo largo del ciclo menstrual y particularmente durante la menstruación, sangrado entre periodos, periodos irregulares, periodos más largos y abundantes, dolor cuando se inserta el DIU durante algunos días después (Planned Parenthood, s.f.). Asimismo, el DIU está contraindicado en mujeres con cáncer cervicouterino, enfermedad de Wilson, trastornos de coagulación, lupus eritematoso, cáncer de mama, presencia de anticuerpos antifosfolípidos, enfermedad pélvica inflamatoria (EIP), anemia y/o alergia al cobre – se estima que un 3.53% de la población mundial es alérgica al cobre, mientras que un 17% de las mujeres presentan alergia al níquel, otro metal encontrado con frecuencia en bajas cantidades en los DIU (Thyssen & Menné, 2010; Fage, Faurschou & Thyssen, 2014)– (Planned Parenthood, s.f.)

⁸⁴ Las itálicas son mías.

global –cosa que bajo la tiranía del número habría sido difícil de refutar–, sino que su contexto sociocultural también es más desarrollado.

Y si bien en algunos puntos se enfatiza tomar en cuenta el deseo de las familias de reducir el número de sus integrantes, la publicación también acompaña esta idea con citas aporofóbicas y salvacionistas como la siguiente, atribuida a un médico europeo del siglo XIX:

¿Con qué frecuencia se ve comprometida la salud de la madre, que da a luz cada año a un infante –¡feliz si no son gemelos!– y obligada a trabajar incluso en aquellos momentos en los que la naturaleza pide imperiosamente algún alivio del trabajo diario? ¿Con qué frecuencia se sacrifica el confort, la salud, e incluso la vida de la madre de esta manera? O si el cuidado y el trabajo han agobiado el espíritu y finalmente quebrantado la salud del padre, ¿cuántas veces queda la viuda incapaz, a pesar de sus más virtuosas intenciones, *de salvar a sus hijos huérfanos de convertirse en degradados objetos de caridad o en derrotados devotos del vicio?* (WHO 1974, p. 13).⁸⁵

Llama aún más la atención el conjunto de imágenes que acompañan las 40 páginas del número. Los encuadres, los contextos, la obturación, el orden de presentación, resultan, cuando menos, desafortunados. No hay re-presentación que escape a la ideología, y en las imágenes se observa la manifestación de un *sentido común* que justifica un conjunto discursivo de diagnósticos y soluciones.

La imagen, en ese sentido, se constituye elemento del dispositivo AISM, y opera como aparente evidencia, es decir, como verdad absoluta de lo planteado; en el caso de este número de *World Health*, desde una particular lógica misionera. Además, cada una de las fotografías viene acompañada de una nota del editor para contextualizarla en el tren discursivo propuesto en forma de palabras en el cuerpo

⁸⁵ Las itálicas son mías.

de la publicación, de forma que texto, imagen y orden se refuerzan mutuamente, planteando así una verdad.

En la construcción de esta verdad a través de la fotografía, el uso del orden me parece una de las estrategias discursivas más eficaces empleadas por los autores –todos médicos varones– y editores en este número. Aquí propongo entender este orden en dos dimensiones: el orden en que se presentan las imágenes, y el orden que presentan las imágenes. Respecto al primer punto, considero que la publicación presenta las fotografías bajo un criterio de contraste; es decir, bajo la premisa de que la comparación de dos situaciones similares en fondo, pero opuestas en forma, producirían una impresión más acentuada de precariedad y urgencia, lo que a su vez legitimaría lo que se plantea en palabras.



Fotografías 1 y 2. “En Dinamarca (izquierda) y la República de Corea (derecha) un doctor y una trabajadora social recolectan información sobre las experiencias de las mujeres con varios métodos anticonceptivos. El rol de la OMS en investigación incluye apoyar a las administraciones nacionales de salud a investigar las necesidades de planificación familiar en la comunidad. El enfoque de información y educación en torno a la planificación familiar tiene que adaptarse a la comunidad y al individuo” (OMS 1974, pp. 32-33).

Así, es práctica común en este número ordenar las imágenes de forma que una foto encuadrando personas racializadas –casi siempre mujeres–, sea inmediatamente sucedida por una foto representando un motivo similar con

personas blancas. Tal acomodo es observable en las fotografías 1, 2, 5, 6, 7 y 8. Incluso, algunos de los pies de foto hacen una comparación explícita, como en el caso de las fotografías 1 y 2 –como decía, para asegurar que el mensaje llegue tal cual se propone, en caso de que el lector no pudiera hacer dichas comparaciones por sí mismo de forma intuitiva.

De esta forma, por un lado, aparece lo deseable –la modernidad, la blanquitud–, por el otro lado aparece lo no-ideal, lo que no-debe-ser, lo que debe cambiar. Entremediadas tan sólo por la imagen de una mujer tunecina escuchando atentamente y portando lo que podría ser un hiyab o una shayla, los pies de las fotografías 3 y 4 describen, respectivamente que “para la salud de las madres y su descendencia, la mejor edad materna para tener hijos está entre los 20 y los 35 años” (OMS 1974, p. 9) y que “en una familia bien espaciada, deberían transcurrir de dos a cuatro años entre nacimientos. Aquí una madre suiza prepara a su primer hijo para la llegada de un nuevo bebé” (OMS 1974, p. 13).

En el lado de lo no deseable, aparece una adolescente racializada del sur global, embarazada y, por tanto, desobediente del mandato contenido en el pie de página. En el lado de lo deseable, la protagonista es una mujer blanca, suiza, cumpliendo con las instrucciones –*¿no hay embarazo adolescente en Suiza?* La vestimenta también salta a la vista. En la segunda fotografía, la mujer y su hija visten ropa limpia, planchada, occidentalmente convencional. Su cabello, con bucles, está limpio y bien acomodado; su mano toca su mejilla, en un performance muy obediente y cuidado de la feminidad.

En contraste, en la primera fotografía la adolescente viste sencillo, el niño a su derecha tiene su camiseta manchada y el adolescente a su izquierda no porta una prenda superior. La adolescente, que ignora la cámara, parece extrañada, incómoda, quizás escéptica ante lo que mira o escucha. Se protege de eso cruzando los brazos, abrazándose. Los dos chicos a su izquierda miran desafiantes a la

cámara, quizás ponderando la presencia disruptiva del fotógrafo o quizás con desconfianza.⁸⁶



Fotografía 3. “Para la salud de las madres y su descendencia, la mejor edad materna para tener hijos está entre los 20 y los 35 años.” (OMS 1974, p. 9).

Enabling couples who are involuntarily infertile to achieve their desired family size within the health and social context is also an integral function of family planning.

In drawing up a healthy reproductive plan, parents should observe the following rules of thumb in regard to relative safety (see page 11, figure 2):

- The optimum age for having children is between 20 and 30-35. With a pregnancy at younger or older ages there is a risk of disease, disability or death for both mother and child.
- The period between the end of one pregnancy and the beginning of another should be no less two and no more than five years.
- Two or three children, well spaced, properly timed, and expressly wanted, is the best number. Health risks increase for fourth, fifth, and later children and for unwanted children of any order.
- To minimize the relatively high risk (which apparently cannot be bypassed) for the first child, the first pregnancy should not occur below age 20, the mother should be at her most healthy, and adequate medical supervision should be sought during pregnancy, during labour, and after birth for both mother and child.

Modern family health practices dictate a change in the definition of family planning, and I should like to propose the following definition:

Family planning, from the health point of view, is not merely the regulation of the number of children, but it is also the appropriate spacing, the timing (in such a way that children are conceived at the least risk to the mother's life and health), and the assurance that each child shall be wanted and prepared for. Family planning should, by definition and objective, include treatment and prevention of infertility as well as fertility control.

Even though the responsibility for family planning lies mainly with parents, it also lies with the medical profession and health organizations who must further these ideals through education, health services planning, and daily professional practice. Charles Knowlton, a Massachusetts physician, said in 1832:

“It is as much the duty of the physician to inform mankind of the means of preventing the evils that are liable to arise from gratifying the reproductive instinct, as it is to inform them how to keep clear of the goat or the dyspepsia.”

In impassioned nineteenth-century style, Knowlton describes the risks of unplanned reproduction as follows:



Fotografía 4. “En una familia bien espaciada, deberían transcurrir de dos a cuatro años entre nacimientos. Aquí, una madre suiza prepara a su primer hijo para la llegada de un nuevo bebé.” (OMS 1974, p. 13).

Considero que en este punto juega un papel importante la segunda dimensión del orden que propongo, es decir, el orden representado en el movimiento, el encuadre y la composición de las fotografías. Las imágenes del lado occidental son ordenadas. Por ejemplo, en las imágenes 1, 4 y 6 las personas –

⁸⁶ En inglés se utiliza la expresión *to shoot a picture* para referirse al acto de tomar una fotografía profesional de la misma forma que uno dispara un arma: *to shoot a gun* (Azahua, 2014). De forma similar, en francés, para comunicar el acto de tomar un retrato de alguien, se utiliza la expresión *tirer le portrait*, al tiempo que *disparar un arma* se dice *tirer au fusil*. En español, *apuntamos la cámara* de la misma manera que *apuntamos un rifle*. En esa línea, Sontag (2001) teoriza que la cámara fotográfica es una sublimación de un arma que transforma a los sujetos en objetos que pueden ser simbólicamente poseídos.

todas blancas— ocupan sus asientos, escuchan atentamente, cada quien tiene su espacio. No se percibe demasiado bullicio ni movimiento.

En contraste, en las fotografías 2 y 5 las personas aparecen abarrotadas, no hay orden entre los sujetos, todos miran a diferentes puntos, sus cuerpos se tocan. En la fotografía 5 se observa una verticalidad, pues el punto de luz enfoca a una enfermera vestida de blanco, quien *provee* servicios “de planificación familiar en Egipto” (OMS 1974, p. 4). En la fotografía 6, se observa una horizontalidad: “en una clínica de planificación familiar en Francia, parejas jóvenes *asisten* a una conferencia” (OMS 1974, p. 5).⁸⁷



Fotografía 5. “Provisión de atención en planificación familiar en Egipto” (OMS 1974, p. 4).



Fotografía 6. “En una clínica de planificación familiar en Francia, parejas jóvenes asisten a una conferencia” (OMS 1974, p. 5).

⁸⁷ Las itálicas son mías.

De forma similar, en la fotografía 1, presentada unas páginas atrás, la mujer, con su niño en las piernas, escucha sentada al médico en un oficina estéril e iluminada. En la fotografía 2, se percibe movimiento, la mujer está hablando, balancea su cuerpo, parece que su hijo está deslizándose por su espalda y con este ajuste trata de evitarlo. Orden, por un lado, caos por el otro.⁸⁸

Finalmente, están los cuerpos que aparecen de un lado y de otro, y el relato biomédico que les acompaña. En este caso, la fotografía se emplea como evidencia de la relación entre embarazos, hambre, enfermedad y muerte que en el texto y los pies de foto se hace. Este conjunto de conocimientos se convierte en hecho al utilizar las fotografías de niñas y niños famélicos, por un lado, y niños con cuerpos normativos, por otro lado. En estas representaciones, los cuerpos vulnerables son cuerpos racializados.

Por ejemplo, la descripción que acompaña la fotografía 7 señala que “muchas muertes infantiles (frecuentemente causada por desnutrición) van de la mano con muchos embarazos”. La fotografía retrata a una niña de cuerpo débil y peso bajo. El foco del retrato son sus ojos hundidos y su semblante triste. Parece que mantener la postura le cuesta trabajo: su energía es poca.

De acuerdo a la descripción de la foto, el desenlace de esta niña puede ser la muerte. La causa, señala el mismo pie de foto, son los embarazos frecuentes – no el imperialismo, o las estructuras internacionales desiguales, el colonialismo, el extractivismo, la desigualdad económica, la ineficacia de los sistemas de distribución de la ayuda internacional, las sequías, la guerra. La culpa es de los embarazos frecuentes –la mejor forma de salvar vidas es que estas no se produzcan. Es decir, lo que se comunica es que promover la planificación familiar

⁸⁸ En ese sentido, pido no desmeritar el lugar privilegiado que el orden ocupa en la modernidad occidental. En el conjunto de ideas que componen a la modernidad, el vínculo entre orden, desarrollo y progreso es central. Lo contrario al orden es la anarquía, el caos, el subdesarrollo.

es urgente porque disminuye la mortalidad infantil en el sur global, y no porque es un derecho de las mujeres poder decidir sobre su cuerpo.



Fotografía 7. “Muchas muertes infantiles (frecuentemente causadas por desnutrición) van de la mano con muchos embarazos.” (OMS 1974, p. 15).



Fotografía 8. “La madre soltera y su hijo tienen una necesidad especial de cuidado y protección. Dinamarca tiene un servicio de ‘ayuda materna’ para ellos” (OMS 1974, p. 13).

En contraste a la fotografía 7, la fotografía 8 –colocada inmediatamente después en el número– encuadra a un bebé blanco, danés, de peso saludable. El pie de foto promueve un programa de seguridad social del gobierno danés dirigido a madres solteras y niños ilegítimos. En este caso, el embarazo, aun en condiciones consideradas no ideales de acuerdo a la publicación, no es negativo. El diagnóstico de ese bebé no es la muerte. En consecuencia, el embarazo de las mujeres blancas no constituye una falla moral, y la prueba fotográfica que sostiene tal interpretación es el peso del bebé.

Al respecto, Mariano Juárez (2014) señala que los cuerpos famélicos están marcados por “lo exiguo, por la carencia, por las insuficiencias” (p. 144). En ese

sentido, considero que la representación fotográfica del cuerpo famélico racializado se instrumentaliza como signo, aparentemente irrefutable, de la superioridad occidental. Esta jerarquización legitima los diagnósticos y las soluciones que occidente hace del problema de la mortalidad infantil, la pobreza, el hambre y la enfermedad en el sur global.

The consequences of the trend away from breast feeding in countries where it has formerly prevailed can thus have a major and unfortunate impact on efforts in those countries to reduce their rates of population growth.

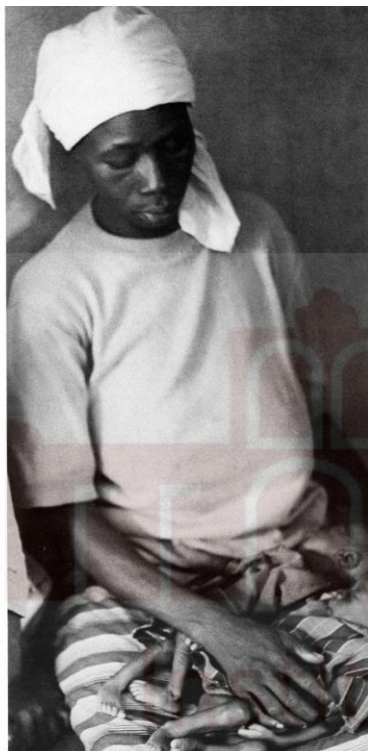
Interrupted lactation can also lead to a direct increase in malnutrition. In the new urban areas, mothers most often go to work shortly after childbirth, with the result that infants are bottle fed. Frequently the consequences are disastrous, because their mothers have neither the resources nor the knowledge to provide proper artificial nourishment.

Combined effects

Until relatively recently, little significance was attached to the fact that children born in some countries weighed 200 to 300 grams less than those born in others. We now know that this deficit in birth weight is due to inadequate food intake in the last months of pregnancy and that there are higher death rates at and just after birth among low-birth-weight infants. Recent work by Dr Leonardo Matia of the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP) in Guatemala has shown that infants who are small for their age tend to remain so throughout the first and second years of life and to have a high death rate. Thus, to the effects of malnutrition during pregnancy are added those resulting from lesser quantities of breast milk produced by poorly nourished mothers. When these children are also given inadequate supplementary foods once breast milk is no longer sufficient for them as the sole source of protein and calories, the resulting malnutrition is so serious that many of them die. Whether the actual cause of death appears to be malnutrition or infection, it is almost always due to the combined action of both.

The children who survive continue to suffer from both infectious and nutritional diseases. The most serious consequence of such illness is not smaller adult body size, for studies in Mexico, Guatemala, Colombia, Chile, Indonesia and a number of other countries have shown that severe malnutrition in young children may damage the central nervous system, and this

16



Fotografía 9. “Los hijos de madres desnutridas sufren el doble inconveniente de un bajo peso al nacer y un suministro insuficiente de leche materna. Sin una alimentación complementaria adecuada, muchos de ellos mueren debido a los efectos combinados de la desnutrición y la infección. Estos gemelos africanos de un mes, que juntos pesaban solo 2.5 kg al nacer, prácticamente no han ganado peso desde entonces” (OMS 1974, p. 16).

ity of populations to participate in the development process to the full extent of their genetic potential. Adult malnutrition increases absenteeism from work because of infectious and other diseases, and may affect physical fitness and work output. These factors can prevent an economic level being reached at which rising aspirations for consumer goods and for education of children are incompatible with large families.

Motivating factors

It has been suggested that there exists a kind of constellation of factors which, when present in a society, induce many people to become willing, and even eager, to limit family size. When such factors are absent, few people are interested in birth control, despite the availability of methods and government efforts to encourage family planning. We are still unable to define these factors precisely, but they are likely to include education, economic opportunity, and some degree of emancipation of women. Relatively low levels of infant and child mortality are certainly also important, and may in fact be a *sine qua non*.

Parents should obviously not be expected to take the birth and death rates of their community as guides to behaviour. Many may never have even heard of these rates. On the other hand, it is not unreasonable to assume that they are sensitive to the extra mouths to feed, the bodies to clothe, and the increasing expenses when more children begin to survive and population pressure on land and on other fixed facilities begins to build up in their own family or community. The more economic and educational opportunities a society can provide, the more rapidly these factors can be expected to operate.

A recent report from India emphasises “It is generally held that contraception including irreversible methods, is more easily adopted if it can be convincingly shown that the children already born are going to survive. . . . Response to family planning efforts will certainly depend, to a very great extent, upon how people view their children’s prospects of surviving to adult age.” Where larger families are considered an advantage because they

Breast milk contains the best nutrients for babies. (Photo © UNICEF, Alamy)



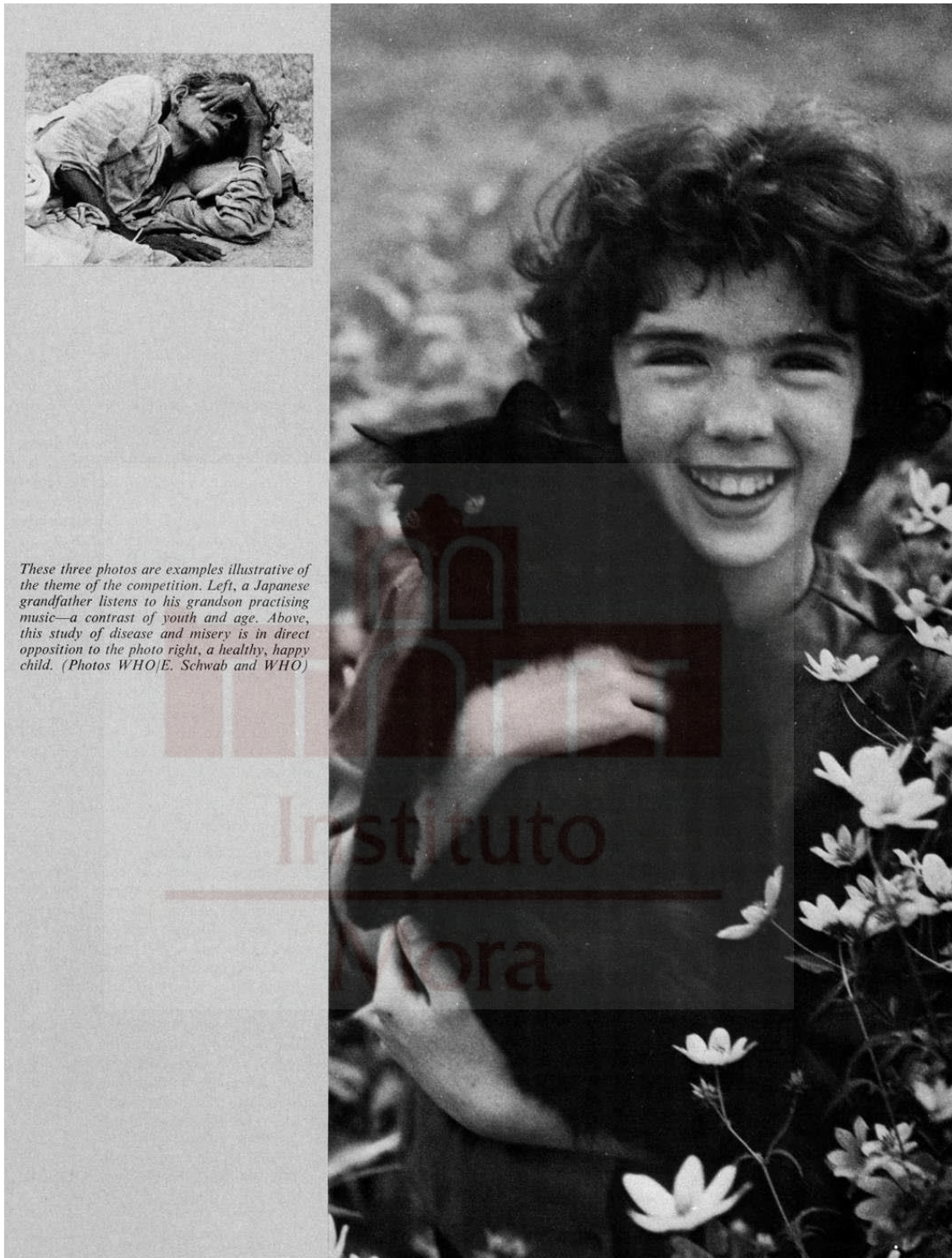
Fotografía 10. “La leche materna contiene los mejores nutrientes para los bebés” (OMS 1974, p. 19).

El cuerpo famélico aparece nuevamente en la fotografía 9. En ella, una mujer negra no mira a la cámara, sino que observa a sus bebés. Su semblante parece dibujar una derrota. Se observa un brazo muy delgado, con el que acobija a los infantes que parecen dormir. Los cuerpos de ambos bebés son menudos, y sus

extremidades delgadas. La mano de la mujer opera como referencia de su tamaño. El pie de foto da un diagnóstico similar al de la *fotografía 7*: “sin una alimentación complementaria adecuada, muchos de ellos (los hijos de las madres desnutridas) mueren” (OMS 1974, p. 16). El pie de foto continúa: “estos gemelos africanos de un mes, que juntos pesaban solo 2.5 kg al nacer, prácticamente no han ganado peso desde entonces” (OMS 1974, p. 16). Así, mientras unas en la publicación son danesas, suizas o francesas, otras son sólo africanas: una masa homogénea –no marroquí, congoleñas o botsuanas, por ejemplo. Se trata, pues, de la re-producción de la *mujer del tercer mundo* como sujeto monolítico y universal (Mohanty, 1984).

Tres páginas después de la fotografía 9, el número presenta la fotografía 10. Ahora la protagonista es una mujer rubia que amamanta a su bebé. Las sombras sobre su cuerpo indican un peso considerado saludable. Su hijo o hija también parece tener una talla adecuada. Al igual que la mujer de la *fotografía 9*, la mujer de la fotografía 10 mira a su bebé, lo que resalta la aparente similitud entre ellas, pero también el contraste entre ambas realidades. El pie de foto indica: “la leche materna contiene los mejores nutrientes para los bebés” (OMS 1974, p. 19). Nuevamente es visible cómo una mujer blanca obedece las instrucciones mientras una mujer racializada las desobedece.

Después de esta revisión, reitero la importancia de observar el poder de las fotografías en la construcción de las verdades desarrollistas y en la legitimación de los relatos biomédicos en el marco de la salud materna internacional. En ese sentido, considero que esta particular instrumentalización de la fotografía es práctica común del *habitus desarrollista*. Prueba de esto, además de las imágenes presentadas aquí, se encuentra en las instrucciones del concurso de fotografía *One World for All* publicitado en las últimas páginas de la publicación analizada, y convocado por el Sistema de Naciones Unidas a razón del Año Mundial de la Población. El texto indica:



These three photos are examples illustrative of the theme of the competition. Left, a Japanese grandfather listens to his grandson practising music—a contrast of youth and age. Above, this study of disease and misery is in direct opposition to the photo right, a healthy, happy child. (Photos WHO/E. Schwab and WHO)

Fotografía 11. “Arriba, este estudio de la miseria está en oposición directa con la foto de la derecha, un niño sano, feliz” (OMS 1974, p. 37).

la competencia está diseñada para ser una especie de inventario visual de cómo viven las personas en varios países. En particular, tiene como objetivo reflejar las condiciones sociales, políticas, tecnológicas, económicas, culturales y de salud. Por lo tanto, *la competencia se centra en el hombre en conflicto o en armonía con su entorno*. Las situaciones, procesos de desarrollo, patrones de comportamiento, etc., pueden ser representados tanto en fotografías individuales como en series de fotografías. *Una situación a menudo puede ser destacada al contrastar opuestos*, como, por ejemplo: comida — hambre; ropa fina — harapos; domesticidad — falta de hogar; salud — enfermedad; trabajo — desempleo; diligencia — pereza; juventud — vejez; riqueza — pobreza (OMS 1974, p. 36).

Las instrucciones vienen acompañadas, nuevamente, de fotografías marcando estos contrastes. Una vez más, en el lado de la miseria y la enfermedad aparece un cuerpo racializado, mientras que en el lado de lo deseable aparece un cuerpo blanco. Como se verá en otras ocasiones más adelante en esta tesis, esta práctica fotográfica-discursiva del contraste entre lo deseable y no lo deseable, entre los sujetos que deben ser intervenidos y los sujetos que deben ser emulados, es muy común en la industria del desarrollo.

3.3. Finales de la década de 1970: la Atención Primaria de Salud y la CEDAW

Para finales de la década de 1970 se volvió evidente que la simple exportación del modelo de salud occidental al sur global, con su énfasis en la alta tecnología y en la medicina curativa en grandes hospitales urbanos, no funcionaría para lograr los objetivos contenidos en la constitución de la OMS (AbouZahr, 2003; Rosenfield & Min, 2009). En este contexto se da en 1978 –cuatro años después del Año Mundial de la Población– la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, organizada por la OMS y UNICEF.

A la par, un año después de Alma-Ata, llega la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), con

la que la cuestión del género entra de lleno en la agenda de desarrollo internacional. Desarrollo ambos acontecimientos, y sus implicaciones para el desarrollo discursivo de la AISM, a continuación.

3.3.1. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, 1978)

En un intento por descolonizar la medicina y la cooperación internacional en salud, en Alma-Ata se hace el llamado a cambiar el enfoque de los grandes hospitales en centros urbanos hacia un modelo de salud comunitario, integrado y equitativo. Experiencias positivas como la de los *médicos descalzos*⁸⁹ en China, y algunas otras menores en La India, África y América Latina, que distaban mucho de la ortodoxia médica occidental, fueron reconocidas por la OMS en vísperas de Alma-Ata, aun con las críticas de buena parte de occidente, sobre todo de Estados Unidos y la URSS, quienes lo consideraban un retroceso tecnológico (Tejada de Rivero, 2018).

Es de esta forma que en Alma-Ata se retoma el lema de *salud para todos en el año 2000* establecido en la Asamblea General de la Salud de 1977 (Stroyer, 2012). La innovación de Alma-Ata fue seleccionar al modelo de Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia para lograr tal objetivo. Al respecto, en la Declaración de Alma-Ata se entiende que la APS es:

atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesibles universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su

⁸⁹ Los *médicos descalzos* surgieron en China como un programa de salud pública en la década de 1960. Se trata de campesinos instruidos para tratar enfermedades comunes en las zonas rurales del país, quienes combinan sus labores en el campo con la atención sanitaria de los miembros de su comunidad (Wen Chi, 1975). Están “familiarizados con las enfermedades de los campesinos y saben cómo tratarlas y prevenirlas”, y “utilizan también plantas medicinales locales y hacen un amplio uso de la tradicional acupuntura china” (Wen Chi, 1975, p. 558). El sistema de los *médicos descalzos* es aplicado en “las comunas populares” y “es dirigido por los campesinos sobre una base colectiva y de ayuda mutua”, logrando buenos resultados en atención sanitaria a un menor precio y en menor tiempo que otras alternativas (Wen Chi 1975, p. 559).

completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada (*sic*) nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, 1978, p. 2).

De acuerdo a la Declaración de Alma-Ata, la APS:

- Refleja las condiciones económicas, políticas y socioculturales de las comunidades, y está basada en “la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios” (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud 1978, p. 2).
- Se orienta “hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad”, y “promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores” (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud 1978, p. 2).
- Propicia “un autodesarrollo comunitario e individual [...] con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales” (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud 1978, p. 2).
- Desarrolla “a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar” (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud 1978, p. 2).
- Comprende “sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención

sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados” (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud 1978, p. 2).

- Fomenta la participación individual y comunitaria en la planificación e implementación de su atención sanitaria (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud 1978, p. 1).

Además, se acuerda la APS debe considerar la nutrición, la educación en salud, el acceso a saneamiento y agua potable, inmunización, la provisión de medicamentos esenciales, el control de enfermedades endémicas, el tratamiento de enfermedades comunes y traumatismos, y –lo más relevante para esta investigación– la “asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar” (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud 1978, p. 2).⁹⁰

En ese sentido, en Alma-Ata se refuerza lo planteado en la Tercera Conferencia Mundial sobre Población de Bucarest sobre el vínculo indisoluble entre planificación familiar y salud materna e infantil. La innovación, en este caso, fue posicionar a ambos componentes como centrales dentro del modelo de la APS que se buscaba impulsar en el sur global.⁹¹

Otra de las innovaciones de Alma-Ata que alcanzó indirectamente al campo de la planificación familiar y la salud materna fue el reconocimiento de que el

⁹⁰ De acuerdo a la Declaración de Alma-Ata, la APS incluye: “educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición: adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando (*sic*) tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales” (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud 1978, p. 2).

⁹¹ Tres años después de la Conferencia la OMS publicó la *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000* (1981). En ésta se llamó a fortalecer la cooperación técnica y financiera entre los países para lograr la implementación del modelo de APS. Además, en la estrategia se incluyó una lista de indicadores para monitorear y medir el progreso de tales propósitos a nivel internacional. Entre estos había dos indicadores relacionados a la salud materna: *número de países con personal adiestrado para la asistencia a la maternidad y a los partos y para la asistencia a los niños, por lo menos durante el primer año de vida y la tasa de mortalidad infantil para todos los subgrupos que pueden identificarse es inferior al 50 por 1000 nacidos vivos*. (OMS 1981, pp. 81-82).

personal sanitario incluía tanto a médicos y enfermeras, cuanto a “comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda” (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud 1978, p. 2). Tales operadores sanitarios debían estar “correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad” (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud 1978, p. 3).

Al respecto, en Alma-Ata se concibe a la población como el recurso más importante para lograr la salud, ya sea a partir de la responsabilidad del individuo respecto a su propio bienestar, como a partir del personal sanitario. Las características de ese personal, se señala, varían de un territorio a otro, y en el primer nivel de contacto, puede incluir a curanderos y parteras empíricas, si bien se establece que deben darles “el adiestramiento correspondiente” (OMS & UNICEF 1978, p. 37).⁹²

Otro nuevo desarrollo discursivo relevante que, considero, se dio a partir de la Conferencia fue la idea de la instrumentalización de la salud para alcanzar el desarrollo –idea que en lo subsecuente permearía también el dominio de la AISM. En ese aspecto, la Declaración de Alma-Ata apunta que “la promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo” (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud 1978, p. 1).⁹³

Por otro lado, en materia de ayuda y cooperación internacional, el informe conjunto de la Conferencia publicado por la OMS & UNICEF señala que las acciones en este rubro deben estar guiadas por los países receptores, teniendo a su vez a la

⁹² En ese sentido, Alma-Ata fue la primera ocasión en que se nombra la medicina tradicional, que actualmente es entendida por la OMS como “la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias indígenas de diferentes culturas, explicables o no, utilizadas en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico, mejora o tratamiento de la salud física y mental” (OMS, 2013, p. 15).

⁹³ Halfdan Mahler, Director General de la OMS en esa época, defendería en numerosos artículos que la salud no debería ser un subproducto del progreso económico, sino un instrumento del desarrollo (Litsios 2008, como se citó en Cueto, 2018).

comunidad como foco principal del sistema de salud (OMS & UNICEF 1978, p.53). Asimismo, aunque reconoce que la APS es de carácter universal, admite que no hay una fórmula que sea universalmente aplicable en su implementación.

Aun así, en el informe sugiere que las experiencias nacionales pueden orientar la acción en otros espacios, de forma que la cooperación internacional en materia de salud se vuelve de provecho. Como resultado, el informe sugiere que la mejor modalidad de cooperación en salud es la cooperación técnica, tanto norte-sur, como sur-sur, y que el papel de los organismos internacionales debe consistir en el fomento de tales intercambios (OMS & UNICEF 1978, p. 53). En ese sentido, el informe señala que:

La ayuda mutua de los países respecto a los programas de atención primaria de salud debe consistir, sobre todo, en compartir los conocimientos técnicos y los medios de formación profesional, en el desarrollo de una tecnología apropiada y en el intercambio de información y de experiencias, a través de instituciones nacionales (OMS & UNICEF 1978, p. 53).

Finalmente, en materia de financiamiento, el informe señala que la atención primaria de salud requiere de grandes recursos financieros. Asimismo, recalca la importancia de que los fondos destinados para este fin sean flexibles para que los países beneficiarios puedan utilizarlos en lo que más necesiten.

Además, el informe problematiza que hasta entonces la mayor parte de la ayuda financiera se haya “destinado a servicios médicos extremadamente complejos y especializados, en provecho de pequeños grupos privilegiados” (OMS & UNICEF 1978, pp. 53-54). Sin embargo, señala que, por el sistema de referencia e interconsulta que implica la APS, debe destinarse “ayuda financiera exterior a los centros y hospitales de distrito, a condición de que presten pleno apoyo a la atención primaria de salud”. (OMS & UNICEF 1978, p. 54).

A pesar de las buenas intenciones, al momento de la implementación, el modelo de APS propuesto en Alma-Ata se quedó corto. La razón es que la APS no

logró que en la práctica se descentralizaran los sistemas de salud, que se abandonara la noción del individuo como receptor pasivo, ni que se rompiera el vínculo que desde la medicina occidental se hace entre salud y atención médica reparativa centrada en la enfermedad (Kiernan, 2003). Como indica Tejada de Rivero (2018), parte de los malentendidos y distorsiones provienen de las palabras que componen el término en español.⁹⁴ Debido a que:

la palabra 'atención' induce a pensar en un servicio, sobre todo médico, donde hay proveedores activos y recipientes pasivos (resaca mental del modelo flexneriano).⁹⁵ En lugar de cuidado ('care') se tradujo como atención. Por otro lado, la palabra 'primaria' induce a subvalorar el contenido de ese servicio e identificarlo como lo elemental, empírico, es decir un servicio paralelo y barato para los pobres (Tejada de Rivero 2018, p. 55).

Como apunta Kiernan (2003), en el caso de Alma-Ata, fue mucho más fácil entender lo *primario* como algo básico o poco sofisticado que como algo de primer orden. En consecuencia, la APS terminó por entenderse como una parte aislada de los sistemas de salud, "circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres" (Kiernan, 2003). Además, señala el autor, la impaciencia de algunas agencias internacionales, de Naciones Unidas y privadas, por lograr resultados tangibles en periodos cortos llevó a una mayor distorsión del concepto (Kiernan, 2003).

Esto fue observable también en materia de salud materna. En este caso, el énfasis continuó en la planificación familiar, por un lado, y en las infancias, por el otro, a costa de cuestiones como la seguridad en el parto y el embarazo (AbouZahr 2003, p. 15). La búsqueda por la eficiencia a partir de la primera *fatiga de la ayuda*,

⁹⁴ En inglés el término utilizado es *Primary Health Care* o, dicho en español, *Cuidados Prioritarios en Salud*. "El *cuidado* tiene una connotación mucho más amplia e integral que la *atención*" y "denota relaciones horizontales, simétricas y participativas" (Kiernan, 2003).

⁹⁵ El modelo flexneriano, diseñado en la década de 1910 por el estadounidense Abraham Flexner, "colocó como fundamental la dimensión biológica de la enfermedad y la atención al individuo basada en la 'departamentalización' o territorialidad del conocimiento y la especialización de la práctica médica" (Pinzón 2008, p. 35).

la crisis económica mundial de la década de 1980 y las controversiales reformas de ajuste estructural recomendadas por el Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional, orientó las acciones en este campo a intervenciones costo-eficaces fáciles de medir (Rosenfield & Min, 2009). En consecuencia, predominaron medidas de APS selectiva,⁹⁶ tales como programas verticales de planificación familiar alejados de los sistemas integrados de salud, y campañas de inmunización contra enfermedades infecciosas y de monitoreo del crecimiento (AbouZahr 2003, p. 15).

Al respecto, el documento *Método de atención sanitaria de la madre y el niño basado en el concepto de riesgo*, publicado por la OMS el mismo año que la Conferencia de Alma-Ata, influyó notoriamente en las interpretaciones prácticas de la salud materna en el marco de la APS. El método se alineaba con el interés naciente de los donantes en las intervenciones costo-eficientes y centradas en un conjunto de pocas soluciones efectivas y adecuadamente focalizadas. En ese sentido, la OMS plantea que este método es “un instrumento de gestión flexible y racional que permite distribuir los recursos existentes basándose en la medición de los riesgos individuales y colectivo” para determinar “las prestaciones que deben ofrecerse en materia de salud de la madre y el niño y de planificación familiar” (OMS 1978, p. V).

Asimismo, el método de atención sanitaria basada en el riesgo propuesto por la OMS pide la inclusión de las parteras empíricas y señala que su participación es especialmente idónea en el marco de la APS (OMS 1978, p. V). Además, define a los factores de riesgo como “las características o circunstancias de una persona o un grupo que les exponen a un riesgo aumentado de contraer o padecer un proceso

⁹⁶ Como describe Cueto (2018, p. 30), apenas un año después de la Conferencia de Alma-Ata, surge en las discusiones de la salud internacional el concepto de Atención Primaria de Salud Selectiva (APS-S). El término es producto de una colaboración entre UNICEF y la Fundación Rockefeller orientada al desarrollo de soluciones específicas y focalizadas para evitar las enfermedades y la mortalidad infantil (Cueto, 2018). Mientras la APS-S abogaba por el uso de alta tecnología y enfatizaba el rol del médico en estos esfuerzos, la APS requería de la cooperación entre médicos y actores comunitarios y de la priorización de los centros de salud rurales; se trataba, por tanto, de un enfoque vertical contra un enfoque horizontal (Cueto 2018, p. 31).

patológico o de sufrirlo en condiciones especialmente desfavorables” (OMS 1978, p. 1). Y señala que “el primer embarazo, el elevado número de hijos, las gestaciones demasiado frecuentes, el embarazo en los extremos de la edad fértil, la pérdida anterior de un hijo y la malnutrición” son “*factores universales* de riesgo que aumentan las posibilidades de una mala evolución del embarazo” (OMS 1978, p. 1).⁹⁷

En ese sentido, se observa cómo para este punto se consolida en la AISM la noción homogeneizadora de que existen *riesgos universales* a todas las mujeres que afectan el desenlace del embarazo y la salud del niño –en este instrumento, como en los anteriores, aún no se habla de la reducción de la muerte materna como objetivo prioritario. El documento afirma que, para evitar desenlaces negativos, dichos riesgos deben ser identificados por un profesional de la salud a partir de un contacto, aunque fuere superficial, con las mujeres y niños de la comunidad en cuestión (OMS 1978, p. 2).

Y a ello se agrega que la necesidad de observar y medir “aumentará la vigilancia, la participación y la eficacia del trabajador de salud en todos los niveles” (OMS 1978, p. 2). De esta manera, el documento sugiere que los controles prenatales son el método más racional desde el punto de vista de los recursos y la cobertura –criterios de suma importancia en la praxis del desarrollo internacional. Como se mencionó en el capítulo dos y como se verá nuevamente más adelante, el número de visitas o controles prenatales se consolidará a partir de este momento como uno de los grandes indicadores de la AISM y, en consecuencia, como una de las estrategias más importantes en el campo de la salud materna hasta el día de hoy a pesar de los múltiples cuestionamientos en torno a su verdadera eficacia.⁹⁸

⁹⁷ Las itálicas son mías.

⁹⁸ Una discusión sobre este último punto puede encontrarse en el apartado de *Indicadores* del capítulo dos de esta tesis.

3.3.2. *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979)*

Un año después de la Conferencia de Alma-Ata, y apenas unos días antes de comenzar la década de 1980, el 18 de diciembre de 1979, fue aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).⁹⁹ En este instrumento internacional –de gran importancia por su carácter vinculante– no se utiliza el concepto de salud materna ni símiles; sin embargo, sí se realizan algunas anotaciones de su contenido.

Así, la CEDAW, en su artículo 12, exhorta a los Estados Partes a adoptar “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 los hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica” (CEDAW, 1979). Además, el artículo 12 retoma los desarrollos de las décadas de 1960 y 1970 en salud sexual y reproductiva, pues incorpora el derecho al acceso igualitario a la planificación familiar (CEDAW, 1979).

Asimismo, la CEDAW pide a los Estados Partes garantizar la provisión de “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario” (CEDAW, 1979). Y, de igual manera, se demanda que los Estados Partes aseguren una “nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (CEDAW, 1979). Todo ello sin quedar definido en el texto qué es una nutrición adecuada o cómo son los servicios de atención apropiados.

⁹⁹ La CEDAW es un instrumento internacional de carácter vinculante. Esto significa que “los Estados que ratifican la Convención están [...] legalmente obligados a eliminar toda forma de discriminación contra la mujer en todos los ámbitos de la vida; garantizar el pleno desarrollo y avance de las mujeres para que puedan ejercer y disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales de la misma manera que los hombres; permitir que el Comité de la CEDAW examine sus esfuerzos para aplicar el tratado informando al organismo a intervalos regulares” (OHCHR, s.f.b).

En consecuencia, estos vacíos en las definiciones serían en la práctica llenados a partir de otras fuentes, tales como los informes, reportes, conferencias, recomendaciones y publicaciones de los actores de la AISM, por un lado, y las investigaciones y prácticas nacionales por el otro. No obstante, lo verdaderamente relevante de la CEDAW en cuanto a la salud materna es que algunas de sus reivindicaciones desarrolladas hasta el momento, como la atención adecuada y la planificación familiar, fueron incluidas y, por tanto, elevadas a una posición de derechos a razón del carácter vinculante del instrumento. Como resultado, y a diferencia de otros instrumentos, los Estados Partes se verían obligados a cumplir con los compromisos asumidos.

Ahora, a manera de recapitulación, hasta este punto he intentado trazar, desde una perspectiva genealógica, cómo la salud materna emergió y se consolidó como un concepto central en el marco del desarrollo y la cooperación internacional. Al respecto, sostengo que su constitución no responde a un proceso lineal ni inevitable, sino al resultado de relaciones de poder, innovaciones discursivas –a veces en disputa, a veces complementarias– y dinámicas contingentes.

Desde 1945 hasta 1979, la administración de los cuerpos de las mujeres y otras personas gestantes se erigió como un ámbito estratégico para los proyectos tanto desarrollistas como imperialistas, en los que convergieron imperativos morales, intereses geopolíticos y preocupaciones demográficas. En ese sentido, la salud materna no es solo una categoría técnica, sino también una construcción discursiva atravesada por significados que se fracturan, sedimentan y bifurcan, al tiempo que cristalizan y reproducen jerarquías de género, clase y raza.

Mi propósito con este rastreo fue identificar las condiciones históricas que dieron lugar a los principales elementos discursivos que constituyen a la AISM contemporánea, centrándome en los antecedentes directos antes de la entrada de la muerte materna como cuestión central del desarrollo internacional. Considero que este ejercicio fue de suma importancia para comprender por qué las futuras interpretaciones que se hicieron en torno a la muerte materna fueron

frecuentemente vinculadas con la salud neonatal e infantil, así como con la planificación familiar, y las consecuencias que esto ha tenido para las gestantes en el sur global. En el capítulo a continuación, desarrollo estas cuestiones.



CAPÍTULO 4.

La dimensión contextual de los discursos desarrollistas en torno a la salud materna: hegemonía, fisuras y sedimentos (1985-2015)

En este capítulo, como en el anterior, intento identificar las dinámicas históricas y contingentes a partir de las cuales se construyeron los elementos discursivos que sostienen el funcionamiento de la Agenda Internacional de Salud Materna (AISM) contemporánea. Sin embargo, mientras que en el capítulo anterior me centro en lo que entiendo como sus antecedentes o sus bases, en este capítulo me enfoco en lo que considero su contexto, es decir, ese periodo en el que terminaron por asentarse sus principales componentes discursivos al día de hoy.

En ese sentido, en las siguientes páginas me aboco a analizar el periodo que va de 1985 a 2015, marco temporal en el que la cuestión de la muerte materna no solo fue introducida, sino consolidada como una categoría central dentro de los debates desarrollistas y, por extensión, de la AISM. Es durante este periodo que la erradicación de la muerte materna se sedimenta como sinónimo de desarrollo, y, como consecuencia, que se despliega toda una serie de interpretaciones, indicadores, recomendaciones, ansiedades e intervenciones orientadas a su eliminación en un marco definido de relaciones de poder entre el norte y el sur global.

En este capítulo me situó en tal marco temporal y analizo cómo la muerte materna fue construida como una categoría clave del discurso desarrollista, basándome para ello, nuevamente, en el método genealógico planteado por Foucault. Como señalé en el capítulo anterior, este enfoque metodológico se

caracteriza por su interés en la identificación de las condiciones históricas y contingentes, así como de las relaciones de poder, que hacen posible la emergencia y estabilización de ciertas ideas, subjetividades, saberes y formas de control (Foucault, 1979).

Bajo este encuadre metodológico, en estas páginas examino cómo las dinámicas globales, los intentos de las potencias por reafirmar su hegemonía y las consecuentes resistencias de grupos activistas y periféricos, dieron lugar a la integración de la muerte materna como una prioridad ética, técnica y política del desarrollo internacional, redefiniendo el campo discursivo de la cooperación internacional en salud materna. En este proceso, presto especial atención a las formaciones discursivas contenidas en fuentes primarias, particularmente en relatorías, informes, planes de acción y declaraciones derivadas de las principales conferencias internacionales del periodo organizadas por agencias del Sistema de Naciones Unidas (SNU).

En ese sentido, parto del entendimiento foucaultiano de que el discurso, más que simplemente describir o reflejar una realidad, la produce. En otras palabras, el discurso define y produce los objetos de nuestro conocimiento, administra las formas en que debe razonarse y hablarse sobre un tema, e influye sobre cómo las ideas se transforman en prácticas que regulan la conducta de los sujetos (Hall, 2004, p. 346). Como resultado, en este capítulo entiendo a la muerte materna no solo como un hecho biológico –que sin duda lo es–, sino también como un fenómeno cargado de sentidos específicos, algunos feministas, otros hegemónicos, como desarrollaré a continuación.

Siguiendo esta línea, sostengo que la consolidación de la muerte materna como un problema prioritario de la agenda global de desarrollo no fue un proceso neutro ni natural, sino el resultado de dinámicas contingentes de poder que legitimaron ciertas interpretaciones al tiempo que marginaron otras. En este proceso se sedimentó una verdad, que, al no poder ser del todo refutada, se tornó inalterable

a través del tiempo a partir de la reproducción material y discursiva de la AISM. Esta verdad incorporó nociones de riesgo, evitabilidad y deseabilidad.

Al respecto, a continuación, demuestro cómo, durante el periodo que va de 1985 a 2015, la muerte materna, como categoría, fue, a razón de un muy particular estado de fuerzas en disputa, investida de un alto valor moral, presentándose como un objetivo indiscutible del desarrollo. Estas asociaciones permitieron el despliegue de un conjunto de intervenciones, indicadores y recomendaciones emanadas del modelo biomédico occidental, mismos que permitieron la reorganización de las prácticas hegemónicas de antaño mediante la incorporación de algunas demandas subalternas, pero sin dejar de reproducir relaciones de poder en el proceso. Como argumentaré más adelante, concretamente en los capítulos 5 y 6, estas interpretaciones terminarían por producir efectos paradójicos sobre el bienestar de las gestantes, revelando las grietas a partir de las cuales se desliza el poder.

Así, estructuro este capítulo en tres apartados, cada uno correspondiente a una década. El primero de ellos se sitúa en la década de 1980, momento en el que la muerte materna realiza sus primeras apariciones protagónicas en las narrativas e intervenciones de la AISM tras décadas en las que la salud de las gestantes se encontró por completo subordinada a la supervivencia infantil y al control demográfico. En el segundo apartado analizo los desarrollos discursivos que sucedieron en la década de 1990, cuando las estrategias delineadas durante la década anterior no reportaron los efectos esperados en términos estadísticos, produciendo su reevaluación y coincidiendo con el reconocimiento internacional de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) en el marco más amplio de las políticas de población.

Finalmente, en el tercer apartado, examino la llegada de lo que entiendo como las grandes agendas de desarrollo, es decir, de los nuevos marcos normativos multitemáticos y globalizadores. En particular, me enfoco en la Declaración del Milenio y la Agenda 2030, en las que la salud materna –específicamente las problemáticas de embarazo adolescente y muerte materna, neonatal e infantil–

alcanza gran primacía junto a otras cuestiones centrales del desarrollo, pero cuyo costo fue la simplificación de sus objetivos, alcances y perspectivas. Con este marco general, inicio el primer apartado explorando cómo, durante la década de 1980, la muerte materna comienza a adquirir centralidad en las narrativas e intervenciones de la AISM a razón de los desarrollos técnicos en torno a su medición, marcando de esta forma un punto de inflexión frente a los entendimientos internacionales sobre salud materna presentados en el capítulo anterior.

4.1. La década de 1980: la medición y la mortalidad materna como prioridades de la AISM

4.1.1. Tercera Conferencia Internacional de las Mujeres (Nairobi, 1985)

La Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Nairobi en 1985, representó un punto de inflexión en la configuración de la salud materna como un problema central dentro de las agendas internacionales de desarrollo. Hasta ese momento, los esfuerzos de las agencias internacionales y los donantes tradicionales se habían concentrado predominantemente en la reducción de la mortalidad infantil, mientras que la morbilidad y mortalidad materna se mantenían en la periferia de las prioridades en salud global (Rosenfield & Min, 2009).

La evidente omisión, de acuerdo a Rosenfield & Min (2009), respondía a la ausencia de estadísticas confiables sobre la problemática antes de los estimados globales publicados por la OMS a mediados de la década de 1980, a la complejidad de las intervenciones necesarias para reducir su incidencia y a la condición de discriminación y desigualdad a la que históricamente se han enfrentado las mujeres de diversas sociedades.

Este panorama cambió con la celebración de la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer en Nairobi, momento en el que el discurso desarrollista comenzó a integrar de manera más explícita la relación entre género, reproducción biológica y productivismo. Es de esta forma que, por primera vez, en un foro internacional de

alto nivel, se estableció la magnitud del fenómeno de la muerte materna, se incluyó la Razón de Muerte Materna (RMM) como un indicador clave del desarrollo y se propusieron estrategias concretas para su reducción en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) (Naciones Unidas, 1985, pp. 42-43).

Esta inclusión marcó un cambio discursivo significativo que comenzó a articularse en los años previos a partir de la convergencia de varios factores. Entre éstos se encuentran la incidencia del movimiento feminista transnacional en la agenda de salud global mediante los encuentros internacionales *Mujer y Salud* que aglutinaron a activistas feministas de diferentes partes del mundo (Gruskin et al., 2008). Entre las demandas compartidas se encontraron el imperativo de eliminar las políticas coercitivas de población y la necesidad de asegurar el acceso a anticonceptivos y a servicios seguros de parto y cuidado prenatal (Gruskin et al, 2008).

Aunado a los catalizadores del giro discursivo que ocurrió en 1985 está la publicación en *The Lancet*, pocos días antes de la conferencia, del breve, pero influyente artículo de Rosenfield & Maine (1985) titulado "Where is the 'M' in MCH?". En el texto se expone cómo los programas internacionales de Salud Materno-Infantil (SMI) se centraban casi exclusivamente en la salud de las infancias, ignorando, por extensión, la salud de las mujeres.

Tal como expuse en el capítulo anterior, hasta los albores de la Conferencia de Nairobi de 1985, los temas centrales de la AISM se concentraron en la planificación familiar y en el acrónimo GOBI¹⁰⁰. De acuerdo, al artículo de Rosenfield & Maine (1985, p. 84), de estos componentes, el único con un efecto potencial en la reducción de la mortalidad materna era la planificación familiar, mientras que las

¹⁰⁰ Growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding, and immunization. Una traducción aproximada al español sería "monitoreo del crecimiento, terapia de hidratación oral, suplementación nutricional –preferiblemente a través de la lactancia– y vacunación universal".

principales causas del fenómeno no contaban con la atención adecuada dentro del mundo en desarrollo.

Tales causas, esbozadas en el artículo, fueron retomadas a los pocos días en el Informe de la Conferencia de Nairobi de 1985. En concreto, los autores mencionan que, en los países en desarrollo, éstas eran “las mismas que había en los países industrializados 50 años atrás –hemorragia, infección, toxemia y parto obstruido”, a las cuales suman, además, al aborto ilegal (Rosenfield & Maine 1985, p 84).

En la misma tesitura, el contexto en el que tuvo lugar la Conferencia de Nairobi estuvo marcado por un creciente reconocimiento de las desigualdades estructurales en salud materna, exacerbadas por la publicación de los primeros estimados globales sobre mortalidad materna elaborados por la OMS con financiamiento del UNFPA. Este informe reveló que el 99% del medio millón de muertes materna que ocurrían al año, lo hacían en los países menos industrializados (AbouZahr, 2003).

Con este telón de fondo, una de las principales innovaciones de la conferencia en cuestión frente a sus antecesoras consistió en el llamado a establecer mecanismos de medición y monitoreo que hicieran posible convertir la problemática de la salud materna en un asunto cuantificable y, por lo tanto, sujeto a regulación y a políticas públicas específicas. Así, en Nairobi se instó a los gobiernos nacionales a adoptar indicadores específicos para la mujer –sujeto abstracto que en el informe de la conferencia aparece por lo general en singular–, ya fueran los establecidos por la OMS o aquellos desarrollados a nivel nacional, subrayando la necesidad de contar con mecanismos sistemáticos para vigilar la salud femenina y evaluar la eficacia de las intervenciones (Naciones Unidas, 1985, p. 46).

La medición, en este contexto, no era un acto neutro, sino una tecnología de poder que visibilizaría ciertas realidades y ocultaría otras en la penumbra (Foucault, 1979; 1998; 2002). La inclusión de la RMM como un indicador global implicaba un cambio de paradigma en la forma en que se concebía la salud materna dentro del

desarrollo internacional, integrándola en una lógica de gobernanza que permitiría su administración y control, y estableciéndose, por tanto, dentro del dominio de la biopolítica.¹⁰¹

Esta necesidad de cuantificación vino acompañada de una resolución específica sobre mortalidad materna, en la que se retomaron las recientemente publicadas cifras de la OMS y muchos de los argumentos del texto de Rosenfield & Maine (1985). De forma específica, la resolución afirmó que las complicaciones del embarazo y del parto eran la principal causa de muerte entre las mujeres en muchos países en desarrollo, y enfatizó que la mayor parte de estas muertes podían evitarse mediante la atención preventiva, entendida como servicios de atención prenatal y de planificación familiar, atención de personal especializado durante el parto y el tratamiento oportuno a complicaciones, todo ello bajo el modelo de la APS –esto último dando cuenta de la sedimentación discursiva de tal modelo en dicho momento histórico, si bien terminaría por perder fuerza en los años por venir– (Naciones Unidas, 1985, p. 232-233).

No obstante, lo relevante de esta resolución no fue tan solo el reconocimiento de la muerte materna como un problema prioritario de la AISM y, por extensión, del desarrollo, sino, que en ella comenzó a dibujarse un abanico muy particular de soluciones frente a esta problemática. Se trata, pues, de la delimitación de un rango de respuestas que, con algunas pocas variaciones discursivas, se ha mantenido en las estrategias globales de salud materna hasta la actualidad. De esta manera, durante la conferencia de Nairobi de 1985 comenzó el fortalecimiento de una narrativa en la que las soluciones técnicas y cuantificables a la problemática de la muerte materna adquirirían preponderancia en la AISM.

¹⁰¹ A manera de recordatorio, la *biopolítica*, según la entiende Foucault (1998; 2003), es una forma de gobierno que se diferencia de la anatomopolítica por estar orientada al control y administración de la vida de las poblaciones a partir de políticas y estrategias de intervención. Entre los objetivos de ésta están la optimización de la salud, la productividad y la gestión de la reproducción de las poblaciones mediante la gestión de temas como la higiene, la sexualidad y los fenómenos de vida-muerte tales como la natalidad, la esperanza de vida y la mortalidad (Foucault, 2003).

A la par, la redefinición de la salud materna en Nairobi no solo implicó un cambio en el lenguaje y las estrategias, sino que también transformó el papel de los actores internacionales en la agenda de salud global. La OMS, el UNFPA, el Banco Mundial y UNICEF se posicionaron como actores clave que debían trabajar conjuntamente en la implementación de políticas de salud materna (Naciones Unidas, 1985, p. 229). Esta configuración discursiva consolidó la legitimidad de estas agencias multilaterales en el desarrollo y aplicación de la AISM. Así, en ellas recaería la determinación de prioridades de salud materna desde el punto de enunciación internacional.

Otra de las fisuras presentes en Nairobi fue que, si bien no se reconocieron explícitamente los derechos sexuales y reproductivos como tales –eso no vendría sino hasta la CIPD de 1994–, sí comenzó a integrarse un incipiente enfoque de derechos humanos en torno a la reproducción biológica. Se afirmó que "la capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base importante para el ejercicio de otros derechos" (Naciones Unidas, 1985, p. 228), y que "todas las personas tienen el derecho humano de decidir libremente y con conocimiento el número y el espaciamiento de sus hijos" (Naciones Unidas, 1985, pp. 206-207). Así, en Nairobi 1985, la planificación familiar se construye como un derecho humano, y, por tanto, se pide que se asegure el fácil acceso de las personas a métodos anticonceptivos eficaces (p. 206-207)

Sin embargo, aunque en Nairobi se promovió la planificación familiar como un derecho y como una herramienta para la autonomía de las mujeres, su implementación en políticas y programas nacionales e internacionales posteriores no siempre respetó este principio. Como mostraré en los capítulos 5 y 6 de esta tesis, en muchos casos, las estrategias de planificación familiar estuvieron influenciadas por intereses demográficos, burocráticos y económicos que priorizaron la reducción de la fecundidad sobre el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos.

En ese sentido, las innovaciones que Nairobi llevó al dispositivo de la AISM no emergieron por completo en el vacío. Mientras algunas de ellas surgieron del reconocimiento de fuerzas contrahegemónicas –como aquellas encarnadas en la tercera ola del movimiento feminista–, otras se construyeron sobre sedimentaciones previas de debates en torno al desarrollo y la salud de las mujeres. Al respecto, la conferencia retomó ideas del Plan de Acción Mundial para la Consecución del Año Internacional de la Mujer, la CEDAW, la Conferencia Internacional sobre Población de Bucarest y la Asamblea Mundial de la Salud de 1977. Ello da cuenta del entramado fuerzas centrípetas y fuerzas centrifugas que constituían en aquel momento histórico los discursos y visiones sobre la salud materna y el desarrollo internacional, particularmente en lo que concierne a las asociaciones entre reproducción, producción y modernización.

Así, dentro de los discursos antes articulados y reciclados por la conferencia se encuentran aquellos relativos a la planificación familiar, que continuó concibiéndose como una pieza central de la AISM en Nairobi 1985. En este foro se reconoció la importancia de brindar información sobre planificación familiar –sin llegar a conceptualizar estas actividades como *educación sexual y reproductiva*– y se identificó al embarazo adolescente como un riesgo tanto para la gestante cuanto para el infante. Esta persistencia de la planificación familiar como un eje prioritario de la AISM refleja la continuidad con las conferencias reseñadas en el capítulo anterior, en el que el control de la reproducción femenina ha sido tratado como un interés desarrollista, maridando las cuestiones relativas a la salud materna con las políticas de población y crecimiento económico.

La conferencia también estableció metas específicas, aunque sin definir parámetros cuantitativos precisos, en un tenor similar al lema de “salud para todos en el año 2000” proclamado en la Asamblea General de Salud de 1977. En específico, se afirmó que, debido a los niveles inaceptablemente elevados de mortalidad materna en muchos países en desarrollo –recordemos la entonces reciente publicación de las primeras estadísticas internacionales de muerte materna por parte de la OMS–, la reducción de ésta hasta un nivel mínimo debía convertirse

en *un objetivo fundamental de los gobiernos y de las organizaciones no gubernamentales” (Naciones Unidas, 1985, p. 45).

De esta manera, en Nairobi se reafirmó la intención de enmarcar la salud materna dentro de una planificación global orientada al cumplimiento de metas en el mediano plazo. No obstante, la falta de objetivos cuantificables y la ausencia de mecanismos de rendición de cuentas en la conferencia dejaron abierta la interpretación sobre qué constituía un nivel mínimo aceptable de mortalidad materna. Esos parámetros comenzarían a definirse apenas dos años después.

Por otro lado, uno de los elementos más persistentes en el informe de Nairobi 1985 fue la vieja asociación entre la salud materna e infancia. En este sentido, el binomio madre-hijo fue un eje recurrente en la argumentación sobre la importancia de la salud de las mujeres, reforzando la idea de que su bienestar era relevante en la medida en que afectaba a su descendencia.

Esta sedimentación discursiva evidencia la continuidad con conferencias previas, en las que la mujer ha sido conceptualizada en función de su rol reproductivo al servicio de otras metas desarrollistas. En resumen, si bien en Nairobi surgió la visibilización de la muerte materna como una problemática independiente, esta no dejó de entenderse bajo la *sombra del producto*, es decir, bajo la primacía del infante cuya supervivencia dependía de la salud de la madre.

La instrumentalización de la mujer dentro del discurso desarrollista se hizo evidente una vez más en la exhortación a los gobiernos para invertir recursos en la atención de "la mujer gestante a fin de contribuir al nacimiento de un niño sano y a que la madre esté en condiciones óptimas de salud para poder cumplir cabalmente la función social tan importante que significa la maternidad respecto a las nuevas generaciones" (Naciones Unidas, 1985, p. 207). Como ya he señalado, esta formulación refuerza la noción de que la salud materna es valiosa en la medida en que garantiza el bienestar de la descendencia.

De manera similar, se enfatizó que la salud de la mujer debía ser atendida no solo por su propio bienestar, sino porque, además de su rol productivo, ella es la encargada de la salud y los cuidados de los hijos y de la comunidad (Naciones Unidas, 1985, pp. 42-43). Se argumentó que su función productiva y reproductiva justificaba la implementación de estrategias de atención primaria que redujeran los niveles de fecundidad y mortalidad materna e infantil, evidenciando cómo en Nairobi 1985 la salud de las mujeres seguía siendo definida en relación con su rol ante la infancia y la familia (Naciones Unidas, 1985, pp. 42-43).

En la misma línea, la conferencia reforzó la instrumentalización de la participación femenina en la salud comunitaria. Se alentó a las mujeres a desempeñar un papel central en la atención primaria, particularmente en zonas rurales, bajo el argumento de que, en su condición de madres y cuidadoras, ellas debían velar por la salud del niño y la familia (Naciones Unidas, 1985, p. 46). Esto se observa en numerosos puntos del informe de la conferencia, como, por ejemplo, en la siguiente cita:

Muchos oradores observaron que la importancia dada en todo el mundo a la atención primaria de la salud había hecho resaltar la importancia de la salud de la mujer, que, en su condición de principal encargada de la atención de la salud del niño y de la familia, debía estar sana para cumplir adecuadamente ese papel (Naciones Unidas, 1985, p.134).

Este discurso, aunque presentado como un reconocimiento de su importancia, en realidad contribuía a reforzar la carga de trabajo no remunerado que históricamente han soportado las mujeres en el ámbito sanitario y comunitario. Ello debido a que estos reconocimientos se enmarcaban bajo nociones sexistas ligadas al ideal de altruismo y solidaridad femenina, como se observa en el siguiente fragmento en el que se motiva a los gobiernos a valerse de las redes locales de mujeres para llevar a cabo tareas desarrollistas sin hacer mención de que el Estado debía proveer una justa remuneración por estos servicios:

Los gobiernos deben alentar a las organizaciones locales de mujeres a que participen en las actividades de atención primaria de salud, incluida la medicina tradicional, y a idear formas de apoyar a la mujer, especialmente a la menos favorecida económicamente, en la responsabilidad de velar por su salud y promover la atención comunitaria, especialmente en las zonas rurales (Naciones Unidas, 1985, p. 46).

En este contexto, la figura de la mujer como cuidadora se extendió más allá del trabajo comunitario altruista, alcanzando también el ámbito de la medicina tradicional y la partería, donde su conocimiento fue reconocido solo en la medida en que podía ser integrado en los marcos biomédicos oficiales. Así, en la conferencia se promovió la integración de parteras empíricas y curanderas tradicionales dentro de los sistemas nacionales de APS; no obstante, al tiempo que esto sucedía, algunos enunciados recalcaron también la existencia de prácticas curativas nocivas, lo que reveló de nueva cuenta las ya históricas tensiones entre modernidad y tradición en los discursos del desarrollo.

Así, si bien en Nairobi 1985 se reconoció la importancia de estos saberes para la salud materna, su incorporación se planteó en términos de adaptación a la medicina moderna, sugiriendo que lo tradicional solo era válido en la medida en que se ajustara a la planeación de los objetivos nacionales de desarrollo (Naciones Unidas, 1985, p. 43). Aún con todo, una década más tarde las parteras serían excluidas nuevamente de los discursos de la AISM, demostrando la permanente volatilidad de su posición al interior de ésta.

Por otro lado, la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1985 también introdujo nociones de riesgo en las que ciertas prácticas y condiciones fueron conceptualizadas como amenazas que debían ser corregidas mediante la intervención estatal e internacional. Al respecto, se sostuvo que “en la mayoría de los países la población carece (sic) de conocimientos suficientes acerca de los riesgos a los que está expuesta la mujer en materia de salud debido a determinadas costumbres y prácticas” (Naciones Unidas, 1985, p. 193).

Este enunciado no solo refuerza la idea de que las mujeres en ciertas regiones son inherentemente vulnerables –por no decir ignorantes–, sino que también reproduce una visión dicotómica entre lo occidental y lo no occidental, en la que las tradiciones –nunca menciona cuáles en específico– son presentadas como peligrosas e incompatibles con la modernización y el desarrollo. Esta formulación no solo posiciona a las mujeres como sujetos pasivos de la intervención biomédica, sino que también abre la puerta a la sustitución de las prácticas médicas tradicionales –nocivas o no, pues no se determina cuáles de éstas son unas u otras– por modelos de atención a la salud alineados al ideal occidental.

La construcción de riesgos en torno a la salud materna en Nairobi 1985 también se reflejó en la identificación de los embarazos "demasiado numerosos, demasiado frecuentes, demasiado tempranos y demasiado tardíos" como factores determinantes en la mortalidad materna e infantil (Naciones Unidas, 1985, p. 229). Esta narrativa, presente en algunas de las fuentes que analicé en el capítulo anterior, encajó a la perfección con la vieja idea de que la reproducción femenina debía ser objeto de la regulación estatal.

A partir de estas construcciones de riesgo, la conferencia promovió una serie de soluciones alineadas con una lógica de prevención y control. Se instó a los gobiernos a adoptar prácticas y tecnologías que influyeran positivamente en la salud materna, a abandonar prácticas consideradas perjudiciales –sin especificar cuáles– y a difundir información sobre los riesgos asociados a ciertas conductas (Naciones Unidas, 1985, pp. 193-207).

Además, se llamó a que los Estados asignaran presupuestos nacionales para programas de salud que priorizaran la educación en planificación familiar, la disponibilidad de métodos anticonceptivos, la prevención del embarazo adolescente y la atención a la mujer gestante –particularmente durante el embarazo y el parto, invisibilizando así otras etapas del proceso reproductivo, como el puerperio– (Naciones Unidas, 1985, p. 295). Esta visión de la prevención, aunque presentada como un avance en la protección de la salud materna, consolidó una perspectiva en

la que la vigilancia del cuerpo de las mujeres seguía siendo un mecanismo central de la gobernanza poblacional, ahora justificada bajo la amenaza de la muerte materna e infantil.

Finalmente, otra de las sedimentaciones presentes en Nairobi 1985 es la presencia totalizadora del enfoque MED o *Women in Development*. Al respecto, la conferencia reafirmó la necesidad de integrar a las mujeres en el desarrollo –como si éstas no hubieran estado siempre en sus procesos, tanto desde lo productivo cuanto desde lo reproductivo, y tanto desde la formalidad cuanto de la informalidad. Esta *integración* se articuló alrededor de un marco que posicionaba a estas actrices como un recurso económico necesario para la modernización. Por ejemplo, se argumentó que la participación activa de las mujeres en el cumplimiento de los objetivos demográficos era fundamental para alcanzar el desarrollo (Naciones Unidas, 1985, p. 140).

En esa línea, el entonces secretario ejecutivo del UNFPA, Rafael Montinola Salas, pronunció que

dato que la condición de la mujer se relaciona claramente con variables demográficas tales como la fecundidad y la mortalidad materna, el mejoramiento de la condición jurídica y social de la mujer debía ser uno de los componentes de todas las políticas demográficas (Naciones Unidas, 1985, p. 140).

Entre otras citas relevadoras en cuanto a la prevalencia del enfoque MED en el informe oficial de la conferencia están que "el desarrollo efectivo requiere de la integración plena de la mujer como agente y beneficiaria del proceso de desarrollo" y que "los organismos de desarrollo deben reconocer plenamente la importancia de la mujer como *recurso* para el desarrollo" (Naciones Unidas, 1985, p. 87).¹⁰²

¹⁰² Las itálicas son mías.

Estos enunciados ilustran dos puntos. El primero es que, en Nairobi 1985, los derechos de las mujeres fueron instrumentalizados, al menos discursivamente y de nueva cuenta, para servir a objetivos poblacionales y desarrollistas. En este sentido, la mujer no fue concebida como un sujeto de derechos por sí misma, sino como un agente funcional a la estabilidad social, demográfica y económica.

El segundo punto es que, aunque presentado como un avance, estos discursos reafirmaron una lógica en la que la participación de la mujer era vista como un medio para el crecimiento económico, al tiempo que invisibilizaron la contribución histórica de las mujeres a la economía desde lo reproductivo y lo productivo. En suma, la visión tecnocrática y utilitaria de la equidad de género presente en los fragmentos seleccionados implicaban cierta recanalización de las demandas feministas hacia fines de índole macroeconómica.

Así, en Nairobi 1985, con su plena adopción del enfoque MED, se reforzó una visión instrumentalista de la mujer dentro del desarrollo, priorizando su inserción en el mercado laboral formal. Estos llamados estaban en línea no solo con las preocupaciones en torno a la autonomía de las mujeres, sino también con el ciclo de expansión de la lógica productivista del capitalismo neoliberal que emergía con fuerza a nivel internacional en la década de 1980, por un lado, y con las consecuencias de los ajustes estructurales coordinados por el FMI y BM en buena parte del sur global durante ese periodo, por el otro.

En este marco, la conferencia articuló la cuestión de la mujer dentro de una narrativa económica más amplia, en la que la desaceleración del crecimiento en los países en desarrollo fue identificada como una de las principales amenazas para el progreso global. Se sostuvo que esta crisis perjudicaba especialmente a las mujeres y que su solución pasaba por la apertura de los mercados internacionales y la integración de estas naciones en el comercio global, bajo la promesa de un desarrollo más equitativo. Sin embargo, esta argumentación utilizó la causa de la mujer como una justificación para profundizar la adopción del capitalismo neoliberal

y desregulado, dejando intactas las estructuras que generaban desigualdad en primer lugar.

De manera similar, el discurso ambiental en la conferencia adoptó una perspectiva malthusiana, vinculando el deterioro ecológico con el crecimiento demográfico. Se sugirió que la mejora de la condición de la mujer no solo contribuiría a su bienestar individual, sino que también operaría como un estabilizador poblacional que beneficiaría el equilibrio ambiental. En este sentido, el informe reflejó una doble instrumentalización de la mujer: por un lado, como un agente económico cuya inserción en el desarrollo debía servir a los intereses del mercado; y por otro, como un elemento clave en la regulación poblacional, donde su rol reproductivo era visto como un factor a gestionar dentro de las estrategias de conservación ambiental.

A manera de resumen, la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer en Nairobi marcó un punto de inflexión en la configuración de la salud materna como una cuestión central del desarrollo internacional. Por primera vez, la muerte materna fue conceptualizada como un problema de desarrollo, incorporándose la Razón de Muerte Materna (RMM) como un indicador clave dentro de la AISM.

Este giro discursivo no solo permitió visibilizar la magnitud del fenómeno, sino que también favoreció su integración en un marco de gobernanza global basado en la medición y el control. No obstante, esta inserción vino acompañada de una fuerte instrumentalización de la salud materna y de la mujer misma dentro de lógicas productivistas y poblacionales que perpetuaban su construcción como sujeto beneficiario del desarrollo en función de su rol reproductivo y su utilidad para la economía y la modernización.

Así, si bien Nairobi 1985 abrió la puerta a una mayor centralidad de la salud materna en las agendas internacionales, lo hizo bajo una lógica tecnocrática que priorizaba soluciones cuantificables sobre transformaciones estructurales. En este contexto, la conferencia consolidó un discurso en el que la prevención y el control del riesgo se convirtieron en principios rectores de las intervenciones sanitarias. En

cuanto a la planificación familiar, esta se reafirmó una vez más como una estrategia clave para lograr el desarrollo, y fue, asimismo, enunciada como un derecho humano, aunque sin llegar a articularse en términos de derechos sexuales y reproductivos ni de educación sexual integral.

A pesar de ello, en Nairobi 1985 la planificación familiar continuó vinculada discursivamente a objetivos demográficos más amplios, lo que en muchos casos implicó que su implementación en políticas y programas nacionales respondiera más a criterios de control poblacional que a una garantía efectiva de la autonomía de las mujeres y de los derechos de los beneficiarios. Además, la adopción acrítica del enfoque MED observable en el discurso de la conferencia reforzó la visión de la mujer como un recurso para el desarrollo, más que como un sujeto con derechos propios.

En suma, en Nairobi 1985 se transparentan sedimentaciones y rupturas discursivas en el marco de la AISM. La sedimentación es visible en la medida en que la conferencia perpetuó ciertas asociaciones entre mujer, reproducción y desarrollo. Por su parte, la ruptura se manifiesta en el momento en que la conferencia posicionó la mortalidad materna como un problema del desarrollo global que requería acción inmediata. La ausencia de metas cuantificables y mecanismos de rendición de cuentas, empero, dejó abiertas muchas interrogantes sobre la efectividad real de las estrategias propuestas. Sería apenas dos años después, en la Conferencia Internacional para una Maternidad sin Riesgos de Nairobi de 1987, cuando terminarían por consolidarse dentro de la AISM las propuestas esbozadas en la Tercera Conferencia Mundial sobre la Condición de la Mujer de 1985.

4.1.2. Conferencia Internacional para una Maternidad sin Riesgos (Nairobi, 1987)

Si en 1985 en Nairobi se dedicaron numerosos párrafos a tratar el tema de la salud materna y, dentro de ésta, a la mortalidad materna, dos años después, en la Conferencia Internacional para una Maternidad sin Riesgo, terminaron de consensuarse las recomendaciones y los medios concretos para reducirla. El

encuadre fue, asimismo, nuevo, y marcó la pauta de los años por venir al agregar un porcentaje concreto, específicamente un 50%, a la meta establecida en Nairobi 1985 de reducir la mortalidad materna antes del año 2000. Esta tendencia de establecer metas concretas en torno a la mortalidad materna sería a partir de entonces replicada en los instrumentos que le seguirían.

De forma específica, la Primera Conferencia Internacional para una Maternidad sin Riesgo fue un esfuerzo conjunto del Banco Mundial, la OMS y el UNFPA, y se llevó a cabo en Nairobi en 1987. Participaron 125 representantes de estas y otras agencias, así como especialistas en salud, profesionales del desarrollo y hacedores de políticas públicas de 45 países.¹⁰³ De acuerdo a sus organizadores, la Conferencia tenía por objetivo difundir a nivel global el estado de la salud materna en el mundo en desarrollo con el propósito de movilizar recursos y voluntades.

Durante la Conferencia se exhortó a los Estados Miembros de las Naciones Unidas a mejorar las condiciones de salud de las mujeres en general y, en particular, a reducir la mortalidad materna. Ciertamente el indicador central del discurso fue la mortalidad materna, tanto que el informe de la conferencia, editado por el Banco Mundial, lleva por título *Preventing the Tragedy of Maternal Deaths* (Prevenir la tragedia de la muerte materna).

Bajo ese encuadre de urgencia, la Conferencia tuvo tres productos concretos. En primer lugar, se lanzó la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos (SMI). El objetivo del programa era visibilizar la mala situación de la salud materna en el mundo en desarrollo y “ayudar a los países a desarrollar e implementar enfoques

¹⁰³ Dos años después de la Conferencia, se celebró la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en Nueva York. En contraste a la Conferencia Internacional para una Maternidad sin Riesgos, la Cumbre Mundial en favor de la Infancia logró reunir a altos funcionarios, jefes de Estado, ejecutivos de las Naciones Unidas, Organizaciones de la Sociedad Civil y a la comunidad internacional en general (AbouZahr, 2003). En palabras de James Grant, “el énfasis en las metas de mortalidad materna son en gran medida una consecuencia de los esfuerzos por lograr la supervivencia infantil” (AbouZahr 2003, p. 16). De esta forma, y en comparación, la Conferencia Internacional para una Maternidad sin Riesgos fue de nivel medio. Como ejemplo, el representante de México fue el Subsecretario de Planeación de la Secretaría de Salud, el Dr. Manuel Ruiz de Chávez.

efectivos y costeables” para reducir la mortalidad y la morbilidad materna (Herz & Measham 1987, p. 5). De acuerdo a Gruskin et al. (2008), esta Iniciativa enmarcó el enfoque de atención a la salud materna e infantil de toda una época.

En segundo lugar, se constituyó el Grupo Interagencial para una Maternidad sin Riesgo, del que pasaron a formar parte las tres agencias organizadoras de la Conferencia y PNUD, UNICEF, International Planned Parenthood y el Consejo de Población. El Grupo tenía el objetivo de trabajar en conjunto para fijar metas y las prioridades programáticas de la Iniciativa, apoyar a los gobiernos nacionales, movilizar recursos, proveer asistencia técnica, fomentar la investigación, difundir información y sensibilizar en torno a la importancia de una maternidad sin riesgos (Institute of Development Studies, 2021).

En tercer lugar, se acordó la creación del Fondo para una Maternidad sin Riesgo para apoyar las investigaciones encaminadas a lograr de la meta de reducir en un 50% la mortalidad materna para el año 2000, una reivindicación que recuerda a la meta que la Asamblea Mundial de la Salud planteó en 1977 y que sería retomada en la Conferencia de Alma-Ata en 1978: “salud para todos en el año 2000”. El fondo sería administrado por la OMS con financiamiento del Banco Mundial y el PNUD.

Además de los logros organizacionales tangibles, la Conferencia consiguió producir un lenguaje común en torno a la urgencia de reducir la mortalidad materna, en torno a sus causas y en torno a lo que por consenso pasaron a entenderse como sus soluciones y sus beneficiarios. En ese sentido, la Conferencia logró la producción de un discurso coherente, racional y hegemónico –en el sentido de que fue ampliamente aceptado y replicado– bajo el que se redefinió la jerarquía de los componentes que hasta ese momento habían constituido la AISM.

De tal forma que, al enmarcar a la muerte materna como el centro y fin último de la agenda, y al vincular discursivamente elementos que se entendieron causales con sus correspondientes consecuencias y soluciones en un ejercicio de racionalidad instrumental, la Conferencia marcó el horizonte dominante de

alternativas, soluciones, aspiraciones, medios y posibilidades en torno a la AISM, al desarrollo y a la reproducción durante toda una década.

Antes de pasar a la disección de los ejercicios de vinculación entre causas, consecuencias y soluciones de la Conferencia, analizaré cómo la Conferencia produjo y re-presentó a la sujeta beneficiaria de sus esfuerzos. Al respecto, si bien la Conferencia retoma la mención que en 1985 se hizo en Nairobi sobre la mortalidad materna y profundizó sobre sus causas y soluciones, lo cierto es que su construcción del sujeto beneficiario resultó muy diferente a la de su predecesora. En el discurso de la Conferencia, las mujeres que mueren durante el embarazo y el parto lo hacen por “su mala salud, *ignorancia*,¹⁰⁴ pobreza, bajo estatus social, y su acceso limitado a servicios de salud esenciales” –lo que se entiende por servicios de salud esenciales en esta Conferencia se delinearé más adelante– (World Bank 1987, p.4).

Además, estas mujeres son pobres, campesinas, con poco poder. De acuerdo al Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, la muerte materna es una tragedia olvidada porque aquellos que la padecen son “gente abandonada, con el menor poder e influencia sobre cómo los recursos nacionales deben utilizarse; ellos son los pobres, los campesinos, y *sobre todos ellos*, las mujeres” (World Bank 1987, p. 4). Las imágenes que acompañan estas descripciones a lo largo del reporte son de mujeres de Asia y África, lo que terminaría de cimentar discursivamente cierta superioridad de Occidente por los canales de la re-presentación. Lo cierto es que, en ningún momento del reporte, se reconocen los conocimientos ni la capacidad de agencia –si se parte de los esquemas de pensamiento de la modernidad liberal– de estas mujeres más allá de auxiliares o replicadoras de las recomendaciones derivadas de la Conferencia.

¹⁰⁴ Las itálicas son mías.



Fotografía 12. Fuente: World Bank 1987, p. 11.



Fotografía 13. Fuente: World Bank 1987, p. 19.

Ahora, que la mujer que muere durante el embarazo o el parto fuera caracterizada como pobre e ignorante, o bien africana o usuaria del *niqab* según las imágenes que acompañan el reporte, no implicaba en este discurso que ella fuera culpable de su situación. Al contrario, queda claro en varios momentos que estas mujeres son víctimas de arreglos sociales injustos, negligencias estatales y falta de recursos. De hecho, tan se les asume víctimas que la única solución es salvarles y –en algunos puntos- permitirles colaborar en las soluciones que los especialistas de la Conferencia proponen como seres con capacidades de agencia limitada –de allí la elección de la categoría *sujeto* en esta investigación.

Esta visión misionera hacia las mujeres que habitan países en vías de desarrollo –y que en estos idearios equivalen en su totalidad a las mujeres que mueren durante el embarazo y el parto– es palpable en un discurso con tintes poéticos hecho por el Dr. Fred T. Sai, prominente médico ghanés y moderador de

la Conferencia, que pasa a ser integrado como parte del llamado a la acción del reporte:

Un filósofo de mi país –Ghana– una vez miró un mapa de África y dijo, ‘está haciendo la pregunta de ‘¿por qué?’ Hoy las mujeres de los países en desarrollo, como la madre África, se preguntan por qué. ‘¿por qué nos están dejando morir?’ *La respuesta está en sus manos* (World Bank 1987, p. 9).

Esta visión misionera se mezcla en ocasiones con la arraigada preocupación de Occidente sobre el crecimiento poblacional en el mundo en desarrollo, visible en la siguiente cita:

Los problemas que estamos discutiendo sólo aumentarán en magnitud con el crecimiento poblacional si no atendemos estas causas básicas. Debemos reducir el grupo de mujeres que tienen mayores posibilidades de sufrir las complicaciones que resultan en tantas muertes. *Déjennos reducir el riesgo y ayudar a las mujeres a alcanzar una vida más sana y feliz* (World Bank 1987, p. 7).

Ciertamente las mujeres pobres, racializadas, rurales, que viven en el mundo en desarrollo y en comunidades de difícil acceso para el Estado son las que más mueren durante el parto, el embarazo o el puerperio. No señalar esto y negar el riesgo superior y diferenciado de morir al que se enfrentan tales mujeres en comparación a mujeres blancas, ricas, del norte global, tendría el efecto dañino e inaceptable de ocultar y despolitizar la injusticia a la que se enfrentan. Sin embargo, que no se les re-presente como sujetos con altas capacidades resolutivas o como poseedoras de un sistema de creencias y conocimientos tan válidos como el de la modernidad occidental, también implica una violencia, si bien de orden simbólico.

Es, asimismo, notorio cómo se entrelazan estas re-presentaciones con recomendaciones sobre la importancia de que las mujeres receptoras de las políticas basadas en las recomendaciones de la Conferencia también *ayuden* –en palabras de la Dra. Nafis Sadik, nombrada ese mismo año Directora Ejecutiva del

UNFPA– en su diseño y administración, ya no que lideren o decidan. Una vez más, la elección de palabras, nos coloca ante un sujeto parcialmente agéntico, que, para constituirse como agente completo, tendría que pasar previamente por la *ayuda* de los emisores y operadores hegemónicos de los discursos desarrollistas.

No obstante, en la realidad, las mujeres de los sures no solo poseen conocimientos beneficiosos sobre salud reproductiva, sino que también cuentan con una amplia capacidad de organización y de resolución. El caso de las Casas de la Mujer Indígena y Afromexicana (CAMI) en Guerrero, México, es prueba de ambos puntos. Las CAMI surgieron de la incidencia que diversas colectivas de mujeres indígenas abocadas a la SSR y a la prevención de la VCMN emprendieron frente a la indolencia institucional y el machismo comunitario (Benítez Escobar et al., 2022; Espinoza et al., 2010).

Asimismo, estos espacios rescatan la obstetricia tradicional de las localidades guerrerenses al funcionar simultáneamente como espacios de atención intercultural del parto (INSP, 2008). Al respecto, Benítez Escobar et al., (2022, p. 59) documentan que en las CAMI de Guerrero se llevan a cabo prácticas características de la partería tradicional de la región, tales como el uso de herbolaria, la sanación con plantas rituales, el respeto al parto vertical, la presencia de la familia, “el manteado, las sobadas, el cuidado alimentario de acuerdo a su cosmovisión en el embarazo y puerperio y la siembra de ombligo”, todo ello con buenos resultados en materia de prevención de la muerte materna.

A pesar de la existencia de casos similares en el mundo, el discurso de la Conferencia tiene, en definitiva, un tinte modernizador, en tanto que, por ejemplo, postulan a la educación como un medio para que las mujeres aprendan normas higiénicas –sanitización–, a administrar medicamentos a sus hijos –medicamentación–, a pedir préstamos para aumentar su productividad agrícola –bancarización–, “a obtener empleos como banqueros, doctores o presidentes” –jerarquización productiva– (World Bank 1987, p. 24). Es clara la línea planteada hacia la occidentalización y la modernización como modo deseable de vida al que

habría que integrar, como se mencionó, a los “pobres, a los campesinos y, sobre todo, a las mujeres” (World Bank 1987, p. 4).

Ahora, si la modernización occidental es en fin deseable, o no, es un debate reservado a otro momento. Lo que interesa en este punto es cómo estos discursos homogenizadores se colocan como soluciones de sentido común frente a una temática tan urgente y poco polarizante como la muerte materna, que se encuentra ahora, además, cuantificada y, por tanto, legitimada como problemática desde la técnica, por las estadísticas que apenas dos años antes de la Conferencia presentó la OMS. En ese sentido, habría que recordar que cuando hay consenso en la meta, es más sencilla la fabricación de consenso en los medios necesarios bajo los esquemas de pensamiento hegemónicos. Y, en este caso, la fabricación de consenso en los medios parece influenciada por la sedimentación de las ideas del enfoque MED como versión *generizada* de la teoría de la modernización.

Al respecto, lo que se observa en el discurso de la Conferencia es que, a pesar de la evidente entrada de las nuevas ideas del enfoque GAD en cuanto a la importancia del análisis de las relaciones de género, prevalecen los idearios modernizadores de “integrar a las mujeres al desarrollo” bajo los esquemas de la tecnificación y la racionalidad instrumental. Esta aparente coexistencia entre los enfoques MED y GAD en el texto indica una transición en el discurso desarrollista en las que las ideas del pasado se sintetizan con las del presente.

En otras palabras, en el texto se observa cómo las ideas desarrollistas del presente entienden las ideas desarrollistas del pasado; como las ideas desarrollistas del presente se entienden a sí mismas; y, cómo, desde las ideas desarrollistas del presente –ese presente– se entiende una futurabilidad¹⁰⁵ muy

¹⁰⁵ El concepto de futurabilidad se refiere a la “multiplicidad de los futuros posibles inmanentes: un devenir otro que ya está inscrito en el presente” (Berardi, 2019, p. 23). Bajo esta noción, el futuro no es producto de una lógica lineal, pues en un presente dado existen numerosos futuros posibles. La selección, no obstante, de un determinado rango de futuros responde, de acuerdo a Berardi (2019), al poder, entendido como “un régimen de visibilidad e invisibilidad, en la medida en que excluye del espacio de la visibilidad otras concatenaciones posibles” (p. 113).

particular del desarrollo. Así, esta futurabilidad no solo implica la erradicación de la muerte materna, sino también la sustitución de las relaciones productivas y reproductivas tradicionales por los esquemas relacionales de la modernidad capitalista.

Como reseñaré más adelante, estos esquemas ideológicos condicionan también el entendimiento que en esta Conferencia se hizo de los logros de Alma-Ata. En concreto, la Conferencia retoma el concepto de la Atención Primaria de Salud (APS), pero, como ya identificaba James Patrick Kiernan (2003) como una tendencia, lo distorsiona. Así, durante la Conferencia –y en sus futuras materializaciones de política pública en las décadas por venir– la APS pasa a entenderse como la mejor de las peores opciones disponibles y no como un modelo cuya intención era reconocer la absoluta capacidad de las comunidades de producir soluciones de salud innovadoras, territorializadas, descolonizadas y efectivas de forma independiente.

Al igual que el subtexto en torno a la APS como el mejor de los males, en la Conferencia también se presenta a las enfermeras, parteras empíricas y otro personal de la salud no médico como soluciones temporales y no ideales, pero aun así necesarias. Por ejemplo, en el reporte de la Conferencia se reconoce que algunos de los asistentes cuestionaron la idoneidad de recurrir a estos recursos humanos. En respuesta a tales posturas, la Dra. Beverly Winikoff del Population Council mencionó que

dada la falta de recursos y personal, no se trata(ba) de una cuestión entre una cesárea realizada por una enfermera o una cesárea realizada por un médico, sino de una cuestión entre una cesárea realizada por una enfermera o ninguna cesárea y probablemente la muerte (World Bank 1987, p. 35).

En esta cita, que me parece que replica buena parte del espíritu de la Conferencia, son observables dos elementos. Por un lado, queda claro el establecimiento de un sentido de urgencia por medio del discurso. Por otro lado, queda en evidencia cierto entendido entre los y las participantes de la Conferencia

de que las soluciones propuestas no eran las más idóneas y, por tanto, eran provisionales y justificables solo por la urgencia de la problemática, revelando así la presencia de ideales jerárquicos respecto a los modos de atención en salud y los profesionales que proporcionan tales servicios.

Con este marco de fondo, conviene adentrarse de forma más específica a las relaciones que en la Conferencia se hacen entre las causas y las soluciones del problema de la mortalidad materna que, como se indica, se constituye en este momento como el nuevo elemento central de la AISM. Considero que esto es importante, pues este marco de interpretaciones, causalidades, medios, alternativas y aspiraciones dirigiría durante una década las acciones de la principal iniciativa internacional contra la muerte materna y permearía, asimismo, en las políticas públicas de buena parte del mundo en desarrollo con consecuencias y resultados que analizaré en los siguientes apartados.

Al respecto, en la Conferencia se enmarcaron las causas de la mortalidad materna desde dos perspectivas, una en línea con el modelo de determinantes sociales de la salud y otra más cercana al modelo biomédico. La primera atribuye las causas a la pobreza y al bajo estatus de las mujeres, mismos que influyen, de acuerdo a los asistentes de la Conferencia, en su mala salud, su alta fertilidad y la falta de acceso a servicios esenciales de salud. La segunda perspectiva retomada durante la Conferencia atribuye la muerte materna a lo se entienden como sus causas directas, indicando que 3 de cada 4 muertes maternas en el mundo en desarrollo son causadas por 1 de 5 complicaciones obstétricas: hemorragia, parto distócico, infección, preeclampsia y aborto (World Bank 1987, pp. 18-21).

El encuadre de las causas de la problemática se vale, de igual forma, de la construcción discursiva de una noción de riesgo en la que ser una mujer en un país en vías de desarrollo es el peor escenario posible en términos de probabilidades de morir durante el embarazo, el parto o el puerperio. A este riesgo se suman factores como los embarazos adolescentes, múltiples gestaciones, condiciones preexistentes de salud, baja estatura y deficiencias nutricionales. Sin embargo, en

el reporte de la Conferencia no se presentan porcentajes exactos ni se revela si dichos riesgos fueron calculados a partir de los primeros estimados, aun inexactos, hechos por la OMS dos años atrás.

Por otro lado, las posturas frente al aborto son ambivalentes en el reporte de la Conferencia. Se enfatiza, por ejemplo, que el aborto inseguro representa un riesgo grande en términos de muerte materna, estimando que sería responsable de alrededor de un 50% de dichas muertes en el mundo, especialmente en América Latina (World Bank 1987, p. 16). No obstante, resalta que en el texto no se aboga por la despenalización, sino por un mayor acceso a métodos de planificación familiar.

Esto responde a la lógica de producción de consenso característica de estas agendas, cuyo objetivo no es necesariamente la transformación radical de las estructuras que originan estas problemáticas, sino la fabricación de acuerdos mínimos entre actores con posturas divergentes. En el contexto de la Conferencia, evitar un llamado explícito a la despenalización del aborto refleja una estrategia para no confrontar intereses conservadores, pero también implica perpetuar una omisión crítica para el combate a la muerte materna, y, en una tesitura más general, resulta en una traba para la liberación de las mujeres.

Así, transitando al terreno de las soluciones presentadas durante la Conferencia, resulta ilustradora la frase que Barber Conable, presidente del Banco Mundial, hizo durante la inauguración de la Conferencia: “No estamos aquí para publicitar un problema. Estamos aquí para atacarlo, para salvar vidas, para construir mejores vidas... Podemos hacer de esta conferencia el inicio de un nuevo compromiso con la decencia y el *sentido común*” (World Bank 1987, p. 5).

Como mencionaba anteriormente, algo central es cómo las soluciones que se describirán a continuación se lograron consolidar como de *sentido común*. Tal elemento, el sentido común, permite dar coherencia, lógica, legitimidad, *sentido* a las estrategias seleccionadas. Permite, pues, su reproducción en el tiempo. Para Bourdieu, el sentido común es un producto del *habitus*, y se refiere a las conductas

“razonables” que son posibles únicamente en los límites de las regularidades de tal habitus (Bourdieu 2007, p. 91).

El *habitus desarrollista*, así como el *habitus médico*, tiene como uno de sus puntos de partida la reproducción de la modernidad, es decir, de la técnica, de la medición, de la racionalidad. Es de esta forma que se establece, por un lado, la medición de la meta, a saber, reducir la muerte materna en un 50% antes del año 2000; y, por otro lado, las recomendaciones sostenidas por las relaciones que se establecieron entre las causas –que se entendieron, por un lado, desde el relato biomédico y, por otro lado, desde el modelo de las determinantes sociales de la salud– y los medios según los esquemas de actuación dominantes. De esta manera, las recomendaciones para lograr dicha meta se dividieron en dos categorías principales: mejorar el estatus de la mujer y mejorar los servicios de salud en el marco de la APS y con especial énfasis en las mujeres embarazadas.

Entre las primeras recomendaciones están:

1. Mejorar la posición de la mujer mediante la educación, la nutrición, el reconocimiento de su rol productivo y el diseño de programas de desarrollo que analicen las relaciones de género imperantes de las comunidades en que se implementan.
2. Terminar con tradiciones que contribuyen a la mala salud en las mujeres, tales como las uniones tempranas, la circuncisión femenina y los partos sin atención.
3. Modificar las leyes que crean barreras para las mujeres.
4. Sensibilizar a los tomadores de política pública que, se reconoce, son la mayoría varones, sobre la importancia de la salud materna.

Antes de pasar a las recomendaciones de corte biomédico –que en realidad es en donde el discurso pone su énfasis–, vale parar un poco en el punto 2 de estas primeras recomendaciones por la manera en que se construye a los actores y por la relevancia que tienen las parteras empíricas dentro de las polémicas de la AISM. En específico, la Conferencia plantea que un medio para lograr el fin de estas

prácticas consiste en *entrenar adecuadamente* a parteras empíricas y representantes de asociaciones de mujeres. Estas mujeres tendrían así la labor de *educar* al resto de la comunidad en torno a mejores prácticas de salud.

Esta propuesta es claramente ambivalente, en tanto que reconoce la importancia de la participación de las parteras empíricas, pero desde la lógica de la instrumentalización y bajo la condición de establecer un esquema que permita la modernización de sus prácticas y saberes. Hay, por tanto, una clara intencionalidad de empujar de arriba hacia abajo los contenidos de la agenda tanto entre los tomadores de decisiones a nivel nacional cuanto entre los profesionales de salud, las comunidades, las familias y los individuos.

Esta visión de la Conferencia en torno a la partería tradicional no funcionó. En la década que siguió al lanzamiento de la SMI, miles de mujeres en el sur global –algunas parteras empíricas, otras encasilladas como tal por los equipos implementadores– recibieron capacitaciones según el modelo biomédico propuesto en la conferencia con resultados desfavorables por carecer de sensibilidad cultural (MacDonald, 2022, p. 99). Aunado a ello, los primeros años de la SMI coincidieron con el periodo de ajustes estructurales neoliberales promovidos por el FMI y el BM en el sur global, lo que redujo considerablemente los presupuestos de tales Estados para proveer servicios sociales, entre ellos servicios de salud materna (MacDonald, 2022).

En este contexto, los programas de salud materna que se enmarcaron dentro de la SMI tendieron a enfocarse en tan solo uno o dos componentes –los más económicos– de la larga lista de estrategias delineadas en la Conferencia: las capacitaciones dirigidas a parteras empíricas –con las fallas ya descritas– y la ampliación de la cobertura de atención prenatal (AbouZahr, 2003). Mientras tanto, fueron relegadas otras intervenciones más costosas, pero esenciales para sostener el rol de las parteras empíricas según la visión impulsada en la Conferencia, como la construcción de un sistema de salud con la capacidad técnica y tecnológica para atender emergencias obstétricas (Maine & Rosenfield, 1999).

Al llegar el momento de la evaluación, en Colombo, Sri Lanka, del primer decenio de la Iniciativa, los resultados no fueron favorables. El indicador seleccionado, la RMM, no se comportó como se previó en un inicio, y en 1997 la muerte materna continuaba rampante en buena parte del sur global. Así, la figura de la partera empírica o tradicional fue el chivo expiatorio del fracaso desarrollista. El desenlace inmediato fue su expulsión programática de los círculos del desarrollo internacional y, paralelamente, la completa apuesta por la *atención calificada del parto*, cuya nueva definición pasó a solo contemplar médicos, enfermeras obstétricas y parteras profesionalizadas –es decir, occidentalizadas.

Sin embargo, como documenta MacDonald (2022), este cambio en la política desarrollista en torno a las parteras empíricas –que, como reseñé en este subapartado, les colocaba de inicio en una posición de subordinación frente al modelo biomédico– estuvo más influenciado por cuestiones políticas que por argumentos factuales. Entre las cuestiones que menciona la autora que llevaron a la expulsión de esta figura destaca la ausencia de evidencia robusta sobre el papel de las parteras empíricas en el fomento a la salud materna, la falta de pertinencia cultural del modelo de participación propuesto por la SMI, el no tomar en cuenta el contexto económico global en el que se insertó la SMI desde su lanzamiento, la entrada en el campo de actores internacionales privados que operaban bajo la lógica neoliberal, la consolidación de la medición de los problemas del desarrollo, una visión reduccionista de la salud materna y lo inadecuado de cuantificar las contribuciones de las parteras empíricas mediante el indicador de la RMM (MacDonald, 2022).

En ese sentido, la historia de la incorporación de la partería tradicional en los esfuerzos desarrollistas durante la década de 1980 terminó como la crónica de una muerte anunciada a razón de la reproducción de las injusticias y violencias epistémicas y estructurales de antaño. Así, el gran ganador de este proceso fue, justamente, el modelo biomédico occidental, que ya desde la Conferencia de 1987 se erigía con fuerza. Este enfoque se basa en la filosofía racionalista del pensamiento moderno occidental y, como tal, entiende al cuerpo como una

estructura biológica separada de la mente y del entorno, que se compone por elementos que pueden analizarse de manera individual, aisladas del resto (Baeta, 2015; Elío-Calvo, 2023; Ríos Osorio, 2011).

La idea organizadora de la visión biomédica es la patologización: el entendimiento de la salud como ausencia de enfermedad (Engel, 1975, como se cita en Becerra, 2018). Así, este modelo conceptualiza a la enfermedad como el funcionamiento inadecuado de algunos de los elementos que conforman el cuerpo como estructura (Baeta, 2015). En este esquema, el médico es el profesional más adecuado para intervenir en la reparación del mal funcionamiento detectado, ya sea desde lo físico o lo químico, lo quirúrgico o lo clínico, cual mecánico que repara una máquina (Elío-Calvo, 2023). Así, en resumen, el modelo biomédico tiene como centro “la enfermedad, el médico, el hospital y el tratamiento”, aislando en el proceso otras variables relevantes en los procesos de salud-enfermedad (Valladares Gil, 2017, p. 10).

Este esquema no es, como he señalado en otras ocasiones, ni natural ni neutral. Por el contrario, su nacimiento y reproducción responde a relaciones y prácticas de poder, como argumenta Foucault (2004). La *mirada clínica* que caracteriza al modelo biomédico transforma al cuerpo en un objeto de conocimiento, despojándolo de su subjetividad, su humanidad y su agencia (Foucault, 2004). De acuerdo al autor, el espacio hospitalario permite la institucionalización de esta mirada al funcionar paralelamente como lugar de producción de conocimiento mediante el uso de la observación y la medición de lo fisiológico. Esta producción termina por legitimar, tautológicamente, el control biomédico sobre los cuerpos (Foucault, 2004).

Así, si bien en algunos momentos los enunciados de la conferencia de Nairobi de 1987 parecen acercarse a los postulados del modelo biopsicosocial –sobre todo en su intención de involucrar a la comunidad–, el entendimiento que se propone sobre la muerte materna es de corte predominantemente biomédico. En concreto, en la Conferencia se plantea una serie de recomendaciones basadas en dicho

modelo, enunciadas como alternativas de intervención efectivas, disponibles y de bajo costo con el potencial de reducir la mortalidad y la morbilidad materna, siempre y cuando se prioricen.

En el centro de tales recomendaciones, que a su vez se identifican como soluciones inmediatas a la mortalidad y morbilidad materna, está el *enfoque triple* auspiciado por el Banco Mundial y diseñado por la Dra. Barbara Hertz y el Dr. Anthony Measham que consiste en:

1. Fortalecer los sistemas de salud comunitarios basados en trabajadores de la salud (no médicos) cuya función sea realizar controles prenatales para identificar a las mujeres de alto riesgo y referirlas a hospitales en tiempo y forma. Asimismo, estos trabajadores de la salud pueden atender los partos de embarazos identificados como de bajo riesgo, y proveer atención prenatal y servicios de planificación familiar y de educación en salud y nutrición.
2. Fortalecer los centros de referencia (hospitales y centros de salud con camas) como respaldo a la atención comunitaria. Estos centros tendrían la responsabilidad de tratar partos complicados y emergencias obstétricas, así como proporcionar métodos de planificación familiar clínicos y quirúrgicos.
3. Instaurar un sistema de alarma y transporte para transferir a las mujeres con embarazos de alto riesgo y emergencias obstétricas hacia un centro de referencia en tiempo para recibir tratamiento efectivo (World Bank 1987, pp. 27-29).

De acuerdo a este marco de soluciones, se argumentó durante la Conferencia que fortalecer y expandir el número de centros de referencia reduciría las muertes maternas en al menos un 50% en una década. De acuerdo con la OMS, tales centros deberían contar, como mínimo, con las siguientes funciones:

1. Capacidad quirúrgica (cesáreas, reparación de desgarres vaginales y cervicales, tratamiento quirúrgico de la sepsis y de úteros perforados, terminación de embarazos ectópicos);
2. Anestesiología;
3. Tratamiento clínico, incluido el tratamiento del choque y la sepsis, y el control de la hipertensión gestacional y de las manifestaciones clínicas de la eclampsia;
4. Transfusión de hemoderivados, incluidos paquetes globulares y expansores del plasma;
5. Funciones manuales y de evaluación, como alumbramientos (remover manualmente la placenta) y el uso de partogramas;
6. Funciones de planificación familiar, incluida la esterilización quirúrgica, los DIU y otros anticonceptivos;
7. El manejo de mujeres con embarazos de alto riesgo, quienes necesitan de casas de maternidad para una derivación oportuna.

A pesar de todo esto, y del desenlace de la iniciativa que ya he relatado, el papel que en la Conferencia se da a los y las trabajadores de salud comunitaria y a las parteras tanto profesionales cuanto empíricas es central, si bien esta organiza a partir del establecimiento de jerarquías entre los modelos de atención deseables y los modelos de atención en los que éstas participan. Al respecto, se sugiere durante la Conferencia que dichas mujeres sean cuidadosamente entrenadas, monitoreadas y supervisadas, pues finalmente “las comunidades aisladas tienen pocas alternativas para obtener atención en salud” (World Bank 1987, p. 31).

Al respecto, en el discurso se menciona que algunos programas de capacitación de parteras empíricas han sido efectivos, mientras que otros no tanto. Como recomendación, se pide fortalecer las habilidades de estas mujeres y de otros trabajadores de la salud comunitaria, dotarles de equipo y asegurar su participación como replicadores de información. En opinión de los participantes de la Conferencia, estos son pasos esenciales para mejorar la atención en salud a nivel comunitario. Esta lectura revela la instrumentalización de dichas mujeres para fines

modernizadores, asignándoles las labores de diseminación de la información en la comunidad, pero negándoles su lugar como productoras de conocimiento legítimo –una de las razones reales por las que dicho componente no funcionó, si bien la mirada desarrollista de una década más tarde no lo reconoció.

En una tesitura similar, el discurso de la Conferencia enfatiza en varias ocasiones el rol productivo y reproductivo de la mujer, y utiliza tales roles como justificación de la necesidad de reducir la muerte materna. Es decir, hace una justificación a partir de una instrumentalización: las mujeres no deben morir no sólo porque son personas –que también se reconoce en el texto del informe–, sino también porque las familias, comunidades y economías dependen de ellas. En fin, que el desarrollo depende de las labores que realizamos las mujeres.

Este discurso, que justifica las intervenciones desarrollistas a favor de las mujeres por el trabajo de cuidados que desempeñan para otros, es un claro ejemplo de violencia simbólica. Como señalé en el primer capítulo de esta tesis, esta violencia se ejerce principalmente por los canales del conocimiento y la comunicación (Bourdieu, 2000b). Es a través de los enunciados y las representaciones que se reproduce la dominación de unos sobre otras (Bourdieu, 2000b). En ese sentido, el discurso de la Conferencia no sólo naturaliza las asociaciones mujer racializada-domesticidad servil, sino que otorga valor a la vida de ellas según la función que desempeñan en dicho dominio. En otras palabras, los enunciados presentados no desafían las jerarquías de género, sino que las reproducen al naturalizar la subordinación de las mujeres mediante la narrativa desarrollista.

De igual forma, cuando las estrategias enfatizan la necesidad de incorporar a las mujeres a las estrategias de reducción de las muertes maternas, la justificación que se da en el discurso de la Conferencia es que tal acción ayuda a garantizar el alcance y sostenibilidad de las intervenciones prediseñadas. Claro que tal participación auxiliar está antes mediada por un proceso de re-educación en el que la mujer aprende aquello que es bueno para ella en términos de su cuerpo y su

reproducción. A través de esta re-educación es que ella puede liberarse de la tutela desarrollista, como lo ilustra la siguiente cita: “la importancia de los esfuerzos basados en la comunidad [permiten] proveer información y entrenamiento de forma que las mujeres puedan controlar su vida y resolver sus problemas por ellas mismas” (World Bank 1987, p. 32). Y en la misma línea, aunque estableciendo como límite la sabiduría médica:

Con excepción de los momentos de crisis médicas durante el embarazo y el parto, que debe ser prevenida tan frecuentemente como sea posible, las mujeres no deben ser vistas como beneficiarias pasivas de la salud y los servicios sociales, sino como individuos activos y responsables, que tienen el derecho a participar en decisiones sobre lo que es bueno o no para sí mismas y sus familias. Para poder hacer eso, las mujeres necesitan información y un mínimo de recursos materiales (World Bank 1987, p. 25).

Como se observa en la última cita, la agencia otorgada a las mujeres a lo largo del discurso de esta conferencia es limitada. Esta tendencia está presente también en la forma en que se enmarca la cuestión de la planificación familiar, que a lo largo del discurso analizado se estima como esencial para disminuir la muerte materna. Vale recordar que una de las preocupaciones demográficas de la época por parte de los países del norte global y sus instituciones era el rápido crecimiento demográfico en el mundo en desarrollo en comparación con sus tasas de crecimiento económico. Esta preocupación permeó en las discusiones sobre control de natalidad en conferencias anteriores y, ciertamente, se vio reflejada en los programas verticales de planificación familiar que los donantes tradicionales, y de forma muy especial USAID, llevaron a cabo en el mundo en desarrollo (Rosenfield & Min, 2009).¹⁰⁶

¹⁰⁶ Durante la década de 1960 la política internacional sobre población cambió drásticamente hacia el objetivo de controlar el crecimiento demográfico en el sur global. De acuerdo a Barbara Duden (2010), esto fue en buena medida debido a la fundación del influyente Consejo de Población en 1952 a raíz de un generoso donativo de John D. Rockefeller. El Consejo de Población catalogó la situación demográfica del sur global como “sobrepoblación” y abogó por el control poblacional

En la Conferencia Internacional para una Maternidad sin Riesgos cambia el enfoque, y ahora la preocupación en torno al control poblacional deja de ser económica para situarse alrededor de la muerte materna, sin llegar al marco de Derechos Sexuales y Reproductivos que sí se vería, por ejemplo, un par de años más tarde en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994. Así, de acuerdo al discurso presente en la Conferencia, la planificación familiar es necesaria no por sus fines económico o por la autonomía de las mujeres, sino por su capacidad de reducir el número de embarazos y, por tanto, la mortalidad materna. En estos encuadres no hay que olvidar quiénes son las mujeres re-presentadas como sujetas beneficiarias ideales –en el sentido weberiano– de tales políticas: una vez más, las mujeres pobres y racializadas del sur global.

4.2. La década de 1990: reevaluación de las estrategias emprendidas

4.2.1. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)

Al examinar el recorrido histórico que antecede 1994, es evidente que, en la práctica del desarrollo internacional, la salud materna ha estado íntimamente ligada a las políticas de administración de la población, en especial a aquellas relacionadas con el control poblacional. En la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 –en adelante El Cairo– este vínculo entre salud materna y planificación familiar se reafirma, pero bajo una nueva lógica: los derechos reproductivos.

El Cairo fue, en ese sentido, la culminación de décadas de activismo por parte de los movimientos por la salud y los derechos de las mujeres (Rosenfield & Min, 2009). En esta Conferencia, en la que participaron más de 189 delegaciones gubernamentales y alrededor de 11,000 representantes de organizaciones de

como medida para evitar el subdesarrollo y asegurar la supervivencia de la humanidad, a diferencia de otras organizaciones que abogaban a favor del uso de anticonceptivos para mejorar la autonomía y la salud de las mujeres (Duden, 2010). Esta narrativa alarmista fue reforzada en la década de 1970 tras la publicación del Informe Meadows sobre *Los Límites del Crecimiento* auspiciado por el Club de Roma. De acuerdo a Christa Wichterich (1988), la idea de una catástrofe poblacional es parte de una larga tradición patriarcal de racismo eugenésico.

diversa índole, se acuñaron los conceptos de salud reproductiva y derechos reproductivos (Naciones Unidas, s.f.b.). En estos se incorporaron la planificación familiar, la salud materna –entonces entendida como maternidad sin riesgos–, y la salud sexual (Rosenfield & Min, 2009).

El resultado tangible más inmediato de El Cairo fue su Programa de Acción. En este se estableció que los derechos de las personas son centrales para el desarrollo, se declaró que entre estos derechos estaba la salud reproductiva, y se enfatizó que la clave de esta nueva estrategia era el empoderamiento de las mujeres (UNFPA, 2014). Entre los objetivos y metas del Programa de Acción se encuentra el crecimiento económico sostenido y sostenible; la educación –sobre todo de las niñas–; la igualdad entre los sexos; el acceso universal a servicios de planificación familiar y de salud sexual; y la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna (UNFPA, 2014, p. 9).

Específicamente, dentro de este nuevo marco discursivo, la maternidad sin riesgos se colocó como parte esencial de la salud reproductiva, y la salud reproductiva se reafirmó como un componente de la Atención Primaria de Salud (APS). Al respecto, en El Cairo la *salud reproductiva* parte de la conceptualización de salud contenida en la Carta Constitutiva de la OMS, pero la amplía al incorporar los procesos reproductivos. Así, en El Cairo la *salud reproductiva* se define como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos” (UNFPA, 2014, p 65).

Además, el Programa de Acción señala que “la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos [...], y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia” (UNFPA, 2014, p. 65). De lo anterior, en El Cairo se concluye que tal ejercicio implica la existencia inherente de un derecho de los hombres y las mujeres a contar con información y medios de planificación familiar, así como tener acceso a “otros métodos para la

regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables” (UNFPA, 2014, p. 65).

Asimismo, se señala la existencia de un derecho a recibir “servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos, y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos” (UNFPA, 2014, p. 65). Estos servicios, definidos en El Cairo como parte de la *atención de la salud reproductiva*, entrañarían no sólo al conjunto de métodos que contribuyen a “evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”, sino también a aquellos relacionados con la salud sexual (UNFPA, 2014, pp. 65-66). Como resultado, en El Cairo se da la unión conceptual entre reproducción y sexualidad bajo el paraguas de la salud reproductiva.¹⁰⁷

Esta unión es amparada en El Cairo, a su vez, por la noción de *derechos reproductivos*.¹⁰⁸ Como señalé anteriormente, una de las innovaciones de El Cairo fue la transversalización del paradigma de los derechos humanos dentro de la salud reproductiva –y, por extensión, a algunas pocas cuestiones relacionadas a la salud

¹⁰⁷ Si bien a partir de El Cairo en la práctica del desarrollo internacional se sedimentó la unión discursiva entre sexualidad y reproducción, se reconoció las diferencias entre ambos conceptos. Así, la salud reproductiva entraña el bienestar físico, mental y social en todo lo relacionado con el aparato reproductivo, sus funciones y procesos (UNFPA, 2014). Por su parte, la salud sexual tiene como objetivo “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (UNFPA, 2014, pp. 65-66). A pesar del reconocimiento de las diferencias entre ambos, una de las críticas feministas a El Cairo es haber agrupado discursivamente a la salud sexual bajo el paraguas único de la salud reproductiva. La razón es que esta definición amplia de salud reproductiva, si no se examina con precaución, corre el riesgo de reducir la sexualidad femenina a su capacidad reproductiva, marginalizando el placer, la identidad y el afecto. Una consecuencia tangible de esto son las frecuentes traducciones parciales del concepto a la política pública, que se manifiestan en proyectos y programas que se enfocan principalmente en los componentes de la salud reproductiva, marginalizando así cuestiones relativas a la salud sexual integral, tales como la diversidad sexual, la prevención de la violencia sexual, la educación sexual integral, entre otras.

¹⁰⁸ Un error común es señalar que en El Cairo se reconocen los derechos sexuales y reproductivos. La realidad es que en el Programa de Acción sólo se hace mención de los derechos reproductivos. Si bien en algunos momentos la definición de derechos reproductivos se entrelaza con cuestiones que atañen a la sexualidad –con las críticas que ello conlleva–, no se reconocen textualmente los derechos sexuales. Sucede lo mismo con la salud reproductiva.

materna, como desarrollaré más adelante. Así, en el Programa de Acción de la conferencia se dicta que los derechos reproductivos

se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva [...] También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (UNFPA, 2014, p 66).

Además de los derechos reproductivos, en El Cairo se plantea la existencia de un *derecho al desarrollo*, que sería universal e inalienable (UNFPA, 2014, p. 14). Se apunta que tal derecho, si bien “facilita el disfrute de todos los derechos humanos”, no puede invocarse “para justificar la violación de los derechos humanos internacionalmente reconocidos” (UNFPA, 2014, p. 14).

Esto último es interesante porque indica que los actores de El Cairo poseían cierto conocimiento de algunos de los efectos paradójicos de las lógicas desarrollistas –en este caso, la tendencia que tiene el desarrollo a justificarse a sí mismo sin importar su costo. Sin embargo, también sugiere que tal conocimiento no sería un motivo suficiente para rechazar esas lógicas. En ese sentido, las innovaciones discursivas en torno al desarrollo y su aplicación a las cuestiones de población y salud contenidas en El Cairo son sobre todo de carácter reformista, es decir, se limitan a ajustar las lógicas desarrollistas sin llegar a cuestionar sus bases.

Destaca, por ejemplo, la influencia de los paradigmas de *desarrollo humano* y *desarrollo sostenible*, popularizados a nivel internacional en 1990 y 1987, respectivamente, en la construcción de los conceptos, los objetivos y las metas del Programa de Acción de 1994. Del paradigma del desarrollo humano, se observa cómo El Cairo retoma la noción de que las personas son el elemento central del

desarrollo, apuntando que el principal fin de las políticas de población es mejorar la calidad de vida de las personas (UNFPA, 2014, pp. 13-14).

En cuanto al desarrollo sostenible, resalta en El Cairo la constante vinculación discursiva entre producción, medio ambiente y población, argumentando a favor de una mayor atención a las políticas de población. Asimismo, la premisa del desarrollo sostenible sobre “satisfacer las necesidades de las generaciones actuales sin poner en peligro la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades” es, igualmente, retomada en varias ocasiones (UNFPA, 2014, p. 15).

Por estas incorporaciones conceptuales, el Programa de Acción parece utilizar un discurso de vanguardia para su época; no obstante, una lectura más detallada revela una contradicción. Ésta consiste en la aparición, diluida, de las preocupaciones maltusianas de antaño. Ello es visible, por ejemplo, en los momentos en que el Programa de Acción sostiene que, para asegurar un desarrollo sostenible, es necesario eliminar tanto las formas de producción insostenibles cuanto el crecimiento poblacional (UNFPA, 2014, p. 29).

Sin embargo, a pesar del rechazo al crecimiento poblacional –que ocurre, según se describe, sobre todo en el Sur Global–, en El Cairo se abraza la idea del crecimiento económico sostenido. De hecho, en El Cairo el crecimiento económico sostenido se posiciona como una solución a la pobreza, a las presiones que produciría el crecimiento poblacional previsto sobre el medio ambiente e, incluso, al propio crecimiento poblacional (UNFPA, 2012, p. 24).

No obstante, la contradicción es que, bajo premisas tanto maltusianas como ecologistas, el crecimiento económico sostenido es imposible en un planeta con recursos finitos (Daly, 1972; Daly, 1997; Georgescu-Roegen, 1971; Meadows, Meadows & Randers, 1992; Sachs, 2010; Shiva, 2010). Esta incongruencia no se origina en El Cairo, sino en Brundtland, como bien identifica Sachs (2010). Pero, al basarse en estos paradigmas, El Cairo reproduce y contribuye a la fosilización de las contradicciones economicistas propias del *capitalismo verde* en el campo de las

políticas de población, al tiempo que las arroja bajo el novedoso paraguas de la sostenibilidad.

Señalo estas cuestiones porque me parecen relevantes para situar contextualmente los desarrollos y las sedimentaciones discursivas que la salud materna experimenta en El Cairo. En efecto, como mencioné al inicio de este subapartado, en El Cairo se mantiene el vínculo entre control poblacional y salud materna, sólo que ahora esta relación se da bajo una perspectiva de derechos reproductivos, de desarrollo humano y de desarrollo sostenible –todas innovaciones conceptuales de finales de la década de 1980 y principios de la década de 1990.

Es decir, en El Cairo se opta por una estrategia más suave y más humana, resaltando los beneficios individuales y colectivos de la planificación familiar desde el punto de vista de la economía, la igualdad entre los sexos y la sostenibilidad del medioambiente. Por ejemplo, el Programa de Acción señala que es necesario “facilitar la transición demográfica cuanto antes en los países donde haya un desequilibrio entre las tasas demográficas y las metas sociales, económicas y ambientales, respetando al mismo tiempo los derechos humanos” (UNFPA, 2014, p. 52).

Se entiende que tales países se ubican en el Sur Global, pues, apenas un párrafo antes, el documento describe cómo en partes de Asia, África y América Latina la población se duplica cada 24 años, comparado con cada 380 años en Europa (UNFPA, 2014, p. 52). Además, se señala que “al tratar de resolver las cuestiones relativas al crecimiento demográfico”, los países deben “reconocer la relación entre los niveles de fecundidad y mortalidad y tratar de disminuir los altos niveles de mortalidad neonatal, infantil y materna” (UNFPA, 2014, p. 53).

Bajo este encuadre, la reducción del crecimiento poblacional en el sur global aparece como la solución racional y moral a los problemas de desarrollo, sobre todo la miseria, la muerte y la pobreza. Se trata nuevamente de una cuestión de *sentido común*. No obstante, se trata de un sentido común parcial.

En esa línea, en el Programa de Acción y en el documento sobre las medidas aprobadas en 1999 por la Asamblea General de las Naciones Unidas para implementar el Programa de Acción las palabras *pobreza* y *crecimiento económico* aparecen, en conjunto, 68 y 44 veces, respectivamente. La palabra *redistribución* sólo es nombrada 1 vez.

Como mencioné anteriormente, El Cairo, al igual que sus antecesoras, no realiza un cuestionamiento profundo de las contradicciones del capitalismo ni de su influencia en las inequidades entre norte global y sur global. La innovación, en este caso, es el empaquetamiento¹⁰⁹ de los discursos hegemónicos que le preceden en temas de población dentro de los nuevos paradigmas del desarrollo que ya señalé.

En esa línea, en el caso de El Cairo se reconoce la inexorable desigualdad que atraviesa al mundo. Sin embargo, la solución que se propone no es la redistribución de la riqueza, sino la generación de mayor riqueza mediante la reducción de la población y el crecimiento sostenido en el marco de un capitalismo verde, que, como ya argumenté, es un oxímoron. Además, tal propuesta ignora que buena parte de la acumulación de riqueza del norte global fue producida a partir de la subyugación patriarcal, colonial e imperial del sur global y de las mujeres –tanto del norte como del sur–, misma que permitió la consolidación de las primeras etapas del capitalismo (Bhambra, 2020; Federici, 2015; Quijano, 2007; Wallerstein, 1999).

Aun así, la idea de un futuro sostenible para todos y todas, y el impulso innovador de adoptar el concepto de salud reproductiva y derechos reproductivos – aun con sus críticas conceptuales– han contribuido significativamente a mejorar algunos elementos de los programas de salud materna y planificación familiar.

¹⁰⁹ Entiendo al *empaquetamiento* a partir la posición neo-gramsciana de Cox (2016), es decir, como la estrategia mediante la cual los discursos dominantes internacionales son reorganizados a través de la incorporación parcial de las demandas de los sujetos subalternos para asegurar la continuidad hegemónica de determinado bloque histórico. Este proceso permite conciliar en lo discursivo algunas ideas progresistas y contrahegemónicas con los intereses económicos y políticos de los hegemones –uno de los papeles que Cox (2016) atribuye a las instituciones internacionales. En otras palabras, el empaquetamiento permite la administración de la disidencia de forma tal que su carácter disruptivo se neutraliza.

Profundizaré en el efecto de estas asociaciones en el caso mexicano en el sexto capítulo de esta tesis.

Pero, antes de ello, es importante observar, bajo una lente neo-gramsciana, cómo estas cuestiones difícilmente rechazables –sostenibilidad, fin de la miseria, derechos humanos, salud, conservación del medio ambiente–, son empaquetadas junto a otros elementos que operan como conservadores de un orden económico transnacional desigual. Este maridaje es una estrategia recurrente de los mecanismos articuladores de la hegemonía, cuyo objetivo es el mantenimiento del consenso-consenso entre dominadores y dominados.

Como señala Cox (2016), las instituciones internacionales, como mecanismos articuladores de la hegemonía del norte global, producen, legitiman y universalizan la ideología e intereses de dicho bloque, permitiendo de esta manera el consenso de los dominados. Entre las tácticas empleadas para tales fines está la incorporación controlada de algunos de los intereses del sur global y la sociedad civil organizada al discurso hegemónico.

Esta estrategia asegura la prolongación del consenso-consenso mediante ajustes que no desafían el orden hegemónico (Cox, 2016). Como se observa en el caso de El Cairo, los derechos humanos y el bienestar de las futuras generaciones se constituyen como los elementos que permiten mantener el consenso de las élites burocráticas del sur global frente a las políticas de población hegemónicas y el modelo occidental y economicista de desarrollo.¹¹⁰

Estas demandas, centrales y urgentes, habían sido promovidas durante décadas –y en algunos casos siglos– por movimientos con potencial contrahegemónico, como el movimiento feminista transnacional, el movimiento por los derechos civiles y los movimientos ambientalistas del sur global. Si bien es un

¹¹⁰ Finalmente, como señala Esteva (2010), el desarrollo es tan solo un experimento de universalización de las prácticas y modelos occidentales, y un proceso que empuja la lógica economicista a todas las esferas del universo social.

avance importante la incorporación de estas demandas al discurso del desarrollo internacional –y a la AISM por extensión– no hay que perder de vista el contexto discursivo más amplio en el que se insertan y que, como resultado, contribuyen inadvertidamente a legitimar.

Sin obviar lo que he desarrollado hasta este punto, en El Cairo se dan muchas otras incorporaciones discursivas novedosas. En términos de enfoques, en El Cairo se introduce la perspectiva de curso de vida al reconocerse en el Programa de Acción que los y las adolescentes, las personas adultas y las personas adultas mayores tienen diferentes necesidades en cuanto a la salud reproductiva. O, de otro modo, que estas necesidades evolucionan junto a la edad de las personas.

Además de lo nuevo, se observan sedimentaciones práctico-discursivas. Por ejemplo, se integra el nuevo concepto de salud reproductiva al marco más general de la Atención Primaria de Salud (APS) pactado en 1978 en Alma-Ata. Al respecto, se señala que todos los países deben “establecer el acceso a la atención primaria de salud y la promoción de la salud como estrategias centrales para reducir la mortalidad y la morbilidad” (UNFPA, 2014, p. 89).

Como mencioné anteriormente, en El Cairo la salud materna queda incorporada dentro del concepto de salud reproductiva, que, a su vez, debe ser abordada desde el modelo de la APS. Así, “la educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil” (UNFPA, 2014, p. 68) se unen a los servicios de planificación familiar, la prevención del aborto, el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, entre otros. Además, se solicita el fortalecimiento de los servicios de remisión de pacientes para atender las complicaciones que pudieran presentarse en estas áreas incluidas aquellas relacionadas al embarazo y el parto (UNFPA, 2014, p. 98).

Al igual que en sus antecesoras inmediatas, en El Cairo se exhorta a que “todos los países, con apoyo de todos los sectores de la comunidad internacional”, aumenten “la prestación de servicios de salud para la maternidad” bajo el modelo

de la APS (UNFPA, 2014, p. 98). Se apunta a que estos servicios se basen “en el concepto de la elección basada en una información correcta” y que, como tal, incluyan “educación sobre la maternidad sin riesgo, cuidados prenatales eficaces, programas de nutrición materna” y servicios de planificación familiar (UNFPA, 2014, p. 98).

De igual manera, se replican recomendaciones anteriores sobre la atención del parto que implican limitar el recurso excesivo a las cesáreas y aumentar la capacidad de atención de las emergencias obstétricas mediante servicios de remisión (UNFPA, 2014, p. 98). Destaca en este punto, no obstante, una aclaración discursiva respecto a la Conferencia Internacional para una Maternidad sin Riesgos llevada a cabo en Nairobi apenas 7 años atrás, en tanto que El Cairo termina con las ambigüedades de Nairobi.

Se trata en este caso de la atención calificada del parto, que en El Cairo incluye a enfermeras obstetras y parteras profesionales, pero que coloca como último recurso a las parteras empíricas, consideradas en Nairobi, encubiertamente, como un recurso insuficiente, pero necesario, como ya argumenté en el subapartado anterior. En ese sentido, en el Programa de Acción de El Cairo confirma el subtexto de Nairobi al demandar que “todos los nacimientos” cuenten “con la asistencia de personas capacitadas, de *preferencia* enfermeras y parteras, *pero al menos comadronas capacitadas*” (UNFPA, 2014, pp. 98-99).¹¹¹

En este punto resalto el término *capacitadas* porque implica que aun recibiendo la capacitación que se recomendaba en Nairobi, las parteras empíricas no son consideradas en El Cairo como una opción óptima en comparación a parteras completamente incorporadas al modelo biomédico occidental. Ello a pesar que los contenidos de las capacitaciones sugeridas en Nairobi partían por completo de la episteme occidental.

¹¹¹ Las itálicas son mías.

Al igual que la cuestión del personal calificado, la mortalidad materna es nuevamente un tema que se coloca en la agenda de El Cairo, indicando que los países deberán dirigir sus esfuerzos a reducir la mortalidad materna “a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000” y nuevamente “a la mitad para el año 2015” (UNFPA, 2014, p. 98). Los medios que se identificaron directamente para lograr tales metas son dos que perduran hasta la fecha: la atención del parto por personal calificado y la planificación familiar. Tales medios se convierten en indicadores.

Como argumenté en el segundo capítulo, los indicadores son un elemento que dota de transparencia a la AISM porque representan la intersección entre las prácticas discursivas y las prácticas materiales en torno al cuerpo gestante. Los indicadores sirven a su vez de soporte a formas muy particulares de poder, conocimiento y subjetividad. Rescato esta idea porque en el caso de El Cairo esta dinámica me parece muy evidente.

Por ejemplo, en lo que respecta a la atención al parto por personal calificado, se observa cómo la recomendación se transforma en indicador, y cómo el indicador legitima el orden epistémico occidental. En el Programa de Acción se recomienda que, para reducir la mortalidad materna, los partos sean atendidos por personal calificado, dejando claro quiénes están más calificados y quiénes menos –a pesar, contradictoriamente, de recibir capacitación.

Posteriormente, el medio se convierte explícitamente en indicador cuando, en las medidas claves acordadas en 1999 por la Asamblea General de las Naciones Unidas para implementar el Programa de Acción de El Cairo, se mandata que

A fin de supervisar los progresos logrados en lo que respecta a alcanzar los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo con respecto a la mortalidad materna, *los países deben usar el porcentaje de*

partos asistidos por personas calificadas como indicador de referencia (UNFPA, 2014, p. 272).¹¹²

La sugerencia adquiere cierta autoridad cuando en el mismo párrafo se agrega que “todos los países deben redoblar sus esfuerzos a fin de que para 2005, a nivel mundial, el 80% de todos los partos sean asistidos por personas calificadas, para 2010, el 85%, y para 2015, el 90%” (UNFPA, 2014, p. 272). Es decir, no sólo se sugiere el uso del indicador, sino que se advierte que éste será medido por el Sistema de Naciones Unidas (SNU) bajo la sombra de El Cairo. Esto al tiempo que en El Cairo se definió que el personal calificado es aquel cuya formación está inscrita por completo dentro del modelo biomédico occidental.¹¹³

Considero que este análisis es coherente con el argumento de Cox (2016) que mencioné anteriormente sobre el papel de las instituciones internacionales como reproductoras del orden hegemónico. Es decir, si bien en las conferencias organizadas por el SNU participan representantes del norte y del sur global, la captación de las élites de estos últimos permite la producción de consenso y la adopción de las recomendaciones por parte de los segundos aun cuando algunas de éstas legitiman la superioridad de los primeros.

Por otro lado, en el caso de la planificación familiar, la recomendación hecha en El Cairo se traslada al indicador de demanda insatisfecha de planificación

¹¹² Las itálicas son mías.

¹¹³ A manera de recordatorio, el modelo biomédico es un enfoque hegemónico dentro del campo de atención a la salud que concibe los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva predominantemente biologicista. En ese sentido, este modelo propone como primera línea de construcción de la salud el combate a la enfermedad por medio de la intervención en los aspectos físicos y fisiológicos del cuerpo, vistos, al combinarse con las tendencias flexnerianas, como un conjunto de elementos separados los unos de los otros. Su desarrollo está íntimamente ligado al desarrollo de la tradición científica de la modernidad occidental –separación entre mente y cuerpo, individuación, centralidad de la evidencia empírica, aunque ésta pueda ser obtenida mediante el despliegue de sesgos androcéntricos en la investigación, medición, dominio de la naturaleza por medio de la técnica, etc.– y es, por tanto, un modelo territorial e históricamente contingente sujeto a problematización. Este modelo ha sido muy exitoso en la erradicación de enfermedades infecciosas y el tratamiento de enfermedades agudas, pero ha sido criticado por su tendencia a subordinar en el análisis a los determinantes sociales de la salud y por centrarse en la experiencia del médico más que en la del paciente.

familiar, que acompaña de forma protagónica a la AISM en la actualidad. En El Cairo se reconoce que los embarazos no deseados y los embarazos de alto riesgo están fuertemente asociados a la morbilidad y la mortalidad materna, y que un adecuado programa de planificación familiar ayuda a reducir tales circunstancias (UNFPA, 2014, p. 72).

De forma específica se plantea que, “a fin de reducir los embarazos de alto riesgo, los programas de salud materna y maternidad sin riesgo deberían incluir asesoramiento e información sobre la planificación de la familia” (UNFPA, 2014, p. 100). En ese sentido, lo hace que un programa de planificación familiar sea adecuado es que se centre “en las necesidades no cubiertas de información y servicios” y que estén integrados a programas más amplios de salud reproductiva (UNFPA, 2014, p. 72).

Consecuentemente, en El Cairo la supervivencia de las gestantes es ligada al acceso a la planificación familiar. Esto es justificado bajo ciertas nociones de riesgo, que incluyen la edad de la gestante, el alto número de hijos, los embarazos frecuentes, el intervalo entre nacimientos, y las circunstancias socioculturales y económicas (UNFPA, 2014, pp. 93-96). En conjunto, estos razonamientos condujeron a la consolidación de la salud materna como parte de la salud reproductiva, y a la cimentación del indicador sobre la demanda insatisfecha de planificación familiar como elemento central de la actual AISM, como reseñaré en los siguientes subapartados.

En este caso, el lenguaje del indicador es innovador porque incorpora la perspectiva de los derechos reproductivos al sugerir que la planificación familiar debe ser consentida y que los estados deben encontrar los medios para que aquellas personas que lo desean puedan acceder a los medios que les permitan administrar el número de embarazos. Sin embargo, no se debe olvidar, como ya he desarrollado, el contexto más amplio que acompaña al indicador, así como el lenguaje que se utiliza en otros lugares de la fuente –por ejemplo, las asociaciones acrílicas entre crecimiento demográfico y pobreza, y entre pobreza y mortalidad.

En este punto la presencia de consenso se explica tanto por el maridaje controlado entre elementos revolucionarios y elementos hegemónicos, como por la presencia de la muerte materna como causa justa. Como apunté en el subapartado anterior, la reducción de la muerte materna es central en el proceso de producción del consenso en el marco de la AISM porque, al ser difícilmente rechazable, funciona como un poderoso elemento aglutinador.

En el contexto discursivo de El Cairo, la problemática de la muerte materna es frecuentemente aludida. Por ejemplo, en las medidas claves acordadas en 1999 por la Asamblea General de las Naciones Unidas para implementar el Programa de Acción de El Cairo, se exhorta a otorgar “importancia fundamental a los indicadores relativos a la mortalidad materna y neonatal” (UNFPA, 2014, p. 267). Además, se insta a los Estado a tomar la reducción de la mortalidad y morbilidad materna como un elemento destacado del sector salud y a utilizar tales elementos como indicadores de resultados positivos (UNFPA, 2014, p. 270).

Como se observa en el párrafo anterior, un cambio importante de El Cairo frente a la Conferencia por una Maternidad sin Riesgos de Nairobi celebrada en 1987 es la re-incorporación de las infancias al centro de la AISM. Es decir, en El Cairo se retoma el concepto de la maternidad sin riesgos, pero se extiende su definición hacia las infancias, reforzando el tradicional binomio gestante-producto que Nairobi buscaba romper en beneficio de las gestantes. Así, en El Cairo se entiende que

la maternidad sin riesgos tiene por objeto *lograr una salud óptima para la madre y el recién nacido. Supone reducir la mortalidad y morbilidad maternas y mejorar la salud del recién nacido*, gracias al acceso equitativo a la atención primaria de salud, incluida planificación de la familia; atención durante el embarazo, el parto y después del nacimiento, *tanto para la madre como para*

el niño; y acceso a servicios básicos de obstetricia y neonatales (UNFPA, 2014, p. 207).¹¹⁴

De hecho, en El Cairo la mortalidad infantil es tan central como la mortalidad materna. Por ejemplo, en el Programa de Acción se mandata que todos los gobiernos evalúen “las causas profundas de la mortalidad infantil elevada y, en el marco de la atención primaria en salud”, faciliten “servicios integrados de atención de la salud reproductiva y de la salud infantil”, incluyendo “programas de maternidad sin riesgo y de supervivencia del niño y servicios de planificación de la familia” (UNFPA, 2014, pp. 94-95).

Como argumenté unas páginas atrás, al examinar con detenimiento el discurso de El Cairo es posible apreciar una visión hegemónica y economicista entrelazada con algunas innovaciones conceptuales. Me parece que dicha lógica hegemónica y economicista es la que motiva, al menos en parte, la reincorporación de las infancias al centro de la AISM. Creo que esto es visible en las justificaciones que se proveen. Por ejemplo, al abogar por dar máxima prioridad a la salud de las infancias se recalca su papel de “futuros recursos humanos del mundo” (UNFPA, 2014, p. 54).

Sobra decir que justificar la atención a las infancias a razón de su potencial condición de *recurso* y no de su valor inherente como humanos es objetivarles como futuras herramientas y encasillarles de antemano dentro del modelo hegemónico de producción capitalista. Esta es una tendencia recurrente en el Programa de Acción. Lo llamativo, nuevamente, es cómo este subtexto no es debatido, pues en el discurso se mezcla con ideales irrefutables como la protección de la salud de las infancias, o la condena frente al abuso y la explotación sexual infantil, por ejemplo.

De cualquier forma, para asegurar la salud de las infancias, y reducir la mortalidad infantil, es necesaria la forzosa intervención de las gestantes/madres.

¹¹⁴ Las itálicas son mías.

Como muestra, en El Cairo se sugiere que los servicios destinados a reducir la mortalidad neonatal deben incluir

la atención y orientación prenatal, con especial hincapié en los embarazos de alto riesgo y en la prevención de enfermedades transmisión sexual y la infección con VIH, una asistencia adecuada en el parto y la atención del recién nacido, incluida la lactancia materna exclusiva (UNFPA, 2014, p. 95).

Todas estas intervenciones atraviesan, forzosamente, el cuerpo de las gestantes. El Cairo es, en ese sentido, un acontecimiento con fuertes contradicciones. Por un lado, reconoce la existencia de los derechos reproductivos, que implican el reconocimiento a la autonomía de las personas sobre su cuerpo y su capacidad reproductiva. Por otro lado, hay momentos en que se obvia esa autonomía, como cuando se insinúa la renuncia a ésta por parte de las gestantes en favor de la protección de las infancias, concebidas, textualmente, como *futuros recursos humanos del mundo*. Este hecho, me parece, se alinea muy bien con lo que MacDonald (2019, p. 266) llama la *economización de la supervivencia materna*, a saber, la justificación neoliberal de invertir en la salud de las gestantes por el potencial económico que resulta de ello.

Estas tensiones entre derechos reproductivos y derechos de las infancias, entre humanización y economización de los cuerpos, por supuesto, no se quedan solo en el nivel discursivo. Por el contrario, éstas se ven reflejadas en las instituciones nacionales de salud, mismas que, como demostraré en el siguiente capítulo, se ven inclinadas, en mayor o menor medida dependiendo de la administración en turno, a cumplir con las agendas globales de desarrollo y sus indicadores asociados. En este estado de fuerzas, los cuerpos de las gestantes corren el riesgo de convertirse en un medio para cumplir con los fines desarrollistas: evitando su muerte, resguardando el bienestar de los futuros recursos humanos del mundo y asegurando así el crecimiento económico capitalista como epítome del desarrollo.

Bajo este encuadre discursivo me parece que es visible la configuración de algunos escenarios favorables a la incidencia de la violencia obstétrica en el llamado mundo en desarrollo. Primero se encuentra, en lo nacional, la lógica burocrática-institucional orientada al cumplimiento de metas numéricas consensadas en lo internacional. En segundo lugar, se observa una invitación, si bien encubierta, de instrumentalizar el cuerpo gestante con fines desarrollistas. En tercer lugar, está, nuevamente, la sombra del producto: esto es, la omnipresencia de la infancia en todo lo relativo al cuerpo gestante. En fin, en El Cairo se comienza dilucidar una serie de fuerzas y tendencias contrarias a la priorización de las necesidades específicas y la autonomía de las gestantes, siendo esto último, a su vez, una fuerza en sí misma reconocida en la Conferencia bajo la figura de los derechos reproductivos.

Considero, no obstante, que el momento cumbre de las contradicciones de la Conferencia se encuentra en las recomendaciones sobre el aborto. Algunas voces sugieren que el derecho al aborto seguro quedó consagrado en El Cairo. A mí esa lectura me parece demasiado optimista. Lo cierto es que en el texto no se aboga ni se promueve el aborto, sino todo lo contrario. Ello a pesar de que siete años antes en Nairobi ya se había reconocido internacionalmente al aborto inseguro como una de las cinco principales causas de muerte materna en el mundo.

Lo que en realidad sucede en El Cairo es que se reconoce que el aborto realizado en malas condiciones es un problema de salud pública que debe combatirse con el fortalecimiento de los servicios de planificación familiar (UNFPA, 2014, p. 100). No se menciona en este hilo argumentativo que los métodos anticonceptivos pueden fallar o que existe un derecho a decidir.

Además, se exhorta a los Estados a asegurar que las mujeres que tienen complicaciones por abortos inseguros reciban una atención médica adecuada, justamente por el papel que éste tiene sobre la mortalidad y la morbilidad materna (UNFPA, 2014, pp. 97-100). Sin embargo, se recalca que esta atención debe ir acompañada por “servicios de planificación de la familia, educación y

asesoramiento posaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos” (UNFPA, 2014, p. 100).¹¹⁵

Lo problemático, además de lo obvio sobre no reconocer la autonomía de las mujeres, es que, al igual que en Nairobi, la justificación de las políticas de atención de las complicaciones por abortos inseguros no se centra en las propias mujeres. Por el contrario, éstas se enfocan en el impacto que la muerte de la madre tiene para los hijos y la familia –que al inicio del texto del Programa de Acción se reconoce como la unidad básica de la sociedad– si esta última no logra “encontrar a una persona que asuma el papel materno” (UNFPA, 2014, p. 97). Como resultado, además de obviar las consecuencias devastadoras para el destino de la propia madre, la justificación de El Cairo refuerza la existencia de roles de género binarios, pues señala la existencia de un papel materno asociado a la mujer.

En conclusión, a pesar del optimismo que hasta la fecha sobrevive en torno a El Cairo, se trata de un instrumento de una marcada ambivalencia. El Cairo introduce a nivel internacional los conceptos de salud reproductiva y derechos reproductivos, pero no logra romper del todo con las lógicas hegemónicas del desarrollo internacional. En ese sentido, en El Cairo la AISM se mantiene estrechamente ligada políticas de administración de la población de antaño, si bien

¹¹⁵ En las medidas adoptadas en 1999 por la Asamblea General de las Naciones Unidas para la implementación del Programa de Acción se llega incluso a sugerir un “asesoramiento psicológico postaborto”, lo que contribuye al falso estereotipo de que los abortos tienen efectos negativos sobre el bienestar psicológico y emocional de las personas que lo practicaron (UNFPA, 2014, p. 271). Este tipo de argumento entra dentro de lo que Mayans & Vaca (2018) identifican como el *argumento paternalista en contra del aborto*. Este argumento se caracteriza por señalar que “el aborto es incorrecto y debe prohibirse, restringirse o evitarse cuando sea posible porque, al impedir la realización de la maternidad, daña la salud psicológica o el bienestar y los intereses reales más importantes de las mujeres” (Mayans & Vaca, 2018, p. 6). Como señalan los autores, el argumento es incorrecto, pues no hay “evidencia empírica sólida que muestre que evitar la maternidad dañe la psicología de las mujeres” (Mayans & Vaca, 2018, p. 16). Además, aunque la causalidad que establece el argumento fuera verdadera, ésta no sería suficiente para justificar la renuencia al aborto, pues “una persona puede tomar un sin número de cursos de acción que la sometan a estrés psicológico”, entre ellos la misma maternidad (Mayans & Vaca, 2018, p. 19).

ahora bajo el paradigma de la salud reproductiva, el desarrollo sostenible y los derechos humanos.

Más allá, a pesar de la introducción de dichos enfoques vanguardistas y el énfasis que en El Cairo se hace en torno al *empoderamiento* de la mujer, se observa, desde una perspectiva feminista, un retroceso para la condición de la mujer en el marco de la AISM. Tal retroceso recae en la reintroducción del binomio gestante-producto, con la tradicional priorización de las infancias y la estabilidad familiar sobre la autonomía de las mujeres, especialmente en el contexto del aborto y de la administración del embarazo y del puerperio.

Por otro lado, es posible rastrear a El Cairo la entrada en la AISM del indicador de demanda insatisfecha de planificación familiar, así como la sedimentación de otros indicadores anteriores, tanto por la vía expresa como por la vía de las recomendaciones. Entre estos últimos se encuentran los partos atendidos por personal calificado –con jerarquías bien delimitadas–, la tasa de mortalidad materna y el número de controles prenatales. Con esta antesala, llegaría tres años después el décimo aniversario del Grupo Inter-agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG).

4.2.2. Décimo aniversario del Grupo Inter-agencial para un Maternidad sin Riesgo (Colombo, 1997-1998)

En el marco del décimo aniversario de la Iniciativa de una Maternidad sin Riesgos (SMI), el Grupo Interagencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG) organizó en 1997 una consulta técnica en Colombo, Sri Lanka. Este encuentro tuvo como propósito evaluar los avances y desafíos de la iniciativa en su primera década de implementación y alcanzar un consenso sobre las estrategias más efectivas para reducir la mortalidad materna en los países en desarrollo (Abouzahr, 2003, p. 19; Rosenfield & Min, 2009, p. 11).

Más de 250 participantes de 65 países asistieron a la reunión, incluyendo profesionales con experiencia clínica, investigadores, parteras, personal de

agencias gubernamentales y no gubernamentales, así como tomadores de decisiones y planificadores de programas tanto de donantes como de países en desarrollo (Starrs, 1997). La diversidad de los asistentes tenía la intención de asegurar que el consenso se basara en la combinación de experiencia técnica, investigación y conocimiento comunitario (Starrs, 1997; AbouZahr, 2003, p. 19).

Al igual que en Nairobi 1987, la consulta de Colombo tuvo como eje central la reducción de la mortalidad materna y la identificación de estrategias costo-efectivas para erradicarla a nivel internacional. En ese sentido, Colombo 1997 tenía tres objetivos principales: visibilizar y promocionar a la SMI a diez años de su creación, incorporar las lecciones aprendidas al marco de intervención de la SMI, y motivar la adopción de políticas públicas benéficas para la salud materna en los países del sur global (Starrs, 1997).

En la década que transcurrió entre Nairobi 1987 y Colombo 1997, se conformaron múltiples grupos nacionales enfocados en la agenda de la SMI, lo que da evidencia de la influencia que tuvo esta iniciativa –En México, por ejemplo, se adoptó en 1993 la Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos. Asimismo, durante este periodo, los principales actores de la AISM, en colaboración con actores nacionales del sur global, impulsaron dos estrategias centrales propuestas en Nairobi 1987: por un lado, la promoción de cuidados prenatales enfocados en la detección de riesgos, y por otro, la capacitación de parteras empíricas para evitar prácticas consideradas seguras e higiénicas, y para la identificación de signos de complicaciones con el objetivo de referir a las gestantes a instalaciones hospitalarias (Rosenfield & Min, 2009, p. 10).

A pesar de ello, la revisión de la primera década de implementación de la SMI dejó en evidencia que la mortalidad materna no había disminuido significativamente a nivel global (Institute of Medicine of the National Academies, 2003; Maine & Rosenfield, 1999; Weil & Fernandez, 1999). Esta constatación llevó a un replanteamiento de las estrategias iniciales y a la consolidación de un nuevo marco de intervención.

Rosenfield y Min (2009, pp. 11-12) atribuyen estos resultados a cinco factores. En primer lugar, sostienen que en Nairobi 1987 se promovió "la idea errónea" de que la mortalidad materna podía reducirse únicamente a través del desarrollo socioeconómico general (p. 11). En segundo lugar, esta creencia llevó a que los responsables de las políticas y programas de salud materna asumieran que la maternidad segura ya formaba parte de sus iniciativas –por ejemplo, de planificación familiar, de alfabetización de población femenina o de nutrición– y que, por tanto, no se enfocaran en otras medidas importantes delineadas por la SMI en Nairobi.

En tercer lugar, Rosenfield & Min (2009) sostienen que, al abarcar demasiados temas y demasiadas soluciones, la SMI podía considerarse demasiado compleja y costosa como para poder implementarla de manera efectiva. En cuarto lugar, argumentan que la estrategia de capacitación a parteras empíricas no dio los resultados esperados porque se ejecutó, la mayoría de las veces, sin mecanismos de supervisión efectivos, sin la creación de sistemas de referencia apropiados para la atención de emergencias obstétricas y sin la colaboración del gremio médico, lo que limitó en gran medida su capacidad de reducir la muerte materna.

Finalmente, los autores señalan que muchos de los programas derivados de las recomendaciones de la SMI prestaron escasa atención al manejo de complicaciones derivadas del aborto inseguro a razón de la carga política del tema, por lo que esta causa no fue atendida (Rosenfield & Min, 2009, p. 12). Esto ciertamente repercutía en la escasez de resultados en materia de mortalidad materna, pues las complicaciones por abortos inseguros representaban –y todavía representan– una de las cinco principales causas de muerte materna en el sur global.¹¹⁶

¹¹⁶ A manera de recordatorio, el consenso desde la Conferencia por una Maternidad Segura llevada a cabo en Nairobi en 1987 hasta la actualidad es que las cinco principales causas biomédicas de la muerte materna son la hemorragia obstétrica, el parto obstruido, la eclampsia, la sepsis y el aborto inseguro.

Estos factores, en conjunto, contribuyeron a la falta de progreso significativo en la reducción de la mortalidad materna durante la primera década de la Iniciativa de una Maternidad sin Riesgos, lo que llevó a un replanteamiento de las estrategias y a la reconfiguración de las prioridades en la conferencia de Colombo en 1997. De esta forma, el consenso de Colombo concluyó que los programas de maternidad segura debían enfocarse en el período crítico alrededor del parto y el posparto inmediato (Senanayake, 1998, p. 29).

Se acordó, además, que la capacitación de parteras empíricas, por sí sola, no sería suficiente para reducir la mortalidad materna y, en su lugar, se enfatizó la necesidad de garantizar el acceso universal a profesionales de la salud con formación en partería y capacidad para manejar complicaciones obstétricas (Senanayake, 1998, p. 29). Este cambio representó una inflexión en la estrategia global de la SMI, alejándose de la detección prenatal de riesgos y la capacitación de parteras empíricas –que terminaron por ser expulsadas de la agenda–, para centrarse en la provisión de atención obstétrica de emergencia con personal sanitario cuya formación se enmarcara dentro del modelo biomédico occidental.

Como parte de este nuevo enfoque, se lanzó una campaña mediática internacional para sensibilizar a gobiernos y comunidades sobre la magnitud del problema de la mortalidad materna y la necesidad de acciones urgentes (Stroyer, 2012). En este marco, se esbozaron diez mensajes de acción prioritaria que reflejaban el consenso alcanzado en Colombo (Starrs, 1997).

Los tres primeros mensajes buscaban transformar el clima político en torno a la salud materna y el empoderamiento de las mujeres, promoviendo la maternidad segura como un derecho humano y una inversión social clave (Starrs, 1997). Los siete mensajes restantes se enfocaron en aspectos técnicos y programáticos, incluyendo la necesidad de asegurar asistencia calificada en el parto, de retrasar la edad de matrimonio y de primer embarazo, de difundir la idea de que todos los partos implican riesgos, de mejorar el acceso a servicios de salud de calidad, de

medir los avances y retrocesos, de construir alianzas y de prevenir los embarazos no deseados y de resolver la cuestión del aborto inseguro (Starrs, 1997).

Así, el contraste entre Nairobi 1987 y Colombo 1997 resulta claro y significativo. Mientras que en Nairobi se había adoptado un enfoque multisectorial con al menos 15 líneas de acción que incluían desde el fortalecimiento de los sistemas de salud hasta la mejora del estatus legal de las mujeres (Weil & Fernandez, 1999, p. 940), en Colombo se optó por un enfoque más biomédico y occidentalizado. Se propuso entender por separado a las variables socioeconómicas y conceptualizar a la muerte materna como un problema de salud pública basado en el acceso a planificación familiar y a una atención medicalizada del parto (Tinker & Koblinsky, 1993 en Weil & Fernandez, 1999, p. 941).

Como resultado, se descartaron dos estrategias clave de Nairobi: la capacitación de parteras empíricas y el uso de herramientas de detección de riesgos en el embarazo, al considerarlas inefectivas para reducir la mortalidad materna a gran escala (Rosenfield & Maine, 2009, p. 11; Stroyer, 2012). En su lugar, se abogó por la universalización del modelo biomédico occidental, en línea con el argumento de que

en cada área de cada país en vías de desarrollo, debe haber profesionales entrenados por obstetras (médicos, parteras, enfermeras y anestesiólogos) con capacidad para ofrecer a las mujeres, independientemente de dónde vivan, atención médica y quirúrgica con altas posibilidades de salvar sus vidas en caso de complicaciones obstétricas (Weil & Fernandez, 1999, p. 942).

Además del giro en la estrategia, se produjo un cambio discursivo significativo. En Nairobi 1987, la mortalidad materna se presentaba como una tragedia prevenible; en Colombo 1997, en contraste, se enmarcó como una injusticia social, alineándose así con el enfoque de derechos humanos y estableciendo la obligación de los Estados de garantizar servicios obstétricos de calidad para todas las mujeres (Rosenfield & Min, 2009, pp. 11-22).

Esta nueva perspectiva quedó reflejada en la declaración de Fred Sai, quien fuera presidente de la Conferencia Internacional por una Maternidad Segura en 1987: “La maternidad segura es un indicador fundamental del respeto de una sociedad por sus ciudadanas. Si los gobiernos realmente están comprometidos con los derechos humanos de las mujeres, deben garantizar el acceso a servicios de salud materna de calidad” (Starrs, 1997).

En síntesis, el final de la década de 1990 estuvo marcado por una serie de transformaciones en la AISM. Tras la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994, el enfoque de derechos sexuales y reproductivos se consolidó como un eje central del discurso internacional, ampliando la visión de la salud materna más allá de la reducción de la mortalidad materna.

Sin embargo, en la consulta técnica de Colombo en 1997, este marco de derechos coexistió con una estrategia más técnica y biomédica, que, manteniendo la centralidad de la muerte materna dentro del discurso del desarrollo, priorizó la atención obstétrica medicalizada y aislada, en mayor medida que su predecesora, de otras determinantes sociales de la salud. Esta transformación llevó a una homogenización de las estrategias de salud materna a nivel global, donde la estandarización de modelos biomédicos desplazó prácticas locales y redujo aún más la diversidad de enfoques a una única visión tecnocrática de la atención obstétrica.

Con el inicio del nuevo milenio, las agendas del desarrollo adquirieron un carácter unificador y totalizador, concentrando en un solo marco normativo-discursivo los principales ejes articuladores del desarrollo global: medio ambiente, crecimiento económico, educación, género, energía, agua y saneamiento, entre otros. En el siguiente apartado delinearé una visión panorámica sobre cómo la salud materna se integró dentro de estas grandes agendas globales y qué implicaciones tuvo esta reconfiguración en su visibilidad y prioridad dentro de las políticas internacionales.

4.3. El inicio del nuevo milenio y la construcción de las grandes agendas de desarrollo: un análisis panorámico de los Objetivos del Milenio (ODM) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

4.3.1. La Declaración y los Objetivos del Milenio (2000-2015)

El nuevo milenio trajo consigo una tendencia hacia la consolidación de grandes agendas de desarrollo que, bajo la promesa de generar marcos unificados y medibles, buscaron aglutinar múltiples dimensiones consideradas como propias del desarrollo –pobreza, salud, educación, género, medio ambiente, crecimiento económico– en un solo instrumento normativo. Estas agendas globales totalizadoras, en su afán por establecer objetivos comunes y evaluar el progreso mediante indicadores cuantificables, reconfiguraron las prioridades en salud materna y modificaron su posicionamiento dentro del discurso del desarrollo internacional.

En septiembre del año 2000, durante la Cumbre del Milenio, representantes de 189 países adoptaron la Declaración del Milenio, un acuerdo que estableció una serie de compromisos globales para la reducción de la pobreza y la promoción del desarrollo. De esta declaración surgieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), una agenda estructurada en 8 objetivos, 21 metas y 60 indicadores, con una proyección temporal hacia el año 2015 (Stroyer, 2012, p. 103). El distintivo de la agenda de los ODM era su enfoque prioritario en la medición de las metas desarrollistas, más que en una propuesta de solución a las problemáticas identificadas (AbouZahr, 2003; Stroyer, 2012).

Estos objetivos, ampliamente respaldados por la comunidad internacional, sintetizaban los compromisos de las grandes conferencias internacionales de la década de 1990 y proporcionaban un marco normativo para evaluar los avances en materia de desarrollo (Rosenfield & Min, 2009). Así, se integraron objetivos relativos a erradicar el hambre y la pobreza extrema, a lograr la enseñanza primaria universal, a promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, a

combatir enfermedades infecciosas, a garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, a fomentar una asociación mundial para el desarrollo, a reducir la mortalidad infantil y a mejorar la salud materna, como se observa en la *ilustración 4.1* a continuación.

Ilustración 4.1. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)



Fuente: Naciones Unidas.

En efecto, el consenso en torno a la salud materna alcanzado en las conferencias que antecedieron a la Cumbre del Milenio, particularmente en lo que respecta a la reducción de la mortalidad materna, permitió que ésta se consolidara como uno de los grandes temas de la agenda global de desarrollo en el nuevo milenio (AbouZahar, 2003, pp. 20-21). Sin embargo, a diferencia de lo ocurrido en el marco de la CIPD de El Cairo, la salud materna no fue integrada dentro de un enfoque amplio de derechos reproductivos, sino que se estructuró solamente en términos de objetivos específicos medibles.

En este sentido, los ODM enfatizaron la mortalidad materna y la salud infantil como problemas prioritarios, pero, al mismo tiempo, excluyeron en su primera versión a la salud sexual y reproductiva formulada 6 años antes en El Cairo (Rosenfield & Min, 2009, p. 12). Ésta última no sería integrada hasta la primera

revisión quinquenal de los ODM y sólo como una meta adicional del ODM 5 cuya misión era mejorar la salud materna.

De esta manera, el quinto objetivo de los ODM se estructuró en dos metas con seis indicadores de seguimiento. La primera meta (5.A) planteó reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, con dos indicadores clave: (5.1) la razón de mortalidad materna y (5.2) la proporción de partos atendidos por personal sanitario capacitado (Cecchini & Azócar, 2007; OMS, 2018b). La segunda meta (5.B), incorporada *a posteriori*, buscó lograr hacia 2015 el acceso universal a la salud reproductiva (OMS, 2018b). Sus indicadores incluyeron (5.3) la tasa de uso de anticonceptivos, (5.4) la tasa de natalidad entre los adolescentes, (5.5.) la cobertura de atención prenatal –al menos una consulta y al menos cuatro consultas– y (5.6) la necesidad insatisfecha en planificación familiar (Cecchini & Azócar, 2007).

Aunque la salud materna tuvo un lugar central en la agenda global del desarrollo, su estructuración simbólica dentro de los ODM develó un evidente retorno del binomio madre-hijo como unidad de intervención de la AISM. Si bien la mortalidad infantil y la salud materna no se incluyeron dentro del mismo objetivo, sí se colocaron de forma adyacente, como revela la *ilustración 4.1*. Así, de forma paralela, mientras el ODM 4 se centraba en la reducción de la mortalidad infantil, el ODM 5 lo hacía en la reducción de la mortalidad materna.

Además, UNICEF fue elegido como el responsable de recopilar los indicadores asociados a ambos objetivos (Cecchini & Azócar, 2007, p. 59). Esta elección, analizada desde una perspectiva histórica, muestra cómo, nuevamente, al reforzarse discursivamente el tradicional binomio en cuestión, las infancias se colocan, una vez más, como el componente protagónico de las intervenciones.

En este contexto, la ONU impulsó en 2002 la creación de la *Task Force on Child Health and Maternal Health* como parte del *Millennium Project*, un grupo de trabajo que "enfaticó la importancia de fortalecer los sistemas de salud en países en desarrollo para lograr reducciones" sostenibles en la mortalidad materna e infantil

(Freedman & Waldman, 2005, en Rosenfield & Min, 2009, pp. 12-13). Entre sus recomendaciones destacó la necesidad de una rápida expansión de intervenciones clave como la atención obstétrica de emergencia y el Manejo Integrado de Enfermedades Prevalentes en la Infancia –IMCI, por sus siglas en inglés– (Rosenfield & Min, 2009, p. 13).

Más allá, en 2005, con el objetivo de acelerar y armonizar los esfuerzos orientados al cumplimiento del ODM 4 y ODM 5, se lanzó la *Partnership for Maternal, Newborn and Child Health* (Rosenfield & Min, 2009). Esta iniciativa surgió de la fusión de tres consorcios preexistentes en maternidad segura, supervivencia infantil y salud neonatal. "Con más de 80 miembros, incluyendo agencias de la ONU, ONG, asociaciones profesionales, agencias bilaterales, fundaciones e instituciones académicas", la alianza buscó acelerar el progreso hacia la reducción de la mortalidad materna e infantil (Rosenfield & Min, 2009). En este marco, la Organización Mundial de la Salud promovió la transición del enfoque de salud materno-infantil a salud materna, neonatal e infantil, con el fin de asegurar la *continuidad de la atención*,¹¹⁷ y consolidar así una atención integral desde el embarazo hasta la infancia temprana (World Health Organization, 2005, en Rosenfield & Min, 2009).

Por otro lado, el reconocimiento de la mortalidad materna como un problema de desarrollo y derechos humanos quedó también reflejado en el creciente énfasis que se hizo alrededor de la responsabilidad estatal, en línea con lo planteado en Colombo 1997. La falta de avances en la reducción de la mortalidad materna fue interpretada por diversos organismos internacionales como una violación de los derechos humanos, subrayando la obligación de los Estados de implementar medidas efectivas para garantizar la salud materna.

En suma, los ODM representaron un momento clave en la institucionalización de la salud materna dentro de las agendas globales del desarrollo internacional. Sin

¹¹⁷ En el capítulo dos de esta tesis problematizo este concepto.

embargo, su diseño y enfoque generaron diversas críticas, particularmente en lo que respecta a la simplificación de los problemas estructurales de la salud materna y a la forma en que se plantearon las estrategias para su reducción.

Storeng y Béhague (2014, en MacDonald, 2022) argumentan que la inclusión de la reducción de la mortalidad materna dentro de los ODM derivó en un "estrechamiento tecnocrático" de la SMI, priorizando soluciones rápidas y programas verticales en lugar de fortalecer los sistemas de salud de manera integral. En este marco, se favorecieron intervenciones puntuales con resultados medibles a corto plazo, lo que limitó la posibilidad de abordar las causas estructurales de la mortalidad materna y continuó con la tendencia establecida en Colombo 1997 de dejar de lado a actores clave como las parteras empíricas, cuyas contribuciones no fueron adecuadamente evaluadas dentro del modelo de intervención dominante (MacDonald, 2022).

Por su parte, Stroyer (2012, pp. 111-112) sintetiza las críticas de Vandermoortele (2008), Pogge (2003), Hulme (2009) y Manning (2010) a los ODM en seis puntos, de los cuales retomo cinco. En primer lugar, los ODM fueron percibidos como una imposición del norte global, dado que representaban una continuación de los Objetivos de Desarrollo de la OCDE y no surgieron de un proceso de construcción verdaderamente participativo con los países en desarrollo. En segundo lugar, su implementación favoreció el cumplimiento de metas a toda costa, sin necesariamente abordar los problemas estructurales ni ofrecer soluciones definitivas, lo que incentivó el uso de estadísticas distorsionadas para demostrar avances.

En tercer lugar, su aplicación fue mayormente *top-down*, con una apropiación burocrática que no siempre se tradujo en cambios sustantivos a nivel local. En cuarto lugar, a pesar de que la Declaración del Milenio mencionaba valores fundamentales como los derechos humanos y la tolerancia, estos elementos quedaron marginados en la implementación de los ODM. Finalmente, los sistemas de medición utilizados presentaban deficiencias metodológicas, lo que resultaba

contradictorio dado que los propios ODM dependían fuertemente de la medición como mecanismo de seguimiento y evaluación.

En este sentido, si bien los ODM lograron posicionar la salud materna como un eje prioritario en la agenda global, su abordaje reduccionista dejó fuera elementos fundamentales para entender y combatir la mortalidad materna desde una perspectiva integral, por lo que, en ese sentido, representó un retroceso frente a sus antecesoras. Así, a medida que la agenda del desarrollo evolucionó hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), muchos de estos problemas persistieron. Sin embargo, los ODS introdujeron un enfoque más amplio que, aunque mantuvo la lógica cuantificable de los ODM, incorporó una narrativa más incluyente. El siguiente apartado examina la transición de los ODM a los ODS y su impacto en la configuración de la AISM.

4.3.2. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente (2016-2030)

En 2015, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, un plan global compuesto por 17 Objetivos y 169 metas con el propósito de guiar los esfuerzos internacionales en materia de desarrollo durante los siguientes 15 años (Naciones Unidas, s.f.c.). Los ODS no son jurídicamente vinculantes, como el resto de las agendas revisadas en esta tesis con excepción de la CEDAW. Sin embargo, sí tienen la intención de orientar a las naciones en sus procesos de armonización de los marcos nacionales con los compromisos asumidos en la esfera internacional.

En ese sentido, y muchos otros, los ODS son la continuación meditada de los ODM, por lo que comparten muchas cosas en común en cuanto a orientaciones, estructuras y enfoques. No obstante, también es posible identificar algunas diferencias clave entre ambos. En primer lugar, los ODS duplican el número de objetivos a cumplir, pasando de 8 a 17, por lo que tienen un enfoque mucho más amplio que sus predecesores. En segundo lugar, los ODS incorporan por completo

el concepto de* desarrollo sostenible*, por lo que consideran al desarrollo a partir de tres pilares: crecimiento económico, inclusión social y medio ambiente (Naciones Unidas, s.f.c.).

En tercer lugar, a diferencia de los ODM, que se enfocaban principalmente en los países en desarrollo, los ODS buscan ser aplicables a todos los países, reconociendo la existencia de nortes en los sures y de sures en los nortes. Finalmente, los ODS ponen aún más énfasis que los ODM en la movilización de financiamiento, el desarrollo de capacidades técnicas, la recolección de datos y la actualización constante de los indicadores (Naciones Unidas, s.f.c.).

Al respecto, al igual que los ODM, los ODS están fuertemente orientados hacia lo cuantitativo. Sus indicadores son constantemente actualizados y supervisados, y abarcan desde la escala mundial hasta, idealmente, la más local posible. La importancia que esta agenda pone a la tecnología del indicador es tal, que las mismas Naciones Unidas estiman lograr “aproximadamente 300 indicadores para todas las metas” (Naciones Unidas, s.f.c.).

No obstante, a pesar de la expansión del número de objetivos en los ODS, la salud materna perdió visibilidad dentro de la nueva agenda. Mientras que en los ODM constituía un objetivo independiente, en el marco de los ODS pasó a ser una meta dentro del ODS 3, titulado “Salud y bienestar” (Naciones Unidas, s.f.d.). En particular, la cuestión de la salud materna se observa en 3 metas de este objetivo: la 3.1, la 3.2 y la 3.7.

Así la *meta 3.1* establece como objetivo reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos para 2030, mientras que la *meta 3.2* plantea, "para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos erradicar las muertes prevenibles de recién nacidos y niños menores de cinco años" (Naciones Unidas, s.f.d.).

Por su parte, la *meta* 3.7 busca, en el mismo horizonte temporal que las anteriores metas, "garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales" (Naciones Unidas, s.f.e.). De esta forma, se observa como en el ODS 3 se materializan tres de los pilares de la AISM: mortalidad infantil, mortalidad materna y planificación familiar.

Por otro lado, dentro del ODS 5, centrado en la igualdad de género, se incorpora la *meta* 5.6, que establece el compromiso de asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, así como de garantizar el respeto a los DSR conforme a lo acordado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995) (Naciones Unidas, s.f.e.). A diferencia de los ODM, que tardaron cinco años en incorporar metas específicas sobre salud reproductiva, en la Agenda 2030 estos derechos fueron reconocidos desde su formulación inicial.

Ahora, dado que los indicadores tienen la capacidad de señalar cuáles son las soluciones envisionadas para ciertos fines, considero relevante describir aquellos asociados las metas de salud materna en el contexto de los ODS. Como se observa en la *tabla 4.1*, los indicadores de salud materna de esta agenda reflejan continuidad respecto a enfoques previos: priorizan la atención calificada del parto, la planificación familiar y ponen el énfasis en las cuestiones de mortalidad, ya sea materna o infantil.

Tabla 4.1. Indicadores de las metas relativas a salud materna en el marco de los ODS.

Meta	Indicador
3.1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.	3.1.1 Tasa de mortalidad materna
	3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado
3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos	3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
	3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal

vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos	
3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos
	3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad
Meta 5.6. Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen	5.6.1 Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva
	5.6.2 Número de países con leyes y reglamentos que garantizan a los hombres y las mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto

Fuente: de elaboración propia con información textual de Asamblea General de las Naciones Unidas (2017).

Las rupturas, no obstante, se observan en la ausencia del indicador de controles prenatales –que sí se incorpora en los ODM– y la entrada en escena de la mortalidad neonatal. Estos desarrollos están en línea con la campaña que emprendió la OMS a principios de los 2000 para incentivar la adopción del *término salud materna, neonatal e infantil* ligado al concepto de la *continuidad de la atención*. Como mencionaba, con el inicio del nuevo milenio, el binomio madre-hijo retomó parte de la fuerza que perdió durante la década de 1980. Los ODS no desafiaron este discurso. Por el contrario, se encontraban tan ligados a sus antecesores que incluso la estrategia de operacionalización de sus metas de salud materna se dio en el marco de la Iniciativa *Todas las Mujeres, Todos los Niños*.

Esta iniciativa nació en el año 2010 como parte de la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño*, misma que estuvo encaminada a acelerar el logro de los ODM 4 y 5. Con la llegada de los ODS, ésta se actualiza y pasa a llamarse *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*

(Naciones Unidas, 2015, p. 77). En esta versión, además de dar continuidad a los objetivos previos, se consolidó el binomio madre-hijo como unidad de intervención, integrando ahora a los adolescentes en el marco de acción, lo que refuerza la tendencia de los organismos internacionales a enmarcar la salud materna dentro de esquemas familiares y reproductivos

El marco de implementación de la Estrategia Mundial está respaldado por múltiples actores internacionales. Una de las fuentes clave de apoyo técnico es la Alianza H4+, integrada por la OMS, el UNFPA, UNICEF, ONUSIDA, ONU-Mujeres y el Banco Mundial (Naciones Unidas, 2015, p. 77). Asimismo, la supervisión del progreso está a cargo de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, bajo los auspicios de la iniciativa *Todas las Mujeres, Todos los Niños* (Asamblea Mundial de la Salud, 2017, p. 1).

Así, la estrategia tiene tres objetivos generales: "sobrevivir", enfocado en la reducción de la mortalidad prevenible; "prosperar", orientado a garantizar la salud y el bienestar de mujeres, niños y adolescentes; y "transformar", que busca ampliar los entornos propicios para la salud y el desarrollo sostenible (Asamblea Mundial de la Salud, 2017, p. 1; Naciones Unidas, 2015, p. 6). Estos objetivos, según la OMS, deben alcanzarse a través de una hoja de ruta con áreas de acción basadas en evidencia científica, tanto dentro del sector salud como en otros sectores y a nivel comunitario (Asamblea Mundial de la Salud, 2017, p. 1). Sin embargo, la estrategia mantiene una orientación eminentemente biomédica, con énfasis en la reducción de la mortalidad materna y neonatal como principal indicador de éxito (Naciones Unidas, 2016, pp. 40-41).

En cuanto a la salud materna, las metas de la estrategia se alinean con los ODS. Dentro del objetivo "sobrevivir", se retoma la meta de reducir la mortalidad materna a menos de 70 muertes por cada 100,000 nacidos vivos a nivel mundial, disminuir la mortalidad neonatal a menos de 12 muertes por cada 1,000 nacidos vivos y reducir la mortalidad infantil a menos de 25 muertes por cada 1,000 nacidos vivos en todos los países (Naciones Unidas, 2016, pp. 40-41). Los indicadores para

medir el progreso en este objetivo son la RMM, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad neonatal, además de la proporción de mujeres que recibieron cuatro o más consultas prenatales y aquellas que tuvieron contacto posparto con un proveedor de salud dentro de los dos días posteriores al parto (Naciones Unidas, 2016, p. 41).

Dentro del objetivo "prosperar", las metas relacionadas con la salud materna incluyen la erradicación de la malnutrición en mujeres embarazadas y lactantes, así como el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar (Naciones Unidas, 2016, pp. 42-43). Los indicadores vinculados a este objetivo abarcan la cobertura de planificación familiar, la atención prenatal, la asistencia calificada en el parto, la lactancia materna y la cobertura de vacunación infantil (Naciones Unidas, 2016, p. 43). Además, se incorporan indicadores sobre derechos sexuales y reproductivos, como la proporción de mujeres que toman decisiones informadas sobre su salud reproductiva y el número de países con marcos normativos que garantizan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas, 2016, p. 43).

En este contexto, la estrategia en cuestión formula una serie de recomendaciones que orientan la implementación de estas estrategias a nivel global, las cuales se presentan en la *tabla 4.2.* a continuación.

Tabla 4.2. Recomendaciones en materia de salud materna de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente (2016-2030).

Categoría	Recomendación
Mujeres (incluidas las intervenciones antes del embarazo)	Información, asesoramiento y servicios de salud sexual y reproductiva integral, incluidos los métodos anticonceptivos.
	Prevención, detección y tratamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y de las infecciones de transmisión sexual y del aparato reproductor, con inclusión del VIH, la tuberculosis y la sífilis.
	Administración de suplementos de hierro/ácido fólico (antes del embarazo).
	Detección y tratamiento de los cánceres cervicouterinos y mamario.
	Aborto seguro (si está permitido), atención postaborto.
	Detección antes del embarazo y gestión de factores de riesgo (nutrición, obesidad, tabaco, alcohol, salud mental, toxinas en el medio ambiente) y afecciones genéticas.

Atención prenatal	Atención prenatal temprana y apropiada (cuatro visitas), incluidas la detección y la gestión de casos de violencia de género.
	Determinación precisa de la edad gestacional.
	Detección de enfermedades maternas.
	Detección de problemas de hipertensión.
	Administración de suplementos de hierro/ácido fólico.
	Inmunización contra el tétanos.
	Asesoramiento sobre planificación familiar, parto y preparación para emergencias.
	Prevención de la transmisión de VIH de la madre al niño, incluso mediante antirretrovirales.
	Prevención y tratamiento de la malaria, incluso mediante la distribución de mosquiteros impregnados y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo.
	Abandono del hábito de fumar.
	Detección, prevención y gestión de las infecciones de transmisión sexual (sífilis y hepatitis B).
	Detección de la violencia de pareja y respuesta ante esas prácticas.
	Asesoramiento dietético para un aumento de peso saludable y una nutrición adecuada.
	Detección de factores de riesgo y gestión de afecciones genéticas.
	Gestión de afecciones crónicas (p. ej., hipertensión, diabetes mellitus preexistente).
	Prevención, detección y tratamiento de la diabetes gestacional, la eclampsia y la preeclampsia (incluido el parto a término).
	Gestión de complicaciones obstétricas (ruptura prematura de membranas, macrosomía, etc.).
	Tratamiento prenatal con corticoesteroides en las mujeres con riesgo de parto prematuro entre las semanas 24. ^a y 34. ^a de gestación, cuando existen las condiciones apropiadas.
Gestión de mala posición a término.	
Parto	Parto en centros sanitarios con asistencia cualificada.
	Seguimiento sistemático con partograma y atención oportuna y apropiada.
	Gestión activa de la tercera fase del trabajo de parto.
	Gestión de partos prolongados u obstruidos, incluso el parto instrumentado o por cesárea.
	Operación cesárea cuando el estado de la madre o el feto la requiera.
	Inducción del parto con indicaciones médicas apropiadas.
	Gestión de la hemorragia puerperal.
	Prevención y gestión de la eclampsia (incluso con administración de sulfato de magnesio).
	Detección y gestión de casos de mujeres con infecciones o riesgo de contraerlas (incluso mediante el uso profiláctico de antibióticos para operaciones cesáreas).
	Cribado para detectar infecciones por el VIH (en mujeres que no se hayan sometido a pruebas) y prevención de la transmisión de la madre al niño.

	Gestión higiénica del cordón al nacer, incluso utilizando clorhexidina cuando sea preciso.
Atención posnatal	Atención en el centro sanitario al menos durante las 24 horas posteriores al parto vaginal sin complicaciones.
	Promoción, protección y apoyo de la lactancia natural exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
	Gestión de la hemorragia puerperal.
	Prevención y gestión de la eclampsia.
	Prevención y tratamiento de la anemia materna.
	Detección y gestión de la septicemia puerperal.
	Asesoramiento sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos.
	Examen sistemático después del parto y detección del cáncer cervicouterino en el grupo de edad pertinente.
	Detección de la infección por el VIH e inicio o continuación de la terapia antirretroviral.
	Detección de la violencia de pareja y respuesta ante esas prácticas.
	Detección temprana de la morbilidad materna (p. ej., fístula obstétrica).
	Detección y gestión de la depresión posparto.
	Asesoramiento sobre nutrición y modos de vida, gestión del peso durante el periodo entre partos.
	Contacto posnatal con un dispensador de atención de salud debidamente cualificado, en el hogar o en un centro sanitario, aproximadamente al tercer día, al séptimo día y seis semanas después del parto.

Fuente: Tabla de elaboración propia a partir de la reproducción textual de Naciones Unidas (2015, pp. 88-92).

El conjunto de recomendaciones establecidas en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) refleja una continuidad con los enfoques biomédicos predominantes en la AISM. Las intervenciones priorizadas se centran en la prevención, detección y tratamiento de enfermedades y complicaciones obstétricas a lo largo del ciclo reproductivo. Así, si bien este marco de intervención abarca aspectos fundamentales para la reducción de la mortalidad materna, su énfasis sigue recayendo en la atención médica institucional, misma que, como he argumentado está ligada al ejercicio de violencia sobre los cuerpos gestantes.

Nuevamente, la instrumentalización de las mujeres y el enfoque economicista marcan el diseño de estas políticas, en las que su salud y bienestar se entienden no como un fin en sí mismos, sino como un medio para fortalecer la estabilidad

social y la productividad económica. Esta lógica se hace evidente, por ejemplo, en los siguientes fragmentos sobre los ODS:

Garantizar una vida saludable para todos requiere un fuerte compromiso, pero los beneficios superan los costes. Las personas sanas son la base de unas economías sanas. [...] Es necesario prestar atención a varios determinantes de la salud, incluidos los factores ambientales y comerciales (Naciones Unidas, s.f.d.).

La igualdad de género es un derecho humano fundamental, independientemente del país de residencia. Avanzar en la igualdad de género es fundamental para crear una sociedad sana en todos sus ámbitos, desde la reducción de la pobreza hasta la promoción de la salud, la educación, la protección y el bienestar de niñas y niños (Naciones Unidas, s.f.e.).

En esa línea, los ODS han reforzado la asociación discursiva entre la salud materna y la infancia, consolidando el binomio madre-hijo como unidad de intervención. En el documento de la Estrategia Mundial se enfatiza la “alta rentabilidad de las inversiones en salud de la mujer, el niño y el adolescente”, estableciendo un vínculo instrumental entre el bienestar materno y la formación de futuros ciudadanos productivos.

Este discurso no solo cimienta la idea de que la mujer es un medio para la estabilidad social, sino que también invisibiliza su autonomía fuera del rol materno. La propia estructura lingüística del documento es reveladora en este sentido, pues los sujetos beneficiarios son descritos a partir del masculino genérico. La palabra “niña”, por poner un ejemplo, aparece solo 15 veces en el texto, mientras que “niño” se menciona 250 veces.

Ahora bien, habiendo delineado el devenir evolutivo de las representaciones y los significados en los discursos internacionales de salud materna, en el siguiente capítulo analizaré cómo estos discursos y estrategias se han filtrado en la política

pública mexicana de salud materna, explorando la forma en que la AISM ha sido apropiada, reinterpretada e implementada en los programas nacionales abocados a esta temática. A través de este análisis, se buscó comprender de qué manera los marcos normativos globales han permeado en la formulación de políticas, qué actores han intervenido en estos procesos y cómo se han materializado en el acceso y la provisión de atención en salud materna en México.



CAPÍTULO 5.

Permeabilidad, interpretación e implementación: un análisis exploratorio sobre la asimilación de la AISM en la política pública mexicana de salud materna (PPSM)

En las páginas que anteceden a este capítulo me he dedicado a responder tres preguntas específicas: (1) cuáles son los supuestos teóricos adecuados para aproximarme a mi objeto de estudio; (2) qué componentes simbólicos, materiales y relacionales conforman lo que denomino AISM, y de qué manera estos elementos se interrelacionan hasta formar un dispositivo que sostiene formas específicas de saber-poder; y (3) cuál es la genealogía de tal dispositivo o, en otras palabras, bajo qué condiciones emergieron sus enunciados.

Con las respuestas a estas preguntas he intentado construir un entendimiento alrededor de las prácticas materiales y discursivas de la cooperación internacional en salud materna en mi intento por dilucidar de qué manera ésta se vincula con la violencia obstétrica en México. Hasta el momento este intento ha servido para comprender las dinámicas internacionales que produce y sobre las que se sostiene el dispositivo de la AISM, pero no ha mostrado cómo este dispositivo incide sobre la administración de la gestación en el caso mexicano ni tampoco los efectos que tal diálogo tiene sobre la prevalencia de violencia obstétrica en este territorio.

En este capítulo me dedico, por tanto, a explorar uno de los eslabones que conectaría a la AISM con el fenómeno de la violencia obstétrica en México, esto es

la política pública mexicana de salud materna (PPSM). La PPSM, al igual que la AISM, se conforma de la interacción de actores, normas, financiamiento, lineamientos, estructuras burocráticas, horizontes de deseabilidad, análisis de causas y efectos, entre otros elementos.

Así, en este capítulo intento analizar de qué manera los enunciados y los componentes de la AISM dialogan con los elementos que constituyen a la PPSM. Mi objetivo con ello es rastrear cómo los elementos discursivos de la AISM han sido interpretados, asimilados, desafiados por la PPSM desde mediados de la década de 1980, cuando la muerte materna se colocó en el centro de las lógicas desarrollistas. En otras palabras, en este capítulo exploro cómo la AISM fue interpretada en México y cómo estas interpretaciones permearon en la implementación de la PPSM.

Como resultado, estructuré este capítulo en cuatro apartados. En el primero de ellos describo la metodología sobre la que se sostienen los hallazgos que expongo en este capítulo. En el segundo analizo los principales actores y dinámicas de financiamiento de la PPSM. En el tercero identifiqué los imaginarios desarrollistas y las tecnologías de gobernanza que condicionan las interpretaciones que la PPSM hace de la AISM.

Finalmente, en el cuarto apartado examino a partir de la tipología tradicional de los mecanismos de difusión normativa cómo los enunciados de la AISM han permeado en la implementación de las políticas mexicanas de salud materna. Con este recorrido, que inicio a continuación, pretendo esclarecer algunas de las dinámicas que conectan a la AISM con la PPSM, reservando así el análisis de las correlaciones entre estas políticas y la violencia obstétrica en el caso mexicano para el sexto y último capítulo de esta tesis.

5.1. Metodología del capítulo

En este capítulo busco rastrear las formas en que los elementos discursivos de la AISM identificados en el recorrido de esta tesis han sido interpretados y asimilados

en el contexto de la política pública de salud materna (PPSM) mexicana desde mediados de la década de 1980 y hasta 2021. Para ello, me baso sobre todo en el análisis de la normativa oficial mexicana sobre salud materna y en las narraciones proporcionadas por seis informantes clave en la operacionalización de la AISM.

Para la selección de participantes, empleé un muestro intencional. Éste estuvo orientado a identificar actores clave que representaran distintas perspectivas institucionales y contextos de acción en el marco de la PPSM mexicana. Busqué incluir sujetos que ocupan u ocuparon durante el periodo señalado posiciones estratégicas en la administración pública federal en organizaciones de la sociedad civil y/o en agencias del Sistema de Naciones Unidas (SNU).

Muchos de estos perfiles cuentan con una amplia trayectoria en el tema, siendo común que hayan colaborado a lo largo de los años con más de uno de los actores clave tanto de la PPSM mexicana como de la AISM. A razón de su perfil, y por motivos de confidencialidad, he asignado un identificador numérico a cada una de las informantes. Al utilizar información proporcionada por alguna de ellas, haré referencia a su identificador. A continuación, la *tabla 5.1.* resume las principales características de las seis participantes, tomando en cuenta su institución de adscripción al momento de realizar las entrevistas.

Tabla 5.1. Características de las informantes.

Informante	Institución de adscripción	Área de trabajo	Tipo de actor
Informante 1	UNFPA	Salud sexual y reproductiva	Internacional
Informante 2	UNFPA	Partería	Internacional
Informante 3	ONU Mujeres	Dirección y planeación	Internacional
Informante 4	Sociedad civil	Salud sexual y reproductiva	Dual
Informante 5	IMSS	Salud materna y perinatal	Nacional
Informante 6	SSA-CNEGSR	Salud materna y perinatal	Nacional

Fuente: elaboración propia.

Para obtener la información que analizo en este capítulo, utilicé entrevistas semiestructuradas. En ese sentido, las entrevistas partieron de una guía de

preguntas base que complementé con preguntas personalizadas *a priori* en función del perfil de la participante en cuestión. Las preguntas se basaron en el marco teórico de esta tesis y fueron diseñadas para ser amplias y flexibles, invitando a la reflexión y a la narración de eventos y percepciones relacionados a la experiencia profesional de las informantes.¹¹⁸

Algunas de las informantes solicitaron consultar el cuestionario antes de la entrevista, mismo que, en respuesta, se les envió por correo electrónico. Sin embargo, al utilizar un formato semiestructurado, en algunas ocasiones me permití emitir comentarios y realizar preguntas adicionales según la evolución del diálogo y las respuestas proporcionadas.

Las entrevistas fueron grabadas con autorización de las participantes. Una vez transcritas, las grabaciones fueron eliminadas. Al finalizar las entrevistas, compartí con las participantes un formato en el que les informaba sobre los objetivos de la investigación y en el que consentían que la información fuera utilizada con fines estrictamente académicos.¹¹⁹

Para analizar las narraciones de las informantes utilicé una estrategia de codificación híbrida que combinó elementos de codificación basada en teoría, codificación axial y codificación selectiva. Inicié el proceso asignando fragmentos de texto a categorías predefinidas, fundamentadas en la teoría de los mecanismos de difusión normativa y en el marco teórico del primer capítulo de esta tesis.

En esta primera fase enfoqué la organización de los datos en torno a las categorías de *imaginarios de desarrollo*, *tecnologías de gobernanza*, *difusión por aprendizaje*, *difusión por competencia*, *difusión por emulación* y *difusión por coerción*. Esto me permitió establecer una estructura básica que reflejara conceptos clave de mi marco teórico y alineara el análisis con la pregunta de investigación que busco responder en este capítulo, a saber, de qué manera los elementos discursivos

¹¹⁸ El banco de preguntas se encuentra disponible en los anexos de esta tesis.

¹¹⁹ El formato utilizado se encuentra disponibles en los anexos de esta tesis.

de la AISM han sido interpretados y asimilados en el contexto de la política pública de salud materna (PPSM) mexicana.

En la segunda etapa del análisis, profundicé en cada una de las categorías enlistadas. Esto con el objetivo de identificar temas específicos dentro de cada una de ellas. Esta subcategorización, característica de la codificación axial, me permitió descomponer y matizar cada categoría en aspectos más específicos, capturando complejidades, tendencias, rupturas y contradicciones en las narraciones de las informantes.

Finalmente, en la tercera etapa orienté el análisis bajo un enfoque de codificación selectiva que consistió en organizar las categorías y subcategorías en torno a un tema central: las relaciones de poder y los idearios desarrollistas. Este hilo conductor me permitió dar coherencia al análisis e interpretar como cada una de las categorías reproduce y resiste, simultáneamente, dinámicas de poder. De esta manera, intenté integrar las distintas categorías en una estructura interpretativa que me permitiera conectar los elementos teóricos y empíricos que subyacen a la construcción e implementación de la PPSM mexicana durante el periodo analizado,

Los apartados que siguen a continuación organizan los hallazgos obtenidos a partir del proceso metodológico descrito, combinando la información proporcionada por las participantes con registros estadísticos y datos recopilados de fuentes primarias de la PPSM mexicana. Así, en el siguiente apartado me centro en algunos aspectos materiales de la PPSM mexicana, enfatizando el papel del financiamiento y de los principales actores nacionales e internacionales que intervienen en la política.

5.2. Actores clave y financiamiento

En la operacionalización de la AISM en México intervienen actores nacionales e internacionales. En lo que refiere al segundo grupo, considero como actores internacionales a todas aquellas entidades externas que han transferido recursos a México en forma de ayuda al desarrollo y en materia de Salud reproductiva,

materna, neonatal e infantil (SRMNI). En ese sentido, y con base en los estimados de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD, identifiqué la presencia de 46 actores internacionales en materia de SRMNI dentro de territorio nacional durante el periodo de 2002 a 2019.

De estos, 27 son Estados, 10 son fundaciones privadas y 9 son organismos internacionales. Juntos transfirieron a México en el periodo señalado un total acumulado de 155.82 millones de USD por concepto de ayuda al desarrollo en SRMNI. De ellos, considero como actores claves a los principales donantes del grupo. Ello debido a su capacidad y mayor interés en financiar proyectos e implementar en el territorio las recomendaciones de la AISM en colaboración con agentes nacionales. La *tabla 5.2* muestra a los que, bajo dicho criterio, considero los 15 principales actores internacionales de la AISM con presencia en México.

Tabla 5.2. Principales donantes internacionales de México en SRMNI (2002-2019).

#	Donante	Millones de USD	% del total
1	Estados Unidos	39.14	
2	Japón	35.52	
3	Fondo Mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (GFATM)	18.74	
4	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	16.23	
5	España	9.08	
6	MacArthur Foundation	8.99	
7	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	4.99	
8	Bill & Melinda Gates Foundation	4.32	
9	Francia	3.93	
10	Unión Europea	2.35	
11	Alemania	1.79	
12	Organización Mundial de la Salud (OMS)	1.68	
13	Reino Unido	1.35	
14	Banco Inter-Americano de Desarrollo (BID)	1.34	
15	William & Flora Hewlett Foundation	1.18	

Fuente: de elaboración propia a partir de un análisis de los estimados Muskoka2 de Pitt & Bath (2021) sobre los registros del CRS del CAD de la OCDE.

En conjunto, estos actores aportaron alrededor de 97% del total de ayuda al desarrollo en SRMNI que recibió México en dicho periodo. Un 60% de este financiamiento vino de los actores bilaterales de la lista, un 30% de los actores multilaterales y un 10% de los actores privados, siendo esta distribución muy similar

a la mundial (véase la *gráfica 2.5* del capítulo dos). Como se observa, los EE.UU., Japón y, en menor medida, España, fueron los tres principales donantes bilaterales de México.¹²⁰ A esta lista se suman, con menor grado de influencia, Francia, Alemania y el Reino Unido.

Por su parte, los principales donantes multilaterales del país durante este periodo fueron el Fondo Mundial (GFATM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Unión Europea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), respectivamente. En cuanto a los donantes internacionales privados, los principales fueron la MacArthur Foundation, la Bill & Melinda Gates Foundation y la William & Flora Hewlett Foundation; todos ellos estadounidenses.

Es necesario, no obstante, poner en perspectiva las aportaciones financieras de estos actores por lo que revelan de los mecanismos de asimilación de la AISM en México. Al respecto, con base en las mismas estimaciones de Pitt & Bath (2021) del CRS, en el mismo periodo hubo un total de 159 receptores de ayuda al desarrollo en SRMNI. De estos, México se encuentra en la posición 92 de financiamiento acumulado total, y apenas en el lugar 149 de financiamiento acumulado per cápita.

Considero que estos datos dan cuenta de la posición marginal que, en términos relativos, el financiamiento internacional dirigido a la SRMNI tiene en México. Esto, al menos, si el referente son los flujos marcados como AOD¹²¹ en

¹²⁰ Dichos Estados gestionan su cooperación con México a través de sus respectivas agencias de desarrollo internacional. En el caso de los EE.UU., la principal mediadora es la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Para Japón, la cooperación es liderada por la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA). En cuanto al caso de España, la encargada es la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

¹²¹ El CAD de la OCDE sólo marca como AOD a los “desembolsos de préstamos concedidos en condiciones concesionarias (netos de la amortización de capital) y subvenciones por parte de agencias oficiales de los miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), de instituciones multilaterales y de países no miembros del CAD para promover el desarrollo económico y el bienestar en los países y territorios de la lista de receptores de AOD del CAD. Incluye préstamos con un componente de donación de al menos el 25 por ciento (calculado con una tasa de descuento del 10 por ciento)” (World Bank, s.f.a). Es decir, no se toma en cuenta financiamiento internacional

SRMNI y el punto de partida son las últimas dos décadas. Sin embargo, tal panorama es de esperarse, puesto que México es considerado por el Banco Mundial como un país de renta media-alta desde 1990 (World Bank, s.f.b).¹²²

Como ya señalé en el apartado de financiamiento internacional del capítulo dos, el CAD de la OCDE sólo considera como elegibles a recibir AOD a los países que el Banco Mundial clasifica, de acuerdo a su propia metodología, como de renta baja y renta media (OECD, 2023). En otras palabras, para el CAD, el criterio de elegibilidad a la AOD se basa exclusivamente en el ingreso per cápita de un país.¹²³ Este criterio no imposibilita que un país reciba transferencias financieras de otro, pero sí impide que tales montos sean clasificados como AOD.

Bajo este contexto, a los países de renta media-alta se les considera como países en *proceso de graduación* de la AOD. La evidencia sugiere que los donantes internacionales tienden a retirar paulatinamente sus flujos de financiamiento concesional de estos países para reorientarlos hacia otras latitudes (Calleja & Prizzon, 2019). Como resultado, estos países no solo transitan hacia formas de financiamiento no concesional, sino que también la balanza de los esquemas de

reembolsable bajo condiciones iguales a las del mercado. En consecuencia, México pudiera estar recibiendo otros tipos de financiamiento internacional en materia de SRMNI de diversos actores bilaterales e instituciones internacionales y, como resultado, tener una relación de dependencia financiera y política en el área de la SRMNI más evidente con estos que la que es observable al analizar solamente los flujos de AOD.

¹²² Solo para ilustrar la magnitud de la dimensión política de las clasificaciones del Banco Mundial, es importante señalar que ese mismo año México, Estados Unidos y Canadá anunciaron su acuerdo de establecer lo que posteriormente sería conocido como el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN o NAFTA, por sus siglas en inglés). Dicha dimensión política no es menor por dos razones. La primera es que tales clasificaciones legitiman el nivel de desarrollo de un país y, por tanto, la posición que éste ocupa simbólicamente en el sistema internacional. La segunda razón es que el CAD de la OCDE parte de dicho listado para determinar qué países son elegibles a recibir AOD, en qué cantidad, bajo qué condiciones y en qué formatos y modalidades.

¹²³ En este contexto, y aunque los indicadores de desarrollo funcionan como legitimadores de las jerarquías entre desarrollados y no-desarrollados, una crítica común a este criterio del CAD es que no toma en cuenta la multidimensionalidad del desarrollo. De este modo, indicadores como el coeficiente de Gini, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) o el Índice de Progreso Social (SPI), que ofrecerían una visión más holística de un país que el PIB per cápita no son tomados en cuenta. En esta perspectiva, la llamada *graduación* de la elegibilidad a la AOD bajo el criterio unidimensional del PIB per cápita refuerza la lógica puramente economicista del desarrollo, así como la idea de que el desarrollo es una mera superación de etapas de modernización (Tezanos Vázquez, 2019).



cooperación en los que participan evoluciona, pasando de la cooperación financiera y la ayuda humanitaria a formatos casi exclusivamente enfocados en la cooperación técnica y comercial.

En la *gráfica 5.1* muestro el paulatino decrecimiento relativo del financiamiento etiquetado como AOD en el caso mexicano. Entre el primer lustro de la década de 1960 y el último lustro de la década de 2010, el promedio de la AOD como porcentaje de la Renta Nacional Bruta (RNB) decreció en un 70.59%, pasando de 0.17% a 0.05%. El mínimo histórico de esta proporción se alcanzó en el primer lustro del nuevo milenio, cuando llegó a 0.01%, lo que equivale a un decrecimiento de un 94.12% respecto al lustro de 1960-1964.

Gráfica 5.1. Evolución de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) como porcentaje de la Renta Nacional Bruta (RNB) y el gasto público federal. México, promedio por lustro, 1960-2019.



Fuente: de elaboración propia a partir de los datos de AOD neta recibida respecto al porcentaje de la RNB y el gasto público federal recopilados por el Banco Mundial (2024b; 2024c). Debido a la disponibilidad de los datos de la AOD respecto al gasto público federal, en el lustro 2000-2004 sólo considero los valores del año 2000 (que es reportado por el Banco Mundial como negativo), mientras que para el lustro 20005-2009 sólo tomo en cuenta los valores del año 2009.

Para contextualizar estas cifras, durante el periodo 2015-2019, la media mundial de la AOD como porcentaje de la RNB fue de 4.46%,¹²⁴ mientras que en México apenas alcanzó un 0.05% en el mismo periodo. Más allá, en términos de la AOD como porcentaje del gasto público federal, esta representó tan sólo el 0.24% durante el mismo lapso en México. Estas cifras, junto a las anteriores, visibilizan el protagonismo de los actores nacionales en la materialización de las recomendaciones de la AISM en México.

En efecto, son los actores nacionales quienes financian, diseñan, empujan e implementan la mayor parte de las acciones orientadas a gestionar la salud materna. El carácter de estos actores es amplio, pues entre ellos hay instituciones gubernamentales, fundaciones filantrópicas, centros comunitarios de salud, organizaciones no gubernamentales, filiales nacionales de empresas farmacéuticas transnacionales, secretarías de salud de gobiernos subnacionales, redes de especialistas, universidades, clínicas privadas, asociaciones médicas, hospitales públicos de segundo y tercer nivel, empresas de seguros médicos, y un sinfín de actores más.

Dado que mi interés es analizar cómo los elementos de la AISM se han traducido en política pública, y cómo esta política se vincula a la prevalencia de la violencia obstétrica en México, me enfoco en los actores más visibles en este proceso: las entidades públicas con un alto grado de incidencia en materia de salud materna en términos normativos, operativos y presupuestarios. Esto, por su puesto, sin pretender ignorar que hay otros actores nacionales –públicos o privados– que también cuentan con distintos niveles de poder e influencia en este proceso de construcción de la política pública de salud materna (PPSM).

¹²⁴ Para calcular la media mundial de la AOD como porcentaje de la RNB utilicé las estimaciones del Banco Mundial (2024b). Llegué al resultado reportado a partir del cálculo del promedio de todos los puntos de datos para el lustro señalado, es decir, de todos los países sobre los que hubo registro durante dicho periodo.

Dicho esto, identifiqué tres categorías de actores nacionales centrales. La primera categoría agrupa a aquellos actores con mayores capacidades normativas en el marco de la PPSM. La segunda incluye a los actores que mantienen una interlocución directa con las redes internacionales de la AISM. Y la tercera, por su parte, integra a los actores encargados de la operacionalización en terreno de la PPSM.

Clasifiqué en la primera categoría a la Secretaría de Salud de México (SSA) y, dentro de ésta, al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). Estas entidades son las principales responsables del diseño de las políticas nacionales y de los programas de salud materna y perinatal desde 1971 y 2003, respectivamente (CNEGSR, s.f.; CNEGSR, 2018). En ese sentido, tienen la facultad de formular reglamentos, anteproyectos de iniciativas de leyes, decretos y acuerdos, así como de proponer modificaciones al marco jurídico en la materia (Gobierno de México, 2018).

Es decir, estos dos actores nacionales concentran el mayor poder normativo en materia de salud materna, pues, de acuerdo a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en ellos recae la autoridad de dictar las normas que regulan la prestación de los servicios de salud –incluidos los perinatales– en todo el territorio nacional. El incumplimiento de estas normas es sancionable y su mandato se extiende tanto al Sistema Nacional de Salud (SNS)¹²⁵ cuanto a las entidades privadas y sociales que prestan servicios de atención a la salud.

Al respecto, la SSA y el CNEGSR han participado en la elaboración de diversas normas que regulan la atención en salud materna en todos los sectores y niveles de la prestación de dichos servicios. Algunas de éstas son la NOM-005-

¹²⁵ El Sistema Nacional de Salud fue establecido en 1984 y agrupa a todas las entidades públicas que en el nivel federal o estatal proveen de servicios de salud a la población mexicana. El sistema está compuesto por dos rubros: el que brinda atención en salud a la población sin seguridad social y el que ofrece dichos servicios a derechohabientes (INSABI, 2020).



SSA2-1993,¹²⁶ el PROY-NOM-020-SSA3-2009,¹²⁷ la NOM-016-SSA3-2012,¹²⁸ la NOM-028-SSA3-2012,¹²⁹ la NOM-027-SSA3-2013,¹³⁰ y la NOM-007-SSA2-2016¹³¹ –que sustituye a la NOM-007-SSA2-1993.¹³²

Estas normas se encuentran en diálogo con los elementos discursivos de la AISM. Esto se observa en las fuentes citadas –muchas de ellas recomendaciones o programas de los actores de la AISM– y en las justificaciones empleadas –como en el caso de la NOM-007-SSA2-2016, que se basa textualmente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODS). El diálogo también es visible en los criterios utilizados –como ocurre con la NOM-016-SSA3-2012 que utiliza la lista de medicamentos recomendada por la OPS– y en los apoyos reconocidos –como en el caso de la NOM 005-SSA2-1993, que señala la colaboración del UNFPA, UNICEF, OMS, OPS y otros actores de la AISM en la verificación de la concordancia de dicha norma con las guías y recomendaciones internacionales.

Este diálogo entre las normativas nacionales y los elementos discursivos de la AISM es facilitado por los actores de la segunda categoría que propongo. Se trata de los actores de vinculación con lo internacional, y en ésta identifiqué a la Dirección General de Relaciones Internacionales de la SSA (DGRI-SSA), a la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) y a la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID), órgano desconcentrado de la segunda.

Estos actores se encuentran en la primera línea de interlocución del Estado mexicano con las agendas de desarrollo internacional. Entre sus atribuciones está

¹²⁶ De los servicios de planificación familiar.

¹²⁷ Para la práctica de la enfermera obstetra en el Sistema Nacional de Salud.

¹²⁸ Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

¹²⁹ Regulación de los servicios de salud para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

¹³⁰ Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

¹³¹ Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

¹³² Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

el de favorecer la vinculación de los actores nacionales –tanto federales cuanto estatales– con actores internacionales. Por ejemplo, es facultad de la DGRI-SSA, entre otras, dar seguimiento y evaluar los avances de los compromisos internacionales en salud que asume México y su incorporación en el Plan Nacional de Desarrollo, identificar fuentes de financiamiento en el exterior para apoyar los programas de la SSA, asesorar a servidores públicos en temas internacionales de salud y representar a la SSA ante organismos internacionales en materia de salud (Gobierno de México, 2018).¹³³

Además, la DGRI está mandatada a coordinar con la SRE actividades relacionadas con la agenda de salud Internacional y a desarrollar proyectos de cooperación internacional en materia de salud (Gobierno de México, 2018). A razón de sus atribuciones, la DGRI se desempeña como traductora entre los elementos de la AISM y las actividades normativas y operativas de la SSA. Algunas de estas funciones las ejecuta, como señalé, en coordinación con la SRE.

Ahora, si bien la DGRI-SSA está en constante diálogo con el ámbito internacional en materia de salud, la SRE, junto a la AMEXCID, poseen un aparato burocrático conjunto mucho más extenso que el de la DGRI-SSA. Tomando esto en cuenta, vale señalar que la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo define a la salud como un tema prioritario de las políticas de cooperación internacional de México (Cámara de Diputados, 2020).

En esa línea, el Programa de Cooperación Internacional para el Desarrollo 2021-2024 (PROCID) enfatiza la estrategia de fortalecer los marcos de cooperación técnica y científica en dicha área, tanto con donantes tradicionales y organismos internacionales, cuanto con países del sur global (AMEXCID, 2021). Asimismo, el

¹³³ De acuerdo a su Manual de Organización Específico, la DGRI-SSA cuenta con una Dirección de Cooperación Bilateral y Regional; una Dirección para Asuntos Multilaterales; y una Dirección General Adjunta para la Salud del Migrante (DGRI, 2017). Además, la conforman, junto a sus respectivos departamentos, la Subdirección de Asuntos de América del Norte, Europa, Asia y África; la Subdirección de Gestión Interamericana; la Subdirección para Organismos Multilaterales; la Subdirección de Cooperación Financiera y Riesgos Emergentes; y la Subdirección de Gestión y Apoyo a la Salud del Migrante (DGRI, 2017).



PROCID tiene como estrategias prioritarias la consecución de la Agenda 2030 – entre cuyas metas figura la reducción de la mortalidad materna– y la producción de directrices y lineamientos que faciliten la vinculación de la Administración Pública Federal (APF) con las redes de desarrollo internacional (AMEXCID, 2021).

Por su parte, la SRE tiene la facultad de supervisar el cumplimiento de los objetivos del PROCID y de los compromisos internacionales asumidos por México (SRE, 2021). De igual manera, el reglamento interior de la SRE establece que estas acciones deben realizarse en coordinación con las entidades de la APF, incluyendo a la SSA (SRE, 2021).

De estos mandatos se deriva el papel de la SRE y la AMEXCID en la vinculación de los actores nacionales responsables de la normatividad e implementación de la PPSM con los actores internacionales de la AISM. Ello subraya su importancia en los procesos de diálogo y traducción entre los elementos de dicha agenda y las estructuras burocráticas del Estado.

Además de los actores normativos y de vinculación internacional en el marco de la PPSM, es importante señalar el papel de los actores de tipo operativo. En esa dirección, rescato la preponderancia de las instituciones de atención de salud a razón de su contacto directo con las gestantes. Estas entidades pueden ser públicas o privadas, pero al igual que en las otras dos categorías de actores, en esta ocasión me centraré tan sólo en las de carácter público por dos razones.

La primera es que estos actores forman parte del aparato estatal al igual que la SSA, el CNEGRS, la SRE y la AMEXCID, por lo que puede esperarse un contacto más directo entre ellos en comparación con las instituciones privadas de atención de la salud. La segunda razón es que estos actores concentraron un 77.89% de los partos que ocurrieron en México entre 2008 y 2015, y un 73.47% de los que ocurrieron entre 2015 y 2022.¹³⁴ En otras palabras, las instituciones públicas de

¹³⁴ Cálculo propio con base en el conjunto de datos de *Nacimientos por año* del Sistema de Información de la Secretaría de Salud (s.f.b.).



atención a la salud son las principales proveedoras de servicios de salud materna en el país. A razón de ello, de su actuación depende la experiencia de la mayoría de las gestantes.

El ecosistema de instituciones públicas que proveen servicios de atención a la salud es, no obstante, heterogéneo. A partir del Sistema de Información de la Secretaría de Salud identifiqué la participación de los siguientes actores en los procesos de atención al embarazo, el parto y el puerperio: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), IMSS-Bienestar, Secretaría de Marina (SEMAR), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Salud (SSA)¹³⁵ y los Servicios Estatales de Salud (SESA).

A pesar de que la rectoría de este ecosistema recae normativamente en la SSA a través de la figura del SNS, en la realidad, éste opera con un alto grado de fragmentación desde la culminación del proceso de descentralización de los servicios de salud en 1998 (Freyermuth & Sesia, 2013). A razón de este devenir, cada una de estas instituciones posee cierta autonomía en torno a sus procedimientos operativos y administrativos, su ejercicio presupuestario y sus programas y proyectos institucionales.

Esto es visible, por ejemplo, en los registros financieros del Subsistema de Cuentas en Salud, en los que las nomenclaturas y el nivel de desagregación de los objetos del gasto varía entre grupos de instituciones.¹³⁶ También se observa en lo señalado por Freyermuth & Sesia (2013) sobre que los programas de salud materna

¹³⁵ La SSA tiene un papel dual con base en la clasificación que propongo. Esto debido a que tiene tanto funciones normativas cuanto operativas. Estas últimas las ejecuta a través de su red de clínicas y hospitales.

¹³⁶ Como consecuencia de ello, es complicado hacer una comparación respecto a cuánto presupuesto dedica cada institución a actividades relacionadas con la salud materna, pues algunas de estas instituciones no llegan a dicho nivel de desagregación. Tal es el caso del ISSSTE y el IMSS.

de estas instituciones no siempre están alineados a los programas de acción específicos de la SSA.

No obstante, aunque cada institución del SNS posee sus normas internas y sus propios procedimientos, estos no deben ir en sentido contrario a las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) que expide la SSA –muchas veces en colaboración con estas mismas instituciones. Por lo que, aún en esta heterogeneidad, es posible el establecimiento de un hilo conductor común en cuanto a la PPSM en términos de prácticas de medicalización y desmedicalización orientadas, principalmente, a la reducción de la muerte materna y neonatal, si bien con sus variaciones al momento de su operacionalización.

Este hilo conductor, cristalizado en las NOM, incluye el número mínimo de consultas prenatales mandatadas, los criterios sobre qué profesionales pueden elaborar notas médicas y realizar ingresos, el enfoque prioritario en la prevención de muertes maternas, la atención del parto preferentemente en unidades de segundo y tercer nivel, el fomento de la lactancia materna exclusiva, la disponibilidad de equipo esencial para atender emergencias obstétricas, la suplementación nutricional durante el embarazo, la consejería en planificación familiar, entre otros. Estos lineamientos establecen un marco técnico y normativo que guía las acciones del SNS, aunque su implementación pueda variar según las particularidades de cada institución y contexto.

Esto es relevante, pues, la distribución de la atención al parto entre estas instituciones es inequitativa, con un par de instituciones concentrando la mayor parte de los partos en el país. Al respecto, la SSA y el IMSS atendieron en conjunto un 88.38% de los partos que ocurrieron a nivel nacional en una institución pública entre 2008 y 2015, y un 87.25% de los que ocurrieron entre 2015 y 2022.¹³⁷ A razón de esto, la actuación y las guías de estas dos instituciones son de gran importancia

¹³⁷ Cálculo propio con base en el conjunto de datos de *Nacimientos por año* del Sistema de Información de la Secretaría de Salud (s.f.b.).

analítica para comprender las formas en que se ha traducido en terreno la PPSM y, por extensión, la AISM en México, por lo que las retomaré más adelante.

Dicho esto, y a manera de resumen, la implementación de la AISM en México involucra una compleja red de actores de orden nacional e internacional. En ésta participan actores públicos nacionales que pueden considerarse como normativos, de vinculación y operativos, con divisiones no siempre claras entre los diferentes subtipos. Estos actores nacionales se encuentran en diálogo con los principales actores internacionales que identifiqué a principios de este subapartado.

Para comprender las formas en que las políticas nacionales de salud materna dialogan con los elementos de la AISM, es necesario analizar las interacciones que ocurren entre ambos órdenes. Con esto en mente, en el siguiente apartado examinaré dos cuestiones que considero subyacen dichas interacciones: los imaginarios desarrollistas y las tecnologías de gobernanza.

5.3. Interpretaciones, imaginarios y tecnologías de gobernanza

Como señalé en el subapartado anterior, el financiamiento internacional para el desarrollo en materia de SRMNI tuvo una posición muy marginal en México durante el periodo 2002-2019. En ese sentido, México ocupa la posición 149 de 159 en dicho financiamiento per cápita. Considero que esta realidad apunta a que, en comparación con otros Estados, la adopción de los componentes de la AISM en México no se rige principalmente por la vía de la cooperación financiera y vertical, o al menos no durante el periodo señalado.

En otras palabras, las cifras de este tipo de financiamiento sugieren que los elementos discursivos de la AISM no son incorporados en México debido a la voluntad unilateral de los donantes internacionales, quienes en otros casos podrían imponer las directrices de la AISM mediante los proyectos que financian y las condicionalidades que estos incorporan. Por el contrario, en el caso mexicano, la marginalidad relativa del financiamiento internacional sugiere que la asimilación de

dichos elementos en la política pública de salud materna (PPSM) ocurre principalmente mediante otros mecanismos.

Considero que tales mecanismos están relacionados con la operación del poder disciplinario, la noción de hegemonía y la tridimensionalidad del poder que discutí en el primer capítulo. Al respecto, y por las características de las relaciones materiales de México con las redes de financiamiento internacional a la salud materna, los elementos ideológicos y relacionales parecen ser claves en los procesos de diálogo y asimilación de los componentes discursivos de la AISM.

Así, el poder disciplinario opera en este contexto por medio de normas, mediciones, indicadores, prácticas institucionales que encauzan la formulación y aplicación de las políticas públicas nacionales de salud materna hacia los estándares de la AISM, sin necesidad de una imposición directa por parte de esta última. En una tesitura similar, desde la perspectiva de la categoría de hegemonía, este dialogo o intertextualidad entre la AISM y la PPSM no son resultado de una coerción explícita, sino del consenso alcanzado en torno los horizontes desarrollistas de deseabilidad y a las estrategias para alcanzarlos en el campo de la salud materna.

Bajo este encuadre teórico, y a la luz de los números en cuanto a la recepción de financiamiento internacional, México no actúa como un receptor pasivo de las agendas globales de desarrollo, sino como actor-sujeto que propone, resiste, modifica e internaliza estos marcos discursivos en su política pública. De esta forma, esta entidad legítima dichos elementos y los asume como propios, es decir, como metas y aspiraciones nacionales de desarrollo, justicia y modernización.

En lo que resta del capítulo me propongo analizar cómo se entrelaza lo estructural, lo relacional y lo ideológico en los procesos de diálogo entre la AISM y la PPSM. En concreto, en este apartado busco identificar algunos de los elementos ideológicos e inmateriales que guían estas dinámicas a partir del análisis de las narraciones compartidas por las informantes de esta investigación a la luz de las teorías del poder que desarrollé con mayor profundidad en el primer capítulo de esta

tesis. Así, he dividido este apartado en dos secciones: una dedicada a explorar el papel de los imaginarios desarrollistas y otra orientada a dilucidar el papel que los indicadores juegan, como tecnologías de gobernanza, en los procesos de transferencia entre lo nacional y lo internacional.

Así, en la sección que viene a continuación me centro en el rol de los imaginarios desarrollistas y en sus vínculos con la muerte materna. Como observará la lectora, estas nociones parecen desempeñar una influencia determinante en la adopción de ciertos horizontes de deseabilidad en cuanto al desenlace del embarazo, el parto y el puerperio, así como en la selección de ciertos medios – basados en el dominio médico y la institucionalización de la gestación– para alcanzar tales horizontes deseabilidad.

5.3.1. Muerte materna e imaginarios de desarrollo

En México, tanto los operadores nacionales como los internacionales conciben en su totalidad a la salud como un tema del desarrollo y, dentro de ésta, a la incidencia de muerte materna como un indicador de la posición que un país ocupa en dicha área. En ese sentido, entre las informantes, es común la noción de que un país con un desempeño inadecuado en materia de salud no puede considerarse como desarrollado.

En cuanto a la salud en general, la informante 4 señala que es necesario distinguir entre la salud de los individuos y la salud de las poblaciones, pues las lógicas que operan en cada nivel son distintas y, por tanto, la suma de la primera no equivale necesariamente a la totalidad de la segunda. En consecuencia, se entiende que “lo que ocurre con una población cuando se realizan acciones que la afectan en términos de salud, va mucho más allá de lo que tiene que ver con cada uno de los individuos en particular” (Informante 4, 2024).

El consenso en cuanto a esta noción es que la salud pública es un tema que involucra otros componentes relacionados al desarrollo. En otras palabras, la salud se concibe como un bien que no se limita al “acceso a instalaciones de salud

oportunas, dignas, limpias y bien equipadas” (Informante 5, 2024). Por el contrario, se entiende que la salud, en general, involucra cuestiones como el acceso a agua y saneamiento, a un medio ambiente sano, a relaciones de género equitativas y demás cuestiones propias del desarrollo sostenible. En suma, la idea que predomina entre las informantes es que sin salud no hay desarrollo, y sin desarrollo no puede haber salud.

En esa línea, las informantes vinculan la incidencia de muerte materna con los objetivos más generales de salud. Al respecto, identifico que las informantes establecen una correlación entre los niveles de muerte materna y el nivel de desarrollo de un país. Tal vinculación entre la muerte materna y la salud pública, por un lado, y la muerte materna y los niveles de desarrollo, por el otro, se observa de forma muy evidente en los siguientes fragmentos:

Creo que la Razón de Muerte Materna es la que refleja mejor los avances o retrocesos en términos de salud pública (Informante 1, 2024)

La Razón de Muerte Materna es un indicador de desarrollo. Las razones altas hablan de que no estamos para nada desarrollados. [...] Es el indicador más importante para poder medir el desarrollo de un país (Informante 2, 2024).

Sí hay una correlación entre la Razón de Mortalidad Materna y el nivel de desarrollo de un país, para mí no hay duda de eso (Informante 3, 2024).

Además de dicha asociación entre la incidencia de muerte materna y niveles de desarrollo, las ideas en torno a la muerte materna coinciden con aquellas relacionadas a la salud pública en que ésta está interrelacionada a factores que van más allá del acceso a una atención de calidad. Ello, sin embargo, no quiere decir que la cuestión de los servicios de atención no sea prioritaria, pues ciertamente fue mencionada de forma consistente y en numerosas ocasiones por todas las informantes.

No obstante, lo que esto sí quiere decir es que entre las informantes prevalece una noción que incorpora, en adición al acceso a servicios de salud, otros

elementos relacionados al desarrollo en general. Ello de forma tal que se observa cómo se asocia discursivamente a la muerte materna con cuestiones como violencia, pobreza, estado de derecho, normas y relaciones de género, desigualdad y otras determinantes sociales de la salud.

Al vincular la muerte materna con otros componentes asociados al desarrollo de un país, ésta pasa a entenderse como un tema relacionado a la inequidad y, como resultado, a la justicia social. En cuanto al primer punto, la informante 1 apunta que las cifras de muerte materna, una vez desagregadas territorialmente, permiten conocer las desigualdades existentes en un país, mientras que la informante 4 argumenta que los países más desarrollados en materia de salud son, a su vez, los menos desiguales.

Sobre el segundo punto, y como ya señalé, al enmarcar la muerte materna dentro del concepto de desigualdad, esta pasa a entenderse como una cuestión de justicia social. Así, por ejemplo, la informante 2 y la informante 5 utilizan textualmente tal término, como se observa a continuación:

La muerte materna era un tema de justicia social, primero. O sea, es un problema de salud pública. No podemos decir que somos un país saludable cuando tenemos estas tasas de mortalidad materna, entre otras miles de cosas que no tenemos bien (Informante 5, 2024).

Con una mujer que se muera por causa de muerte prevenible, vale la pena movilizar países, agendas internacionales, personas, instituciones, todo, porque es una injusticia social. [...] Que se muera una mujer joven, sana, en edad completamente productiva, por causas prevenibles en muerte materna, es inaceptable. Y es inaceptable desde hace 30 años (Informante 2, 2024).

Al concebirse como injusticia, la muerte materna adquiere cierto carácter moral y normativo entre las informantes. En dicho marco, la muerte materna debe evitarse a toda costa, pues no actuar contra ella implicaría no sólo una falta de desarrollo, como señala la informante 5, sino también una falla moral, como se

intuye en el fragmento de la informante 2. Considero que estas expresiones discursivas marcan, al menos en parte, la pauta para adentrarse en la cuestión de la *evitabilidad* de la muerte materna como ideario del desarrollo.

Como ya señalé en el capítulo uno y el capítulo dos, la lucha contra la muerte es una cuestión asociada al origen de la modernidad occidental y a la consecuente transición del poder soberano al poder disciplinario. En particular, Foucault (1998), en su historia sobre la sexualidad, relata cómo el cuerpo llegó a tomar mayor relevancia que el alma como dominio por conocer y administrar. En concreto, el autor señala que, alrededor del siglo XVIII, con el nacimiento del biopoder, “la vieja potencia de la muerte, en la cual se simboliza el poder soberano, se halla ahora cuidadosamente recubierta por la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida” (Foucault, 1998, p. 84).

Así, en el marco del biopoder, como forma de poder disciplinario, las políticas de intervención sobre los procesos de vida y muerte se orientan hacia la administración y optimización de las poblaciones como cuerpo biológico. En particular, me parece que estas dinámicas tocan a su vez la cuestión de la muerte materna, los riesgos asociados a su eventualidad y, como resultado, los idearios en torno a su evitabilidad como una cuestión de desarrollo, por un lado, y de justicia, por el otro.

En esa línea, la evidencia proporcionada por el discurso de las informantes indica la presencia de nociones de riesgo y de desarrollo alrededor de la eventualidad de la muerte materna. Al respecto, lo primero que observo es que, discursivamente, el riesgo parece asociarse a lo evitable, de lo que se derivan una serie de intervenciones y soluciones a la muerte materna como problema del desarrollo. La anticoncepción, los controles prenatales, los sistemas de atención a las emergencias obstétricas y la atención a las determinantes sociales de la salud son las soluciones enumeradas por las informantes, como se observa, por ejemplo, en los fragmentos a continuación:

En el hospital decimos cero muertes maternas prevenibles porque hay muchas que dependen de cardiopatías previas, de diabetes no cuidadas. [...] La anticoncepción es una prevención de muertes maternas porque se van a embarazar sólo las mujeres que sí quieren y que, pensando que tomaron la decisión de tener un hijo, pues están en las mejores condiciones para hacerlo (Informante 2, 2024).

La muerte materna es el momento cumbre en donde, justamente, durante el parto, ocurre el nacimiento de una nueva vida, y es un momento clave de muy alto riesgo, por eso la política se ha centrado mucho en la mortalidad materna. [...] Hay muchas señales de alerta que puedes ver en las consultas prenatales que te van a hacer tener mucho más cuidado [...] a la hora del parto para que no exista ningún problema (Informante 4, 2024).

Por su puesto que la evitabilidad no está solo en la atención de la emergencia, sino en otros factores y determinantes sociales (Informante 6, 2024).

Por eso los sistemas de emergencias obstétricas son tan importantes. Son la diferencia entre países desarrollados, en los que prácticamente hay puras causas indirectas: un accidente en coche, una caída (Informante 2, 2024).

Me parece relevante señalar tres cuestiones a partir de estos fragmentos. La primera es que la totalidad de las soluciones dirigidas a la evitabilidad de la muerte materna que mencionan las informantes forman parte del corpus que constituye al discurso hegemónico internacional de la salud materna desde mediados de la década de 1980, como ya reseñé en el capítulo cuatro.

La segunda cuestión es que, al momento de recuperar dichas soluciones encaminadas a la mitigación del riesgo de una muerte materna, se vuelve visible en el discurso la *sombra del producto* de la gestación y su viabilidad, como se observa

en los dos primeros fragmentos.¹³⁸ Es decir, las informantes recuperan la noción del binomio gestante-producto a pesar de que en ningún momento se les pregunta sobre la problemática de la muerte neonatal. Esta tendencia de vinculación discursiva entre riesgo, muerte materna y supervivencia del producto también se advierte, por ejemplo, en el discurso de la informante 5:

Ese 70% de mujeres que hubieran podido vivir depende de que [...] tengan monitoreo de su embarazo, que tengan el acceso a sus medicamentos, que logren contar con atención oportuna, digna, consejería. Es muy importante que los médicos den consejería y expliquen cuáles pueden ser esos riesgos. [...] Casi nadie habla de la salud materna, pues también involucra a otro ser, [...] no nada más se trata de la mujer, se trata también de cómo vas a mantener la salud, el producto, qué cosas tienes que hacer (Informante 5, 2024).

En paralelo, la tercera cuestión que identifiqué es que la extensión de la evitabilidad se concibe como un elemento diferenciador entre el desarrollo y el no desarrollo, situación muy visible en el último fragmento que recupero y que es enunciado por la informante 2. En otras palabras, se percibe cómo, en estos imaginarios, el desarrollo depende de que la evitabilidad alcance tal grado de expresión que las muertes maternas sean consecuencia de causas que, se asume, no están en control directo de las políticas de salud.

Al respecto, me parece relevante el uso del concepto de *transición obstétrica* por parte de la informante 6, quien argumenta que tal noción describiría la ralentización de la reducción de la muerte materna en México desde inicios del siglo XXI. En específico, la teoría de la transición obstétrica fue propuesta por Souza et

¹³⁸ En el capítulo dos desarrollé la metáfora de la *sombra del producto*. Esta noción se refiere al peso invariable que tiene la figura del producto de la gestación en las intervenciones y los discursos de salud materna en los que el centro es aparentemente la gestante. Es decir, habla de la latencia de su presencia en toda intervención de salud materna.

al. (2014) y su éxito ha sido tal que la OMS y la OPS la han retomado en numerosas publicaciones, revistas y reuniones (Chaves et al., 2015; OPS, 2024b; WHO, 2015).

Esta teoría, en la misma tesitura que la teoría de la transición demográfica y la teoría de la transición epidemiológica,¹³⁹ propone que

los países pasan gradualmente de un patrón de alta mortalidad materna a una baja mortalidad materna, de la predominancia de causas obstétricas directas de mortalidad materna a una proporción creciente de causas indirectas, causas no transmisibles, envejecimiento de la población materna, e implica el transitar de la historia natural del embarazo y el parto hacia la institucionalización de la atención materna, aumentando las tasas de intervenciones obstétricas y la eventual sobremedicalización (Souza et al., 2014, p. 2).

Ciertamente, la teoría de la transición obstétrica parece estar íntimamente ligada al desarrollo y, por su propuesta, considero que parece caer en los mismos vicios de la teoría de la modernización,¹⁴⁰ si bien con sus matices. Señalo esto a razón de que la teoría de la transición obstétrica, tal como la presentan Souza et al. (2014), propone la existencia de estadios, con sus características particulares, que

¹³⁹ Para un análisis sobre cómo la teoría de la transición epidemiológica, tal como fue propuesta por Abdel R. Omran, fue instrumentalizada para avanzar políticas internacionales racistas de control poblacional bajo el discurso de la salud y el desarrollo durante las décadas de 1960 y 1970 véase Weisz & Olszynko-Gryn (2009).

¹⁴⁰ La teoría de la modernización estudia los procesos de evolución social, económica y tecnológica que permiten que un territorio alcance el desarrollo (Goorha, 2017). En ese sentido, la teoría de la modernización propone la existencia de un progreso lineal hacia el desarrollo con base en el modelo de la modernidad occidental y la trayectoria histórica de las economías del norte global, caracterizado por la presencia de una serie de estadios que deben alcanzarse para lograr el desarrollo. Esta teoría orientó hegemónicamente la práctica del desarrollo internacional desde la pronunciación del punto IV del discurso inaugural del presidente estadounidense Harry S. Truman en 1949 hasta los inicios de la década de 1970, cuando es parcialmente sustituido en prominencia por el paradigma de necesidades básicas, si bien su influencia es palpable hasta nuestros días, como se palpa en la adopción de conceptos como la transición obstétrica o las creencias de que los problemas de desarrollo serán superados una vez las sociedades eliminen prácticas culturales consideradas como nocivas (Gwynne, 2009; Zavaleta, 2012).

han de ser transitados por los países hasta alcanzar razones de muerte materna cercanas a 0.

En dichas etapas, los y las autores describen la existencia de barreras físicas y culturales que, una vez superadas, permitirían avanzar hacia el modelo del parto institucionalizado y hacia tasas de fertilidad bajas. Ello, estiman, tendría como resultado que “todas las muertes maternas evitables sean, en efecto, evitadas” (Souza et al., 2014, p. 3).

Ahora bien, los y las autores apuntan, en unas pocas líneas, que las fronteras que delimitan cada etapa son imprecisas, que dicha transición no se trata necesariamente de un proceso lineal, que con frecuencia coexisten diferentes estadios en un mismo país y que la sobremedicalización tiene el potencial de ser una amenaza a la calidad de la atención (Souza et al., 2014). A pesar de ello, sostienen inequívocamente la existencia de dichas etapas, al tiempo que las asocian con el parto institucionalizado y el modelo biomédico occidental, por lo que no logran romper del todo con la universalidad y el determinismo asociado a este tipo de teorías.

Más allá, la propuesta es que el modelo informe “los diferentes enfoques y soluciones para reducir la mortalidad de acuerdo al estadio de la transición obstétrica” en la que se encuentren los diferentes países (Souza et al., 2014, p. 3). Asimismo, los y las autores conceptualizan la muerte materna como una tragedia global, y vinculan la aplicación del modelo de transición obstétrica con las prácticas del desarrollo internacional y con la entrada en vigor –en aquel momento– de la agenda de desarrollo post-ODM –lo que ahora conocemos como Agenda 2030.

Considero que en este punto es visible la intertextualidad que hay entre dicho modelo –que como señalé ha sido retomado por la OMS y la OPS– y los fragmentos discursivos que he presentado hasta el momento y que pertenecen a personas que ocupan posiciones clave en el marco de la PPSM en México. En concreto, destaca la conceptualización de la muerte materna bien como una tragedia o como una

injusticia, su evitabilidad a partir de soluciones discursivamente bien delimitadas y su asociación con el desarrollo y el no desarrollo.

Por otro lado, estimo que tanto la teoría de la transición obstétrica cuanto el modelo de las tres demoras¹⁴¹ –que también es citado por 5 de las 6 informantes, ya sea en su forma conceptual u operativa– entran en el dominio del conocimiento, la técnica, la ciencia y la tecnología. Considero que esto es así porque dichos modelos tienen como objetivo central la reducción de la muerte materna a nivel poblacional –son funcionales al biopoder y la biopolítica–, orientan una serie de intervenciones técnicas y surgen de espacios académicos ligados al aparato del desarrollo internacional.

En efecto, la conexión entre ciencia y conocimiento en torno a la problemática de la muerte materna es palpable a lo largo del discurso de las informantes. La vinculación entre estos dos componentes es tan profunda que incluso la informante 2 y la informante 4 utilizaron la frase de “no es una opinión, es ciencia” durante algún momento de sus entrevistas –una coincidencia que me parece indicativa del peso que esta asociación tiene sobre sus prácticas. En ese sentido, la ciencia se concibe como una verdad, no como una opinión. La ciencia es conocimiento y, de alguna manera, se lee como infalible en tales discursos.

Ciertamente la ciencia no es una mera opinión. La base del proyecto científico es justamente la producción de conocimiento, no de opiniones. No obstante, a pesar de sus aspiraciones, las interpretaciones de la evidencia que emanan del ejercicio científico no pueden asumirse acrítica e invariablemente como verdades absolutas

¹⁴¹ El modelo de las tres demoras fue desarrollado por Thaddeus & Maine (1994), siendo la segunda co-autora del texto de *Maternal mortality –a neglected tragedy: Where is the M in MCH?*, de 1985 y cuya influencia ya he reseñado en el capítulo cuatro. El modelo de las tres demoras argumenta que hay tres demoras comunes para el acceso a una atención materna de calidad: (1) la demora en reconocer las señales de alerta y tomar la decisión de buscar atención, (2) la demora en trasladarse a una instalación apropiada de atención y (3) la demora en recibir tal atención (Thaddeus & Maine, 1994). Aunque originalmente el modelo tenía por objetivo reducir la mortalidad materna, Lawn, McCarthy & Ross (2003) lo adaptaron de forma que incluyera el objetivo de reducir la mortalidad neonatal. Tres décadas después de su publicación el modelo de las tres demoras aún conserva su influencia.

ni inmutables. Como he desarrollado en otros apartados, particularmente en el relativo a las epistemologías feministas, la producción de conocimiento está históricamente situada y sujeta a marcos interpretativos que influyen en la construcción de la evidencia y en la definición misma de los problemas a investigar.

En ese sentido, la ciencia aspira a generar conocimiento riguroso, pero, como bien señalan las epistemologías feministas, no está exenta de sesgos valorativos ni de relaciones de poder que determinan qué preguntas se consideran legítimas, qué metodologías se privilegian y qué interpretaciones adquieren autoridad epistémica. Desde esta perspectiva, la ciencia no es necesariamente una opinión, pero tampoco es necesariamente objetiva en un sentido robusto.

Por el contrario, se trata de un proceso en constante revisión, donde el escrutinio y la crítica son herramientas fundamentales para su fortalecimiento. Por tanto, debido a que en el discurso de las informantes la ciencia se muestra, al menos en apariencia, como un conocimiento incuestionable, es fundamental analizar de qué manera esta percepción influye en la reproducción de ciertos paradigmas de verdad en la salud materna.

Aun con sus resistencias, que analizaré más adelante, observo en este conjunto de enunciados *–no es una opinión, es ciencia–* que la sombra de la ciencia como conocimiento invariablemente objetivo, y de la técnica y la tecnología como parte de su *corpus*, se extiende sobre los imaginarios del desarrollo, con la muerte materna al centro. El *saber* y la tecnología se ligan a su vez a la cuestión de la evitabilidad. Los fragmentos a continuación ayudan a ilustrar este argumento:

La dificultad de una mujer para llegar a su centro de salud, creo que debería llamar la atención, para decir “sí, atención primaria es alguien que *sepa* sobre la salud, que te pueda atender y orientar, y que, en caso de que sus *saberes* ya no le den más, te pueda referir a un servicio *especializado*” (Informante 1, 2024).

A nivel de política pública, [...] creo que es necesario pensar la muerte materna como *evitable*, en función de que es un proceso fisiológico, de que tenemos la *tecnología* para la parte *preventiva*, y de que son intervenciones de bajo costo. [...] Casi que el 80% de las cosas en salud materna se pueden hacer en un cuarto vacío con una persona que *sepa* y que sea sensible al tema y los determinantes (Informante 6, 2024).

Con la *tecnología* y los *conocimientos* que se tienen hoy, no tendría por qué morir ninguna mujer de embarazo o de parto. Entonces, creo que sí, definitivamente es un indicador fundamental (la Razón de Muerte Materna) que habla mucho más allá de, como decía, exclusivamente de salud (Informante 4, 2024).

Hay países del *primer mundo*, donde todos los partos van a la partera. Solo cuando ya se detectó con toda anticipación [...] un factor de *riesgo* [...] van al hospital, y van con un médico, porque ahí sí, los médicos, ahí sí, sí *saben más*, porque *saben curar*. Las parteras lo que *saben* es promover esa fisiológica, empoderar a las mujeres, y hacer que conserven su salud, y también el bebé (Informante 2, 2024).

Además de lo ya señalado, estos fragmentos ligan la tecnología, el conocimiento y la evitabilidad con las técnicas de control prenatal. Los enunciados de la informante 2 y la informante 6 establecen la relación de forma directa. La idea es que a través de las tecnologías de monitoreo del embarazo es posible detectar riesgos y actuar en respuesta a estos para evitar la muerte materna.¹⁴²

La identificación del riesgo, a través de las tecnologías de monitoreo, requiere que el operador de salud *sepa*, es decir, que cuente con los conocimientos –la

¹⁴² No obstante, como demuestro en el capítulo seis, en el periodo 2016-2021, aunque sí hay una correlación negativa entre la atención prenatal –entendida como al menos una consulta prenatal– y la RMM; no parece haber una correlación estadísticamente significativa entre el número promedio de consultas prenatales y la Razón de Muerte Materna a nivel poblacional en México y con una desagregación a nivel de entidad federativa.

formación técnica y científica– adecuados. En este proceso, como se observa en los enunciados de la informante 1 y la informante 2, se establecen jerarquías de *saber*, que a su vez informan quién es el personal adecuado para tratar cada caso.

En la misma línea, surgen las asociaciones discursivas entre conocimiento, burocracia y política pública ideal. Sobre el tema, identifiqué dos tendencias complementarias. La primera es que entre las informantes predomina la idea de que una buena política pública de salud materna debe partir de lo que se considera como evidencia científica, relación que a su vez debe materializarse en las normativas oficiales.

La segunda tendencia de estas inclinaciones es que la política pública debe entrelazarse con la producción de conocimiento. En otras palabras, ésta debe tomar en cuenta cuestiones prácticas-burocráticas que permitan la medición de los procesos demográficos. En resumen, en estos imaginarios, la política pública de salud materna debe informarse a partir del conocimiento –que equivale a la evidencia científica– y producir, por su parte, conocimiento sobre las dinámicas poblacionales.

El primer punto es visible, por ejemplo, en el fragmento de la Informante 5, que presento a continuación, mientras que el segundo punto se observa en el fragmento de la Informante 1:

Hugo López-Gatell nunca habló de salud materna,¹⁴³ nunca habló de vacunas, nunca habló de ningún programa. Al contrario, trataron de eliminar las normas oficiales mexicanas, por ejemplo, la de planificación familiar, la de vacunación, la de diabetes e hipertensión arterial. Entonces, pues es un gobierno que no tiene respeto por la evidencia científica (Informante 5, 2024).

¹⁴³ Durante el sexenio 2018-2024, Hugo López-Gatell se desempeñó como titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la SSA, hasta que se desprendió del cargo en septiembre de 2023.

En este sexenio se estuvo tratando de incorporar un mayor número de parteras. [...] Y decir incorporarlas al sistema tiene sus bemoles, porque justamente la partería tradicional parte de muchos otros saberes que quizá no están institucionalizados o no son académicamente bien vistos [...] si dejamos que (los partos) se atiendan fuera del sistema, es probable que haya un mayor subregistro de nacidos vivos. [...] Además, es mucho más sencillo decir “solo los médicos, o solo los ginecobstetras, o, en algunos casos, solo las parteras profesionales” (Informante 1, 2024).

Como se observa, el primer fragmento es crítico de la PPSM en México bajo la percepción de que ésta no está informada por la evidencia científica y, en adición, analiza cómo ello afecta a las normas oficiales mexicanas –como parte normativa del accionar burocrático ante la salud materna. Por su parte, el segundo fragmento visibiliza, quizás de forma crítica, la percepción de que la PPSM parte del criterio de practicidad, tanto discursiva –“es más sencillo decir solo los médicos...”– cuanto como productora de estadísticas que permitan conocer las tendencias demográficas –“es probable que haya un subregistro de nacidos vivos”.

Bajo esta evidencia, y volviendo a lo discutido en el primer capítulo, me parece pertinente rescatar el planteamiento de Habermas respecto a la *colonización del mundo de la vida*. De acuerdo al autor, este proceso, propio de la modernidad, implica la extensión de la racionalidad cognitiva-instrumental sobre los dominios culturales y privados (Habermas, 1999). De acuerdo a Escobar (1984), estas tendencias, incrustadas en formas específicas de poder y conocimiento, se despliegan en el mundo en desarrollo mediante las prácticas desarrollistas.

Al llevar este planteamiento a la PPSM, y a la luz de los fragmentos expuestos, es visible cómo los criterios técnicos y burocráticos –relacionados a la eficiencia, el control, los objetivos funcionales y la juridización– pasan a dictar las intervenciones orientadas a la administración de las poblaciones, de forma general, y de la salud de las gestantes, de forma específica.

A pesar de ello, también observo cierta dualidad en el discurso de las informantes, en tanto que encuentro enunciados que a veces indican una resistencia frente a las tendencias que Habermas describe. Como resultado, considero que dichos enunciados dan cuenta de la coexistencia de imaginarios hegemónicos del desarrollo –entendidos como modernidad– e imaginarios contrahegemónicos del desarrollo –que cuestionan y buscan resignificar las lógicas dominantes– en las personas que trabajan en el marco de la PPSM en México.

Desde una perspectiva gramsciana, la convivencia tensa entre ambos imaginarios da cuenta de cómo los actores resisten, asimilan y adaptan los discursos internacionales hegemónicos en función de su experiencia y de los contextos nacionales en los que operan. Estas resistencias enunciativas dan cuenta de la intención de los actores de producir grietas a partir de las cuales pueda filtrarse lo subalterno –entendido como aquello históricamente marginalizado del discurso hegemónico e imperial (Gramsci, 1977; Spivak, 2003).

Sin embargo, como advierte Spivak (2003), los esfuerzos por incluir lo subalterno no garantizan su representación efectiva, ya que suelen estar mediados por las mismas estructuras de poder que perpetúan su marginalización –en este caso, la práctica burocrática mexicana. Por tanto, el maridaje observado entre imaginarios hegemónicos y contrahegemónicos puede interpretarse como la negociación parcial y complicada entre los discursos internacionales, las prácticas institucionales locales y los discursos marginalizados; negociaciones en las que las tensiones no resultan por completo resueltas.

Así, los imaginarios contrahegemónicos del desarrollo que identifiqué no se presentan con el mismo nivel de reflexividad en todas las informantes. Al respecto, las informantes 2, 3 y 6 realizaron los enunciados, me parece, con mayor conciencia del carácter de sus proposiciones. Así, por ejemplo, la informante 3 llama la atención sobre la necesidad de repensar el desarrollo desde el interior del Sistema de Naciones Unidas como algo más que una lista de elementos por cubrir. Por su parte, la informante 6 reseña sus esfuerzos sobre la incorporación de personal sanitario

no médico en el marco de la PPSM. Esto al tiempo que la informante 2 aboga discursivamente sobre la importancia de la partería tanto profesional cuanto tradicional. A continuación, muestro, en tal orden, dichos enunciados:

Una visión de desarrollo, pues, es una visión feminista, es una visión desde los derechos y desde la igualdad sustantiva [...] y eso es un reto que no se logra haciendo un *checklist* de cumplimiento de recomendaciones o de normativas internacionales. Es un trabajo más detallado, más artesanal, de trabajo con comunidades, de trabajo con todos los sectores. No está deconstruido el concepto, no está inserto en la cultura la igualdad, [...] en las formas de relacionamiento, en la forma de comportamiento e incluso en la identidad de las comunidades. [...] A veces está incluso lo contrario: la identidad está basada en valores patriarcales que generan muchas desigualdades. [...] Es un trabajo, pues largo, complicado y largo, y que requiere de muchas alianzas, además, de muchos sectores de la sociedad que trabajen en conjunto para lograr esos cambios más culturales. [...] Eso (repensar el desarrollo), si te digo la verdad, para mí es lo más urgente y lo más prioritario que tenemos dentro del Sistema de Naciones Unidas (Informante 3, 2024).

Antes el dinero de salud materna y perinatal se iba para contratar *ginecos*, En el último año que contratamos personal con recurso [...] casi obligamos a que fueran enfermeras obstetras, parteras profesionales, pero, obvio, también hay que hacer políticas nacionales y hay estados donde no existe la formación. Entonces, hubo hasta convocatorias nacionales, estaban importando parteras o enfermeras del lugar que se pudiera. Y de ahí nos fuimos, pues, a médicos, médicas generales [...] privilegiando también que fueran más jóvenes. [...] Que los responsables estatales usaran este criterio de “a ver, si contratas al *gineco* que tiene mil años o que se jubiló del IMSS ¿Tú crees que lo vas a convencer? ¿Que vas a vencer la resistencia? No, aunque sea tu tío, hija, tienes que dar indicadores acá” (Informante 6, 2024).

Estoy aquí gracias al trabajo de la partería tradicional. [...] La humanidad no existiría sin las parteras tradicionales. Y, entonces, ahora quieren decir que son ignorantes, que nada más son mitos. No es cierto. [...] Además, si las quitan, nadie va a llegar a esa comunidad. [...] Ellas hacen un papel fundamental en las comunidades [...] y tienen toda esta sabiduría. [...] Entonces, sus hijas, nietas, sobrinas, dicen “yo sí quisiera ser partera como mi abuela o como mi tía, pero aspiro a tener una carrera universitaria”. Entonces, para todas esas mujeres que pueden tener una licenciatura en partería, sería lograr un paso muy firme hacia el acceso universal (de la atención del parto) (Informante 2, 2024).

Me parece que estos fragmentos ilustran, a pesar de la reflexividad de sus enunciantes, algunas coexistencias entre imaginarios de carácter hegemónico y contrahegemónico en torno al desarrollo y la salud materna, como esboqué anteriormente. Por ejemplo, en el fragmento de la informante 3, se observa que se problematiza la idea de pensar el desarrollo como una lista de pasos y condiciones, mientras se habla de la necesidad de incorporar al concepto una perspectiva feminista y de derechos, así como de hacer trabajo directo con las comunidades a través de alianzas multiactor.

Al tiempo que menciona esto, la informante también señala que, en algunas ocasiones, los valores culturales son patriarcales, y que, en consecuencia, el trabajo del desarrollo consiste en erradicar tales valores y formas relacionales. Es decir, bajo la visión de esta informante, el desarrollo también consiste en la sustitución de los elementos nocivos de lo tradicional por los valores modernos de los derechos y la igualdad.

Por su parte, en el fragmento de la informante 6 es visible cómo se confronta el dominio que los ginecobstetras tienen dentro de la atención materna y perinatal en México. La problematización llega al grado de orientar la PPSM hacia la contratación por parte del Estado de una variedad de profesionales de la salud para desempeñar funciones relacionadas a la atención de la salud materna. No obstante,

al mismo tiempo, la informante 6 establece jerarquías de idoneidad basadas en la edad y el tipo de *saber* que asocia con ese marcador de la diferencia social. Asimismo, en el discurso la informante recupera al indicador como mecanismo de control burocrático y de rendición de cuentas de los agentes subordinados –en este caso, las autoridades estatales.

Finalmente, y en la misma línea, en el fragmento de la informante 2 considero que se observan nuevamente estos encadenamientos discursivos entre imaginarios hegemónicos y contrahegemónicos. Así, en los enunciados expuestos, la informante reconoce el valor tanto práctico cuanto cultural e histórico de la partería tradicional, al tiempo que desafía la noción hegemónica del médico como único actor poseedor de conocimiento para atender las cuestiones relacionadas a la salud materna. Sin embargo, también resalta cómo considera a la academización de dicha profesión como la solución a los problemas de su incorporación al sistema de salud y de la atención al indicador desarrollista de cobertura universal del parto.

Ahora, con lo reseñado anteriormente no pretendo establecer juicios de valor. Mi intención no es problematizar si hay o no valores culturales nocivos que debieran ser sustituidos por valores asociados a la modernidad occidental. Tampoco busco abogar por a favor de la causa de los médicos de edad avanzada, ni pretendo negar la posibilidad de que la profesionalización académica de las parteras pueda tener buenos resultados en materia de salud materna. Por la naturaleza del análisis que propongo, esos son debates que reservo para otros espacios.

Lo que sí intento con estos señalamientos, no obstante, es poner el foco sobre el engarzamiento entre ideas hegemónicas y contrahegemónicas alrededor del desarrollo y la atención a la salud de las gestantes. Me parece que la evidencia apunta hacia esa dirección. Los fragmentos rescatados indican que ambos tipos de nociones sobre el desarrollo coexisten discursivamente, y se sostienen y justifican mutuamente, aun en condiciones en las que las enunciantes poseen un alto grado de reflexividad.

Encuentro que estas tendencias coinciden, asimismo, con los resultados que arrojó mi lectura genealógica de los elementos discursivos de la AISM en los dos capítulos anteriores. Siguiendo a Foucault, en dicho recorrido histórico observé la operación de un entramado de fuerzas diversas que se transforman, se complementan, se enfrentan, se disuelven o se absorben, siendo el discurso el espacio en que se cristaliza el estado de equilibrio que alcanzan en su contingencia.

En esa línea, encontré que, en el caso de los enunciados de la AISM, los equilibrios resultantes de estos enfrentamientos y sinergias frecuentemente derivaban de la asimilación de los enunciados contrahegemónicos en el discurso dominante, forma a través de la cuál este último se resignificaba para mantener su legitimidad, pero sin llegar a perder su carácter de dominación. Por ejemplo, la incorporación de la salud materna en las políticas internacionales desarrollistas, inicialmente impulsada por las ansiedades demográficas de los hegemones, se transformó discursivamente a lo largo de las décadas para incluir la cuestión de la muerte materna, de los derechos humanos, del desarrollo sostenible y de la perspectiva de género –por mencionar algunas demandas.

Sin embargo, estas transformaciones se articularon dentro de un marco discursivo que continuaba subordinando las experiencias y los conocimientos locales a las lógicas globales, vinculadas tanto al control poblacional cuanto a los objetivos del desarrollo económico capitalista en beneficio de los hegemones. Esta dinámica pone de manifiesto cómo las tensiones entre hegemonía y contrahegemonía, presentes en el discurso de las enunciantes, no son fenómenos aislados, sino parte de un proceso más amplio en el que opera el poder.

Al respecto, me parece pertinente regresar a los planteamientos que Foucault hace sobre el poder y que fueron esbozados en el primer capítulo de esta tesis. En concreto, a partir de la perspectiva de este autor, es necesario pensar el poder en su impersonalidad y su capilaridad. En ese sentido, el poder se construye a manera de raíces imperceptibles, al tiempo que se encuentra disperso y en constante circulación (Foucault, 1998). Para Foucault (1998), por sus características, el poder

inevitablemente produce resistencias, si bien éstas se inscriben siempre dentro del mismo poder.

Menciono esto porque me parece que da sustento teórico al acoplamiento discursivo entre idearios del desarrollo de carácter hegemónico y contrahegemónico que ahora identifico en los actores de la AISM y la PPSM entrevistados. En esa línea, si bien las informantes despliegan discursos que resisten a las nociones hegemónicas del desarrollo y la salud, estos mismos discursos terminan por enunciarse de forma muy cercana a otros idearios dominantes.

De esta manera, las resistencias son visibles, por ejemplo, en la identificación de la necesidad de repensar el desarrollo en general, en la incorporación de actores sanitarios que merman la hegemonía que tiene la práctica médica sobre los cuerpos gestantes, en el reconocimiento de la importancia y las contribuciones de las parteras empíricas a la salud materna. El poder hegemónico, por su parte, se expresa en que estas resistencias sean acompañadas discursivamente por la sustitución de los valores tradicionales por los valores modernos, por la instrumentalización de las lógicas burocráticas sobre los subordinados y por la incorporación de las parteras en sistemas académicos ligados a la historia de Occidente.

Ahora bien, los enunciados de las informantes que aquí analicé –y que continuaré diseccionando en el resto del capítulo– pueden interpretarse de forma aislada, o bien, situados dentro de un contexto institucional y de trayectorias profesionales que les han moldeado. En ese sentido, en este análisis, y a razón del número de informantes, no llego a identificar con robustez las diferentes posturas institucionales que acompañan estos enunciados, pues me sería imposible generalizar tales posiciones a partir de unas pocas fuentes cercanas. Tal ejercicio escapa al alcance de esta tesis. Sin embargo, considero que una futura investigación en esa dirección sería de gran valor para comprender con mayor profundidad de qué manera las instituciones de la PPSM mexicana influyen –o no– en la configuración de los discursos de sus asociadas y asociados.

En contraste, lo que este análisis sí logra es mapear algunas inclinaciones, tensiones, similitudes, contradicciones, en los discursos de personas con una amplia trayectoria en el campo nacional e internacional de la salud reproductiva. Estos apuntes permiten trazar algunas coordenadas, identificar algunas tendencias, sobre cómo ciertos imaginarios hegemónicos en torno a la salud materna se filtran, se desafían, se reinterpretan y se reformulan en contextos nacionales y de toma de decisiones en materia de política pública. En otras palabras, este ejercicio permite apuntalar los múltiples espacios en los que lo hegemónico y lo contrahegemónico en el discurso sobre la salud materna se enfrentan, así como el estado de fuerzas múltiples que les acompaña.

Así, a manera de resumen, los aspectos expuestos en este subapartado subrayan las asociaciones entre muerte materna y desarrollo. En estos imaginarios la muerte materna trasciende la cuestión biomédica hasta posicionarse como un reflejo del nivel de desarrollo y de justicia social alcanzado por un país. Estos ideales complejos, que reflejan tensiones entre poder y resistencia, encuentran su manifestación práctica en la construcción y adopción de indicadores que, como nuestro a continuación, guían y legitiman ciertas opciones de política pública. Así, en el siguiente apartado me dedicaré a analizar cómo estos indicadores funcionan como tecnologías de gobernanza que vinculan los imaginarios aquí descritos con intervenciones específicas de política pública orientadas a la administración de la gestación en nombre del desarrollo.

5.3.2. El rol de los indicadores y de lo internacional

En este subapartado analizaré la figura del indicador como mecanismo de transferencia de normas y como orientador de la PPSM en México. En ese sentido, analizo la información proporcionada por las informantes con base en los entendimientos ya descritos en el apartado sobre indicadores del capítulo dos de esta tesis.

En concreto, parto de la idea de que los indicadores no son solo una herramienta técnica que permite medir ciertos efectos, sino que, una vez sedimentados, también son tecnologías de gobernanza que orientan las políticas de salud materna. En referencia a ello, considero que los indicadores legitiman y producen formas de conocimiento y de acción. Es decir, al ser tanto prescriptivos cuanto comparativos, los indicadores establecen los estándares de lo que ha de desarrollarse.

En esa línea, a partir del análisis de las entrevistas realizadas, identifico que los indicadores influyen en diferentes áreas de la PPSM mexicana. En específico, observo su peso en la definición de las cuestiones programáticas y operativas de la política, así como su funcionalidad en las tareas de jerarquización, medición y monitoreo. A continuación, desarrollaré, en tal orden, cada uno de estos puntos.

5.3.2.1. *Influencia programática*

Como mostré en el subapartado anterior, la PPSM mexicana no ocurre en un vacío ideológico. Alrededor de la salud pública, la muerte materna y el desarrollo orbitan imaginarios complejos, a veces incluso paradójicos. Bajo este entendimiento, la evidencia de las entrevistas analizadas apunta a que estos imaginarios se informan, al menos en parte, de los indicadores de la AISM, así como de sus objetivos y metas asociados.

Sobre el tema, y a partir de las exposiciones de las informantes, identifico que los indicadores de la AISM han sido, por lo general, una cuestión importante en la formulación de la PPSM mexicana.¹⁴⁴ A partir de los relatos de aquellas

¹⁴⁴ Más allá, la influencia programática de los indicadores no se limita a la PPSM, sino que también se extiende al ámbito internacional. Como señala la informante 3 (2024), las evaluaciones de desempeño, basadas en indicadores, dictan en buena medida las acciones programáticas de la agencia de Naciones Unidas a la que pertenece, ello sin ser, por supuesto, el único factor que influye. Estos indicadores, en palabras de la informante 3, tienden a centrarse en los impactos y a ser de orden cuantitativo: “hicimos tales actividades, hicimos tantos cursos, y se dieron tantas capacitaciones” (Informante 3, 2024). Observé la misma tendencia durante mis prácticas profesionales en otra agencia del Sistema de Naciones Unidas, en 2023. De forma específica, el equipo del área en la que trabajaba tenía reuniones trimestrales con el fin de dar seguimiento a

informantes que han trabajado en la PPSM desde la función pública, observo que tal influencia es verdadera cuanto para el periodo anterior a la agenda de El Cairo de 1994 cuanto para la agenda de los ODM y la agenda actual de los ODS, como se observa en los siguientes fragmentos:

La Conferencia Internacional de Cairo en 1994 cambió por completo la Agenda Internacional, por decir en todos los países, y también tuvo efectos en las agendas nacionales. [...] Yo trabajaba en la Dirección de Planificación Familiar (de la SSA), y todos los países, por lo menos de América Latina, trabajábamos en función de las metas de crecimiento demográfico. [...] Yo estaba encargada de hacer la programación de usuarias nuevas, usuarias acticas, por cada uno de los métodos. [...] Teníamos nuestra propia bodega, nuestro propio sistema de distribución, de control de inventarios. Pero todo estaba en función de las metas de crecimiento demográfico. [...] Ya si se embarazaba, había otra dirección, la Dirección General de Salud Materno-Infantil, que esa pues tampoco estaba muy adecuada, porque estaba como pegada al bebé, y hasta los cinco años. [...] Lo más importante en ese momento, en la conjunción de un parto, era la anticoncepción postparto. Entonces, cómo se lograba que aceptara un método postparto, y si se quería operar, pues era súper bienvenido. [...] Viene Cairo, [...] y esta maternidad sin riesgos la conceptualiza como un derecho de las mujeres. [...] Entonces, o cambiábamos todo en planificación familiar, o nos quedábamos sin trabajo, ¿verdad? Porque ya era totalmente otro enfoque. [...] ¿Qué te diré? Que esa agenda internacional, por lo menos en la Secretaría de Salud, fue totalmente abrazada. [...] Completamente se cambió esa visión de la Secretaría de

indicadores. Estos eran, primordialmente, de orden cuantitativo y, al igual que lo relatado por la Informante 3, se enfocaban en el número de jóvenes alcanzadas, el número de contactos con gobiernos locales, el número de talleres impartidos, el número de asistentes registrados. A partir del desempeño en los indicadores se reorientaba el trabajo del equipo, así como los recursos materiales y humanos del área, pues el principal objetivo era cumplir con las metas de cada indicador, mismas que se fijaban en la programación anual –que estimo como posiblemente el único momento abierto a la innovación.

Salud, y prevalece hasta nuestros tiempos, tanto que hay un Centro Nacional (de Equidad de Género y Salud Reproductiva) (Informante 2, 2024).

Las teníamos aquí todo el tiempo, aquí pensándolas, las (metas) del objetivo, los Objetivos del Milenio, porque fue lo que me tocó a mí. [...] En todas las reuniones de los consejos nacionales de salud se hablaba del tema, y lo teníamos presente. Teníamos reuniones con el subsecretario de salud federal sobre la materia y todo. No tan operativas como hubiera podido ser, pero sí de seguimiento a los indicadores, por lo menos, y a lo que estaba haciendo cada entidad federativa. [...] Y no sé si recuerdas, pero en esa época Felipe Calderón impulsó mucho el tema de reducir la mortalidad materna. Entonces, nos traían a raya. [...] Nosotros sí vimos salud materna vinculada con cómo detener la muerte materna, pero estoy de acuerdo contigo, la salud materna debe ser mucho más que eso (Informante 5, 2024).

En México, con ese tema (las recomendaciones y lineamientos internacionales) somos bastante obedientes. Creo que sí hay varios mecanismos alineados: desde la reforma constitucional, en donde se suscriben todas las declaraciones de las que México es parte.¹⁴⁵ Sí tienen un nivel como de importancia en donde, además, se generan muchos mecanismos de coordinación, [...] intervienen varias áreas. Está la Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud, está la propia área de la Secretaría de Relaciones Exteriores. [...] Todos estos mecanismos de acuerdos multilaterales, de agendas internacionales, compromisos de México [...] les están dando seguimiento siempre. Los indicadores (nacionales) también se han alineado con los indicadores de los

¹⁴⁵ En 2011, durante el sexenio del presidente Felipe Calderón, se aprobó una reforma constitucional a los artículos 1 y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La reforma dio a los tratados internacionales en materia de derechos humanos un estatus constitucional, con una jerarquía superior a la de las leyes federales. Esto significó que los derechos humanos reconocidos tanto en la Constitución cuanto en los tratados internacionales fueran interpretados de forma conjunta bajo el principio *pro persona* y el control de convencionalidad.

ODS, con más o menos disciplina, pero eventualmente se informan (Informante 6, 2024).

Considero que estos fragmentos dan cuenta de cómo los indicadores de la AISM, con sus metas y objetivos asociados, han dialogado con la PPSM a lo largo de las décadas. Hay evidencia para sostener que esta intertextualidad precede incluso al Plan de Acción de El Cairo de 1994, como indica la informante 2 al señalar que, antes de dicha agenda, el trabajo de la SSA en salud reproductiva giraba en torno a los indicadores de crecimiento demográfico, plasmados en el Programa Nacional de Población, y mismos que se popularizaron en el desarrollo internacional a partir de la década de 1960.^{146, 147}

Como relata la informante, el Plan de Acción de El Cairo de 1994 modificó este actuar programático de la SSA, así sus indicadores prioritarios. En 1994, por ejemplo, la SSA fusionó la Dirección General de Planificación Familiar y la Dirección General de Atención Materno Infantil bajo la figura de la Dirección General de Salud Reproductiva, adscrita a la Subsecretaría de Servicios de Salud (CNEGSR, 2018). Como se observa, el cambio en el uso del término *planificación familiar* al término *salud reproductiva* en la estructura orgánica de la SSA da señas de la permeabilidad de dicha agenda de desarrollo, más allá del testimonio de la informante 2.

Por su parte, en el testimonio de la informante 5 es visible nuevamente la influencia de los indicadores internacionales y sus metas en el accionar programático de las instituciones operadoras de la PPSM en México. En este caso, se retrata la influencia de los ODM, agenda de desarrollo que predominó desde el año 2000 y hasta el año 2015 y que, como ya reseñé en el capítulo anterior, incluyó

¹⁴⁶ Para una revisión sobre cómo las ansiedades del norte global en torno al crecimiento demográfico en el sur global moldearon el devenir histórico de la AISM, regresar al capítulo tres y el capítulo cuatro de esta tesis.

¹⁴⁷ En enero de 1974, mismo año en que ocurre la Conferencia Mundial de Población de Bucarest, México promulga su Ley General de Población (LGP). En el artículo III, fracción II, la LGP señala que tiene entre sus objetivos “regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población” (Ley General de Población, 1974).

entre sus 8 objetivos la mejora de la salud en la maternidad bajo el foco de la reducción de la mortalidad materna.

En ese sentido, la informante 5 narra la centralidad de los ODM en el accionar de las instituciones mexicanas orientadas a la salud materna durante el sexenio 2006-2012. En específico, la informante relata cómo el ODM 5 y la meta asociada a su principal indicador moldearon los entendimientos y prioridades de la PPSM en México: “nosotros sí vimos salud materna vinculada con cómo detener muerte materna, pero estoy de acuerdo contigo, salud materna es muchísimo más que eso” (Informante 5, 2024).

Además, la informante señala la existencia de reuniones interinstitucionales periódicas de alto nivel abocadas al seguimiento de los indicadores asociados al ODM 5, tanto a nivel federal cuanto a nivel estatal. En cuanto a ello, al narrar cómo su equipo era presionado para cumplir con las metas del indicador de muerte materna –“nos traían a raya”–, el testimonio de la informante arroja luz sobre la relación entre las prioridades de la PPSM y los indicadores empujados por la AISM durante dicho periodo.

Al respecto, la informante 5 rescata la centralidad que las cuestiones internacionales merecieron durante la presidencia de Felipe Calderón, sexenio en el que se priorizó la construcción hacia el exterior de la imagen de un México desarrollado, respetuoso de los derechos humanos y de los acuerdos internacionales. Aunque puede argumentarse que esto en la práctica no fue necesariamente acompañado de mejoras sustanciales en tal sentido, ello sí que ilustra una de las motivaciones que pudieron acompañar la plena adopción de los indicadores y las metas de los ODM a nivel burocrático durante dicha administración.

De acuerdo a la narración de la informante 6, tal influencia programática de los indicadores de la AISM sobre la PPSM mexicana, si bien presente, se percibe diferente durante el sexenio 2018-2024 –estando ya en operación la Agenda 2030 y sus ODS. En ese sentido, la informante comparte su percepción de que,

históricamente, México ha sido un país “obediente” de las recomendaciones y lineamientos que componen las agendas internacionales de desarrollo.

Como argumento a tal punto, la informante señala la alineación de los indicadores nacionales y los indicadores de los ODS, así como la existencia de numerosos mecanismos de coordinación abocados a dar seguimiento a las metas y compromisos asumidos por México en lo internacional. Ahora bien, la diferencia que señalo entre la permeabilidad de las metas de los ODM y las metas de los ODS radica en los matices.

Sobre ello, por ejemplo, la informante señala un desfase en el reporte nacional de los indicadores de los ODS, que, en su experiencia, abarcó desde 2017 y fue resuelto en 2022. En esa línea, también me parece interesante para dicho argumento que la informante señale que

Hubo un momento de relajación cuando, aunque México no cumplió la meta de los ODM, pues, sí hubo una reducción muy significativa. Entonces cambia la meta con los ODS. Creo que ese cambio de enfoque sí hizo que se aflojara un poquito el tema (de reducción de la muerte materna como tema prioritario) y que hubiera la posibilidad de entrarle a otras cuestiones sin tanta presión justo internacional o de indicadores. Sí creo que permitió una apertura, una política mucho más integral en salud sexual y reproductiva (Informante 6, 2024).

Para poner en contexto este fragmento, considero de primer orden recuperar lo reseñado en el capítulo anterior. En esa dirección, los ODM y los ODS comparten como indicador central a la Razón de Muerte Materna. La diferencia entre ambas agendas, empero, está en las metas asociadas al indicador. Así, mientras los ODM fijaron como meta la reducción en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, de la mortalidad materna; los ODS plantearon reducir para 2030 la RMM a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.

Bajo esta perspectiva, México no alcanzó la meta de los ODM porque entre 1990 y 2015 redujo su RMM en un 58.8%, es decir, no alcanzó la reducción planteada de un 75%. No obstante, tal reducción le dejó con una RMM aproximada de 35 en 2015, por lo que, cuando arrancaron los ODS, el país ya tenía la meta cubierta.

Así, me parece que lo que indica el fragmento citado es que, al cambiar las metas de la AISM de lo porcentual al número fijo, y al haber cubierto México la meta fija desde el inicio de los ODS, la PPSM del país pudo relajar el enfoque de reducción de muerte materna predominante durante los ODM –enfoque que es visible en la narración de la informante 5. Esto a su vez, de acuerdo a la informante 6, permitió la apertura de la política hacia otras cuestiones relacionadas con la salud materna, ello al menos en lo normativo.¹⁴⁸

Considero que este devenir da cuenta del peso que tienen los indicadores de la AISM, con sus metas y objetivos asociados, sobre el área programática de la PPSM en México. Con ello no pretendo establecer una causalidad lineal entre dichos indicadores y la PPSM, sino, más bien, intento desnaturalizar tal política al poner el énfasis sobre la contingencia de estos acontecimientos históricamente situados y las formaciones de saberes, prácticas y discursos que les acompañan.

En otras palabras, parto del entendimiento de que la PPSM mexicana no sigue una lógica linear universal, sino que es el producto de condiciones históricas específicas que bien podrían haber sido de otra manera. De allí que plantee la correlación entre las discontinuidades en esta política y la evolución de los indicadores y las metas internacionales del momento.

En esa misma línea, y a partir de las narraciones de las informantes, identifico que no sólo los indicadores internacionales dialogan con la PPSM mexicana. En particular, observo que los indicadores burocráticos de orden nacional también

¹⁴⁸ De hecho, en 2015 se publicaron los últimos lineamientos normativos que en su título llevaron los términos *muerte materna* o *mortalidad materna*.



influyen sobre las orientaciones programáticas de la PPSM. Ello es visible, por ejemplo, en el siguiente fragmento:

Ellos (Hacienda) sí son los artífices de la burocracia. [...] No era tanto que la gente no quisiera cambiar las cosas, sino que estaban en pánico. Decían “es que si ya no hacemos esto y hacemos algo nuevo, la auditoría nos va a sancionar porque dejamos de hacer esto, [...] y lo nuevo no vas a tener cifras y entonces no lo vas a poder medir y entonces también te van a decir que por qué no lo estás midiendo”. [...] Claro que todo eso lo puedes justificar, pero fue romper con muchas barreras, muchas dudas y, pues, pasar esa curva de aprendizaje. [...] Creo que había posibilidad de cambios buenos que se pararon por estos temas que ni siquiera tenían que ver con las políticas de los programas (de SSR) tal cual, sino con la perspectiva de la auditoría. [...] Toda esta parte de indicadores, [...] que son matrices de indicadores de resultado, [...] es muy interesante porque conceptualmente es muy bonito, [...] pero [...] te lo evalúan personas que no tienen, obviamente, conocimiento de salud, ni de derechos, ni de nada, más que de economía y productividad (Informante 6, 2024).

Como señalé, este fragmento ilustra cómo los indicadores burocráticos federales también inciden sobre el área programática de la PPSM mexicana. En referencia al argumento, los indicadores burocráticos y de desempeño parecen dificultar la innovación programática en el marco de la PPSM, pues la atención es dirigida hacia el cumplimiento de lo establecido por Hacienda y por la Ley General de Salud desde una perspectiva productivista.

Estas dinámicas recuerdan, nuevamente, al planteamiento que hace Habermas sobre la extensión de la racionalidad cognitiva-instrumental sobre todos los dominios de la vida. Me parece que esta lógica, encarnada muy visiblemente en la función de los indicadores como tecnologías de gobernanza, puede observarse no solo en el nivel programático, sino también en el nivel operativo. En el siguiente

subapartado realizo algunos apuntes sobre ello a partir de las narraciones de las informantes.

5.3.2.2. *Influencia operativa*

Los indicadores implican, en su forma más esencial, la medición y el monitoreo de un fenómeno. Sobre ello, la informante 1 señala que los indicadores permiten identificar las áreas de oportunidad en cuanto a política pública, pues cubren “necesidades de información” (Informante 1, 2024). A continuación, me centro en cómo la Razón de Muerte Materna (RMM) provee información, y cómo esa información moldea los aspectos operativos de la PPSM mexicana.

A partir de las entrevistas realizadas, identifico que la información proporcionada por este indicador, tan central en la AISM, influye de cinco maneras en la operación de la PPSM en México. En concreto, encuentro que el indicador en cuestión permite, en lo nacional, (1) la construcción de un problema dentro del ámbito de la salud pública, (2) la identificación de los espacios territoriales en los que se prioriza la intervención de la política, (3) la medición del éxito de tales intervenciones, (4) la racionalización de las asignaciones presupuestarias y (5) la reorientación de la gestión.

Los siguientes fragmentos me parecen ilustrativos de los puntos 1 y 2 sobre la influencia de la RMM en la construcción de un problema y la identificación de los espacios de intervención de la política:

Si hacemos un análisis de ese indicador, en general, en los países de la región o incluso fuera de la región, es evidente que los países que tienen una razón de mortalidad materna más alta son los países que tienen los retos de desarrollo más altos en la región. Los números para mí son súper claros. [...] Por ponerte un ejemplo, México tiene 25 más o menos (de RMM), Uruguay está como en 18, y luego tienes países como Honduras que tiene 80, y el país que tiene por mucho el reto más grande de desarrollo en la región, que es Haití, con 350. Para mí es muy claro que habla de las capacidades del

sistema de salud, de la infraestructura hospitalaria, de la capacitación del personal médico, en general de las capacidades del sector salud, y que hay una vinculación entre mortalidad materna y marginación (Informante 3, 2024).

Todos los indicadores, obviamente, eso, te indican más o menos cómo está un problema (Informante 4, 2024).

Lo que hicimos fue por secciones empezamos a ubicar cuáles eran las zonas repetidoras de muerte materna y lo que hicimos fue capacitar nuevamente a los médicos y a las auxiliares de enfermería a detectar los signos de alerta para llevar a buen término un embarazo, considerando que el hospital más cercano está a tres horas de distancia. [...] Construimos unos centros de atención rural obstétrica que se llaman CAROS, [...] era una sala de expulsión intermedia para poder atender embarazos de alto riesgo en esos lugares donde el acceso al hospital se hacía complicado, por un lado, y, por el otro, donde había un alto índice de tasa de mortalidad materna. [...] A nivel nacional había 25.000 personas trabajando en todo el país, no solamente médicos. [...] No logramos capacitar a todos, [...] pero sí a los de las zonas repetidoras de muerte materna que teníamos muy detectadas (Informante 5, 2024).

Como se observa en estos fragmentos, parece haber un vínculo ente la información proporcionada por el indicador de RMM y la construcción de una problemática. Al respecto, la informante 4 argumenta que los indicadores de salud proporcionan una imagen sobre un problema. Sin embargo, me parece que los fragmentos seleccionados de las informantes 3 y 5 dan cuenta de cómo, a partir de la lectura del indicador, también se construye tal problema.

Por ejemplo, en el fragmento de la informante 3 es visible cómo el desempeño diferenciado en materia de RMM que tienen diversos países de la región deriva en una jerarquización en cuanto al desarrollo y la urgencia con que deben desplegarse las intervenciones. Así, se observa la vinculación discursiva entre los números más elevados de RMM, las capacidades de los sistemas de salud

y el grado de marginación de una población. En otras palabras, el desempeño en el indicador construye las especificidades de la problemática, ya en su profundidad cuanto en el número de variables involucradas en ésta.

En ese sentido, la lectura del desempeño de un territorio –siempre en comparación a otros– lleva al establecimiento de jerarquías en cuanto al tamaño de la problemática. Como se observa en la narración de la informante 5, es a partir de esta jerarquización que se establecen los criterios de actuación territorial de la política. Es decir, el desempeño en el indicador informa la identificación de los territorios en donde se focalizarán sus intervenciones –en este caso, “las zonas repetidoras de muerte materna”.

Más allá, los indicadores, como tecnologías de gobernanza, influyen sobre la gestión de la PPSM al ser utilizados como instrumentos de medición del éxito o fracaso de sus intervenciones. Encuentro que esta evaluación, a su vez, orienta la racionalización de las asignaciones presupuestarias. Ambas cuestiones se observan en el siguiente fragmento:

Logramos abatir 20 puntos de tasa (de muerte materna) para la zona del universo donde nosotros trabajábamos en un periodo de seis años y eso la verdad es que me llena mucho de orgullo, usamos los recursos que teníamos a la disposición y, al parecer, siguieron construyendo bajo esa misma dinámica por lo menos seis años después. [...] Y, cuando empezamos a ver que sí tenía éxito, el primer año, fuimos muy felices y logramos, además, un incremento del presupuesto, y construimos 8 hospitales y más clínicas (Informante 5, 2024).

En específico, la narración de la informante 5 evidencia cómo el desempeño en el indicador de RMM es vinculado a las acciones emprendidas, si bien, en la realidad, la disminución también pudiera ser atribuida a otros factores adicionales y

externos a esa política pública en específico.¹⁴⁹ A pesar de ello, la disminución observada pasó a justificar y validar las acciones emprendidas, lo que aseguró la continuidad de dicha política por al menos un sexenio más.

Asimismo, de acuerdo a la narración, el éxito percibido a partir del desempeño en el indicador llevó a un aumento en el presupuesto de tal política pública. Ello, de acuerdo a la narración, derivó en la construcción de nuevas infraestructuras hospitalarias, expandiendo el alcance de tal política. Así, los indicadores actúan como herramientas para medir el desempeño de las intervenciones públicas en salud materna mediante el establecimiento racional de relaciones causales que, a su vez, justifican la asignación de los recursos públicos.

En adición, identifico que los indicadores desempeñan un papel como reorientadores de la gestión de la PPSM. En otras palabras, en la medida en que los indicadores reflejan cambios en un fenómeno, y que las implementadoras de la política racionalizan tales cambios en función de las acciones emprendidas, los indicadores influyen sobre el reajuste de las estrategias de la PPSM. El fragmento mostrado a continuación da cuenta de esta función:

Me parece que justo la Razón de Muerte Materna y todos estos indicadores asociados sirvieron para eso, y, pues, justo tan así es que se crearon lineamientos en términos de política pública para atención de mujeres en

¹⁴⁹ Variables socioeconómicas, ambientales y estructurales pudieran vincularse con el aumento o reducción de la RMM sin estar directamente relacionadas con las intervenciones estatales de corte biomédico. Por ejemplo, un clima favorable a la agricultura pudiera mejorar las cosechas y, en extensión, los niveles de nutrición de las gestantes, lo que reduciría, a su vez, sus posibilidades de morir durante el parto. Lo contrario sucede, por ejemplo, en caso de la llegada de un fenómeno natural que destruyera las cosechas, ya sea comerciales o de subsistencia, y que precarizara de tal forma el acceso a recursos de las poblaciones donde se insertan estas gestantes, haciéndolas más susceptibles a la desnutrición y, por tanto, más proclives a enfrentar condiciones obstétricas adversas. Así, variables como el aumento o disminución de la narcoviolencia, la presencia constante o la ausencia repentina de servicios de agua y saneamiento, o incluso las variaciones en los fenómenos migratorios que afectarían el ingreso o retiro de los recursos que brindan las remesas pudieran afectar el comportamiento de la RMM en un territorio dado.

embarazo, parto y puerperio en esos tiempos (durante la pandemia por SARS-CoV-2) (Informante 1, 2024).

A manera de contextualización, durante la pandemia por SARS-CoV-2, la RMM de México pasó de 36 puntos en 2019 a 55 puntos en 2020. El aumento pronunciado en el indicador permitió que las gestantes fueran identificadas como población de alto riesgo. Asimismo, como señala la informante 1, esta identificación llevó a la creación de lineamientos normativos para la atención de esta población durante la contingencia.

El documento en cuestión, publicado en abril de 2020 por el CNEGSR, lleva el nombre de *Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida*.¹⁵⁰ Sobre el tema, encuentro que las recomendaciones emitidas en el documento tienen una tendencia hacia la desmedicalización, aunque por sí mismas no llegan a cuestionar la histórica política mexicana de institucionalización del parto.

En ese sentido, si bien las recomendaciones parecen conceptualizar a los hospitales –particularmente los de reconversión–¹⁵¹ como espacios de alto riesgo para las gestantes, en éstas se mantiene la orientación hacia la institucionalización del parto, aunque con una medicalización de menor intensidad. Menciono esto porque da cuenta de cómo la RMM tienen la capacidad de reorientar la PPSM, pero

¹⁵⁰ Entre sus principales recomendaciones está evitar la saturación de los hospitales mediante la adaptación del espacio y la priorización de la atención obstétrica en el primer nivel, la contratación de enfermeras obstétricas y parteras profesionales para asegurar la disponibilidad de recursos humanos, la reducción del número de consultas prenatales –a 6– y posnatales y de personal enfocado en la atención, la creación de equipos móviles para la atención obstétrica, la implementación del mecanismo de vigilancia epidemiológica de COVID-19 para el seguimiento de las gestantes portadoras del virus, la prohibición de que la gestante sea acompañada por un familiar durante la atención, el establecimiento de un *triage* para determinar casos sospechosos de COVID-19, el egreso hospitalario temprano de gestante y producto, y la promoción de la lactancia materna (CNEGSR, 2020).

¹⁵¹ Los hospitales de reconversión fueron un elemento de la política pública de salud mexicana en respuesta a la pandemia por SARS-CoV-2. La reconversión hospitalaria implica la readaptación de los hospitales para la atención de pacientes durante una crisis de salud (Secretaría de Salud, 2020).

sin llegar a producir, necesariamente, virajes extremos en la trayectoria histórica de esta política.¹⁵²

De cualquier manera, considero que la influencia de los indicadores de salud materna, particularmente de la RMM, en la operatividad de la PPSM no es menor. Como ya argumenté, hay evidencia para considerar que los indicadores inciden en la construcción de un problema, en la identificación de los espacios territoriales en los que se focaliza la política, en la medición del éxito de las intervenciones, en la racionalización de las asignaciones presupuestarias y en la reorientación de la política.

Sin embargo, los indicadores, como señala una de las informantes, “no son mediciones exactas y precisas. [...] Además, requieren de que el sistema funcione como un todo” (Informante 4, 2024). Al respecto, la informante profundiza en el tema al señalar que en algunos momentos de la historia de la PPSM el sistema no ha funcionado de tal forma, pues algunos territorios del país tienen a reportar con mayor precisión sus muertes maternas que otros, y subraya que, en respuesta a ello,

en donde sí se puso muchísima atención fue justamente en el indicador de mortalidad materna, para que todas las clínicas, los hospitales, los lugares donde se atendieran partos, reportaran este fenómeno, digamos, para poder armar un indicador que fuera certero (Informante 4, 2024).

La informante 6 parece compartir dicha percepción, pues en su narración expone su percepción de que la RMM, en el caso mexicano, es un indicador

¹⁵² De hecho, y en la misma línea, si bien durante las narraciones de las informantes se mencionó el tema del aumento de la RMM durante la pandemia, ninguna llegó a establecer un vínculo entre dicho aumento y la política pública histórica de atención del parto en hospitales. Ello llama la atención, sobre todo al considerar que dicha política llevó al desmantelamiento de otros sistemas de atención ajenos al modelo hospitalario occidental a los que las gestantes hubieran podido acceder con un menor riesgo de contagio.

que históricamente está bien construido, [...] que obedece a un proceso de construcción sólido y a fuentes de información manejables [...] que nos permiten, al menos, tener un indicador bastante conciso, medible, comparable en el tiempo y con otros países (Informante 6, 2024).

No obstante, la informante 6 también se cuestiona si tales características bastan para realizar generalizaciones sobre salud, desarrollo y servicios de salud. Sin embargo, y como he demostrado en esta sección, tales generalizaciones, en efecto, son una práctica común en el marco de la PPSM mexicana. Esto a pesar de que la misma realidad en terreno demostrará los límites explicativos de los indicadores, como demuestra la informante 5 al señalar que algunos informes sobre RMM “salían muy mal” porque “con una persona que muriera en un lugar donde no hay tantas mujeres [...] la tasa se elevaba horrible” (Informante 5, 2024).

Aun con todo ello, en el caso mexicano, la lectura que se hace del desempeño de los indicadores de salud materna parece tener un alto grado de influencia sobre los aspectos operativos y programáticos de la PPSM. Esta dinámica pone de relieve cómo los principales indicadores de salud materna –empujados a su vez por la actuación de la AISM en su diálogo con las estructuras burocráticas nacionales– son una tecnología de gobernanza.

Ahora, para entender cómo los elementos discursivos de la AISM, como los indicadores y las nociones de desarrollo, se incorporan y adaptan en el marco de la PPSM mexicana, es necesario un análisis más detallado. En el siguiente apartado trataré de dilucidar estas dinámicas a partir de la lectura de la información proporcionada por las informantes bajo el lente teórico de los mecanismos de difusión normativa.

5.4. Sobre la implementación de la PPSM y los mecanismos tradicionales de difusión normativa

En este subapartado profundizo sobre la pregunta de cómo las decisiones de México en cuanto a la PPSM se ven influenciadas por el contexto internacional,

especialmente por aquellas normas, ideas y políticas que a lo largo de esta tesis he identificado como centrales para la AISM. Para indagar sobre los mecanismos involucrados en estos procesos, utilizo como marco a la teoría de difusión normativa por su interés en las cuestiones del poder, las relaciones y la ideología.

En específico, esta teoría tiene como objetivo general explicar cómo las ideas en torno a la política pública se diseminan a través del tiempo y de las geografías (Bennett et al., 2015). La principal idea en torno a la teoría de difusión de normas es que las decisiones en materia de política pública que toma un Estado no dependen solamente de factores de orden doméstico (Fundytus et al., 2023).

En otras palabras, esta teoría parte del rechazo a la idea de que los procesos de formulación de políticas públicas en un Estado son completamente independientes de lo que sucede tanto en otros Estados cuanto en el sistema internacional (Simmons et al., 2006). Como resultado, se reconoce que las políticas públicas de un Estado no son el resultado de un simple proceso tecnocrático (Cairney et al., 2016, como se cita en Fundytus et al., 2023).

Por el contrario, la formulación de las políticas nacionales responde a un proceso de difusión en el que las ideas se transforman en normas, y las normas en principios institucionalizados (Ring, 2014). Este proceso ocurre tanto de Estado a Estado –difusión horizontal– cuanto de lo global a lo nacional –difusión vertical– (Graham et al., 2012, como se cita en Bennett et al., 2015).

Más allá, como argumenta Gilardi (2012), la difusión no solo ocurre de lo internacional a lo nacional, sino que estos procesos también se dan al interior de los Estados. De acuerdo al autor, en estas dinámicas intervienen un amplio espectro de actores, y tienen como resultado una proliferación de instrumentos, estándares, instituciones, marcos ideológicos y procedimientos institucionales (Gilardi, 2012).

La lista de los mecanismos a través de los cuales se da la difusión de normas es extensa (Gilardi, 2012). No obstante, encuentro cierto consenso en torno a unos cuantos. Se trata de los mecanismos de aprendizaje, socialización, emulación,

coerción y competencia (Bennett et al., 2015; Fundytus, et al., 2023; Gilardi, 2012; Ring, 2014; Simmons et al., 2006).¹⁵³ Aunque las fronteras que dividen estos mecanismos no son siempre claras, ni su ocurrencia es mutuamente excluyente (Bennett et al., 2015), es posible delinear algunos aspectos claves de cada uno.

A partir de la literatura consultada, entiendo que el *mecanismo de aprendizaje* hace referencia a los procesos a partir de los cuales los actores de la política pública modifican sus creencias como resultado de la exposición a nueva información (Simmons et al., 2006). Esta información puede extraerse de los resultados que otros actores tuvieron implementando determinada política, de la producción científica, de la cooperación técnica, de informes y reportes de actores internacionales, entre otros medios (Bennett et al., 2015; Fundytus et al., 2023; Gilardi, 2012).

Como resultado, la producción de conocimiento social y las comunidades epistémicas son centrales desde la perspectiva del mecanismo de aprendizaje. Con base en la definición de Haas (1980, como se cita en Simmons et al., 2006), este conocimiento social representa la suma de información técnica, y de teorías sobre esa información, que alcanza un consenso lo suficientemente estable como para guiar la formulación de políticas públicas encaminadas a lograr un objetivo social específico.

En estos procesos los actores adquieren ideas tanto sobre los medios para alcanzar las metas, cuanto sobre las metas mismas a alcanzar (Simmons et al.,

¹⁵³ Matizo la cuestión del consenso en torno a los mecanismos de difusión más utilizados a razón de la presencia de algunas voces críticas. Tal es el caso, por ejemplo, de Blatter, Portmann & Rausis (2022), quienes señalan la existencia de inconsistencias conceptuales y operativas en dicho conjunto de mecanismos. En respuesta a las limitaciones encontradas, las autoras proponen cuatro nuevos mecanismos de difusión –(1) basados en el interés, (2) basados en el Derecho, (3) basados en la ideología y (4) basados en el reconocimiento–, mismos que se expresan en ocho rutas paradigmáticas –intercambios de información, externalidades, jerarquías, condicionalidad, principios ideológicos, creencias en torno a la política, *expertise* política y atención pública (Blatter, Portmann & Rausis, 2022, p. 820). Si bien lo señalado por las autoras me parece valioso, en esta ocasión me decanto por los mecanismos de difusión arquetípicos a razón de su amplia aceptación y su tradición teórica.

2006). Es decir, la información, el conocimiento social, las nociones de validez científica o de racionalidad, las redes de actores y el éxito percibido en torno a las acciones adoptadas por otros alimentan las decisiones de política pública de los Estados. Ello debido a que estos elementos permiten la producción de creencias en torno a las causalidades, por un lado, y en torno a los horizontes de deseabilidad, por el otro.

No obstante, como argumentan Fundytus et al. (2023), y como ya he argumentado en la sección sobre indicadores de este capítulo, las medidas de éxito o efectividad de las políticas públicas rara vez son claras y, en muchas ocasiones, están basadas en información o evidencia científica limitada. Además, los procesos de aprendizaje no son siempre racionales, pues no toda la información se considera por igual ni todas las inferencias están justificadas por una base empírica robusta (Gilardi, 2012).

Cercanos al mecanismo de aprendizaje, están el *mecanismo de socialización* y el *mecanismo de emulación*. El primero se refiere a la tendencia que tienen los Estados de adoptar políticas impulsadas por organismos internacionales y otros estados que consideran modernos o avanzados (Bennett et al., 2015). En estos procesos, el contenido de las políticas parece tener menor peso que la reputación de aquellos que las impulsan.

A razón de ello, y similar a lo que describe el mecanismo de aprendizaje, los cambios en las políticas de un Estado no obedecen siempre a una evaluación racional de los efectos de las políticas. Por el contrario, de acuerdo a lo propuesto por el mecanismo de socialización, estas decisiones están frecuentemente influenciadas por el interés de ajustarse a las normas sociales internacionales (Bennett et al., 2014).

De forma muy similar, el mecanismo de emulación hace referencia a que los Estados no están principalmente interesados en si una política en concreto es la más efectiva o eficiente, sino que basan sus decisiones en función del entorno normativo o la aceptabilidad social (Fundytus et al., 2023). En ese sentido, la

emulación es una categoría de análisis que incluye todos aquellos procesos en los que las decisiones de política pública de los actores son guiadas por lo que dichos actores perciben como apropiado o correcto (Blatter et al., 2022).

El mecanismo de emulación, por tanto, se refiere a cuando las decisiones de los Estados en cuanto a sus políticas son tomadas por la lógica de lo apropiado y no por la lógica de las consecuencias (Checkel, 2005, como se cita en Gilardi, 2012). Esto quiere decir que las políticas son adoptadas a partir de la identificación de los actores con una identidad o con un rol dada una situación específica (March & Olsen, 1998, como se cita en Gilardi, 2012).

Es por ello que, para el mecanismo de emulación, la atención hacia la teoría y la retórica es tan importante. Estos dos elementos dan cuenta de los consensos alcanzados en cuanto a los actores, los medios y los fines sociales (Simmons et al., 2006). Estos consensos son alcanzados, a su vez, mediante las interacciones discursivas que tienen los Estados con las comunidades epistémicas, las organizaciones internacionales, los grupos de especialistas y otros Estados percibidos como más desarrollados (Gilardi, 2012; Simmons et al., 2006).

Como señala Gilardi (2012), y en línea con lo encontrado en los capítulos 3 y 4 de esta tesis, las instituciones internacionales son claves en estos procesos de diálogo e internalización de nuevos roles e intereses. En la práctica, estos actores abogan por la adopción determinadas políticas, proporcionando, en primer lugar, análisis sobre los medios y los fines, y, en segundo lugar, argumentos sobre los beneficios de éstos (Simmons et al., 2006). En este proceso, el discurso adquiere tal grado de hegemonía que termina por aceptarse como el único horizonte apropiado (Gilardi, 2012).

En contraste, cuando no se encuentran elementos que apunten hacia el mecanismo de emulación, de aprendizaje o de socialización en la adopción de políticas por parte de un Estado, estos procesos pueden responder al *mecanismo de coerción*. En estos casos, los cambios en las políticas públicas nacionales podrían ser el resultado de presiones externas que se ejercen por medio de

incentivos, promesas o amenazas (Bennett et al., 2015; Blatter et al., 2022; Fundytus et al., 2023).

En ese sentido, la coerción, como mecanismo de difusión de normas, implica la explotación de las asimetrías de poder (Simmons et al., 2006). Los Estados con mayores recursos pueden aumentar las probabilidades de que un Estado con menor poder adopte ciertas políticas públicas mediante la manipulación de las oportunidades y los obstáculos a los que los segundos se enfrentarían en caso de adoptar o no dichas políticas (Simmons et al., 2006).

Estas dinámicas se observan, por ejemplo, en la monopolización de la información y del *expertise*, así como en las cláusulas de condicionalidad de la AOD –como ya discutí en el capítulo dos–, pero también pueden tomar formas más agresivas, como el ostracismo, la manipulación de los costos económicos o la amenaza del uso de la fuerza (Bennett et al., 2015; Gilardi, 2012; Simmons et al., 2006). Este poder puede ejercerse bilateralmente –de Estado a Estado– o mediante actores colectivos afines –de las instituciones internacionales a los Estados– (Simmons et al., 2006).

Por último, está el *mecanismo de competencia*. Éste se refiere a que los Estados no hegemónicos se ven incentivados a adoptar determinadas políticas públicas porque compiten con otros Estados por el acceso a un amplio abanico de recursos (Blatter et al., 2022). Así, este mecanismo propone que la adopción de ciertas políticas responde a la necesidad que tienen los Estados de adquirir ventajas económicas sobre sus pares (Fundytus et al., 2023).

Como resultado, mientras el mecanismo de coerción se centra en las relaciones verticales, el mecanismo de competencia se enfoca en el análisis de las relaciones horizontales (Simmons et al., 2006). Es decir, en el marco del mecanismo de competencia, las decisiones de política pública de un Estado son sobre todo respuestas frente a las acciones que toman otros Estados percibidos como competidores (Bennet et al., 2015).

En consecuencia, el objetivo de los cambios en materia de política pública es atraer o retener los recursos ofertados por los Estados hegemónicos y las instituciones internacionales (Gilardi, 2012). En el caso de la CID, la competencia puede ser por el acceso a la AOD. Mientras que en el caso de países de renta media o media-alta, la competencia puede ser por la atracción de inversión extranjera directa o por el acceso a grupos internacionales hegemónicos como el G20, la OCDE, la UE o diversas zonas de libre mercado.

Ahora, habiendo explicado los diferentes mecanismos de difusión de normas encontrados en la literatura, aplicaré tal marco al análisis de la información obtenida a través de las entrevistas realizadas. El propósito es examinar cómo estos mecanismos operan en el contexto de la PPSM mexicana. Cada subapartado a continuación estará dedicado a explorar la función de estos mecanismos, revelando el modo en que influyen en la adopción y adaptación de los principales elementos discursivos de la AISM en el marco de la PPSM.

5.4.1. Emulación, socialización y relaciones

Comienzo el análisis a la luz de los mecanismos de socialización y emulación. Como desarrollé anteriormente, el mecanismo de socialización implica que los Estados adoptan políticas impulsados por actores internacionales debido a su reputación, más que a una evaluación racional de su efectividad. Por su parte, el mecanismo de emulación sugiere que los Estados toman decisiones de política pública con base en su aceptabilidad social y las normas que perciben como apropiadas.

Ambos mecanismos destacan la importancia del consenso normativo, de las teorías, de las identificaciones con un rol y de los imaginarios sobre lo que es correcto en la adopción de políticas públicas. Al analizar la información proporcionada por las informantes, identifiqué que los organismos internacionales que conforman la AISM son de suma importancia en estos procesos de producción de consensos normativos en el marco de la PPSM mexicana.

A pesar de las variaciones en los enfoques y prioridades que hay entre estos actores internacionales, mismos que reseñé en el segundo capítulo de esta tesis, encuentro que no es poco común que participen intencionalmente en espacios comunes de diálogo. En otras palabras, aunque se observan diferencias, también se observan intentos por lograr cierta coordinación discursiva entre ellos. Un ejemplo de ello se encuentra en los siguientes fragmentos:

A mí me toca ver los temas de coordinación del sistema. Todas las cosas que tienen que ver con cómo nos relacionamos con las otras agencias del sistema de Naciones Unidas. Y una de esas son las herramientas que tenemos para tratar de asegurar que los equipos de país, que se le llama al conjunto de todas las agencias en un país, tienen transversalizado el concepto y las prioridades de la igualdad de género en muchas áreas (Informante 3, 2024).

Tenemos espacios donde cooperamos con otras agencias. La OMS y la OPS tiene esto (la violencia obstétrica) como una de sus prioridades en temas de trabajo. En el caso de la OMS, tenemos una alianza específica, coordinamos un grupo interagencial, regional de género con la OMS, y la OMS está posicionando este tema como una prioridad, y estamos aprendiendo desde ONU Mujeres mucho sobre este tema y además aportando desde una visión pues realmente con las técnicas y las especialistas feministas que tenemos en ONU Mujeres para fortalecer la visión más, digamos como técnica de salud que tiene la OMS (Informante 3, 2024).

En estos fragmentos son visibles los intentos por lograr una coordinación interagencial. De la misma manera, en los relatos de las informantes identifiqué que la coordinación discursiva también se da al interior de las agencias. Como mencioné anteriormente, los actores del SNU cuentan con oficinas de carácter global, regional y local. Al respecto, observo que las oficinas nacionales emulan a las oficinas regionales mediante dos mecanismos.

El primero de estos es de carácter programático. Los planes nacionales de trabajo de las oficinas nacionales de los actores del SNU están basados en la estrategia de trabajo regional de la agencia en cuestión, misma que a su vez está alineada con el plan estratégico global de dicha agencia. En ese sentido, la informante 3 (2024) señala que no hay forma de que los planes de trabajo nacionales no estén alineados con las estrategias globales, pues se trata de “un proceso que depende uno del otro” por lo que “están totalmente conectados”.

La segunda de las maneras en que identifiqué que se da la emulación entre las oficinas nacionales, regionales y globales de los actores del SNU en el marco de la AISM es mediante el despliegue de capacitaciones y la transferencia de recursos. Al respecto, las oficinas regionales tienen entre sus atribuciones fortalecer a las oficinas nacionales que entran bajo su jurisdicción mediante tales recursos y actividades.

Por su parte, las oficinas nacionales tienen “la obligación de hacer una interlocución política constante, un diálogo constante del más alto nivel posible con las autoridades” de determinado país (Informante 3, 2024). Así, dependiendo del área de actuación programática de cada agencia, es que se determina quiénes son los principales interlocutores nacionales del organismo internacional en cuestión.

Como se observa, las dinámicas que he descrito hasta ahora en el subapartado permiten la existencia de cierta coordinación discursiva, tanto entre oficinas regionales y oficinas nacionales, cuanto entre diferentes actores del SNU involucrados en el despliegue de la AISM. Es decir, los diferentes actores internacionales se valen de ciertos recursos y espacios para producir ideas más o menos alineadas respecto a lo que es correcto desde el punto de vista programático y normativo.

Estas ideas son entonces comunicadas a los actores nacionales prioritarios identificados por la agencia en cuestión. En ese sentido, los actores de la AISM realizan actividades con el objetivo de socializar tales entendimientos con los actores de la PPSM. De acuerdo a la información proporcionada por las

entrevistadas, encuentro que esta socialización se da tanto de manera meso cuanto de manera micro.

En el lado de lo meso, encuentro que entre las oficinas nacionales de los actores de la AISM es una práctica común la organización y moderación de charlas y encuentros dirigidos a actores de la PPSM. Al respecto, por ejemplo, la informante 1 narra que su agencia organizó una reunión entre parteras y ginecobstetras con el objetivo de socializar cierto entendimiento entre ambos gremios desde una perspectiva de interculturalidad y derechos humanos. Así, los organismos internacionales empujan ciertas visiones normativas, sin que ello implique algún tipo de coerción.

Por su parte, en el lado de lo micro, identifiqué en las narraciones de las informantes que otra práctica común consiste en corregir a los interlocutores durante las reuniones de trabajo privadas; ello en función de los ideales normativos de la agencia internacional en cuestión. Al respecto, la informante 1 proporciona nuevamente un ejemplo de ello:

En algún momento con algún socio, alguien sí dijo: “hay que resolver el embarazo adolescente, les ponemos un implante a todos”. En términos de derechos humanos, de derechos sexuales y reproductivos, no podemos decir eso. Era una persona que no tenía experiencia siendo donante del Fondo. [...] Y lo que hemos hecho al respecto, [...] en ese momento no decimos nada, pero, por ejemplo, al término de la reunión es como “oye, lanzaste este comentario y hay que matizarlo, no es que los jóvenes no sepan nada”. [...] Son muy receptivas. En estos dos casos en particular fueron muy receptivos y justo a partir de ese comentario, de ese intercambio de ideas, ya trataron de matizar en otros momentos, en otras reuniones, esa postura. No solo la postura, sino el discurso. Y ya les quedó claro que hay algo que se llama educación integral en sexualidad, que hay algo que se llama derechos sexuales y reproductivos (Informante 1, 2024).

Como demostraré más adelante en el subapartado sobre el mecanismo de aprendizaje, la transferencia normativa no siempre es perfecta. Hay normas que permean con mayor facilidad que otras y también hay actores más receptivos que otros a ciertos contenidos. A pesar de ello, encuentro en las narraciones de las informantes que los actores de la AISM, particularmente aquellos pertenecientes al SNU, cuentan con gran autoridad moral desde la visión de los actores de la PPSM mexicana.

Dicha autoridad es la que les permite crear el estándar de lo correcto desde el punto de vista normativo y empujar tales visiones en los actores nacionales, ya sea mediante la convocatoria de encuentros institucionales o mediante las interacciones micro con los agentes individuales. Esta percepción es compartida, por ejemplo, por las informantes 1 y 4, como se muestra en los fragmentos a continuación:

Creo que en general todo lo que viene de las agencias internacionales se considera de mucha autoridad, de mucho peso. Y se tiene la impresión de que son instituciones muy serias y de mucho prestigio (Informante 4, 2024).

También por ser Naciones Unidas, o sea, un poco eso nos da la garantía de que nos van a escuchar o de que no nos van a echar a saco roto, ¿no?, y aunque sea como una labor en lo individual, luego sí tiene repercusiones en sus equipos de trabajo (Informante 1, 2024).

Al respecto, parece haber una percepción compartida entre las informantes sobre el prestigio de los actores del SNU en el marco de la PPSM. Como señalé al inicio, tanto el mecanismo de socialización cuanto el de aprendizaje se basan en la idea de que los Estados adoptan políticas públicas porque quien emite las recomendaciones es un actor reconocido y porque estas recomendaciones se consideran como moralmente correctas.

Sobre el tema, encuentro en los relatos de las informantes que los marcos discursivos de la AISM influyen sobre la actuación de la PPSM. Sin embargo, no

detecto en dichas narraciones que las adopciones normativas respondan a un criterio de efectividad, si bien sí recurren al argumento de la autoridad. Me parece que esta cuestión, propia de las descripciones de los mecanismos de emulación y socialización, es visible en los siguientes fragmentos:

Definitivamente ese indicador de Razón de Muerte Materna sigue siendo un indicador de desarrollo importantísimo, tanto que está en los Objetivos de Desarrollo Sostenible como meta concreta (Informante 2, 2024).

Yo creo que (los ODM y los ODS) influyeron muchísimo. En el caso de nuestro país sí ha habido desde siempre este interés, esta preocupación, por atender estos indicadores y por mejorarlos. [...] Los ODS terminan siendo de gran influencia para, por ejemplo, ponerlo por escrito. [...] Toda esta actualización de lineamientos en salud materna se apoya o se sostiene de muchos acuerdos internacionales (Informante 1, 2024).

Calderón, desde antes de llegar (a la presidencia de la república), ya se había preocupado por hacer un seguro para los niños recién nacidos, por ejemplo. Un rubro especial de recursos para eso, que se agregó al Seguro Popular. Por otro lado, él tomó la decisión y las riendas de que había que llegar al compromiso del milenio (los ODM), y nos faltaba muy poco tiempo para eso. [...] Nosotros no teníamos que ver con el Seguro Popular, pero sí teníamos que ver con que los objetivos fueran dirigidos hacia allá también (Informante 5, 2024).

Sí han guiado las políticas públicas. En el programa de acción específico, justo acababan de salir varias directrices en salud sexual y reproductiva desde un abordaje integral de la OMS, y fueron el referente principal, obviamente territorializado y dialogado. Pero sí ayudan, sí permiten, además, un lenguaje mucho más colectivo (Informante 6, 2024).

Como se observa, hay en la PPSM mexicana un patrón claro de conformidad u obediencia hacia los componentes discursivos de la AISM. La PPSM mexicana se

formula, al menos en parte y a la luz de estos enunciados, en alineación con algunos de los elementos de la AISM, particularmente con las metas de los ODM y los ODS, y las recomendaciones de la OMS.

Así, en las narraciones pareciera que lo que pesa respecto a la adopción de las metas y recomendaciones de la AISM no es que éstas sean efectivas o eficientes –esos criterios no se enuncian en los relatos–, sino, más bien, que son justamente emitidas por el SNU. En otras palabras, la emulación en términos discursivos que emprenden los actores nacionales se sostiene bajo la noción de que lo emitido por estos actores internacionales es lo adecuado o lo correcto, más que en una evaluación racional de su eficacia.

Esto no quiere decir que, necesariamente, las políticas adoptadas no sean eficaces en al menos algunos de sus efectos. Sin embargo, sí quiere decir que la eficacia no es el principal criterio de adopción. La informante 2, por ejemplo, problematiza estas tendencias:

Es ridículo, noventa y ocho por ciento (de los partos), o casi noventa y nueve, está atendido por personal en los hospitales. Y la muerte materna no baja. ¿Qué pasa? Quiere decir que no hay una conexión real a cuidar la salud de las mujeres y a intervenir con eficacia y eficiencia cuando hay alguna complicación (Informante 2, 2024).

Lo cierto, no obstante, es que los resultados del análisis de correlación que nuestro en el siguiente capítulo apuntan a que la política de atención institucionalizada del parto sí se relaciona con menores RMM en México, al menos durante el periodo 2016-2021 y con un nivel de desagregación estatal. Sin embargo, correlación no implica causalidad y, como ilustra la narración de la informante 2, pareciera que las decisiones de la PPSM mexicana de institucionalizar el parto están íntimamente ligadas con el modelo biomédico occidental por razones ajenas a la eficiencia.

Más allá, debido a que la atención del parto en manos de personal médico en México es muy cercana al 100%, no es posible afirmar que no se pudiera llegar a los mismos resultados en materia de RMM con otros profesionales. Esto sobre todo si se toma en cuenta que hay otras determinantes sociales de la salud en operación y, por tanto, la variable de la atención por personal médico no es la única que incide sobre los niveles de RMM –de allí la meseta que se observa en las estadísticas nacionales.

Como describen las explicaciones de los mecanismos de emulación y socialización, la transferencia normativa no está necesariamente guiada, principalmente, por evaluaciones perfectamente racionales –entendiendo que lo racional es la elección de las asociaciones más eficaces entre medios y fines. Una vez más, eso no implica que las decisiones no tengan cierto grado de racionalidad, pero sí indica que hay otros criterios influenciando la política.

A razón de las narraciones que he mostrado hasta ahora, y a la luz de las explicaciones de los dos mecanismos de transferencia retomados en este subapartado, identifiqué que en la PPSM mexicana las interpretaciones están guiadas también por la historia institucional –punto que elaboro con mayor detalle en el subapartado de aprendizaje–, por las visiones dominantes de desarrollo –punto que ya desarrollé en el apartado anterior–, y por la identificación nacional con ciertos roles e ideales.

Respecto al último punto, me parece ilustrativa la respuesta proporcionada por la Informante 3 cuando se le preguntó sobre los incentivos con los que cuenta un país para adoptar y cumplir con las metas de desarrollo de las agendas internacionales. Muestro un fragmento a continuación:

El incentivo, para mí, tiene que ver con la visión de desarrollo. Si no tienes esa visión de desarrollo, pues es difícil tener ese incentivo, [...] la visión de desarrollo (de Naciones Unidas) está basada en la igualdad, en la igualdad sustantiva. [...] ¿Cuál es tu incentivo para alinearte con esto? Pues, que tienes una visión de igualdad sustantiva en tu país y quieres llegar a esa

visión, [...] pero si esa no es tu visión [...], pues entonces no hay muchos incentivos para adoptar la Agenda 2030 (Informante 3, 2024).

Como se observa, la informante 3, en línea con lo planteado por los mecanismos de socialización y emulación, comenta con base en su experiencia profesional que una noción de desarrollo nacional alineada al marco discursivo internacional representa el principal incentivo que tienen los países para adoptar determinadas políticas internacionales. Como mostraré más adelante al explorar el mecanismo de coerción, la transferencia normativa puede tomar formas más duras, pero, ciertamente, la identificación de los actores locales con las visiones de desarrollo impulsadas desde la arena internacional también facilita la alineación de las políticas públicas nacionales con los marcos discursivos internacionales.

Hasta ahora, he mostrado cómo en México hay cierta identificación con los elementos discursivos de la AISM, misma que se sostiene por el prestigio percibido en torno a sus enunciados. En esa tesitura, y a partir de la información recolectada en las entrevistas, observo que la socialización entre actores nacionales permite la producción de consenso en torno a la idoneidad de tales políticas y objetivos. Al respecto, la Informante 5 y la Informante 6 relatan lo siguiente:

Creo que estábamos muy pendientes de cumplir las metas (de los ODM). [...] Sí teníamos reportes cotidianos de cómo avanzaba, teníamos reuniones intersectoriales. Yo participaba en el Comité de Oportunidades, donde participaba Educación, Salud, el IMSS, SEDESOL. Teníamos reuniones periódicas con Hacienda también. Había una coordinación de todos los sectores muy bien armada y había muchas opiniones desde el punto de vista del trabajo de cada quien, y creo que eso también favoreció el logro (de reducir la RMM). No necesariamente que incidieran directamente en lo que hacía el IMSS Oportunidades, pero sí tomábamos en cuenta lo que se trataba en esas reuniones y respetábamos los acuerdos y lo que ahí se planteaba. [...] Los médicos y enfermeras tenían en la época una reunión al mes que se llamaba reunión zonal, donde se hablaba de muchos temas administrativos,

pero uno de los temas no admirativos era cómo evitar una muerte materna (Informante 5, 2024).

En el Centro (CNEGSR), en algún momento queríamos convocar y ver si había estrategias innovadoras (para reducir la muerte materna). Hicimos algunas reuniones con académicas, académicos. Hasta dijimos: “bueno, traigamos a los recién egresados y contrastemos con quienes llevan años en estos temas”. Hicimos un par de reuniones como para decir: “¿qué hay nuevo? ¿Cómo generamos otra estrategia justo para romper esta meseta (en la RMM) y para meter el enfoque de muerte evitable?”. [...] Bueno, con todas las reuniones y todos los expertos unidos ahí no nos salimos de (el modelo de) las tres demoras. Entonces ya dijimos: “para todos este es el modelo que sigue vigente y en esto tenemos que seguir pensando [...], luego no me vayan a decir que había mejores propuestas”. Pero, la verdad es que siguió, a nadie se le ha ocurrido nada fuera de eso (Informante 6, 2024).

Considero que en ambas narraciones se ve cómo la socialización entre diferentes actores nacionales facilita la producción de consenso en torno la idoneidad y la legitimidad de ciertas metas y medios en el ámbito de la salud materna. En el caso del relato de la Informante 5, se observa que la interacción periódica entre distintas instituciones públicas y entre operadores de la PPSM lleva a la legitimación de las metas de los ODM como horizonte deseable, produciendo así cierta coordinación en la política pública.

Al respecto, la Informante 5 relata que en estos espacios de socialización las instituciones enunciaban puntos de vista en cuanto a los ODM desde su ámbito de actuación. De acuerdo a la misma narración, estas opiniones eran tomadas en cuenta por la institución de la informante, sin que ello implicara un ejercicio de coerción o competencia, sino sólo de producción de consenso en cuanto a las metas y los medios: “no necesariamente que incidieran directamente en lo que hacía el IMSS oportunidades, pero sí tomábamos en cuenta lo que se trataba en esas

reuniones” (Informante 5, 2024). En otras palabras, la interacción interinstitucional produjo y reforzó consensos en torno al desarrollo.

En la narración de la Informante 6 identifiqué la misma tendencia. En este caso, las reuniones que relata no son entre instituciones, sino entre especialistas en salud materna quienes son convocados por una institución central para la PPSM mexicana. Nuevamente, a partir de la socialización entre especialistas, se llega a un consenso en cuanto a las mejores soluciones. En concreto, se observa cómo la interacción reafirma el consenso en cuanto a la idoneidad del modelo de las tres demoras de Thaddeus & Maine (1994) como medio para atender la muerte materna en el país –de hecho, la Informante 5 relata haber basado su gestión en los tres componentes del modelo de las tres demoras, si bien comenta no haberlo conocido bajo ese nombre.

Ahora bien, como señala la literatura de los mecanismos de transferencia, que los países adopten determinadas políticas internacionales, y que alcancen en su interior consenso sobre su aceptabilidad, no implica que éstos tengan la capacidad para hacer realidad dichas políticas más allá de la enunciación normativa (Simmons et al. 2006). Identifiqué que las informantes que trabajan desde el SNU son particularmente conscientes de ello, como se muestra a continuación:

Una cosa es lo que dice el lineamiento, la norma, y otra cosa es cómo se operativizan esos lineamientos. Entonces me parece que ese pedacito ahí tiene algunas brechas que valdría la pena revisar (Informante 1, 2024).

Por ejemplo, te decía, empezamos los talleres de género desde cuándo. Y ahora, pues, políticamente, cuando tienen que ser políticamente correctos, usan el lenguaje de género o el inclusivo, pero en la práctica hay más feminicidios, en la práctica hay más violencia intrafamiliar, en la práctica los hombres no han evolucionado como las mujeres (Informante 2, 2024).

Hay países que, yo creo, sí están muy alineados a los objetivos y a las metas de la Agenda 2030. En el caso de México, yo diría que sí es uno de ellos. Yo

creo que sí está en gran parte alineado, tal vez hay países que más, pero México, para mí, sería de los que han adoptado esto como un marco de resultados. De eso a que sea realidad en el diseño de políticas, de que se entienda la Agenda 2030... (Informante 3, 2024).

Estos fragmentos muestran los límites de la transferencia normativa de la AISM en el marco de la PPSM mexicana. La adopción formal de discursos, normativas y lineamientos no siempre se traduce en una implementación perfectamente efectiva. Esto sucede así porque los elementos discursivos necesariamente atraviesan prácticas burocráticas y entramados institucionales históricamente y territorialmente situados, como he intentado mostrar a lo largo de esta tesis.

En resumen, en este subapartado me centré en identificar cómo operan los mecanismos de socialización y emulación en los procesos de transferencia normativa entre la AISM y la PPSM mexicana. En específico, encontré que la identificación, el prestigio, las nociones de desarrollo y la socialización orientada a la producción de consenso son dinámicas importantes en la interpretación y asimilación de los elementos discursivos de la AISM en el caso mexicano. Asimismo, identifiqué que estas dinámicas están presentes tanto como procesos de transferencia vertical –de lo internacional a lo nacional– cuanto como procesos de transferencia horizontal –de institución a institución.

No obstante, a la luz de las narraciones de las informantes, encontré también dinámicas que no es posible catalogar dentro de los mecanismos de socialización y emulación, puesto que reflejan relaciones de poder más directas. A razón de ello, en el siguiente subapartado analizaré las narraciones en las que identifico elementos de aprendizaje en los procesos de transferencia normativa entre la AISM y la PPSM mexicana.

5.4.2. Aprendizaje

Como expuse al inicio del apartado, el mecanismo de aprendizaje implica una modificación en las creencias de los actores a partir de la exposición a nueva información, tales como informes de resultados de ciertas políticas, producción científica o recomendaciones internacionales. Como resultado, la adopción de políticas a través de este mecanismo responde a la construcción de consensos técnicos y conocimiento social entre los actores involucrados en su formulación y ejecución.

A raíz de las narraciones de las informantes, identifico que las dinámicas del mecanismo de aprendizaje están presentes tanto en la praxis de los actores internacionales cuanto en la de los nacionales y los locales. En otras palabras, estos actores están en un constante proceso de aprendizaje: hacen evaluaciones, contratan consultorías, producen informes, forman redes con la academia, comparten experiencias, realizan capacitaciones. En resumen, estos actores se encuentran en permanente contacto con nueva información, ya sea como productores o como receptores.

En el despliegue de este mecanismo noto nuevamente la centralidad de los indicadores como productores de conocimiento. Entre sus funciones, los indicadores permiten la creación de diagnósticos y la autoevaluación respecto a las políticas emprendidas. La cuestión sobre los diagnósticos la desarrollé con anterioridad en este capítulo; sin embargo, considero que se cruza con el tema de la autoevaluación. Esto es visible en la narración de la informante 5 a continuación:

¿Qué sabemos de las evaluaciones anteriores? ¿En qué hemos sido más exitosos o exitosas? ¿En qué hemos logrado mayores transformaciones? ¿Cuáles son los programas estrella? ¿En dónde tenemos más fortaleza? ¿Cuáles son las áreas que necesitamos fortalecer? O sea, de la evaluación también salen muchos *inputs* para definir temas prioritarios (Informante 3, 2024).

Como se lee en este fragmento, la evaluación, conducida a partir de diversos indicadores, produce información nueva –diagnósticos– que es retomada al momento de definir programáticamente las políticas. En el caso de la informante 3, se trata de una dinámica que ocurre en una organización internacional, pero, con base en las entrevistas, encuentro que ésta se repite también entre actores nacionales.

Es decir, mediante el uso y la lectura de los indicadores, los actores, independientemente de si son nacionales o internacionales, producen conocimiento que informan sus futuras políticas a nivel programático: aprenden de su propia experiencia. Sin embargo, encuentro que los actores en cuestión no sólo producen conocimiento para sí, sino que también llegan a producirlo intencionalmente para los demás. Uno de los propósitos que identifiqué en esta intencionalidad es el *escalamiento*.

Con *escalamiento* me refiero a una dinámica que consiste en aplicar determinada política en un área delimitada, llevar un monitoreo de sus resultados – producir conocimiento– y persuadir, en función de esos resultados, a otros actores para que adopten dicha política. En el caso de los actores internacionales, encuentro que la intencionalidad del escalamiento responde a un factor presupuestario.

Como señala la informante 3, los presupuestos de la CID son mucho más limitados que los presupuestos nacionales. Esto es particularmente cierto, como mostré al inicio de este capítulo, para el caso de la PPSM mexicana. En concreto, la informante narra lo siguiente:

los presupuestos no dan para eso, casi siempre (lo que hacemos) es cooperación técnica y lo que tenemos es implementación de programas que permiten de alguna forma generar experiencias y buenas prácticas para el diseño de políticas públicas, especialmente a nivel local. Tenemos proyectos con Nuevo León, tenemos proyectos con Puebla, con la Ciudad de México, en donde se agarran experiencias internacionales para implementar en una

localidad y buscamos que eso se convierta en una política pública después que se pueda mantener el tiempo. [...] Lo que se puede hacer en la cooperación internacional, pues siempre van a ser experiencias pequeñas. [...] Nunca va a llegar al nivel que llega una política pública en un país como México. [...] Entonces la idea es generar las experiencias para que después eso se convierta en una política pública que sí pueda llegar a esa cantidad de gente (informante 3, 2024).

Creo que en este fragmento se ve muy claramente el mecanismo de aprendizaje en acción. Los actores internacionales tienen conocimiento sobre determinada experiencia internacional exitosa e invitan a unos pocos municipios para implementar dicha experiencia. El ejercicio busca generar a su vez conocimiento –experiencia, buenas prácticas– con el cual persuadir a otros actores para que adopten tal política, poniendo así en marcha su disseminación.

Esta dinámica no es exclusiva de la actuación de los actores internacionales, pues encuentro patrones similares en las narraciones de las informantes que se insertan en instituciones nacionales. Es el caso, por ejemplo, de la informante 5. En su narración se observa que los indicadores de muerte materna se utilizan para hacer diagnósticos y para seleccionar, a partir de estos, zonas específicas y delimitadas de actuación de cierta política. De acuerdo a la narración, una vez que se produce información sobre sus resultados, la política escala a un mayor número de zonas. Se trata de un proceso recurrente de aprendizaje.

Además de la cuestión del escalamiento, hay ejemplos muy directos de actores produciendo conocimiento para influir sobre otros. Por ejemplo, la informante 2 menciona la existencia de un informe de 2011 sobre el estado mundial de la partería elaborado por el UNFPA, la OMS, la OPS y la Confederación Internacional de Parteras. A partir del informe, la partería se cimienta como eje programático de la cooperación técnica que la oficina del UNFPA en México brinda a los actores locales y nacionales del país.

Otro ejemplo que me parece muy transparente es relatado por la informante 5. En su narración, la informante rememora la producción conjunta entre el IMSS – institución en la que trabajaba– y la OMS de un libro sobre adolescentes y sus riesgos en materia de salud. En adición, y en relación con el escalamiento, la informante 5 también señala su deseo de haber podido continuar la relación de cooperación con la OMS para, en sus palabras, *exportar* a otros territorios la política de salud materna que el IMSS implementó a razón del éxito que tuvo sobre la RMM.

En este punto me parece que ya es visible que la difusión de políticas a partir del mecanismo de aprendizaje opera en todas las direcciones. Esta puede ir de lo internacional a lo nacional y municipal, pero también de lo municipal a lo nacional, y de nacional a lo municipal y a lo internacional. Incluso, se observa que la difusión por medio del aprendizaje ocurre entre diferentes actores de un mismo nivel.

Ahora, los medios de los que se vale este tipo de difusión en el marco de la PPSM son variados. Además de los que he señalado hasta ahora –informes internacionales, manuales, escalamiento–, observo en las narraciones la relevancia de dos más: las conferencias internacionales y las capacitaciones.

En cuanto a las primeras, observo que las conferencias internacionales suelen operar como espacios de aprendizaje en los que funcionarios y funcionarias de alto nivel entran en contacto con cierto abanico de ideas y soluciones. Este fue el caso, por ejemplo, de la CIPD de El Cairo en 1994 que, como ya expuse, fue muy influyente en México a nivel programático. Sobre ello, la informante 2 relata lo siguiente:

Mi jefe directo fue a Cairo. Entonces, regresa y plantea al subsecretario y, a su vez, al Secretario de Salud, quien en ese entonces era Juan Ramón de la Fuente: “bueno, pues, ya no podemos ver segmentado (a la salud sexual y reproductiva), tenemos que hacer ese cambio y ese paso”. Entonces se fusionaron las dos direcciones, la de planificación familiar y la de salud materno-infantil, y se creó la Dirección de Salud Reproductiva, que después

evolucionó al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (Informante 2, 2024).

Este fragmento muestra cómo actores clave de la PPSM mexicana adquirieron cierto conocimiento asistiendo a una conferencia internacional, y cómo, a partir de ese aprendizaje, reorientaron la PPSM nacional. En esa línea, la informante 6 y la informante 4 comparten que las conferencias internacionales ejercen una gran influencia sobre el campo de la PPSM mexicana, como se observa en los siguientes fragmentos:

En mis temas reconozco que han sido y siguen siendo un referente sin el cual, de verdad, creo que serían mucho más difíciles las cosas. Yo creo que, en cualquier política pública, citar el documento de El Cairo, o simplemente los manuales y los documentos que se van generando en las reuniones anuales que se tienen en estas organizaciones, le da mucho peso y mucho sostén y mucha validez a las cosas (Informante 6, 2024).

Creo que sí hay recomendaciones manuales y políticas, digamos, que son tomadas en cuenta por los gobiernos y que sin duda ayudan. Son un aval. Creo que las grandes conferencias que se organizaron –El Cairo, Beijing, antes todavía Viena para los Derechos Humanos– sin duda han sido un referente sin el cual, yo creo, que hubiera sido infinitamente más difícil avanzar en estos temas (Informante 4, 2024).

En estos fragmentos no solo es visible el mecanismo de aprendizaje, sino también el de emulación, en tanto que se da entender que dichos documentos y conferencias internacionales representan lo correcto y lo aspiracional en materia de política pública. Sobre este último mecanismo hablaré con mayor detalle más adelante. Por el momento, quiero notar a partir de estos fragmentos que los procesos de aprendizaje parecen estar mediados por la cuestión de la autoridad. En otras palabras, las normas internacionales tienen la capacidad de dotar de validez a ciertas políticas públicas nacionales.

Estas normas son aprendidas a través de la información que se difunde en las conferencias internacionales, como ya se vio, pero también a partir de capacitaciones. El ejemplo de la influencia de El Cairo narrado anteriormente por la informante 2 da cuenta de ello. Sólo funcionarias y funcionarios de alto nivel asisten a las grandes conferencias internacionales, no obstante, lo aprendido llega a otros niveles de su institución por medio de capacitaciones –si bien a veces con resistencias–, como muestran los siguientes fragmentos:

Ese es otro de los atributos de El Cairo. Entonces, dimos los primeros talleres de perspectiva de género para los prestadores de servicios. Claro, ya te imaginarás cómo me fue. Decían que estábamos locos, que cómo es posible que estuviéramos con esas cosas (Informante 2, 2024).

A mí me tocó, incluso antes, con Julio Frenk,¹⁵⁴ estar a cargo del programa que pretendía incorporar la perspectiva de género en el sector salud. Y, bueno, mis experiencias fueron así de toparme con la pared. [...] Julio era un convencido (de la equidad de género), [...] y me abrían las puertas porque venía por indicaciones del Secretario. Pero acabé siendo [...] *la loca feminista* (Informante 4, 2024).

Ciertamente, las capacitaciones y talleres son algo común en el marco de la AISM y de la PPSM, pero no por ello son procesos de transmisión de conocimiento por completo eficaces, como dan cuenta estos relatos enmarcados temporalmente están entre la agenda de El Cairo y la agenda de los ODM. Además, y retomando lo señalado anteriormente por la informante 3, los presupuestos tienden a ser limitados. A razón de ello, las capacitaciones no suelen llegar a la totalidad del aparato que implementa las políticas, sino sólo a algunos de sus eslabones.

¹⁵⁴ Julio Frenk Mora fue Secretario de Salud de México entre el 2000 y el 2006, durante el sexenio del presidente Vicente Fox. Antes de acceder al cargo se desempeñó como Director Ejecutivo de Investigación e Información para las Políticas de la OMS, con sede en Ginebra, Suiza. Además, ha colaborado con la Gates Foundation y con la Fundación Carlos Slim. A razón de su trayectoria, no es de extrañar que durante su gestión la Secretaría de Salud estuviera fuertemente conectada a las redes y discursos internacionales en materia de salud materna.

En cuanto a ello, el supuesto de las capacitaciones es que los eslabones seleccionados transmitirían lo aprendido a sus equipos de trabajo, si bien en la práctica esto no siempre sucede con eficacia. La informante 1 utiliza el término *capacitación en cascada* para describir esta dinámica:

Por un lado, están los órganos rectores, quienes hacen la política, las normas, los lineamientos. Luego cuando bajas, (se utiliza) este tipo de capacitación o sensibilización en cascada, que a veces, quizás, se convierte en un, no sé, como que se diluye el sentido primordial, por ejemplo, la parte de derechos humanos. [...] Esto que tienen de capacitar en cascada, dices, “bueno, ya tengo al directivo del hospital o al directivo del sector salud del Estado”, pero quién sabe qué tanto sean (ellos) capaces de transmitirlo a quienes verdaderamente están operando con las beneficiarias. [...] Creo que es algo que se debe fortalecer, que este tipo de capacitaciones lleguen a todos los niveles y que todos estén enterados de cómo operan los lineamientos. [...] Me parece que, en términos generales, hace falta sensibilizar mejor en este sentido de entender el marco de derechos, que es algo inamovible, que es lo primero que debería tener en cuenta el personal de salud, pero que a veces es lo que menos se comunica, ¿no? (Informante 1, 2024).

Así, se observa como en el caso de la PPSM mexicana las dinámicas propias del mecanismo de aprendizaje no son lineales. Las normas no permean de igual manera en todos los eslabones del aparato que sostiene la PPSM. Como resultado, la parte normativa de la PPSM pareciera ir un paso por delante de la parte de la implementación. Es decir, los discursos y recomendaciones que componen la AISM bien pueden permean en lo normativo, en los lineamientos discursivos de la política, pero ello no implica su aplicación automática y absoluta en la práctica de la PPSM.

Con ello quiero decir que parece haber elementos normativos alineados discursivamente con la AISM que permean con facilidad en la implementación de la PPSM y, a la par, hay elementos que encuentran mayores resistencias. Esto es

cierto incluso dentro de los contenidos mismos de las capacitaciones. En la narración de la informante 1 resalta, por ejemplo, la resistencia del personal operativo en torno a la cuestión de los derechos humanos de las beneficiarias de las políticas de salud reproductiva, misma que identifiqué como verdadera a razón de la narración de la informante 5 a continuación:

El personal médico tenía muchos años de no recibir capacitación, o sea, capacitación seria, capacitación de habilidades, con objetivos claros. Entonces, ellos pues estaban felices. Había habido intentos de capacitación, pero todos eran de temas de derechos, de desarrollo humano, cosas así, etéreas. Y acá no, o sea, que sí eran habilidades técnicas, médicas, para detectar signos de alarma (Informante 5, 2024).

Al preguntar sobre cuáles eran los signos de alarma que se transmitían en tales capacitaciones, la informante 5 pasó a señalar aquellos riesgos identificados previamente en el discurso de la AISM: edad, número de partos previos, hipertensión, diabetes. Este ejemplo me parece que da cuenta de lo que he descrito sobre la facilidad con que algunos elementos del discurso internacional permean mientras que otros de sus elementos no son siquiera considerados.

En este ejemplo en particular se observa cómo los elementos discursivos que encajaban con la práctica biomédica permearon con fluidez, mientras que los relativos a derechos no fueron, al menos este caso puntual, si quiera considerados en las dinámicas de difusión y aprendizaje emprendidas por un actor nacional importante de la PPSM. En este caso no hubo siquiera oportunidad de que los operadores directos mostraran resistencia, pues la resistencia de los actores programáticos ya había filtrado de entrada el contenido de las capacitaciones, influenciando, como resultado, los procesos de aprendizaje. Esta dinámica se observa, asimismo, en el siguiente relato:

Lo que trabajamos en IPAS fue justamente tratar de incorporar dentro de la currícula de las escuelas y facultades de medicina los derechos humanos. Y tuvimos, por ejemplo, en la UNAM una súper apertura porque yo conocía al

director [...], y me dijo que (el tema) era muy importante. Me metió con los que tienen que ver con la currícula y no se pudo hacer absolutamente nada. La burocracia es una cosa espantosa. Creo que para cualquier tema, pero en particular para derechos humanos. Dicen: “no, sí, sí, sí se enseñan los derechos humanos a los muchachos, sí, sí, sí los usamos”. Y entonces yo les ponía ejemplos, en qué momento se consideró, [...] en qué momento se actualizó por última vez el programa de educación, en qué materia es donde se les habla de los derechos humanos, [...] y cuándo se había reformado esa materia en particular. Yo les decía: “a ver, los derechos sexuales y reproductivos realmente se reconocieron en Cairo, estamos hablando de 1994, el programa era de muchísimo antes, ¿cómo pudieron haberlo ustedes integrado?”. Y, además, yo estuve en ese programa. Yo estudié en la UNAM. Entonces, cero, cero (Informante 4, 2024).

Creo que los dos relatos anteriores dan cuenta de algo medular. Los discursos internacionales de salud materna –que, como he demostrado, cuentan con gran validez y prestigio entre los actores de la PPSM mexicana– necesariamente atraviesan toda una estructura burocrática que se encuentre histórica y territorialmente situada antes de ser adoptados. En el caso mexicano, esta estructura está fuertemente influenciada por la hegemonía de la práctica biomédica. De allí que en la práctica de la PPSM mexicana se observen interpretaciones muy específicas de los discursos internacionales sobre salud materna.

En esa línea, otra de las interpretaciones centrales que identifiqué en la PPSM mexicana se encuentra alrededor de la figura del *personal sanitario calificado*, presente en la AISM desde mediados de la década de 1980, pero que ciertamente tomó mayor impulso a partir de los ODM y los ODS, como analicé en el capítulo anterior. Si bien en estas agendas el concepto de personal sanitario calificado incluye a una variedad de actores, en el caso de la PPSM mexicana este concepto se ha traducido casi exclusivamente como personal médico. Los fragmentos a continuación dan cuenta de ello.

El foco quedó mucho en la discusión del profesional, cuando la política pública atiende a las mujeres y sus necesidades. [...] Luego viene esta política de los Objetivos de Desarrollo de Milenio, que una de las metas era esta parte de la atención por personal médico calificado, que se entendió muy rápido como atención intrahospitalaria. Fue como un símil y una apropiación de la meta de una cierta manera. Entonces, pues creo que eso sí marca una tendencia en cómo se empieza a dar esta interacción con otros profesionales. [...] Tenemos una Ley General de Salud de 1984, donde el reconocimiento de las mujeres en la profesión pues no tenían este lugar. Y desde esta perspectiva médico-hegemónica, [...] pues fue dictando estas políticas subsecuentes. [...] Creo que al final eso fue como el reconocimiento legal normativo, parecía lo obvio, el sentido común (Informante 6, 2024).

Yo creo que es una cuestión que se decidió desde el sector salud (la atención institucionalizada del parto), y yo creo que tiene que ver con que no había una profesionalización de la partería. [...] La partera siempre era la partera indígena, la partera tradicional, que realmente tenía muy pocos recursos, y lo que se veía es que la mortalidad materna era mucho más alta en partos atendidos por parteras que en partos atendidos por personal de salud en hospitales. Y entonces empezaron a tener esta tendencia. Yo creo que también tiene mucho que ver con el caso de la atención privada, la verdad es que es un súper negocio. [...] Hay hospitales completos de maternidad, hay ya todo un sistema que está diseñado administrativa y físicamente para que las mujeres vayan a los hospitales (Informante 4, 2024).

El sistema de salud está más enfocado en su propia organización y eficiencia, según ellos, que en una atención centrada en las mujeres. [...] Los ODM sí se los tomaban en serio. [...] Entonces, se sentaron en un escritorio a pensar cómo bajar la muerte materna. Y entonces dijeron “ah, ya sabemos, vamos a prohibir”, y así está: “prohibido atender partos fuera de un hospital”. [...] Esta fue una época de tensión, y entonces se desmanteló el primer nivel, porque antes en el primer nivel sí se atendían partos. [...] Entonces dijeron

“si nos los llevamos todos al hospital vamos a asegurar es el personal calificado”. [...] Sí bajó (la RMM), te voy a decir, sí funcionó unos años, pero de ahí entró esta meseta que te decía al inicio. [...] No es suficiente por estas cosas que te digo, que complican el acceso y el ejercicio del derecho de las mujeres a tener una atención de calidad (Informante 2, 2024).

Estos ejemplos, por un lado, dan cuenta de cómo la figura del personal calificado presente en los discursos de la AISM se tradujo en la PPSM mexicana como personal médico, incluso a costa de otras profesiones. Por otro lado, los relatos también ilustran el argumento de que estas interpretaciones son producto de la filtración de dichos discursos internacionales a través de estructuras institucionales históricamente situadas.

En este punto me parece importante retomar los planteamientos de Mahoney (2000) sobre la rigidez institucional y la *dependencia del camino*. De acuerdo al autor, los patrones institucionales pueden explicarse en función de una secuencia histórica de eventos con propiedades deterministas (2000, p. 507). Esto quiere decir que, una vez que ciertos eventos contingentes toman lugar, las trayectorias institucionales quedan determinadas por estos.

En el caso de la interpretación dominante que la PPSM mexicana ha hecho sobre del personal sanitario calificado, y a la luz de los relatos expuestos, pareciera que los discursos de la AISM coincidieron temporalmente con instituciones públicas cimentadas desde décadas atrás sobre la hegemonía biomédica. Es decir, cuando la muerte materna alcanzó centralidad en los discursos desarrollistas internacionales durante la segunda mitad de la década de 1980, México ya contaba con una Ley General de Salud, con un Sistema Nacional de Salud, con numerosas facultades de medicina, con toda una red de atención intrahospitalaria pública y privada, con nociones concretas sobre desarrollo y subdesarrollo, con una historia de tensiones entre personal médico, enfermeras obstétricas y parteras materializada en los marcos normativos de la política pública de salud materna.

En concreto, es a partir de esta historia institucional que, en México, se da la interpretación de los elementos discursivos de la AISM en forma de política pública. Así, si bien se observa el despliegue del mecanismo de aprendizaje en las dinámicas de transferencia normativa, éste se encuentra condicionado por las características históricas de las instituciones sobre las que opera el mecanismo –es decir, sobre las instituciones que realizan las traducciones de lo internacional sobre la política pública nacional.

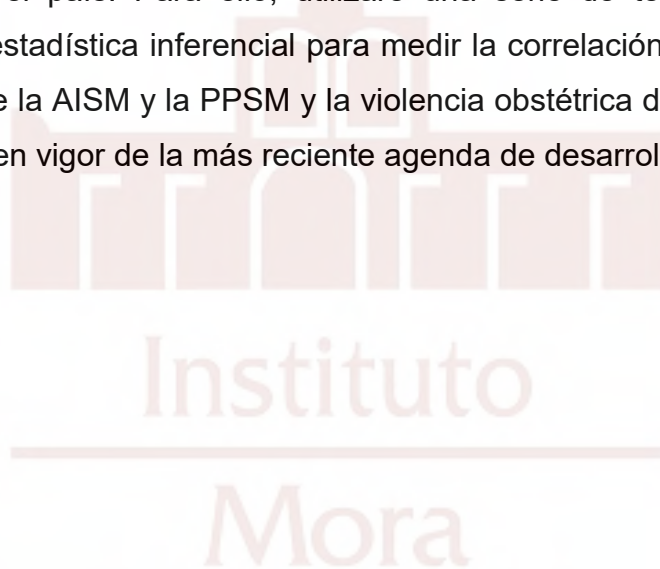
De allí que la PPSM mexicana incorpore con facilidad las narrativas biomédicas sobre causas, riesgos y soluciones a la muerte materna, pero que, en la praxis, muestre mayores resistencias frente a las narrativas sobre el marco de derechos y la desmedicalización parcial –por ejemplo, respecto a la proporción adecuada de cesáreas o a la diversificación del personal calificado– que se observan simultáneamente en la AISM. En otras palabras, los elementos discursivos biomédicos permean con facilidad porque las instituciones de la PPSM mexicana estaban de antemano alineadas, discursiva y materialmente, con esas narrativas.

Nos encontramos, por tanto, con dos universos distintos: el de la AISM y el de la PPSM. No obstante, que sean distintos no implica que no dialoguen. En este apartado he intentado trazar cómo es que opera tal diálogo, encontrando que lo internacional ciertamente repercute sobre las prácticas de la PPSM mexicana a través de diferentes mecanismos de difusión normativa. Sin embargo, dado que los procesos de difusión y transferencia no operan en el vacío, las interpretaciones normativas que se hacen difieren en algunos puntos de las narrativas de la AISM a razón de las características burocráticas nacionales.

Así, a manera de resumen, y a partir de la información analizada en este capítulo, identifiqué cuatro componentes dominantes en estas interpretaciones nacionales. El primero es que la muerte materna es un problema del subdesarrollo y una injusticia social, y que, como tal, es imperativo erradicarla. El segundo es que hay una serie de riesgos biológicos bien establecidos que llevan a la existencia de

casos de muerte materna. El tercero es que, para enfrentar tales riesgos, es necesaria la medicalización de la reproducción bajo un esquema de controles prenatales numerosos –la NOM-007 indica 8 consultas– y la atención calificada del parto. El cuarto es que el personal calificado es, sobre todo, el personal médico, y el lugar más seguro es, por extensión, el hospital.

Estas interpretaciones dominantes se han encarnado en una serie de indicadores orientados a medir el desempeño de las políticas nacionales de salud materna, así como el cumplimiento del país con las metas de desarrollo internacional. En el siguiente capítulo me propongo medir la relación entre estas interpretaciones, los niveles de muerte materna y la prevalencia de violencia obstétrica en el país. Para ello, utilizaré una serie de técnicas de estadística descriptiva y estadística inferencial para medir la correlación entre los indicadores comunes entre la AISM y la PPSM y la violencia obstétrica durante el primer lustro de la entrada en vigor de la más reciente agenda de desarrollo internacional.



CAPÍTULO 6.

Hacia la cuantificación de los efectos: un análisis ecológico de la influencia de la lógica desarrollista sobre la violencia obstétrica y la muerte materna en México

Hasta este momento me he dedicado a rastrear, reconstruir y exponer las formas en que los discursos y las prácticas de la cooperación internacional en salud materna dialogan con las decisiones de política pública en salud materna en México. Para ello, primero he identificado los elementos materiales y discursivos que constituyen a la AISM. Posteriormente, me he dedicado a elaborar una genealogía de estos últimos, prestando especial atención a los enunciados y a las relaciones de poder que los producen y sostienen. Finalmente, en el capítulo anterior, he intentado comprender cómo estos enunciados han sido interpretados, asimilados, desafiados, por la política pública mexicana de salud materna desde mediados de la década de 1980.

En ese sentido, propongo que la materialidad del contexto mexicano, de su historia institucional, de sus formas de financiamiento, se combina con nociones sobre el desarrollo y con *habitus* burocráticos, dando lugar a interpretaciones muy específicas de los elementos discursivos que componen a la AISM. En función de la evidencia presentada en dicho capítulo, es posible afirmar que estos discursos internacionales tienen un peso simbólico, y que algunos de sus objetivos y de sus recomendaciones han sido adoptados por aprendizaje, o bien mantenidos por emulación, por la política pública de salud materna (PPSM) mexicana.

Entre estos elementos se encuentran tres principales: la reducción de la muerte materna y, para lograrlo, la atención calificada del parto –traducida en México como parto institucionalizado y a manos de personal médico– y la ampliación de la cobertura de los controles prenatales. Estos elementos, a su vez, pasan a ser medidos en forma de indicadores. Como argumenté en los capítulos dos y cinco, los indicadores son una tecnología de gobernanza que se deriva de las políticas, pero que, una vez consolidados, guían futuras políticas, tanto en lo operativo cuanto en lo programático. En otras palabras, los indicadores parecen no solo indican los qué, sino también los cómo.

Con estos antecedentes, en este capítulo intento abrir el camino que respondería el último eslabón de mi pregunta de investigación, a saber, qué efectos han tenido sobre la muerte materna y, particularmente, sobre la violencia obstétrica, aquellas interpretaciones que la PPSM mexicana ha hecho de los enunciados de la AISM. Para ello, utilizo una metodología cuantitativa, divido este capítulo en dos partes y, por la disponibilidad y comparabilidad de los datos, me centro en los primeros cinco años desde la entrada en vigor de la meta 3.1 de los ODS.¹⁵⁵

Así, en el primer apartado expongo a partir de técnicas de estadística descriptiva el panorama de la muerte materna y la violencia obstétrica en México durante el periodo 2016-2021. Mi intención es construir una fotografía estadística, un diagnóstico de mis dos variables centrales que permita dilucidar algunas de las características del campo sobre el que opera la PPSM mexicana. En este análisis descriptivo priorizo la perspectiva territorial e interseccional. Esto último con el objetivo de evitar que los promedios generales enmascaren las muy reales desigualdades a las que se enfrentan distintas gestantes y distintos territorios en el marco de estas políticas.

¹⁵⁵ La meta 3.1 consiste en reducir la razón mundial de muerte materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos antes de 2030.



Posteriormente, en el segundo apartado me propongo estudiar, mediante técnicas de estadística inferencial, el ecosistema de relaciones que existe entre la violencia obstétrica y los principales componentes que la PPSM mexicana ha adoptado de –o legitimado a través de– la AISM. Estos componentes, como he demostrado, son la reducción de la mortalidad materna, el parto institucionalizado, el parto calificado, el acceso a atención prenatal y el aumento en el número de consultas prenatales.

En dicho apartado operacionalizo tales componentes en función de lo encontrado en el capítulo cinco y a partir de una serie de indicadores cuantitativos sobre los cuales procedo a calcular coeficientes de correlación. De esta forma, presento una serie de resultados que indican qué componentes de la PPSM mexicana, y en qué medida, guardan relación tanto con la disminución de la muerte materna cuanto con el aumento de la violencia obstétrica durante el periodo de estudio y con un nivel de desagregación estatal. Con ello respondo de manera exploratoria el último componente de la cadena de preguntas que componen esta investigación.

6.1. Panorama territorial e interseccional de la muerte materna y la violencia obstétrica en México (2016-2021)

6.1.1. Muerte materna

La muerte materna se define como la defunción de una mujer durante el embarazo, el parto o los 42 días posteriores al parto, por cualquier causa directa o indirecta relacionada a estos (WHO, 2024b). Como ya he mencionado, desde mediados de la década de 1980, la muerte materna se ha posicionado como un tema central del discurso del desarrollo internacional, por un lado, y como la meta prioritaria de las intervenciones de la AISM, por el otro.

El indicador más utilizado en dichos espacios para medir la muerte materna es la Razón de Muerte Materna (RMM), que representa el número de defunciones

maternas por cada 100,000 nacidos vivos. En ese sentido, la RMM se calcula con la siguiente fórmula:

$$RMM = \frac{\text{Número de defunciones maternas}}{\text{Total de nacidos vivos}} \times 100,000$$

A nivel mundial, la RMM ha pasado de 339 casos por cada 100,000 nacidos vivos a 223 entre el 2000 y el 2020 (Banco Mundial, 2023). De acuerdo a estas mismas estimaciones, en el año 2000, México registró una RMM de 57, ubicándose en la posición 144 de 233.¹⁵⁶ La situación, no obstante, empeoró en el año 2020, cuando el país contabilizó una RMM de 59 que lo ubicó en la posición 129 de 233 en el contexto de la pandemia mundial por SARS-CoV-2.

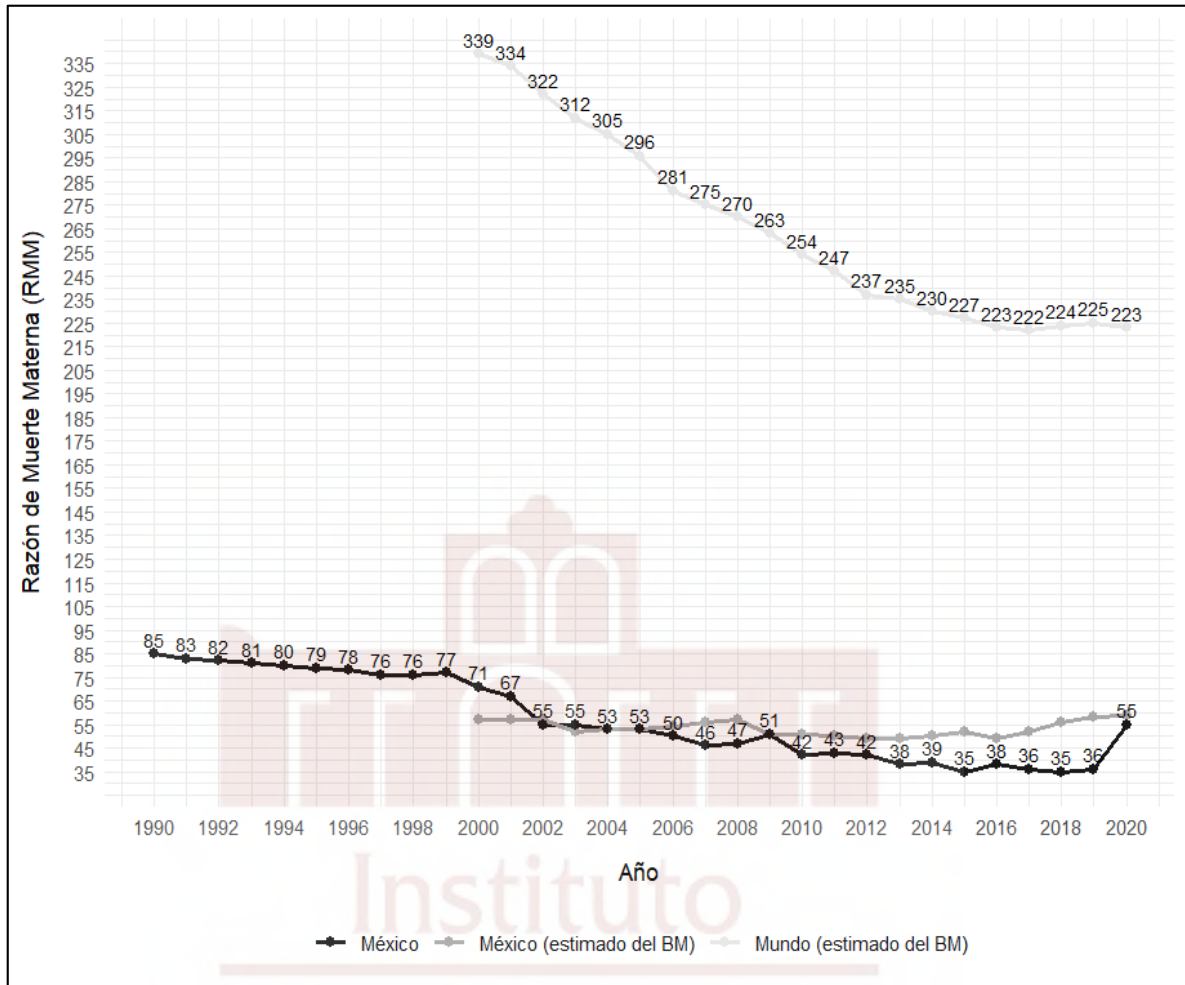
A pesar del retroceso que mostró el indicador en el país entre el 2000 y el 2020, estas cifras indican que México se posicionó, en ambas ocasiones, dentro del segundo cuartil de los datos, considerando una distribución de menor a mayor RMM. Aun así, el país no logró cumplir con la meta de los ODM de reducir entre 1990 y 2015 su RMM en un 75%, ello tanto bajo las estimaciones de RMM reportadas por el Banco Mundial cuanto bajo sus propias estimaciones nacionales, si bien sí logró reducirla en un 58.68% durante ese periodo.¹⁵⁷

La *gráfica 6.1* muestra la evolución de este indicador en el país. De acuerdo a las estimaciones nacionales, el país inició la década de 1990 con una RMM de 85. Para 2002, ésta bajó 30 puntos. La gran caída en el indicador se dio entre 1999 y dicho año, cuando la RMM pasó de 77 a 55, coincidiendo con el lanzamiento de los ODM.

¹⁵⁶ La posición 233 la ocupó Grecia, con una RMM de 4.

¹⁵⁷ Cálculo propio con base en los datos de Razón de mortalidad materna del SIODS (2023a).

Gráfica 6.1. Evolución de la Razón de Muerte Materna (RMM) en México y el mundo. Estimados nacionales y del Banco Mundial (BM), 1990-2020.



Fuente: de elaboración propia a partir de los datos de RMM del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Sostenible del Gobierno de México (SIODS, 2023a) y de las estimaciones mundiales de RMM elaboradas por la OMS y recopiladas por el Banco Mundial (2023).

Después de esa gran reducción, el país entró en dos mesetas caracterizadas por una ligera tendencia a la baja y separadas una de otra por una caída de 9 puntos entre 2009 y 2010, cuando la RMM pasó de 51 a 42. El mínimo histórico se alcanzó en 2015 y 2018, durante la segunda meseta, cuando la RMM fue de 35 casos por cada 100,000 nacidos vivos –un 50% por debajo de la meta mundial de los ODS que plantea alcanzar una RMM menor a 70.



Los avances se perdieron durante la pandemia por SARS-CoV-2, cuando el indicador retrocedió 24 puntos, hasta alcanzar los 59 puntos en 2021. En 2022 éste volvió a estabilizarse en los niveles de 2016, reportando 38 casos por cada 100,000 nacidos vivos. A pesar de este devenir, en la gráfica se observa cómo, durante el periodo analizado, México se encontró siempre por debajo de la mediana y, sobre todo, muy por debajo de la media mundial.

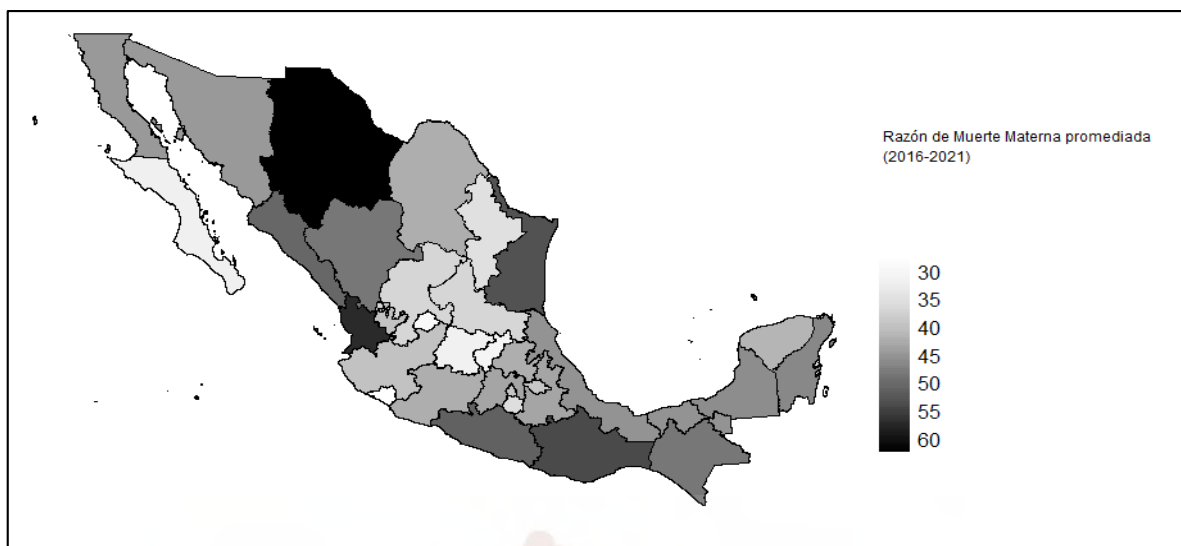
Con todo, los datos que he mostrado hasta ahora se basan en la media nacional de la RMM y, como tal, no dan cuenta de las profundas desigualdades a las que se enfrenta el país en materia de muerte materna. En ese sentido, al desagregar territorialmente dichas medias al nivel de entidad federativa, se observa que la RMM de los estados osciló entre los valores de 27 y 62 durante el periodo 2016-2021.

Como muestra el *mapa 6.1*, las entidades federativas con las RMM más altas del país fueron Chihuahua y Tamaulipas, ubicadas en el norte; Nayarit en la región del Pacífico; y Oaxaca y Guerrero en el sur del país. En contraste, las entidades federativas con las RMM más bajas se ubicaron en el Bajío, siendo éstas Colima, Aguascalientes, Querétaro y Guanajuato; además de Baja California Sur en la región del Pacífico norte.

Las desigualdades se incrementan al desagregar el análisis a nivel municipal. Como muestra el *mapa 6.2*, las iniquidades no sólo se observan entre entidades federativas; por el contrario, la realidad es que dentro de entidades con RMM relativamente bajas, hay municipios con RMM altas. En concreto, México tiene 2,469 municipios, de estos, 1,807 no reportaron muertes maternas durante el periodo 2016-2021. Entre los 655 que sí reportaron muertes maternas y un mínimo de 30 partos, la RMM varió entre los valores de 4 y 11,842.¹⁵⁸ La media de la RMM entre dichos municipios fue de 202 –muy por encima de la media nacional..

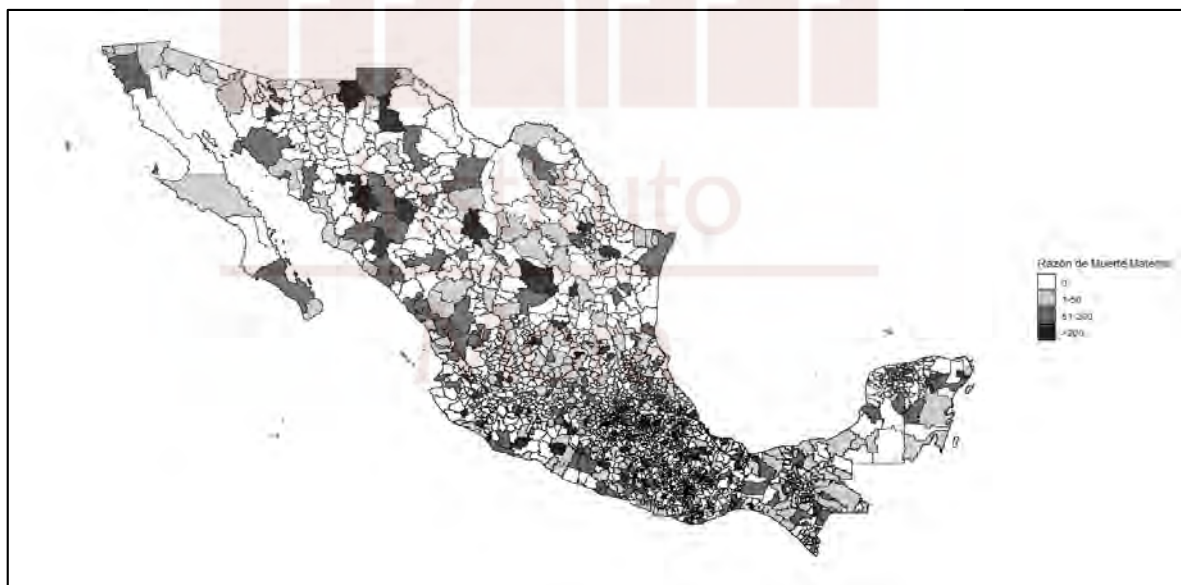
¹⁵⁸ Para mejorar la fiabilidad de las estimaciones, excluí del cálculo todos aquellos municipios que reportaron menos de 30 nacimientos en el periodo señalado. El municipio que reporta una RMM

Mapa 6.1. Razón de Muerte Materna (RMM) promediada. Entidades federativas, 2016-2021.



Fuente: cálculo estadístico y mapa de elaboración propia a partir de los datos de RMM del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Sostenible del Gobierno de México (SIODS, 2023a).

Mapa 6.2. Razón de Muerte Materna (RMM) promediada. Municipios, 2016-2021.



Fuente: cálculo estadístico y mapa de elaboración propia a partir de los datos de *defunciones para calcular la razón de mortalidad materna* por año de registro y por sitio de ocurrencia del conjunto de datos de *Mortalidad* (INEGI, s.f.a.) y del conjunto de datos de *nacimientos* por año de registro, condición de supervivencia y sitio de ocurrencia del INEGI (s.f.b.).

de 11,842 es San Bartolo Coyotepec, ubicado en Oaxaca. En el periodo 2016-2021 se registraron 76 nacimientos en el municipio, de los cuales 9 presentaron una muerte materna.

Asimismo, también hay diferencias entre los municipios que reportaron tanto muertes maternas cuanto un mínimo de 30 partos. Al respecto, al tomar las clasificaciones del CONAPO sobre el grado de marginación municipal¹⁵⁹ y calcular la RMM promedio de cada grupo, se observa que los municipios con un nivel bajo de marginación tienen la media más alta (265), seguido de los municipios con alta marginación (256) y muy alta marginación (203). Por otro lado, los municipios con las RMM promedio más bajas son los de media marginación (195) y muy baja marginación (157), como se muestra en la *tabla 6.1*.

Tabla 6.1. Razón de Muerte Materna (RMM) promedio por grado de marginación. Municipios, 2016-2021.

Grado de marginación	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
RMM	157	265	195	256	203

Fuente: cálculo estadístico y tabla de elaboración propia a partir del Índice de Marginación Municipal 2020 del CONAPO (CONAPO, 2020b), los datos de *defunciones para calcular la razón de mortalidad materna* por año de registro y por sitio de ocurrencia del conjunto de datos de *Mortalidad* (INEGI, s.f.a.) y del conjunto de datos de *nacimientos* por año de registro, condición de supervivencia y sitio de ocurrencia del INEGI (s.f.b.).

Ahora, aun cuando el análisis territorial da cuenta de inequidades, por sí mismo no basta para desentrañarlas. Para ello, es necesario observar la muerte materna a partir de la interseccionalidad. Este enfoque teórico-metodológico, que nace de los feminismos negros, plantea que diferentes sistemas de opresión se empalman de manera que configuran formas específicas y acumulativas de privilegio y marginación en función de diversos marcadores sociales como raza, sexo, clase, orientación sexual y etnicidad, entre otros (Crenshaw, 1989; 1991).

¹⁵⁹ El Índice de Marginación por Municipio 2020 del CONAPO se construye a partir de 9 indicadores: (1) porcentaje de población de 15 años o más sin educación básica, (2) porcentaje de población de 15 años o más analfabeta, (3) porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin drenaje ni excusado, (4) porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin energía eléctrica, (5) porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin agua entubada, (6) porcentaje de ocupantes en viviendas particulares con puso de tierra, (7) porcentaje de viviendas particulares con hacinamiento, (8) porcentaje de población en localidades con menos de 5,000 habitantes, y (9) porcentaje de población ocupada con ingresos menores a 2 salarios mínimos (CONAPO, 2020a).



A la luz de este enfoque, es posible teorizar que la muerte materna afecta de forma diferenciada a mujeres con diferentes condiciones sociales y materiales, aun si éstas ocupan los mismos territorios –sin que esto signifique obviar que las realidades territoriales también son diferenciadoras, como he analizado hasta ahora. En esa línea, al tomar el periodo 2016-2021 y calcular la RMM para distintos niveles de escolaridad, edades, estados civiles y lugares de atención al parto, quedan al descubierto nuevas inequidades.¹⁶⁰ La *tabla 6.2* sintetiza los resultados de dicho ejercicio.

En relación con ello, durante el periodo 2016-2021 las RMM entre mujeres sin escolaridad y con la primaria incompleta fueron 1.6 y 2 veces más alta que la RMM entre mujeres con un grado universitario, respectivamente. En cuanto a la edad, se comprueba tal dimensión del relato biomédico sobre el riesgo reproductivo, en tanto que la RMM aumentó junto a ésta, con excepción de las niñas de 10 a 14 años, quienes reportaron una RMM mayor que las mujeres de 25 a 29 años, pero menor que las mujeres de 30 a 34 años.

El estado civil y el lugar de ocurrencia de los partos y las muertes también operaron como grandes diferenciadores para la RMM durante este periodo. En esa dirección, las RMM entre mujeres divorciadas, viudas, separadas y solteras fueron significativamente más altas que las RMM entre mujeres que tienen una pareja, ya sea en forma de matrimonio o unión libre. Por otro lado, la RMM entre mujeres usuarias de clínicas privadas –característica que dibujaría cierta imagen sobre su posición de privilegio económico– fue 2.4, 5.3 y 13.8 veces más baja que las RMM entre mujeres usuarias de clínicas públicas, mujeres que parieron y/o murieron en su hogar, y mujeres que no recibieron ningún tipo de atención, respectivamente.

¹⁶⁰ Para estimar las RMM por grupo de mujeres, crucé los datos de defunciones maternas y los datos de nacimientos del INEGI (s.f.a; s.f.b.) para el mismo periodo. En esa línea, calculé el número de *muertes maternas para calcular la RMM* según cada categoría y subcategoría, e hice lo mismo con los datos de características de la madre del subconjunto de nacidos vivos. Posteriormente, asocié cada subgrupo con el correspondiente y calculé la RMM según la fórmula convencional.

Tabla 6.2. Razón de muerte materna (RMM) acumulada y ajustada por grupo (por cada 100,000 nacidos vivos). México, 2016-2021.

Categoría*	Característica	Razón de muerte materna ajustada por grupo (por cada 100,000 nacidos vivos)
Escolaridad	Sin escolaridad	75
	Primaria incompleta	90
	Primaria completa	61
	Secundaria o equivalente	40
	Bachillerato o equivalente	30
	Profesional	45
Edad	10 a 14 años	46
	15 a 19 años	27
	20 a 24 años	30
	25 a 29 años	38
	30 a 34 años	54
	35 a 39 años	87
	40 a 44 años	122
	45 a 49 años	179
Estado civil	Soltera	54
	Casada	50
	Unión libre	36
	Separada	142
	Divorciada	254
	Viuda	178
Lugar de ocurrencia**	Hospital o clínica pública	44
	Hospital o clínica privada	18
	Hogar	95
	Otro	249

Fuente: cálculo estadístico y tabla de elaboración propia a partir de los datos de *defunciones para calcular la razón de mortalidad materna* por año de registro del conjunto de datos de *Mortalidad* (INEGI, s.f.a.) y del conjunto de datos de *nacimientos por condición de supervivencia* por año de registro del INEGI (s.f.b.). *En cada categoría omití los registros categorizados como *no especificado* tanto para el numerador cuanto para el denominador. **Para calcular esta categoría crucé el número de defunciones maternas por tipo de lugar donde ocurrió la defunción con el número de nacimientos por lugar de atención del parto.

Llegado a este punto, si bien la RMM ajustada por grupo permite la identificación de ciertas inequidades, considero también importante revisar estas dinámicas a partir de la Tasa de Mortalidad Materna (TMM). La razón es que, en el caso mexicano, los registros de nacimientos, a diferencia de los registros censales,

no dan cuenta de otros marcadores importantes de la diferencia social, tales como la etnicidad y el acceso a seguridad social.

Bajo esta perspectiva, tanto la RMM cuanto la TMM son medidas de riesgo obstétrico (Freyermuth, 2010). La diferencia entre ambas radica en el denominador utilizado en cada indicador. Así, mientras la RMM se calcula dividiendo el número de muertes maternas entre el número de nacidos vivos en determinado periodo, la TMM se obtiene dividiendo las muertes maternas entre el número de mujeres en edad reproductiva, igualmente en un periodo específico. De ese modo, la TMM se calcula a partir de la siguiente fórmula:

$$TMM = \frac{\text{Número de muertes maternas}}{\text{Número de mujeres en edad reproductiva}} \times 100,000$$

Como resultado, extender el análisis interseccional a la TMM proporciona dos ventajas y una desventaja. La primera ventaja, como ya señalé, es que en el caso mexicano permite dar cuenta de las categorías de etnicidad y acceso a seguridad social debido a la desagregación de los registros censales en comparación a los registros natales. La segunda ventaja, como argumenta Cárdenas (2009), es que la TMM, a diferencia de la RMM, enfatiza que las defunciones maternas ocurren en población femenina y, en consecuencia, centra de nuevo la atención en ellas y no en el producto de la gestación.

La desventaja, no obstante, es que los registros censales son actualizados cada 10 años, por lo que sólo muestran una fotografía demográfica de un momento muy específico en el tiempo. En función de estas ventajas y desventajas, los resultados que muestro a continuación son específicos para el año 2020, fecha en la que se levantó el último censo nacional. En ese sentido, en el cálculo sólo consideré las defunciones maternas que ocurrieron en tal año y bajo cada una de las categorías y subcategorías elegidas. La *tabla 6.3* resume tales resultados.

Tabla 6.3. Tasa de Mortalidad Materna (TMM) ajustada por subgrupo de mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años). México, 2020.

Categoría*	Característica	Tasa de mortalidad materna ajustada por grupo (por cada 100,000 mujeres)**
Escolaridad	Sin escolaridad	6.58
	Primaria incompleta	1.09
	Primaria completa	2.80
	Secundaria incompleta	2.00
	Secundaria o equivalente	2.92
	Bachillerato incompleto	2.17
	Bachillerato completo	1.96
	Profesional	3.70
	Posgrado	1.36
Edad	15 a 19 años	1.61
	20 a 24 años	3.84
	25 a 29 años	4.37
	30 a 34 años	4.78
	35 a 39 años	4.12
	40 a 44 años	1.37
Etnicidad***	Habla una lengua indígena	5.48
	No habla una lengua indígena	2.13
Estado civil	Unión libre	5.21
	Casada	3.19
	Soltera	1.06
Seguridad social	Con acceso a seguridad social	1.74
	Sin acceso a seguridad social	3.22

Fuente: cálculo estadístico y tabla de elaboración propia a partir del Censo de Población 2020 (INEGI, 2021e) y las estadísticas de *defunciones para calcular la razón de mortalidad materna* por año de registro del conjunto de datos de *Mortalidad* del INEGI (s.f.a.). *En cada categoría omití los registros categorizados como *no especificado* tanto para el numerador cuanto para el denominador. **Mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años) dentro de cada categoría, con excepción de la categoría *Estado civil*, en la que consideré el rango de 12 a 49 años por la disponibilidad de los datos. ***Operacionalicé de tal forma la etnicidad puesto que, antes de 2022, los datos de mortalidad no registran las categorías de condición de autodescripción como persona indígena y condición de autodescripción como persona afroamericana.

Al igual que en el caso anterior, el balance visibiliza cruentas inequidades. En cuanto a la escolaridad, una vez más las mujeres que no cuentan con tal presentaron en 2020 una TMM casi dos veces mayor que las mujeres con un título profesional y casi 5 veces mayor que mujeres con un título de posgrado. Por otro lado, a diferencia del análisis anterior, la TMM no aumentó conforme a la edad. En

este caso, la TMM incrementó hasta alcanzar un máximo entre las mujeres de 30 a 34 años, para después disminuir entre mujeres de mayor edad.

Por su parte, al igual que la escolaridad, la etnicidad y el acceso a seguridad social fueron factores altamente diferenciadores en 2020 a la luz de la TMM. En esa línea, los resultados arrojan que las mujeres hablantes de una lengua indígena se enfrentaron ese año a un TMM 2.6 veces mayor que las mujeres que no hablan una lengua indígena. Asimismo, la TMM entre mujeres sin acceso a seguridad social fue casi dos veces mayor que la TMM entre mujeres que sí contaron ese año con dicho derecho.

Finalmente, los resultados arrojan una diferencia respecto al análisis anterior, adicional a la que describí respecto a la edad: las mujeres solteras tuvieron una TMM 2 y 5 veces menor que las mujeres casadas y en unión libre, respectivamente. Esta disparidad respecto al comportamiento de la RMM puede explicarse debido a que, en 2020, solo un 12.5% de los partos fueron de mujeres solteras, mientras que un 52% fueron de mujeres en unión libre y 27.3% en mujeres casadas (INEGI, 2021f).

Como resultado, aunque la RMM de las mujeres solteras es más alta, el número absoluto de muertes maternas es menor, pues representan un porcentaje mucho menor de los nacimientos. Esto se traduce en una TMM más baja en comparación a las mujeres casadas o en unión libre, quienes concentraron una mayor proporción de los partos que ocurrieron en 2020. En ese sentido, la RMM puede ser un mejor indicador para esta categoría.

Ahora bien, lo verdaderamente central de estos resultados es que demuestran que las inequidades siempre son mayores al comparar los extremos del espectro. Esto es verdadero independientemente del indicador utilizado para medir la muerte materna. Las mujeres sin escolaridad formal, que hablan una lengua indígena, que no tienen acceso a seguridad social y que no reciben atención durante su parto y/o antes de su fallecimiento, son, por mucho, las que más mueren en México de acuerdo a los resultados de este análisis.

En consecuencia, la muerte materna en México es un tema de desigualdad y de acceso a derechos: a educación, a seguridad social, a atención culturalmente pertinente. Ciertamente, las soluciones emprendidas por el Estado, en sintonía con las recomendaciones internacionales, han logrado reducir la muerte materna en el país, o por lo menos conservarla, en lo general, a niveles muy por debajo de la media mundial.

Sin embargo, los datos también muestran que estas mismas soluciones no han logrado eliminar las desigualdades en el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, el parto o el puerperio al que se enfrentan mujeres con diversas características. En el caso de ciertos grupos de mujeres, como aquellas que no recibieron atención, la RMM es incluso mayor que la media mundial.

Esto da cuenta de que, en la práctica, la PPSM mexicana, centrada desde finales del siglo pasado en una profundización de la medicalización del cuerpo de la gestante y del producto de la gestación bajo el fortalecimiento del modelo biomédico occidental, ha sido solo medianamente efectiva. Sumado a ello, esta misma modalidad de medicalización está altamente relacionada a la prevalencia de violencia obstétrica en el país, como nuestro en los subapartados que vienen a continuación.

6.1.2. *Violencia obstétrica*

La violencia obstétrica se basa en actos de deshumanización, medicalización inadecuada y violencia directa, y suele considerarse que su principal operador es el personal de salud (Almonte, 2016; Castro, 2014; Rodríguez Mir & Martínez Gandolfi, 2021; Sadler, 2016). Así, entre las manifestaciones más comunes de este tipo de violencia están la negación o postergación de la atención, así como la aplicación de procedimientos no apropiados o no consensuados –como tactos excesivos, depilaciones, edemas, episiotomías, cesáreas innecesarias o el uso de la maniobra Kristeller.

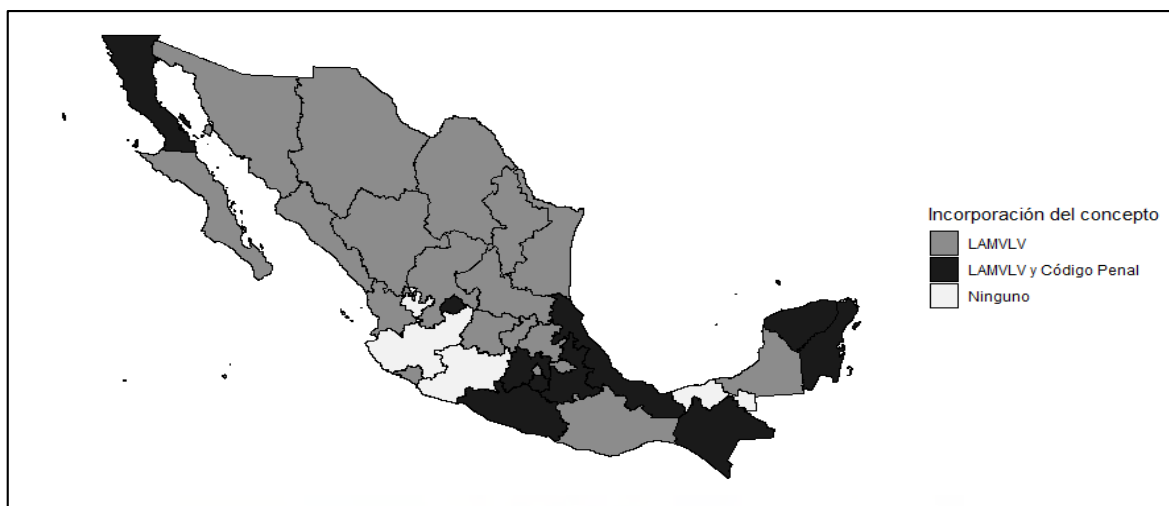
Otras manifestaciones frecuentes son el aislamiento de la familia y del producto de la gestación, la obligación de parir en posición supina, y los gritos, amenazas, humillaciones, chantajes, manipulaciones y regaños. También son recurrentes prácticas de esterilización no consentida y no informada, así como la colocación involuntaria de métodos anticonceptivos, o la coacción para aceptar alguna de estas intervenciones. En suma, la violencia obstétrica conlleva un ejercicio violento de poder sobre los cuerpos gestantes que refleja las relaciones asimétricas que hay entre estos, por un lado, y las instituciones y el personal de salud, por el otro.

En el caso de México, y a diferencia de muchos otros países de la región, la violencia obstétrica no se encuentra legalmente definida ni tipificada a nivel federal con corte a mediados de 2024. Esto es cierto incluso al considerar que en 2022 se discutió en el Senado la posibilidad de definir el término al interior de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV). O que, de la misma manera, en abril de 2024 fue aprobado en el Senado, y remitido a la Cámara de Diputados, un proyecto de reforma que busca incorporar la definición a la Ley General de Salud.

Lo cierto, no obstante, es que tales proyectos, a la fecha, no se han materializado en el marco normativo federal. Esto es diferente a lo que sucede a nivel estatal, en donde la definición de la violencia obstétrica sí ha logrado permear en la mayoría de los marcos normativos locales. En específico, 29 de las 32 entidades federativas han incorporado el término a sus leyes estatales, y 10 incluso lo han tipificado como delito dentro de sus códigos penales, como ilustra el *mapa 6.3*.¹⁶¹

¹⁶¹ Sinaloa no utiliza el concepto de violencia obstétrica, pero sí incorpora elementos de su definición a la LAMVLV. En la misma sintonía, Aguascalientes utiliza el concepto en la LAMVLV, pero no su Código Penal, en el que utiliza aspectos de su caracterización sin nombrarla como tal.

Mapa 6.3. Incorporación de la violencia obstétrica al marco normativo. Entidades federativas, 2024.



Fuente: mapa de elaboración propia con base en una actualización a septiembre de 2024 de los hallazgos de GIRE (2018) sobre la tipificación de la violencia obstétrica dentro de los códigos penales estatales, y de Márquez Murrieta (2022) sobre la incorporación de dicho concepto a las LAMVLV estatales.

Ahora bien, el debate sobre la idoneidad de enmarcar este tipo de violencia desde el punitivismo y la penalización queda reservado a otro espacio. No obstante, lo indudable es que los cambios normativos de los últimos 17 años –desde la publicación en 2007 de la LGAMVLV– son muestra de la evolución en el reconocimiento de este fenómeno por parte del Estado y su caracterización como problema público, al menos desde lo local.

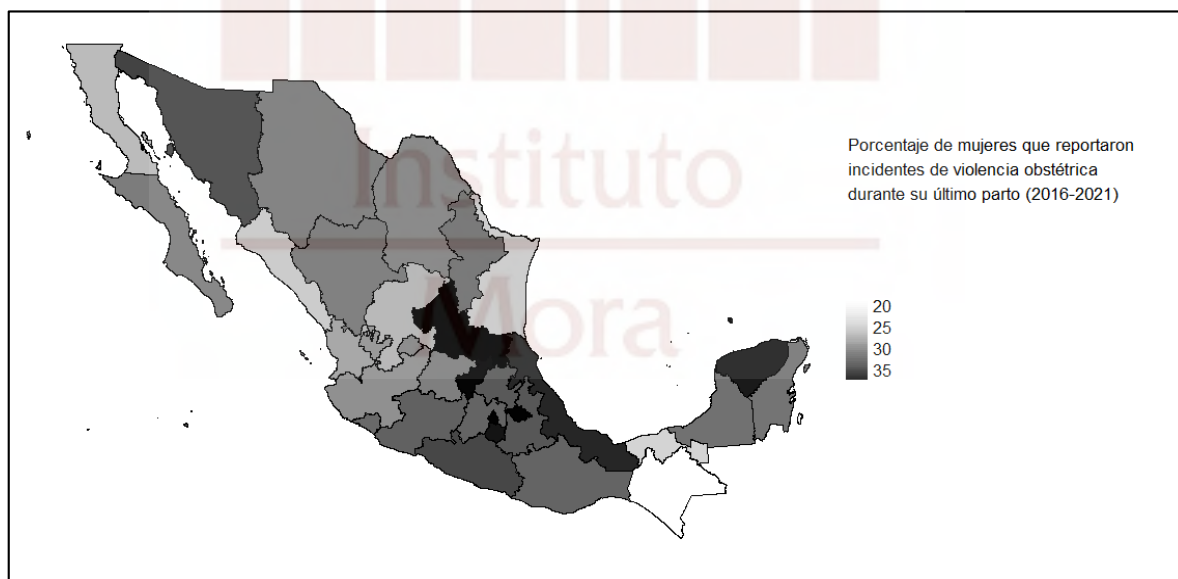
No obstante, a pesar de las paulatinas transformaciones normativas que he reseñado, la violencia obstétrica continúa siendo un problema alarmantemente común en México. La Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) revela que entre 2011 y 2016 un 33.4% de las mujeres mayores de 15 años que reportaron haber tenido un parto en ese periodo experimentaron al menos una manifestación de violencia obstétrica (INEGI, 2016).¹⁶² Entre 2016 y 2021 tal prevalencia fue de 31.4% (INEGI, 2021d).

¹⁶² La ENDIREH no utiliza el término *violencia obstétrica*, sino que conceptualiza los incidentes bajo el concepto de maltrato.

Esto quiere decir que, en los últimos 10 años, aproximadamente 1 de cada 3 mujeres que tuvieron un parto en México vivieron al menos una manifestación de violencia obstétrica según la conceptualización de la ENDIREH. Sin embargo, al igual que en el caso de la muerte materna en México, hay diferencias territoriales en cuanto a la prevalencia de esta violencia.

Como muestra el *mapa 6.4*, la prevalencia de violencia obstétrica a nivel de entidad federativa oscila entre un 18.8% y un 38.9%. Al respecto, las entidades que reportaron las prevalencias más bajas durante el periodo 2016-2021 fueron Chiapas (18.8%), Tabasco (24.4%), Tamaulipas (25.4%), Sinaloa (25.5%) y Baja California (26.6%). En contraste, las entidades que reportaron los niveles más altos de violencia obstétrica durante el periodo señalado fueron San Luis Potosí (38.9%), Tlaxcala (38.5%), Ciudad de México (38.5%), Querétaro (38.4%) y Morelos (37.5%).

Mapa 6.4. Prevalencia de casos de violencia obstétrica. Entidades federativas, 2016-2021.



Fuente: mapa de elaboración propia con base en los resultados de la ENDIREH 2021 (INEGI, 2021d).

Ahora bien, hasta este punto he centrado el análisis de la violencia obstétrica en México en sus dinámicas generales, lo que puede llevar a homogeneizaciones

poco sensibles a la diferencia. En ese sentido, y partiendo nuevamente del enfoque de interseccionalidad, considero importante desagregar la incidencia de esta violencia en función de las características de las gestantes expuestas a ella. Bajo esta perspectiva, la *tabla 6.4* resume los resultados de dicho ejercicio.

Tabla 6.4. Prevalencia de incidentes de violencia obstétrica desagregada por subgrupo poblacional. Observaciones muestrales, 2016-2021.

Categoría	Característica	Prevalencia de violencia obstétrica
Escolaridad	Sin escolaridad	28.57%
	Primaria	27.53%
	Secundaria	30.38%
	Preparatoria o bachillerato	32.65%
	Licenciatura o profesional	29.43%
	Posgrado	21.86%
Edad	15 a 19 años	36.92%
	20 a 24 años	35.35%
	25 a 29 años	32.23%
	30 a 34 años	27.23%
	35 a 39 años	26.48%
	40 a 44 años	24.84%
Etnicidad	Habla una lengua indígena	26.56%
	No habla una lengua indígena	30.80%
	Se considera indígena	30.44%
	No se considera indígena	30.36%
Discapacidad	Con discapacidad	50.00%
	Con limitaciones	37.48%
	Sin discapacidad	28.16%
Estado civil	Unión libre	31.87%
	Separada	33.97%
	Divorciada	32.95%
	Viuda	27.06%
	Casada	27.27%
	Soltera	37.52%
Seguridad social	Con acceso a seguridad social	30.98%
	Sin acceso a seguridad social	29.58%

Fuente: cálculo estadístico y tabla de elaboración propia con base en los microdatos de la ENDIREH 2021, secciones II, X y XIX (INEGI, 2021g). En el cálculo consideré como casos de violencia obstétrica a todos aquellos registros que reportaban al menos una manifestación de ésta. Asimismo, incluí también los casos en los que la gestante no autorizó su cesárea y/o no recibió información pertinente sobre por qué se le practicaría una.

El balance muestra, al igual que en el caso de la muerte materna en México, que gestantes con ciertas características son más propensas a experimentar este tipo de violencia. En el periodo 2016-2021, y al desagregar por escolaridad, hay 11 puntos porcentuales de diferencia entre las gestantes que menos y más violencia obstétrica experimentan. En el caso de la edad, hay 12 puntos porcentuales de diferencia, mientras que en el caso de la etnicidad se observan 4 puntos de diferencia cuando se utiliza el marcador de la lengua. En cuanto a la condición de discapacidad, estado civil y acceso a seguridad social, se presentan diferencias de 22, 10 y 1 puntos porcentuales entre cada extremo del espectro, respectivamente.

En relación a esto, en el marcador de escolaridad, se observa una distribución piramidal, en tanto que la prevalencia de incidentes de violencia obstétrica aumenta paulatinamente hasta el nivel medio superior, para luego descender y alcanzar el valor mínimo entre las gestantes que cuentan con un título de posgrado. Este no es el caso, por ejemplo, al desagregar por edad, pues las gestantes más jóvenes experimentan la mayor prevalencia de esta violencia, que a su vez desciende paulatinamente conforme aumenta la edad.

Las mayores inequidades, no obstante, se observan al desagregar por condición de discapacidad. Sobre ello, al menos la mitad de las gestantes con una discapacidad reportaron un incidente de violencia obstétrica durante el periodo 2016-2021, frente a un 28% de las gestantes sin discapacidad. De igual manera, las mujeres solteras fueron en este periodo 10 puntos porcentuales más propensas a experimentar este tipo de violencia que las mujeres casadas.

En contraste, las categorías que presentaron las menores inequidades en relación a la experiencia de eventos de violencia obstétrica fueron el acceso a seguridad social y la etnicidad. En cuanto a la primera, existe apenas un poco más de un punto porcentual de diferencia entre las gestantes con acceso a seguridad social y aquellas que no cuentan con tal derecho. Algo similar ocurre con la etnicidad, pues prácticamente no se observan diferencias entre las gestantes que se autoadscriben como indígenas y aquellas que no.

En este punto creo que es importante notar que este ejercicio muestra la prevalencia de violencia obstétrica en función de diferentes marcadores de la diferencia social, pero tiene como limitante que no devuelve una imagen sobre la intensidad de tal experiencia –en tanto número de manifestaciones de esta violencia. En esa línea, considero revelador analizar si hay grupos de gestantes que se enfrentan a un mayor número de manifestaciones de esta violencia; es decir, si durante sus partos se enfrentaron a una menor o mayor cantidad de expresiones violentas que otros grupos. La *tabla 6.5* sintetiza los resultados de dicho análisis.

Tabla 6.5. Número promedio de manifestaciones de violencia obstétrica experimentadas por subgrupo poblacional. Observaciones muestrales, 2016-2021.

Categoría	Característica	Número promedio de manifestaciones de violencia obstétrica
Escolaridad	Sin escolaridad	2.00
	Primaria	1.90
	Secundaria	1.90
	Preparatoria o bachillerato	1.93
	Licenciatura o profesional	1.97
	Posgrado	1.58
Edad	15 a 19 años	2.16
	20 a 24 años	2.04
	25 a 29 años	1.96
	30 a 34 años	1.78
	35 a 39 años	1.70
	40 a 44 años	1.70
Etnicidad	Habla una lengua indígena	1.91
	No habla una lengua indígena	1.88
	Se considera indígena	1.90
	No se considera indígena	1.87
Discapacidad	Con discapacidad	1.63
	Con limitaciones	2.07
	Sin discapacidad	1.81
Estado civil	Unión libre	1.92
	Separada	1.96
	Divorciada	2.04
	Viuda	2.14
	Casada	1.78
	Soltera	2.13
Seguridad social	Con acceso a seguridad social	1.89
	Sin acceso a seguridad social	1.87

Fuente: cálculo estadístico y tabla de elaboración propia con base en los microdatos de la ENDIREH 2021, secciones II, X y XIX (INEGI, 2021g). En el cálculo del promedio de manifestaciones de violencia obstétrica sumé para cada registro el número de expresiones de violencia experimentadas. Asimismo, incluí en la suma aquellos casos en los que la gestante no autorizó su cesárea y/o no recibió información pertinente sobre por qué se le practicaría una.

Bajo este encuadre, estos resultados matizan aquellos que mostré anteriormente. Ahora es evidente que hay grupos de gestantes que, si bien no viven incidentes de violencia obstétrica con tanta frecuencia como otros grupos, sí parecen experimentarlos con mayor intensidad cuando estos ocurren. Ello al menos si se operacionaliza la intensidad como el número de manifestaciones de violencia a las que éstas se enfrentaron durante un incidente.

Al respecto, las gestantes sin escolaridad, adolescentes, que hablan una lengua indígena o se consideran indígenas, que tienen una limitación física o mental y que son viudas o solteras, son aquellas que vivieron los incidentes de violencia obstétrica más intensos durante el periodo 2016-2021. Esto es sobre todo cierto cuando se les compara con el otro extremo del espectro, pues, bajo la misma metodología, las gestantes con un título de posgrado, de 35 a 44 años, casadas, que no hablan una lengua indígena ni se consideran indígenas y que no tienen una discapacidad reportaron haber vivido una menor cantidad de expresiones violentas en promedio.

De forma más puntual, debo señalar que las diferentes manifestaciones de violencia obstétrica consideradas por la ENDIREH 2021 tampoco ocurren con la misma frecuencia. En esa dirección, la *tabla 6.6* muestra que las cinco expresiones de violencia que tuvieron la mayor prevalencia durante el periodo investigado fueron los gritos y regaños (10.98%), la presión para aceptar la colocación de un método anticonceptivo o la realización de un procedimiento de esterilización (9.72%), la negación de información (9%), la cesárea no autorizada por la gestante (8.59%) y las cesáreas realizadas sin explicación (8.57%).

Tabla 6.6. Prevalencia de diferentes expresiones de violencia dirigida a gestantes que reportaron experimentar violencia obstétrica durante su último parto. Estimaciones puntuales, 2016-2021.

Expresiones de violencia	Prevalencia
Gritos y regaños	10.98%
Presión para consentir anticoncepción o esterilización	9.72%
Negación de información	9.00%
Cesárea no autorizada por la gestante	8.59%
Cesárea realizada sin explicaciones	8.57%
Atención denegada como castigo	8.04%
Posición incómoda obligatoria	7.17%
Ofensas y humillaciones	6.39%
Método anticonceptivo o esterilización forzada	4.27%
Negación de anestesia	3.77%
Aislamiento no justificado del bebé	2.47%
Firma no consentida de papeles	1.42%
Pellizcos y jalones	0.99%

Fuente: tabla de elaboración propia con base en los tabulados predefinidos de atención obstétrica de la ENDIREH 2021 (INEGI, 2021d).

Desagregar de esta manera las diferentes expresiones de violencia obstétrica también permite comprender que, además de la prevalencia y la intensidad, esta violencia se experimenta de forma diferenciada. Con ello quiero decir que gestantes con diferentes características viven con diferente frecuencia determinadas expresiones de la violencia obstétrica. Por ejemplo, y como ilustra la *tabla 6.7*, las gestantes que se auto-adscriben como indígenas son más propensas que las no indígenas a experimentar anticoncepción o esterilización forzada, presión para consentir anticoncepción o esterilización, aislamiento no justificado del bebé, firma no consentida de papeles y atención denegada como castigo.

Por su parte, las gestantes que no se consideran a sí mismas indígenas son más propensas a experimentar gritos y regaños, negación de información, cesáreas sin explicaciones, posiciones incómodas, ofensas y humillaciones, negación de anestesia y pellizcos y jalones. Estas diferencias, sobre todo cuando son numéricamente muy acentuadas, pueden indicar las formas en las que los cuerpos diversos son disciplinados. Ello a su vez arroja luz sobre las ideas predominantes

sobre qué cuerpos deben reproducirse, qué cuerpos deben ignorarse y qué cuerpos deben sobremedicalizarse.

Tabla 6.7. Prevalencia de las diferentes expresiones de violencia obstétrica según condición de pertenencia indígena. Observaciones muestrales, 2016-2021.

Expresiones de violencia	Pertenencia indígena	Pertenencia no indígena
Gritos y regaños	30.91%	35.49%
Presión para consentir anticoncepción o esterilización	32.18%	31.09%
Negación de información	28.08%	29.53%
Procedimiento de cesárea	41.91%	49.32%
Cesárea no autorizada por la gestante	11.63%	11.77%
Cesárea realizada sin explicaciones	10.08%	13.48%
Atención denegada como castigo	28.03%	25.60%
Posición incómoda obligatoria	22.27%	23.94%
Ofensas y humillaciones	19.50%	20.78%
Método anticonceptivo o esterilización forzada	12.85%	12.54%
Negación de anestesia	10.80%	13.51%
Aislamiento no justificado del bebé	8.19%	7.12%
Firma no consentida de papeles	4.21%	4.09%
Pellizcos y jalones	3.10%	3.27%

Fuente: cálculo estadístico y tabla de elaboración propia con base en los microdatos de la ENDIREH 2021, secciones II y X (INEGI, 2021g).

De igual manera, es posible observar diferencias muy marcadas en esta dimensión entre las gestantes con condición de discapacidad o limitación y las gestantes sin tales condiciones, tal como muestra la *tabla 6.8*. A este respecto, las gestantes con alguna condición de discapacidad o limitación son más propensas a experimentar gritos y regaños, presión para consentir procedimientos de anticoncepción o esterilización, negación de información, atención denegada como castigo, posición incómoda obligatoria, ofensas y humillaciones, negación de anestesia, aislamiento no justificado del bebé y pellizcos y jalones.

En contraste, las gestantes que no presentan una limitación o discapacidad son más susceptibles a ser sobremedicalizadas, en tanto que son sometidas en mayor medida a procedimientos quirúrgicos. A su vez, este sometimiento implica para este grupo una mayor presencia de incidentes de firma no consentida de



papeles y la aplicación de cesáreas sin autorización y sin explicaciones, en comparación con las gestantes que presentan una condición de limitación o discapacidad.

Tabla 6.8. Prevalencia de las diferentes expresiones de violencia obstétrica según condición de limitación o discapacidad. Observaciones muestrales, 2016-2021.

Expresiones de violencia	Discapacidad o limitación	Sin discapacidad
Gritos y regaños	37.07%	32.92%
Presión para consentir anticoncepción o esterilización	35.55%	29.73%
Negación de información	34.19%	27.02%
Procedimiento de cesárea	49.88%	50.72%
Cesárea no autorizada por la gestante	8.80%	13.05%
Cesárea realizada sin explicaciones	9.98%	13.46%
Atención denegada como castigo	27.42%	26.02%
Posición incómoda obligatoria	25.73%	22.54%
Ofensas y humillaciones	23.92%	18.93%
Método anticonceptivo o esterilización forzada	11.51%	13.14%
Negación de anestesia	13.65%	12.22%
Aislamiento no justificado del bebé	8.35%	7.04%
Firma no consentida de papeles	4.11%	4.16%
Pellizcos y jalones	3.44%	3.19%

Fuente: cálculo estadístico y tabla de elaboración propia con base en los microdatos de la ENDIREH 2021, secciones X y XIX (INEGI, 2021g).

Considero, no obstante, que lo clave para estas dimensiones de prevalencia, intensidad y expresiones de la violencia obstétrica revisadas hasta ahora son los espacios en donde ocurren. Esta arista es particularmente significativa porque la evidencia muestra que los lugares con mayor incidencia de esta violencia corresponden al espacio hospitalario, característico del modelo biomédico occidental impulsado por la PPSM mexicana en su diálogo con los elementos discursivos y materiales de la AISM.

Como he expuesto en capítulos anteriores, la atención calificada del parto – como estrategia central promovida por la AISM para la reducción de la muerte materna– ha sido traducida en México, por factores históricos y burocráticos, como sinónimo de una atención institucionalizada y médica. La apuesta estatal por este



tipo de atención, aunada al énfasis en la medición mediante indicadores burocráticos como la proporción de partos atendidos por personal médico y la cobertura de controles prenatales, ha configurado un escenario en el que el espacio hospitalario se presenta como el estándar de atención.

Ciertamente este modelo de atención parece correlacionarse con menores razones de muerte materna en el país, como mostraré en el segundo apartado de este capítulo. Sin embargo, tal modelo también impone una racionalidad técnica y jerárquica que prioriza los objetivos programáticos sobre las experiencias y necesidades individuales de las gestantes. En este contexto, la violencia obstétrica puede entenderse como un síntoma de esta lógica: actos que se producen al normalizar prácticas de control, medicalización excesiva y deshumanización dentro del ámbito hospitalario (Castro, 2014).

Para ilustrar estas dinámicas, presento la *tabla 6.9*, que detalla la prevalencia de violencia obstétrica según los diferentes espacios de atención del parto considerados por la ENDIREH 2021. En otras palabras, esta tabla evidencia los entornos con mayor concentración de prácticas violentas dirigidas a las gestantes durante el parto, revelando a su vez que el tipo de institución y el modelo de atención parece tener un efecto significativo en la ocurrencia de la violencia obstétrica.

Tabla 6.9. Prevalencia de partos con incidentes de violencia obstétrica según lugar de atención. Estimaciones puntuales, 2016-2021.

Lugar de atención del parto	Prevalencia de partos con incidentes de violencia obstétrica
Centro de salud	37.3%
Hospital o clínica del IMSS	40.4%
Hospital o clínica del ISSSTE	27.4%
Hospital o clínica del ISSSTE de la entidad federativa	31.6%
Otro hospital o clínica pública de la entidad federativa	36.7%
Hospital o clínica privada	15.4%
Consultorio médico particular	19.7%
En casa con partera o curandera (o)	2.5%
Otro	25.9%

Fuente: tabla de elaboración propia con base en los tabulados predefinidos de atención obstétrica de la ENDIREH 2021 (INEGI, 2021d).



Sobre ello, son precisamente las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) las que exhiben la mayor prevalencia de partos con incidentes de violencia obstétrica. Esta característica es particularmente sobresaliente en el caso de los centros de salud y los hospitales y clínicas del IMSS, espacios donde 37% y 40% de los partos ocurren con al menos una expresión de violencia obstétrica, respectivamente.

A las instituciones del SNS en general le siguen los hospitales, clínicas y consultorios privados, en los que 15% y 20% de los partos ocurren con alguna manifestación de esta violencia. Más allá, estas diferencias entre la prevalencia de violencia obstétrica en el SNS y al interior de las clínicas privadas dan cuenta de la experiencia diferenciada de parto entre gestantes con diferente poder adquisitivo.

Así, si bien una prevalencia de violencia obstétrica de entre 15% y 20% es preocupante, las gestantes con la capacidad económica para solventar un parto en una institución privada cuentan con menor riesgo de sufrir un episodio de esta naturaleza en comparación a sus homólogas que no cuentan con esta capacidad. Ello, sin embargo, no elimina para estas gestantes el alto riesgo de experimentar violencia obstétrica.

En contraste a lo que ocurre en el SNS y en las clínicas privadas, los partos atendidos por parteras en el espacio doméstico reportan cifras de violencia obstétrica de un dígito. En concreto, un 2.5% de estos partos reportaron incidentes de violencia obstétrica. Esta brecha entre el parto institucionalizado y el parto que ocurre fuera del espacio hospitalario, por sus dimensiones, parece indicativa de las consecuencias no esperadas que ha tenido la PPSM centrada en el fortalecimiento del modelo de atención occidental del parto en busca del reconocimiento que otorga el cumplimiento de las metas internacionales de desarrollo.

Como mencioné en el subapartado anterior, la PPSM mexicana, si bien con sus limitaciones, ha sido exitosa en tanto que ha mantenido la muerte materna a niveles inferiores a la media mundial. No obstante, esta misma política no ha logrado

igualar respecto a las medias nacionales el riesgo de morir al que se enfrentan gestantes con características subalternas.

A la par, esta política ha fortalecido un modelo de atención en el que la violencia obstétrica parece más una regla que una excepción, y desmantelado, a su vez, modelos de atención en los que la incidencia de este fenómeno es mucho menos común. Este proceso ocurre, como mostré en el capítulo anterior, por varias vías, siendo las principales la historia institucional del país –que ya contaba con toda una red de hospitales, facultades y normativas centradas en la práctica médica cuando la muerte materna se consolidó como elemento central de los discursos desarrollistas– y la justificación discursiva de reducir la muerte materna y cumplir con las metas internacionales en dicho campo.

Esto ha llevado a la priorización del cumplimiento de los objetivos programáticos centrados en indicadores de cobertura y acceso, como la institucionalización del parto y la atención médica calificada, con pocos controles para la calidad de la atención dentro de estos mismos indicadores. En ese sentido, la marginalización de modelos tradicionales y alternativos de atención del parto en México que, como muestran las estadísticas, son menos proclives a la violencia obstétrica, son un resultado directo de estas dinámicas desarrollistas que resultan del diálogo entre las estructuras histórico-burocráticas nacionales, los imaginarios en torno al desarrollo y los elementos discursivos de las agendas internacionales de desarrollo.

Al respecto, no es que el discurso internacional de salud materna no se encuentre abogando, en años más recientes, por una desmedicalización –aunque parcial– de la reproducción y por el reconocimiento de la llamada medicina tradicional. No obstante, estos enunciados continúan en una posición de marginalidad frente a aquellos que, ya sedimentados desde hace medio siglo, empujan por una medicalización que, en combinación con los factores nacionales ya mencionados, terminan por deslegitimar el conocimiento y las prácticas locales de atención a la gestación en el contexto mexicano.

En este proceso, las parteras empíricas, lejos de ser reconocidas en plenitud como agentes válidos dentro del sistema de salud nacional, son relegadas a una posición de ayudantía y constreñidas bajo marcos normativos centrados en la práctica biomédica occidental. En otras palabras, la práctica de la PPSM mexicana, en su lucha contra la muerte materna, ha promovido un modelo de atención occidentalizado a costa del desmantelamiento de otro modelo de atención en los que los casos de violencia contra las gestantes son mucho menos frecuentes – aunque no por ello inexistentes.

Se trata, pues, de un desenlace paradójico, en tanto que las intervenciones abocadas a un bien –la reducción de la muerte materna– han fomentado, inadvertidamente, la hegemonía de un modelo jerárquico de atención del embarazo y el parto centrado en el personal médico y no en la experiencia de las gestantes. En este marco, las políticas y prácticas orientadas a garantizar la seguridad del parto terminan subordinando, indirectamente, tanto a las gestantes como a las portadoras de epistemes subalternas, mayoritariamente mujeres, cuyos saberes son deslegitimados y desplazados por este modelo dominante.

A manera de resumen, en este apartado he presentado el panorama territorial e interseccional de dos de mis dos variables centrales, la muerte materna y la violencia obstétrica, durante los primeros cinco años de la entrada en vigor de la meta 3.1 de los ODS. Es claro que ambos fenómenos ocurren y se viven de forma diferenciada entre territorios y entre gestantes, y que la relación de estos con la PPSM mexicana es igualmente diversa.

En cuanto a la muerte materna, a pesar de los avances que reporta la PPSM en los promedios generales de los indicadores, es evidente la existencia de inequidades que se recrudecen en los extremos del espectro de cada marcador de la diferencia social. Como se ve, las mujeres en condición de discapacidad, que hablan una lengua indígena, a quienes se les niega la atención durante el parto y que no cuentan con una educación formal ni con acceso a seguridad social son las

que mueren más frecuentemente en México por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio.

Por su parte, la prevalencia, las manifestaciones y la intensidad de los incidentes de violencia obstétrica en México también se presentan de forma diferenciada entre los diversos grupos de gestantes y los diferentes modelos de atención. Al respecto, las gestantes adolescentes, sin escolaridad, solteras, que hablan una lengua indígena o se consideran indígenas y que tienen una discapacidad física o mental son aquellas que vivieron los incidentes de violencia obstétrica más intensos durante el periodo analizado. Más allá, se observó cómo los tipos de manifestaciones violentas varían entre los grupos de gestantes, dando señal de las diferentes formas en que los cuerpos diversos son disciplinados.

En esa línea, como se vio en el capítulo cinco, los avances en el indicador de la RMM se han logrado con base en la sobremedicalización de la atención del embarazo, parto y puerperio –ello con el fortalecimiento del modelo de atención centrado en el médico, la marginalización de otros modelos de atención y el aumento de los controles prenatales. Ahora, como se verá en el apartado a continuación, estos modelos de atención efectivamente se correlacionan con menores RMM en el periodo analizado.

Sin embargo, también mostraré, bajo los mismos métodos, cómo menores RMM y mayores promedios de número de consultas prenatales también se correlacionan con mayores porcentajes de incidentes de violencia obstétrica a nivel estatal. Con ello, en las páginas a continuación, intento revelar y analizar las paradojas que subyacen a las políticas emprendidas.

6.2. Correlaciones entre los principales indicadores de la AISM y la violencia obstétrica en México (2016-2021)

En este apartado retomo la hipótesis central de esta tesis: que los elementos materiales de la AISM y las interpretaciones nacionales que se han hecho de sus elementos discursivos han dado lugar a intervenciones que se correlacionan con la

prevalencia de violencia obstétrica en México. Hasta este momento he diseccionado los aspectos que constituyen a la AISM como un dispositivo, he estudiado genealógicamente la evolución de sus elementos discursivos, he intentado rastrear las interpretaciones que la PPSM mexicana ha hecho de estos últimos, así como los mecanismos a través de los cuales estas interpretaciones han sido posibles, y he mostrado el panorama general de la muerte materna y de la violencia obstétrica en el caso de estudio a la luz de las políticas emprendidas.

En este recorrido he identificado que los indicadores de la AISM desempeñan un papel protagónico en la configuración de la PPSM mexicana. En otras palabras, he presentado evidencia que apunta a que podemos entender algunos de los componentes centrales de la PPSM mexicana a partir de una serie de indicadores centrales vinculados a la AISM. Estos indicadores son la Razón de Muerte Materna (RMM), la proporción de partos atendidos por personal sanitarios calificado y el porcentaje de acceso a atención prenatal, mismos que forman parte de la agenda de desarrollo internacional vigente.

Así, en este apartado muestro cómo y cuáles de estos indicadores se correlacionan cuantitativamente con el fenómeno de la violencia obstétrica en México. Para ello, primero analizo en qué medida la atención prenatal y la atención calificada del parto –que, como se vio en el capítulo anterior, en México ha sido equiparada con la atención por parte de personal médico– se correlacionan con la Razón de Muerte Materna. Y, posteriormente, examino cómo este ecosistema de relaciones se correlaciona con la prevalencia de violencia obstétrica durante el periodo 2016-2021.

Como resultado este apartado se constituye a partir de tres secciones. En la primera de ellas transparente la metodología utilizada y las fuentes a partir de las cuales construyo las variables ya mencionadas. En la segunda parte expongo los resultados arrojados por las pruebas descritas. Finalmente, en la tercera realizo una discusión de dichos resultados, intentando proporcionar interpretaciones, comentar

las limitaciones asociadas a la metodología y vincular los hallazgos con la pregunta general de investigación de esta tesis.

6.2.1. Metodología

Para determinar la fuerza, dirección y significancia de la asociación entre estos indicadores y la prevalencia de violencia obstétrica en el caso mexicano, utilicé el cálculo tanto del coeficiente de correlación de Pearson cuanto del coeficiente de correlación de Spearman. Basé la elección de cada método en función de la distribución de los datos, evaluados mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.

Por su parte, la disponibilidad de los datos y el objetivo condicionaron la temporalidad y la escala del análisis. Como resultado, el análisis de correlación toma en cuenta a las 32 entidades federativas de México y abarca el periodo 2016-2021. Así, los resultados son generalizables a México, al nivel estatal y durante los primeros 5 años de la adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas.

Debido a que mi interés es explorar la relación entre la prevalencia de violencia obstétrica y los principales componentes que la PPSM mexicana ha introducido a partir de su diálogo con la AISM, seleccioné las variables con base en tales elementos. Como resultado, consideré para el análisis a la violencia obstétrica, la muerte materna, la atención del parto por personal sanitario calificado y el acceso a atención prenatal. Estos elementos se justifican a partir de los resultados de investigación obtenidos a lo largo de los cinco capítulos anteriores de esta tesis.

Después, para operacionalizar tales variables partí de los datos disponibles con un nivel de desagregación estatal, de forma tal que la violencia obstétrica es representada por el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidentes de violencia obstétrica (PVO), y la muerte materna por la Razón de Muerte Materna (RMM). La atención del parto por personal sanitario calificado es representada por la proporción de parto institucionalizado (PPI) y el porcentaje de

partos atendidos por personal médico (PPAPM). Por su parte, el acceso a atención prenatal equivale en este análisis al porcentaje de acceso a atención prenatal (APN) y el promedio de número de consultas prenatales (PNCPN).

En cuanto a las fuentes, los datos de violencia obstétrica provienen de la sección de Atención Obstétrica de la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021 del INEGI. A razón de que la ENDIREH sólo reporta datos promediados de violencia obstétrica para mujeres que tuvieron su último embarazo entre 2016 y 2021, promedié a su vez dicho rango de años para las variables que son reportadas con una periodicidad anual.

Ahora, considero importante señalar nuevamente que la ENDIREH no utiliza el concepto de violencia obstétrica, sino el de *maltrato obstétrico*.¹⁶³ De acuerdo al cuestionario de la encuesta, tal maltrato se limita solo al momento del parto y es medido como la obligación innecesaria de permanecer en una posición incómoda durante el parto; la presencia de gritos o regaños; pellizcos y jalones; insultos y palabras humillantes, ofensivos o denigrantes; negación de información sobre el parto o sobre el estado del neonato; negación arbitraria de anestesia o analgésicos; negación de la atención bajo el argumento de que la paciente gritaba o se quejaba mucho; la colocación no consentida de un método anticonceptivo o la esterilización forzada; la coacción para aceptar un método anticonceptivo o la esterilización; la obligación o amenaza para firmar algún papel sin informar su propósito; y la negación del contacto con el neonato por más de 5 horas sin causa alguna o sin información de la causa de la tardanza (INEGI, 2021c, pp. 298-299).

Menciono esto porque esta medición de la violencia obstétrica presenta la limitación de no incluir situaciones de violencia que pudieron ocurrir durante el embarazo o el puerperio. Esto es significativo, sobre todo cuando los tabulados predefinidos del INEGI sobre *maltrato obstétrico* lo definen como “situaciones en

¹⁶³ Para conocer el debate en torno a estos términos véase el primer apartado del capítulo uno.

donde existen malos tratos por parte del personal médico durante las consultas prenatales, la atención del parto o el periodo de puerperio de la mujer, o bien sobre la presión para utilizar métodos anticonceptivos y la falta de autorización para realizar procedimientos” (INEGI, 2021d).

La medición de la ENDIREH, sin embargo, no incluye tales temporalidades del proceso reproductivo, pues la pregunta se centra en el momento del parto. Además, el instrumento se limita a considerar únicamente los incidentes ocurridos durante el último embarazo reportado por la gestante, ignorando el resto de su historial reproductivo (GIRE, 2024).¹⁶⁴ Por estas razones, es plausible argumentar que, debido al diseño del cuestionario, las mediciones de violencia obstétrica de la ENDIREH pudieran subestimar la magnitud del fenómeno. A pesar de ello, utilizo esta medición debido a que es la más utilizada en el ámbito y, hasta el momento, no existe otra fuente institucional que la pueda sustituir.

Por su parte, los datos de Razón de Muerte Materna (RMM) provienen del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Sostenible mexicano (SIODS). La fuente reporta que dicho indicador se calculó a partir de la base de datos de mortalidad del Subsistema de Información sobre Nacimientos de la Secretaría de Salud y de las *proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2020-2070* publicadas por el CONAPO en 2023 (SIODS, 2023a). Para asegurar la compatibilidad de esta variable con la PVO, calculé el promedio de RMM para cada entidad federativa en el periodo 2016-2021.

¹⁶⁴ Además de la limitante que identifiqué, GIRE (2024) destaca dos restricciones adicionales de carácter general, las cuales afectan no solo al apartado de violencia obstétrica, sino a todas las áreas evaluadas por la encuesta. La primera de estas limitaciones radica en el diseño del cuestionario, que no permite identificar la identidad sexo-genérica ni la orientación sexual de las personas encuestadas. La segunda se refiere a la incapacidad de las preguntas sobre agresiones para diferenciar el sexo de la persona agresora.

Por otro lado, obtuve los indicadores sobre porcentaje de partos atendidos por personal médico¹⁶⁵ (PPAPM) y sobre proporción de partos institucionalizados (PPI) a partir de un cálculo sobre las estadísticas de natalidad del INEGI.¹⁶⁶ Dichos datos se basan en el conjunto de nacimientos registrados anualmente por las Oficialías del Registro Civil e incluyen la variable de *tipo de personal que atendió el parto y lugar de atención del parto* (INEGI, 2023). La primera variable clasifica al personal que atendió el parto en *médico, enfermera o partera*,¹⁶⁷ *otra y no especificado*. La segunda variable distingue entre *hospital o clínica oficial, hospital o clínica privada, domicilio, otro y no especificado* (INEGI, s.f.b.).

Así, para calcular el porcentaje de partos atendidos por personal médico a partir del instrumento mencionado utilicé la siguiente fórmula:

$$\text{PPAPM} = \frac{\text{Total de partos atendidos por médicos}}{\text{Total de nacimientos registrados}} \times 100$$

Mientras que para determinar la proporción de partos institucionalizados a partir de la misma fuente apliqué la fórmula que se presenta a continuación:

$$\text{PPI} = \frac{\text{Total de partos que ocurrieron en hospital o clínica, oficial o privada}}{\text{Total de nacimientos registrados}}$$

¹⁶⁵ Utilizo el indicador de porcentaje de partos atendidos por personal médico sobre el indicador de partos atendidos por personal sanitario capacitado por la forma en que en México se ha entendido la cuestión del personal sanitario capacitado (*Véase la nota al pie subsecuente*).

¹⁶⁶ Como parte de su compromiso con el SNU y los ODS, México contabiliza *la proporción de partos atendidos por personal sanitario capacitado* mediante el SIODS. De acuerdo a la ficha del indicador, éste “permite conocer el número de mujeres atendidas por médicos en el momento del parto, lo cual implicaría una mayor calidad en la atención y con ello menos riesgo de fallecer por una causa materna” (SIODS, 2023b). Como se observa en la cita, el indicador señala que entiende como personal calificado solo al personal médico. Ahora, decido no utilizar esta fuente para calcular la proporción de partos atendidos por personal médico porque considero que la calidad de sus datos es baja. Esto debido a que las series estadísticas de este indicador reportan frecuentemente proporciones mayores al 100, con un caso llegando incluso a una proporción de 508.6, siendo esto imposible, y, por tanto, desaconsejable su uso para realizar pruebas estadísticas.

¹⁶⁷ A partir de 2009, el instrumento de captación comenzó a distinguir entre enfermera o partera (INEGI, s.f.b.).

Al igual que en el caso de la RRM, y con base en dichas fórmulas, calculé los indicadores para cada año desde 2016 hasta 2021 con un nivel de desagregación estatal tanto para el PPAPM cuanto para la PPI y la RMM. Posteriormente, obtuve el promedio de cada indicador para el periodo señalado.¹⁶⁸

Ahora, como paréntesis, considero importante evitar la deshistorización, en términos bourdieusianos, de las categorías utilizadas por el INEGI —en este caso, lugar de atención del parto, personal médico, partera y enfermera obstétrica. Estas categorías no son neutras; por el contrario, responden a un proceso histórico configurado en el ámbito internacional a través de la convergencia de diversas fuerzas. Como he documentado en capítulos anteriores de esta tesis, estas categorías forman parte de las recomendaciones impulsadas por la AISM desde mediados de la década de 1980, cuando la atención calificada del parto y su institucionalización fueron posicionadas como estrategias de primer orden para la reducción de la mortalidad materna, tema que, en ese periodo, ascendió a cuestión prioritaria dentro del discurso desarrollista.

En ese sentido, categorías como las aquí utilizadas reflejan, en alguna medida, el diálogo de las diferentes agencias burocráticas del Estado mexicano con los marcos discursivos de la AISM. La construcción de estas categorías responde no solo a un proceso histórico de configuración discursiva de las políticas de salud global, atravesado por fuerzas hegemónicas y resistencias contrahegemónicas, sino que, al ser incorporadas en los indicadores nacionales, operan como tecnologías de gobernanza normalizadas en la práctica burocrática. Así, estas categorías no son meramente descriptivas, sino herramientas que moldean e institucionalizan una lógica biomédica y occidentalizada que ha permeado en las políticas de salud materna en México.

¹⁶⁸ Los resultados de los cálculos de ambas series de datos se incluyen en los anexos de esta tesis.

Esta lógica se extiende también a otros indicadores relacionados con la atención a la salud materna, como es el caso de aquellos destinados a medir cuestiones relativas al acceso a controles prenatales –otra de las políticas centrales impulsadas por la AISM y adoptada por el Estado mexicano. Estas revisiones, además de ser promovidas como una estrategia clave para la reducción de la mortalidad materna, reflejan la interacción entre los marcos discursivos internacionales y la estructuración o legitimación de ciertas políticas de salud locales orientadas a la administración de la gestación.

Con esto en mente, y en línea con el objetivo de este capítulo de cuantificar la relación existente entre la incidencia de violencia obstétrica en territorio nacional y las interpretaciones que la política pública mexicana ha hecho de la AISM, finalmente procedí a calcular los dos últimos indicadores de este ejercicio. Estos son el porcentaje de acceso a atención prenatal (APN) y el promedio de número de consultas prenatales (PNCPN), ambos obtenidos a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID).

Así, consideré como APN a la estimación de del porcentaje de mujeres que reportaron al menos una consulta prenatal, mientras que tomé como PNCPN al número promedio de consultas prenatales reportadas.¹⁶⁹ En la ENADID, ambos indicadores presentan un nivel de desagregación estatal.

Por motivos de comparabilidad temporal con los datos disponibles de violencia obstétrica y con los primeros años de la adopción de los ODS, calculé un promedio ponderado para el APN y el PNCPN. Este cálculo se basó en la ENADID 2018, que cubre el periodo de 2013 a 2018, y la ENADID 2023, que abarca el periodo de 2018 a 2023. Realicé tal ponderación considerando el número de años

¹⁶⁹ Para el cálculo de este promedio la ENADID solo considera a las mujeres que tuvieron al menos una consulta en cada trimestre (INEGI, 2024).



que cada encuesta cubre en relación con los datos más recientes de violencia obstétrica de la ENDIREH, que comprenden el periodo de 2016 a 2021.

Después de operacionalizar las variables descritas, las integré en una base de datos y realicé un análisis estadístico descriptivo para obtener una visión general de sus características. Este análisis incluyó el cálculo de la media, mediana (MDNA), desviación estándar (SD), valores mínimos y máximos, rango, rango intercuartílico (IQR) y asimetría para cada variable.

Tras realizar el análisis descriptivo, procedí a evaluar la normalidad de la distribución de las variables mediante la prueba de Shapiro-Wilk. El estadístico de la prueba se expresa de la siguiente manera:

$$W = \frac{(\sum_{i=1}^n a_i x_{(i)})^2}{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}$$

Donde W es el estadístico de la prueba de Shapiro-Wilk; $x_{(i)}$ son los datos ordenados de menor a mayor; \bar{x} es la media muestral; a_i son coeficientes calculados basados en la matriz de covarianza de los datos, los cuales dependen del tamaño de la muestra n . El valor de W se compara con los valores críticos para determinar el rechazo de la hipótesis nula de normalidad. El valor del estadístico de prueba oscila entre 0 y 1, siendo un valor W cercano a 1 indicador de que la muestra probablemente proviene de una distribución normal.

Bajo estos criterios determiné las pares de variables que seguían una distribución normal. Para dichos casos, utilice la prueba del coeficiente de correlación de Pearson para analizar la relación lineal entre cada par. El coeficiente de Pearson es una medida estadística que permite cuantificar la fuerza y dirección de la relación lineal entre dos variables continuas con distribución normal. El coeficiente se calcula con la siguiente fórmula:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2} \sqrt{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

Donde r es el coeficiente de correlación de Pearson; n es el tamaño de la muestra; x_i y y_i son puntos muestrales individuales indexados en la i ; \bar{x} y \bar{y} son las medias de las variables x y y ; y $(x_i - \bar{x})$ y $(y_i - \bar{y})$ miden cuánto se desvían los valores de x y de y de sus respectivas medias. El coeficiente de Pearson (r) varía entre -1 y 1, siendo -1 una relación lineal negativa perfecta, 0 la inexistencia de una relación lineal y 1 una relación positiva perfecta.

En cuanto a las diadas en las que una o ambas variables presentaron una distribución no normal de acuerdo a los criterios de la prueba de Shapiro-Wilk, utilicé la prueba del coeficiente de Spearman. A diferencia del coeficiente de Pearson, que asume una relación lineal y normalidad en la distribución de las variables, la prueba de Spearman es una medida no paramétrica que evalúa la relación monótona entre dos variables.

En ese sentido, dicha prueba es adecuada para datos que no cumplen con los supuestos de normalidad que requiere la prueba de Pearson. Para calcular el coeficiente de Spearman y medir la correlación entre los pares de variables sin condición de distribución normal, se utiliza la siguiente fórmula:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Donde, ρ es el coeficiente de correlación de Spearman; d_i es la diferencia entre los rangos de cada par de observaciones de ambas variables; n es el número total de pares; y $\sum d_i^2$ es la suma de los cuadrados de las diferencias de rango para cada par de observaciones. El coeficiente de Spearman, al igual que el de Pearson, varía entre -1 y 1. Los valores cercanos a 1 o -1 indican una fuerte relación monótona positiva o negativa, respectivamente, mientras que un valor cercano a 0 indica poca o ninguna relación monótona.

Para limpiar los datos, formar las bases de datos, obtener la estadística descriptiva de las variables, calcular el estadístico de prueba Shapiro-Wilk y realizar los análisis de correlación bajo la prueba de Pearson y de Spearman, utilicé el

software estadístico R. Concretamente, para el análisis hice uso de las funciones *psych:describe()*, *IQR()*, *shapiro.test()*, *cor()*, *cor.test()*, así como diversas funciones del paquete *tidyverse*.

Tomé los parámetros expuestos por Cohen (1988) y por Schober, Boer & Schwarte (2018) como umbrales para la interpretación del tamaño del efecto de los coeficientes de correlación. Consideré la propuesta de interpretación de Cohen (1988) para los coeficientes de correlación de Pearson, mientras que utilicé lo sugerido por Schober, Boer & Schwarte (2018) para la lectura de los coeficientes de correlación de Spearman.

Así, interpreté el tamaño del efecto del coeficiente de Pearson bajo el siguiente criterio: correlación nula ($r = 0.00-0.10$), correlación débil ($r = 0.10-0.30$), correlación moderada ($r = 0.30-0.50$) y correlación fuerte ($r = 0.50-1.00$) (Cohen, 1988). Por su parte, evalué la magnitud del coeficiente de Spearman conforme esta pauta: correlación nula ($\rho = 0.00-0.10$), correlación débil ($\rho = 0.10-0.39$), correlación moderada ($\rho = 0.40-0.69$), correlación fuerte ($\rho = 0.70-0.89$) y correlación muy fuerte ($\rho = 0.90-1.00$) (Schober, Boer & Schwarte, 2018).

Además del tamaño del efecto de los coeficientes y de la dirección de las correlaciones, tomé como umbral de interpretación de la significancia estadística de las asociaciones a dos umbrales de *p-value*: uno menor a 0.05 y otro menor a 0.10. Utilicé el primero como criterio principal para determinar la significancia estadística, lo que indicaría una probabilidad muy baja de que los resultados de los coeficientes de correlación sean producto del azar. Por otro lado, utilicé el segundo criterio para identificar posibles tendencias o efectos que podrían ser indicativos de patrones que merecen mayor interés en términos teóricos, académicos y prácticos.

Mediante la metodología descrita busco dar respuesta a dos cuestiones. La primera cuestión es si las recomendaciones de la AISM, materializadas en los indicadores que en el capítulo dos identifiqué como indicadores de soporte, están relacionadas con la reducción de la muerte materna en México durante el periodo señalado. La segunda cuestión que busco dilucidar es si, y en qué medida, los

elementos discursivos promovidos por la AISM se relacionan con la prevalencia de la violencia obstétrica en el contexto mexicano contemporáneo. A continuación, presento los resultados de dichos análisis de correlación, con el fin de arrojar luz sobre las dinámicas subyacentes entre estas variables a nivel estatal y durante los primeros 5 años de la adopción de los ODS.

6.2.2. Resultados

En esta sección presento y analizo los resultados obtenidos mediante las técnicas estadísticas descritas en el subapartado metodológico de este capítulo. Comienzo con un resumen de las estadísticas descriptivas de cada variable, seguido por los resultados de las pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk, los cuales guían mi selección del método para calcular los coeficientes de correlación. Continúo con la presentación de los resultados de dichos coeficientes y de sus gráficas de dispersión.

En esa línea, la *tabla 6.10* presenta las estadísticas descriptivas de cada variable analizada con el propósito de ofrecer una primera visión sobre la distribución, tendencia central y dispersión de los datos. Estas estadísticas incluyen el número de observaciones (n), la media, la mediana (MDNA), la desviación estándar (SD), los valores mínimos (Min) y máximos (Max), el rango, el rango intercuartílico (IQR) y la asimetría. En conjunto, la *tabla 6.10* proporciona un panorama general del comportamiento de cada variable.

Tabla 6.10. Estadísticas descriptivas de la PVO, la RMM y otros indicadores clave de la AISM. México, nivel de desagregación estatal, 2016.2021.

Variable	n	Media	MDNA	SD	Min	Max	Rango	IQR	Asimetría
RMM	32	42.63	42.77	8.22	27.55	62.09	34.54	10.16	0.19
PVO	32	31.68	31.64	4.63	18.83	38.92	20.09	4.52	-0.45
PPI	32	0.91	0.94	0.11	0.51	0.99	0.48	0.08	-2.23
PPAPM	32	90.02	94.11	11.36	51.15	99.42	48.28	8.75	-2.13
APN	32	96.29	96.38	0.82	93.7	97.5	3.81	0.96	-0.94
PNCPN	32	9.96	10	0.51	8.6	11.09	2.49	0.60	-0.21

Fuente: de elaboración propia.

Se observa que la Razón de Muerte Materna (RMM) y el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidentes de violencia obstétrica (PVO) muestran una variabilidad moderada con medias de 42.63 y 31.68, respectivamente, y desviaciones estándar de 8.22 y 4.63. Ambas variables tienen distribuciones relativamente simétricas, presentando valores de asimetría de 0.19 y -0.45 .

Por su lado, la proporción de parto institucionalizado (PPI) y el porcentaje de partos atendidos por personal médico (PPAPM) tienen medias de 0.91 y 90.02, respectivamente. Ambas variables exhiben una notable asimetría negativa (-2.23 y -2.13), lo que indica una concentración de valores en el extremo superior.

Finalmente, el porcentaje de acceso a atención prenatal (APN) y el promedio de número de consultas prenatales (PNCPN) presentan medias altas de 96.29 y 9.96, con bajas desviaciones estándar (0.82 y 0.51) y ligeras asimetrías negativas (-0.94 y -0.21). Estas características sugieren que las variables tienen una dispersión limitada alrededor de sus medias.

Como se detecta, en conjunto, las variables que seleccioné muestran diferentes grados de dispersión y sesgo. Para profundizar en el análisis y determinar la distribución de cada variable, apliqué la prueba de Shapiro-Wilk. Los resultados arrojados, como muestro en la *tabla 6.11*, son que tanto la RMM, como la PVO, el APN, y el PNCPN siguen una distribución normal, mientras que la PPI y el PPAPM siguen una distribución no normal.

Tabla 6.11. Resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para las variables analizadas.

Variable	W-Statistic	p-value	Conclusión
RMM	0.98461	0.9169	Distribución normal
PVO	0.95764	0.2365	Distribución normal
PPI	0.66838	3.024e-07	Distribución no normal
PPAPM	0.69521	7.378e-07	Distribución no normal
APN	0.93564	0.5635	Distribución normal
PNCPN	0.98251	0.8684	Distribución normal

Fuente: de elaboración propia.



Con base en dichos resultados, realicé el análisis de correlación utilizando el coeficiente de Spearman para las parejas RMM-PPAPM, RMM-PPI, PVO-PPAPM y PVO-PPI, mientras que empleé el coeficiente de Pearson para los pares RMM-APN, RMM-PNCPN, PVO-RMM, PVO-APN y PVO-PNCPN. En la *tabla 6.12* presento los resultados de dichas pruebas, destacando las relaciones más significativas entre las variables.

Tabla 6.12. Resultados del análisis de correlación entre indicadores de la AISM, la RMM y la PVO. México, nivel de desagregación estatal, 2016-2021.

Variables	Coefficiente	t	p-value	IC 95%	S	Método
RMM-PPAPM	-0.56**	-	0.0009*	-	8530	Spearman
RMM-PPI	-0.57**	-	0.0007*	-	8578	Spearman
RMM-APN	-0.52***	-3.36	0.0021*	[-0.737, -0.213]	-	Pearson
RMM-PNCPN	-0.35	-2.02	0.0523	[-0.619, 0.003]	-	Pearson
PVO-PPAPM	0.09	-	0.6366	-	4984	Spearman
PVO-PPI	0.09	-	0.6352	-	4982	Spearman
PVO-RMM	-0.33**	-1.91	0.0651*	[-0.608, 0.021]	-	Pearson
PVO-APN	0.39**	2.37	0.0242*	[0.056, 0.655]	-	Pearson
PVO-PNCPN	0.45**	2.74	0.0101*	[0.118, 0.689]	-	Pearson

Fuente: de elaboración propia. *Estadísticamente significativo. **Correlación de intensidad moderada. ***Correlación de intensidad fuerte. *Estadísticamente significativo bajo un *p-value* <0.1 e IC del 90%.

Los resultados que agrupé en la *tabla 6.12* permiten identificar las asociaciones y tendencias clave que subyacen en la interacción entre los principales indicadores de la AISM, la prevalencia de violencia obstétrica y los niveles de mortalidad materna en México, durante el periodo señalado y con un nivel de desagregación estatal. A continuación, desarrollaré los resultados relativos a la Razón de Muerte Materna (RMM), para después proceder con las diadas relativas a la prevalencia de violencia obstétrica (PVO).

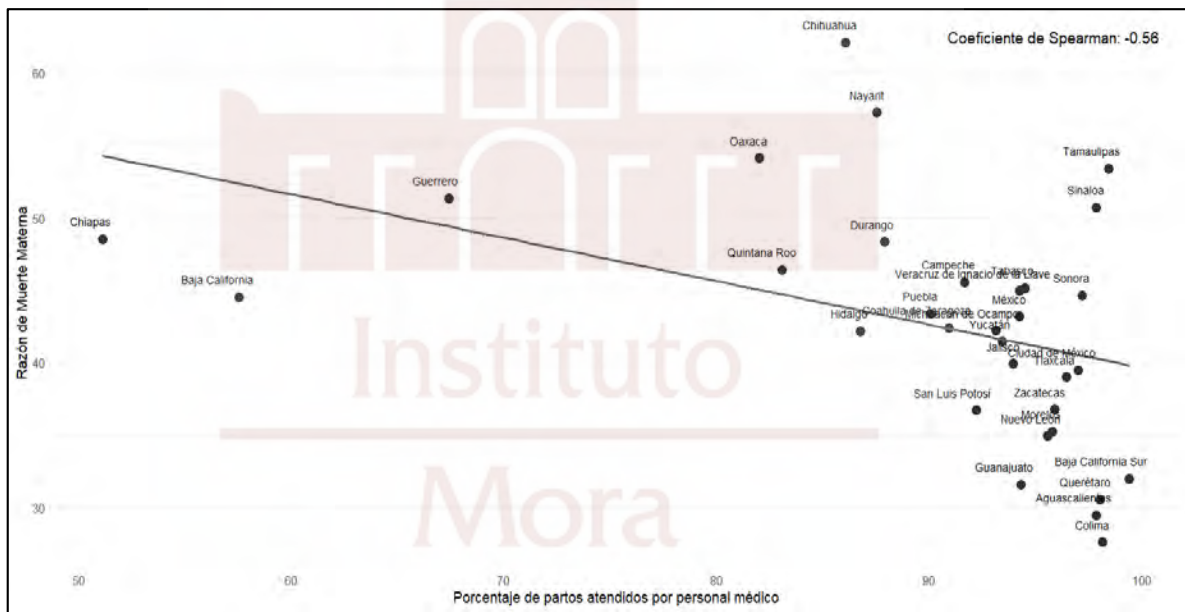
6.2.2.1. Correlaciones entre Razón de Muerte Materna (RMM) y los principales indicadores de la AISM

Comienzo por las diadas RMM-PPAPM y RMM-PPI. Al respecto, el resultado para ambos pares es que hay con toda certeza una correlación negativa entre ellas. Para el caso del PPAPM y la RMM, el coeficiente de Spearman es $\rho = -0.56$. Esto indica una correlación negativa de intensidad moderada a fuerte entre el porcentaje de

partos atendidos por personal médico y la razón de muerte materna a nivel estatal, como muestra la *gráfica 6.2*. En otras palabras, esto significa que durante el periodo de 2016 a 2021, a medida que una de las variables aumentó, la otra disminuyó con una intensidad de moderada a fuerte.

A nivel ordinal, la interpretación es que las entidades federativas con mayores porcentajes de parto atendido por personal médico tienden a tener una menor Razón de Muerte Materna. Esta relación es estadísticamente significativa, pues se presenta con un *p-value* de 0.00095; lo que quiere decir que la posibilidad de que esta correlación se deba al azar es prácticamente nula.

Gráfica 6.2. Correlación entre Razón de Muerte Materna (RMM) y porcentaje de partos atendidos por personal médico (PPAPM), 2016-2021.

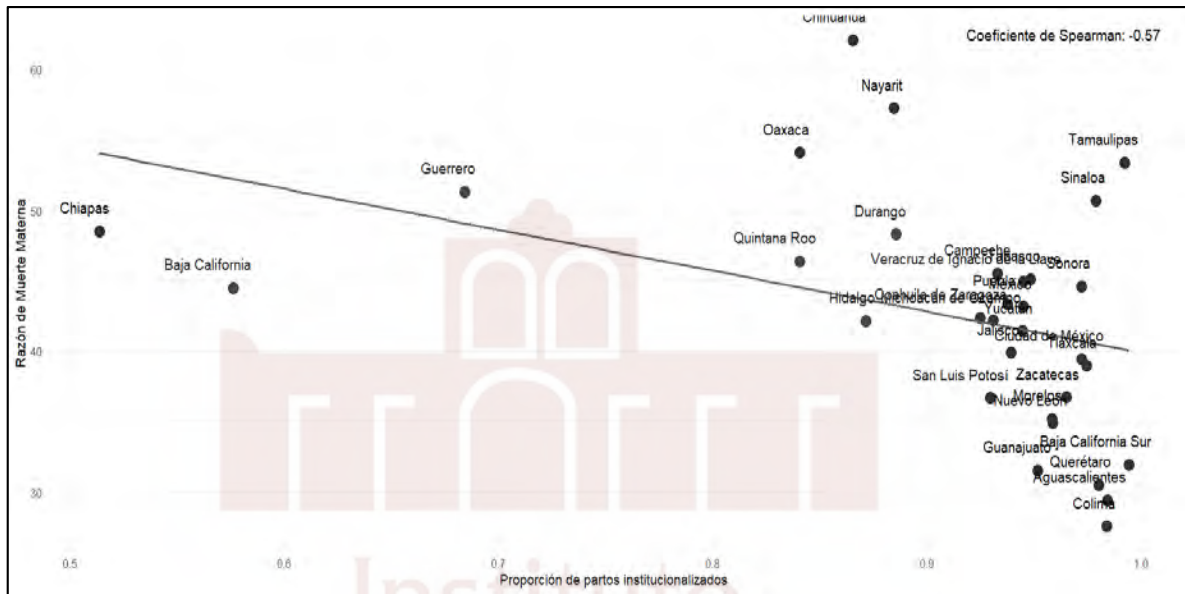


Fuente: de elaboración propia a partir los datos de RMM del SIODS y del cálculo del PPAPM a partir de los datos de las estadísticas de natalidad del INEGI.

Sucede lo mismo en el caso de la relación entre la proporción de parto institucionalizado (PPI) y la Razón de Muerte Materna (RMM), cuyo coeficiente de correlación de Spearman es $\rho = -0.57$. Como ilustra la *gráfica 6.3*, nuevamente, los resultados indican una relación negativa de moderada a fuerte –ligeramente mayor a la de PPAPM y RMM– entre la PPI y la RMM en el periodo señalado.

Esto significa que, en este periodo, a medida que aumenta la proporción de parto institucionalizado, baja la Razón de Muerte Materna a nivel de entidad federativa con una intensidad de moderada a fuerte. La dirección y magnitud de la relación indicada es estadísticamente significativa, pues presenta un *p-value* de 0.00076.

Gráfica 6.3. Correlación entre Razón de Muerte Materna (RMM) y proporción de partos institucionalizados (PPI), 2016-2021.



Fuente: de elaboración propia a partir los datos de RMM del SIODS y del cálculo de la PPI a partir de los datos de las estadísticas de natalidad del INEGI.

La similitud entre ambos resultados se debe a que la PPI y el PPAPM son variables prácticamente equivalentes por la forma en que en México se ha materializado la política pública de salud materna. Al respecto, la PPI y el PPAPM tienen un coeficiente de correlación de Spearman de 0.99 con un *p-value* de 2.2e-16. Ello implica que se trata, con suma certeza, casi de la misma variable, pues al calcular el coeficiente de correlación de una variable consigo misma se obtiene como resultado el número 1.

Tomando en cuenta que las actas de registro de las estadísticas de natalidad del INEGI, sobre las que baso estos indicadores, incluyen la participación de personal de enfermería y partería, este resultado demuestra que, en México,

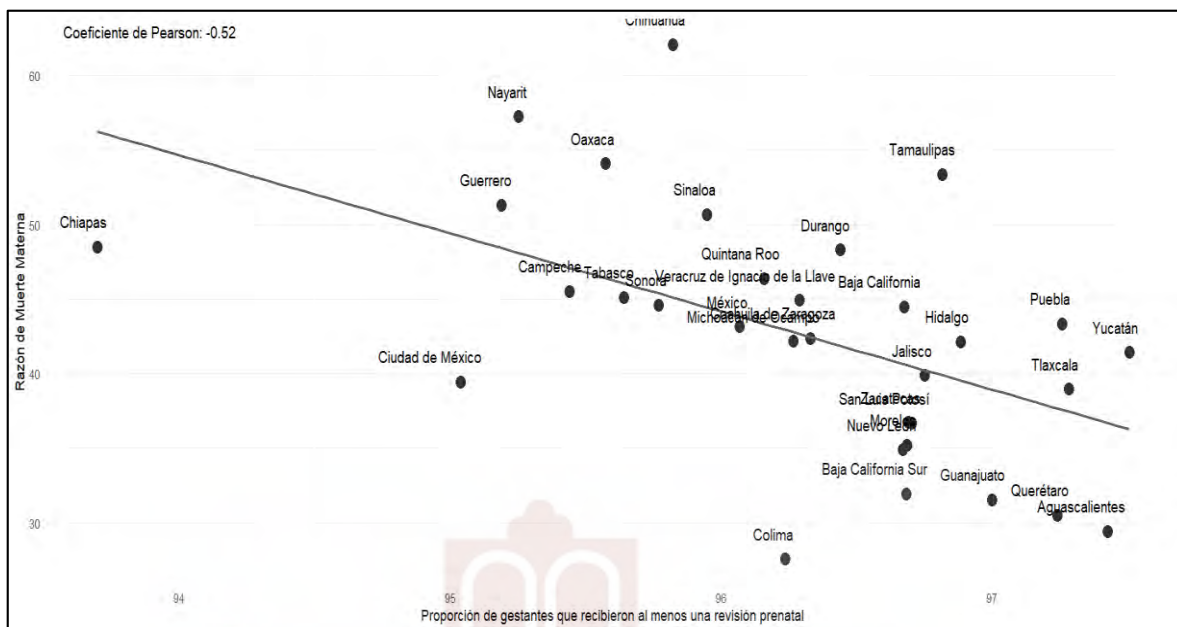
durante el periodo señalado, la atención institucionalizada del parto estuvo estrechamente vinculada al personal médico. Esto indica que la participación de otros actores del ecosistema clínico y hospitalario está marginalizada en la práctica obstétrica.

Ahora, en contraste con el caso de la PPI y el PPAPM, el porcentaje de acceso a atención prenatal (APN) y el promedio de número de consultas prenatales (PNCPN) tienen un coeficiente de correlación de Pearson de 0.52 con un *p-value* de 0.002. Esto indica que, si bien hay una correlación positiva de intensidad fuerte y estadísticamente significativa entre el APN y el PNCPN, se trata de dos variables lo suficientemente diferentes.

En el caso de la relación entre la RMM y el APN –entendida como al menos una revisión prenatal– el coeficiente de correlación de Pearson es de -0.52 con un *p-value* de 0.0021. Ello sugiere que, para el caso de México en el periodo 2016-2021, a medida que aumenta el porcentaje de acceso a al menos una consulta prenatal (APN), la razón de muerte materna (RMM) tiende a disminuir con una intensidad fuerte de acuerdo a los criterios estadísticos de Cohen (1988). La *gráfica 6.4* muestra la dispersión de esta relación, misma que es estadísticamente significativa.

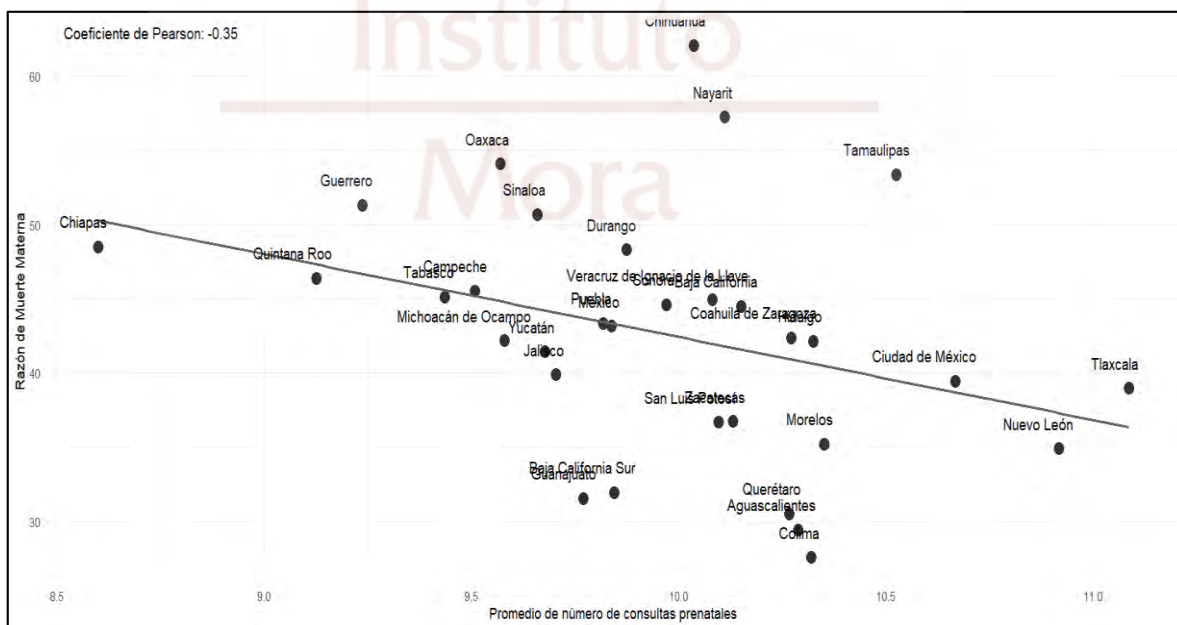
Por su parte, como ilustra la *gráfica 6.5*, los resultados arrojaron una correlación negativa entre la RMM y el PNCPN. En este caso, la correlación es de intensidad moderada, pues el coeficiente de correlación de Pearson de este par es de -0.35 . No obstante, aunque el *p-value* del coeficiente es muy cercano a 0.05, los intervalos de confianza tanto del 95% como del 90% para la correlación incluyen el valor 0. Por ello, no es posible afirmar con certeza que haya una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables, en contraste a lo que sucede con la diada APN-RMM.

Gráfica 6.4. Correlación entre Razón de Muerte Materna (RMM) y el porcentaje de acceso a atención prenatal (APN), 2016-2021.



Fuente: de elaboración propia a partir los datos de RMM del SIODS y del cálculo del promedio ponderado de APN a partir de la ENADID 2018 y la ENADID 2023 del INEGI.

Gráfica 6.5. Correlación entre Razón de Muerte Materna (RMM) y promedio de número de consultas prenatales (PNCPN), 2016-2021.



Fuente: de elaboración propia a partir los datos de RMM del SIODS y del cálculo del promedio ponderado de PNCPN a partir de la ENADID 2018 y la ENADID 2023 del INEGI.

Hasta ahora he descrito los resultados de las pruebas de correlación entre los principales indicadores de soporte de la AISM y su indicador central: la RMM. En resumen, las pruebas arrojan correlaciones negativas y estadísticamente significativas –es decir, que son lo suficientemente fuertes como para concluir que no se deben al azar– entre la RMM y la PPI, la PPAPM y el APN.

En contraste, y al menos para este nivel de desagregación y para el periodo señalado, no parece haber una correlación estadísticamente significativa entre la RMM y el promedio de número de consultas prenatales (PNCPN) en México, incluso bajo estándares estadísticos menos estrictos. En el apartado de discusión de resultados profundizaré sobre las implicaciones de lo descrito para cada diada de variables.

6.2.2.2. Correlaciones entre el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidentes de violencia obstétrica (PVO) y los principales indicadores de la AISM

Ahora, después de analizar las relaciones entre la Razón de Muerte Materna (RMM) y los principales indicadores de soporte de la AISM, considero necesario explorar los vínculos entre dichas variables y la prevalencia de violencia obstétrica en México. En este subapartado muestro los resultados de una de las preguntas centrales de esta tesis: cómo las recomendaciones de la AISM, interpretadas y adaptadas a través de la PPSM mexicana es su historicidad, se relacionan con la prevalencia de violencia obstétrica en el país. Estos resultados representan el último, pero también el más central, eslabón del recorrido planteado en la introducción de esta investigación y desarrollado en las páginas que anteceden estas líneas.

Los resultados, como ya mostré en la *tabla 6.12*, indican la presencia de ciertas correlaciones significativas entre algunas de las recomendaciones de la AISM orientadas a reducir la muerte materna y la violencia obstétrica en México. Esto sugiere que ciertas iniciativas, aunque legítimas en su intención, se asocian de

manera paradójica con prácticas nocivas para las gestantes. Estas asociaciones plantean interrogantes importantes que merecen un análisis detallado. A continuación, presento los resultados específicos de estas correlaciones, cuyas posibles interpretaciones e implicaciones discutiré en el siguiente –y último– apartado de este capítulo.

Con ello en mente, comienzo por exponer los resultados de aquellos indicadores de la AISM que, de acuerdo a las pruebas realizadas, no parecen tener influencia sobre el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidente de violencia obstétrica (PVO), en México y durante el periodo señalado. Se trata de dos: el porcentaje de partos atendidos por personal médico (PPAPM) y la proporción de parto institucionalizado (PPI).

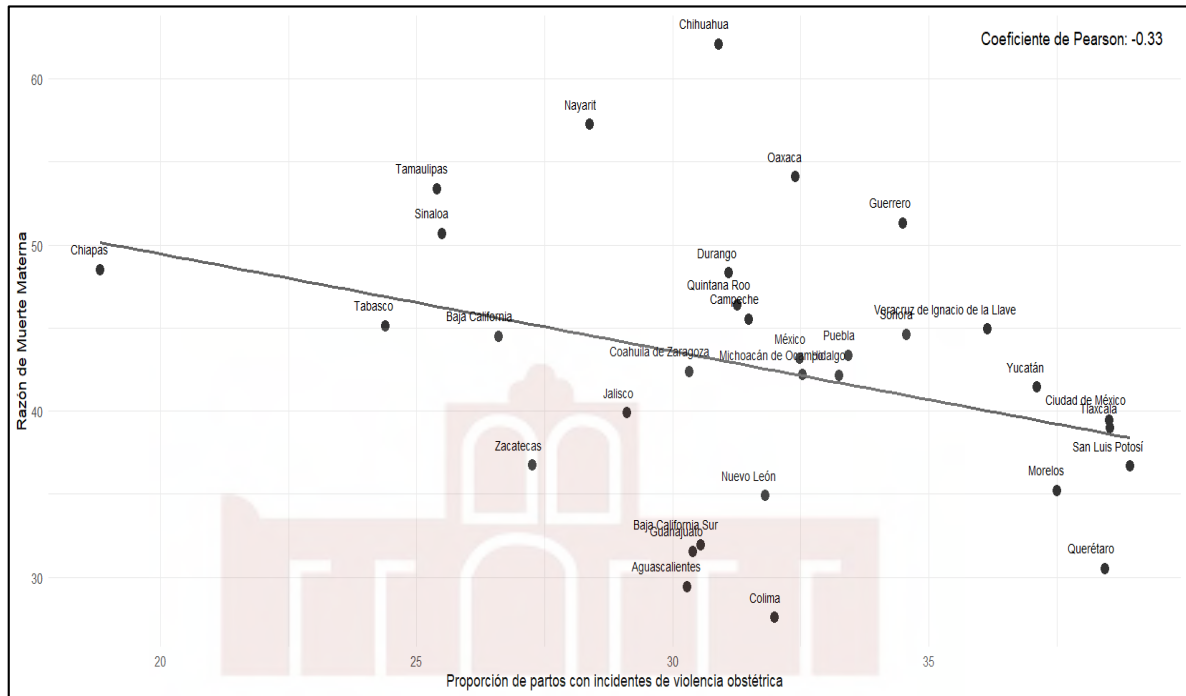
En ese sentido, el coeficiente de correlación de Spearman entre la PVO y el PPAPM es de apenas $\rho = 0.0865$, con un *p-value* de 0.6366, lo que indica una correlación nula y estadísticamente no significativa. De igual forma, la *rho* de Spearman entre la PVO y la PPI es de $\rho = 0.0868$, con un *p-value* de 0.6352, arrojando la misma interpretación que en el caso de la correlación entre PVO y PPAPM.

Sin embargo, los resultados sí muestran una correlación entre la PVO y la RMM. Específicamente, ambas variables comparten un coeficiente de correlación de Pearson de -0.33 , con un *p-value* de 0.06. Y, aunque este *p-value* es ligeramente superior al umbral de significancia de 0.05, la correlación observada sugiere una tendencia que merece atención, especialmente al considerar intervalos de confianza al 90% y un *p-value* de 0.10.

Bajo estos umbrales, la RMM y el porcentaje de partos con incidentes de violencia obstétrica a nivel estatal comparten una relación en dirección negativa y de intensidad moderada, de acuerdo a los criterios de Cohen (1988), en el periodo de 2016 a 2021. Esto significaría que, cuando la muerte materna disminuye, la violencia obstétrica tiende a aumentar. Esta relación, empero, debe complejizarse,

pues la dispersión de los puntos que se observa en la *gráfica 6.6* indica la presencia de otros factores determinantes en la relación entre ambas variables.

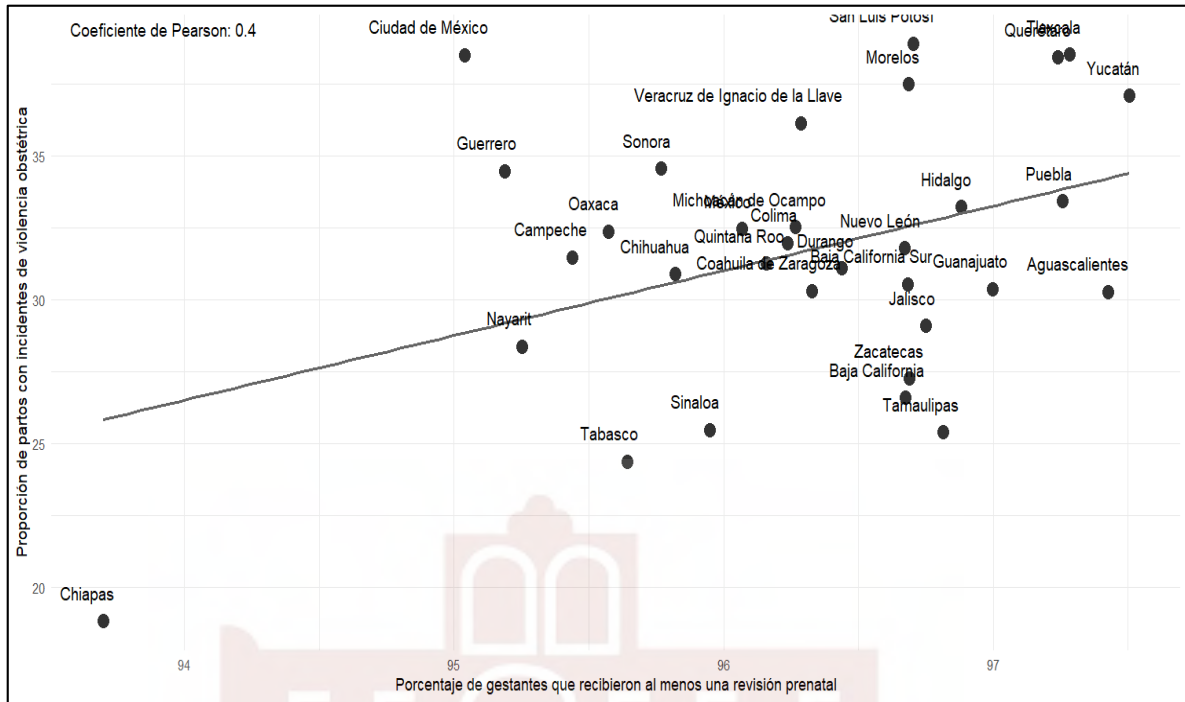
Gráfica 6.6. Correlación entre la razón de muerte materna (RMM) y el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidentes de violencia obstétrica (PVO), 2016-2021.



Fuente: de elaboración propia a partir los datos de RMM del SIODS y de PVO de la ENDIREH 2021 del INEGI.

Los resultados de las pruebas también indican la existencia de una relación entre la PVO y el APN. El coeficiente de correlación de Pearson para el par es de 0.4 con un *p-value* de 0.02. Estos valores indican una correlación positiva moderada entre ambas variables, lo que sugiere que, a medida que aumenta el porcentaje de acceso a la atención prenatal, también tiende a aumentar de forma moderada el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron un al menos un incidente de violencia obstétrica durante su último parto (PVO). El *p-value* indica que esta relación, que se observa en la *gráfica 6.7*, es estadísticamente significativa.

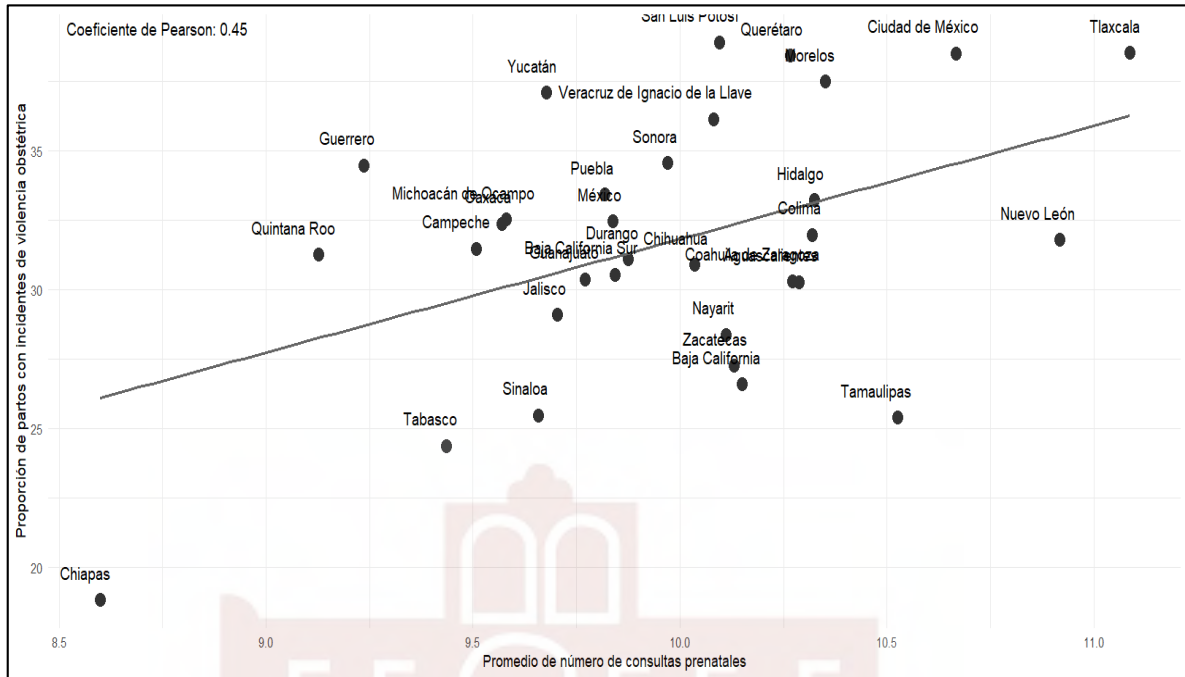
Gráfica 6.7. Correlación entre el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidentes de violencia obstétrica (PVO) y el porcentaje de acceso a atención prenatal (APN), 2016-2021.



Fuente: de elaboración propia a partir los datos de PVO de la ENDIREH 2021 y del cálculo del promedio ponderado de APN a partir de la ENADID 2018 y la ENADID 2023 del INEGI.

Ahora, si bien los resultados muestran correlaciones significativas entre la PVO, la RMM y el APN, la más fuerte y estadísticamente significativa de éstas parece encontrarse entre la PVO y el PNCPN. Al respecto, este par arrojó un coeficiente de correlación de Pearson de 0.45 con un *p-value* de 0.01. Estos valores sugieren la existencia de una correlación positiva, de moderada a fuerte y significativa entre ambos fenómenos. La interpretación es que, a medida que aumenta el promedio de consultas prenatales, también tiende a aumentar la prevalencia de violencia obstétrica en México, con posibilidades prácticamente nulas de que esto se deba al azar. La dirección y fuerza de la correlación es visible en la *gráfica 6.8*.

Gráfica 6.8. Correlación entre el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidentes de violencia obstétrica (PVO) y el promedio de número de consultas prenatales (PNCNP), 2016-2021.



Fuente: de elaboración propia a partir los datos de PVO de la ENDIREH 2021 y del cálculo del promedio ponderado de PNCNP a partir de la ENADID 2018 y la ENADID 2023 del INEGI.

Estos resultados proporcionan una visión de las correlaciones entre los principales indicadores de la AISM y la violencia obstétrica para el caso mexicano, con una desagregación a nivel de entidad federativa y durante el periodo que comprende los primeros 5 años de la adopción de la más actual y principal agenda de desarrollo internacional por el país. No obstante, para entender las implicaciones de estos resultados, es crucial situarlos dentro de la teoría y del contexto más amplio de la salud materna en México.

A razón de ello, en el próximo subapartado analizaré a profundidad el significado de estas correlaciones. Así, exploraré las posibles explicaciones detrás de los patrones observados, y explicaré cómo estos resultados se relacionan con las dinámicas de violencia obstétrica y las recomendaciones de la AISM en el contexto mexicano.



6.2.3. *Discusión de resultados*

Como se vio en el capítulo cinco de esta tesis, la PPSM mexicana, a través de diferentes mecanismos, ha interpretado y adoptado las recomendaciones centrales de la AISM encaminadas a la meta de reducir los casos de muerte materna mediante intervenciones específicas. Estas recomendaciones centrales, como se observa en las agendas internacionales de desarrollo analizadas en los capítulos tres y cuatro, se cristalizan en los indicadores de Razón de Muerte Materna (RMM), porcentaje de partos atendidos por personal médico (PPAPM), proporción de parto institucionalizado (PPI), el porcentaje de acceso a consultas prenatales (APN) y promedio de número de consultas prenatales (PNCPN).

Al respecto, en el subapartado anterior presenté evidencia en torno a la existencia de relaciones negativas y estadísticamente significativas entre la Razón de Muerte Materna (RMM) y el porcentaje de partos atendidos por personal médico (PPAPM), la proporción de parto institucionalizado (PPI) y el acceso a consultas prenatales (APN). En el caso de la RMM, la PPI y el PPAPM se trata de una relación de intensidad moderada, mientras que en el caso de la RMM y el APN se trata de una relación de intensidad de moderada a fuerte.

Ahora, si bien correlación no implica causalidad, ciertamente sí implica la existencia de una relación estadística entre dos variables. En ese sentido, bajo la metodología que utilicé no puede afirmarse estrictamente que las estrategias adoptadas por la PPSM mexicana a partir de las recomendaciones de la AISM han tenido un efecto sobre la RMM. No obstante, sí puede afirmarse que, en el caso mexicano, a nivel estatal y durante los primeros cinco años de la entrada en vigor de la Agenda 2030, hay una asociación significativa entre la reducción de la RMM y el aumento de la PPI, el PPAPM y el APN, siendo éstas intervenciones privilegiadas por la PPSM mexicana, como se demostró en el capítulo cinco de esta tesis.

Los hallazgos respecto a la correlación negativa entre RMM y PPAPM, y RMM y PPI, para México, en el periodo y con el nivel de desagregación señalados,

son consistentes con lo encontrado en otros estudios de correlación cuyas muestras se componen de países en desarrollo. Algunos ejemplos de ello, entre otros, son los estudios de Berhan & Berhan (2014), Girum & Wasie (2017) y Robinson & Wharrad (2001).

La consistencia de los resultados de México respecto a otros estudios, indican que la asociación establecida entre PPI, PPAPM y RMM es estadísticamente congruente. Específicamente, esta congruencia apoya la interpretación de que el aumento en la proporción de partos atendidos en clínicas y hospitales, así como el aumento del porcentaje de partos atendidos por personal médico guardan una relación con la disminución de la mortalidad materna en el caso mexicano.

No obstante, los indicadores de PPI y PPAPM para las entidades federativas de México presentan una limitación importante: ambos se encuentran concentrados cerca de sus valores máximos, con una variabilidad baja. Esta falta de dispersión refleja una cobertura muy alta de atención institucionalizada y a manos de personal médico, lo que dificulta la observación de diferencias en los resultados de salud materna según el tipo de atención. En ese sentido, la concentración en valores altos limita el análisis, ya que la fiabilidad de la correlación depende en parte de la variabilidad en las muestras.

Asimismo, el coeficiente de correlación arrojado en las pruebas estadísticas entre PPI y PPAPM también indican que, en la PPSM mexicana, ambas cuestiones se han interpretado, sin lugar a dudas, como una misma intervención –aspecto que también se observa en las narraciones de las informantes del capítulo cinco. Al respecto, es claro que esta interpretación ha marginalizado a otros actores sanitarios, tales como parteras empíricas, parteras profesionales y enfermeras obstétricas, limitando su participación dentro del ecosistema hospitalario.

Esto, en combinación con la baja variabilidad y la concentración cerca de los valores máximos, da como resultado la imposibilidad de asegurar que la atención del parto por parte de personal médico sea la única medida que pudiera tener una

asociación negativa con la RMM en el caso mexicano. En consecuencia, los resultados de la asociación entre RMM, PPI y PPAPM en México en el periodo señalado no deben interpretarse como una prueba de que el personal médico es el único capacitado para atender partos de forma exitosa, si bien su presencia sí se correlaciona con menores RMM –incluso, posiblemente, en mayor medida que lo arrojado en los resultados de las pruebas de este capítulo por la cuestión de la variabilidad (Bates, Zhang, Dufek & Chen, 1996).

Ahora, de acuerdo a las pruebas realizadas, y en contraste con una de las hipótesis de esta tesis, la PPI y el PPAPM no se correlacionan de forma estadísticamente significativa con el porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidentes de violencia obstétrica (PVO) en México durante el periodo estudiado. Esta ausencia de relación estadística es llamativa, especialmente a la luz de los resultados de la ENDIREH 2021, que estiman que entre el 15.4% y el 40.4% de los partos atendidos en instituciones de salud –públicas y privadas– reportaron casos de violencia obstétrica, mientras que los partos atendidos en casa por partera solo registraron una prevalencia del 2.5%.

Dado que las estadísticas descriptivas apuntan a que los partos atendidos por personal médico en instituciones de salud presentan mayores porcentajes de incidentes de violencia obstétrica en comparación con los partos atendidos por partera fuera de las instituciones formales de salud, vale la pena problematizar los resultados de los coeficientes de correlación aquí encontrados. En esa línea, al igual que en el caso de los pares RMM-PPAPM y RMM-PPI, es posible que estemos frente a una subestimación de los coeficientes de correlación por la escasa variabilidad que presentan la PPI y el PPAPM en el caso mexicano con un nivel de desagregación estatal.

La baja variabilidad y la concentración en los valores máximos posibles, nuevamente, puede impedir la identificación de patrones o diferencias en las experiencias de las gestantes en función del tipo de atención recibida. En el caso del PPAPM, la muy alta cobertura de partos atendidos por personal médico en casi

todas las entidades federativas puede enmascarar a nivel estadístico las diferencias en el tipo de atención recibida por las gestantes –personal de partería frente a personal médico, por ejemplo.

Por su parte, en el caso de la PPI, la muy alta y extendida cobertura del parto en clínica u hospital –tanto público cuanto privado– podría estar limitando la capacidad de detectar una relación estadísticamente significativa con el PVO. En otras palabras, por las características estadísticas de las variables PPI y PPAPM, los coeficientes arrojados pudieran estar subestimando la verdadera relación entre ellas y el PVO, por lo que, en ambos casos, deben ser interpretados con precaución.

Asimismo, como describo en la metodología del apartado, la operacionalización que realicé de las variables PPI, PPAPM y PVO no distingue entre instituciones de atención, pues se trata de promedios estatales. En ese sentido, las medias empleadas no capturan las variaciones entre los diferentes tipos de instituciones. No obstante, como se observa en las estadísticas descriptivas de la ENDIREH 2021, hay ciertas instituciones de salud que reportan porcentajes más altos de incidentes de violencia obstétrica que otras. Al respecto, los promedios estatales que componen la muestra diluyen las diferencias específicas entre dichas instituciones, lo que puede subestimar la relación entre PVO, PPAPM y PPI en contextos institucionales específicos. Esto deberá ser tomado en cuenta en futuras investigaciones para asegurar interpretaciones más certeras.

Sumado a lo anterior, la medición del PVO pudiera estar produciendo subestimaciones en los coeficientes de correlación. Como señalé en el subapartado metodológico de este capítulo, construí la variable PVO con base en los estimados estatales de la ENDIREH 2021, cuya medición solo toma en cuenta las experiencias del último parto, excluyendo el resto del historial reproductivo de la gestante. Al respecto, esta medición puede estar subestimando la prevalencia de violencia obstétrica en el país. Además, esta estimación no permite conocer la intensidad de los episodios de violencia obstétrica –misma que intenté estimar en el primer

apartado de este capítulo—, por lo que los coeficientes de correlación mostrados pueden no ser sensibles a esta realidad.

Ahora, a pesar de esto, y de que las variables PPI y PPAPM no mostraron relación con el PVO, los resultados sí arrojaron una correlación entre esta última y la RMM a nivel territorial. Esta relación es negativa y de intensidad moderada de acuerdo a los criterios de Cohen (1988). Esto quiere decir que, en México, durante el periodo 2016-2021, a medida que la Razón de Muerte Materna bajó, el porcentaje de mujeres que reportaron al menos una manifestación de violencia obstétrica en su último parto subió con una intensidad moderada.

Si bien, nuevamente, correlación no implica causalidad, este resultado es congruente con la hipótesis central de esta tesis, a saber, que el énfasis casi exclusivo de la AISM en torno a la urgente reducción de la RMM, y su asimilación en lo nacional, se relaciona con altos niveles de prevalencia de violencia obstétrica en México. Dicha relación, no obstante, debe complejizarse, pues la dispersión de los puntos en el gráfico de correlación indica la presencia de otros factores que median tal asociación.

En otras palabras, y como es de esperarse, la totalidad del fenómeno de la violencia obstétrica no se correlaciona solo a partir de factores internacionales, si bien algunos de estos sí han demostrado ser estadísticamente importantes. En ese sentido, futuros estudios cuantitativos deberán integrar a la investigación otros factores con base en la teoría, considerando que en el análisis estadístico interseccional del primer apartado de este capítulo pudieran encontrarse algunos de estos elementos.

Por otro lado, los resultados expuestos hasta ahora pueden sugerir una nueva hipótesis de salida. Como se observó, la PPI y el PPAPM se correlacionaron con la RMM, pero no con el PVO. Sin embargo, la RMM sí se correlacionó moderadamente con el PVO. En consecuencia, y a la luz de estos resultados y de lo encontrado en los capítulos previos de esta tesis, la hipótesis de salida es que

existe la posibilidad de que la RMM pudiera actuar como una variable mediadora entre la PPI, el PPAPM y el PVO.

En concreto, en los resultados se observa que el parto institucionalizado y atendido por personal médico se correlaciona con una reducción de la mortalidad materna en México a nivel estatal, lo que, en ese aspecto, reflejaría los posibles beneficios asociados a este tipo de cobertura del parto –sin obviar, por supuesto, la existencia de otros factores relacionados.¹⁷⁰ Sin embargo, la relación negativa entre RMM y PVO indica que, en los estados mexicanos con menores RMM, la prevalencia de violencia obstétrica tiende a ser más elevada.

Como resultado, la hipótesis de salida sugiere que los territorios en donde se logra reducir la mortalidad materna mediante un enfoque más medicalizado y protocolizado de la atención obstétrica podrían, al mismo tiempo, exponer a las gestantes a un trato más coercitivo y controlador en el momento del parto, lo cual incrementaría los reportes de violencia obstétrica. Es importante subrayar que, si bien los datos sugieren una posible mediación, esta interpretación es hasta el momento solo una hipótesis que surge a partir de las relaciones observadas en esta tesis, y como tal deberá ser estrictamente probada en futuras investigaciones.

Por lo pronto, los resultados dan certeza de que tanto el PVO y la RMM, cuanto la PPI, el PPAPM y la RMM están correlacionados de forma tal que cuando aumenta una disminuye la otra. Otra certeza se encuentra en la asociación entre la RMM y el porcentaje de acceso a consultas prenatales (APN) que es, de hecho, la correlación de mayor intensidad entre todas las encontradas. Al respecto, para el

¹⁷⁰ No debe descartarse que los territorios con mayores proporciones de parto institucionalizado podrían ser también aquellos con mayor escolaridad femenil, con mejor acceso a servicios de agua potable y saneamiento, con menores carencias nutricionales, con mayor acceso a tratamientos de enfermedades crónicas, entre muchos otros factores que influyen en los resultados de salud materna. En consecuencia, no pueden inferirse causalidades a partir de correlaciones. En otras palabras, en la relación entre PPI, PPAPM y RMM hay otros elementos en operación, por lo que no puede asegurarse que las menores tasas de RMM se deban a este tipo de atención y no a que este tipo de atención es más común en territorios que satisfacen otros marcadores significativos para la salud materna.

caso de México, durante el periodo 2016-2021, a medida que aumentó el porcentaje de acceso a consultas prenatales –entendido como al menos una consulta–, disminuyó la mortalidad materna en los territorios analizados con una intensidad de moderada a fuerte de acuerdo a los criterios de Schober, Boer & Schwarte (2018).

Sin embargo, esta relación entre consultas prenatales y Razón de Muerte Materna es mucho menos significativa, tanto en intensidad cuanto en rigor estadístico, a medida que aumenta el número de consultas. De acuerdo a los resultados obtenidos, la RMM no se correlaciona significativamente con el promedio de número de consultas prenatales (PNCPN). Esto significa que, si bien la política de acceso a consultas prenatales se correlaciona con menores RMM en México y a nivel estatal, un mayor número de consultas no se traduce necesariamente en una reducción adicional de la RMM, o no al menos a partir de cierto número –en el caso analizado la media es de 9.96 consultas.

No obstante, de acuerdo a los mismos resultados, un mayor número de consultas prenatales sí se vincula con una mayor prevalencia de violencia obstétrica durante el parto a nivel estatal durante el periodo señalado. En realidad, tanto el APN cuanto el PNCPN se correlacionan positivamente con el PVO, si bien la intensidad y significancia estadística de la relación PNCPN-PVO es mayor.

Así, en el caso analizado, a medida que aumentó el número de consultas prenatales, también aumentó el porcentaje de mujeres que reportaron al menos una manifestación de violencia obstétrica durante su último parto, sin que ello implicara a la par una reducción en las RMM en los estados. En contraste, el aumento de la APN se asocia tanto con un aumento en la PVO cuanto con una disminución en la RMM. Estos resultados, por tanto, ponen en duda, desde un punto de vista tecnocrático, la justificación de las políticas que pretenden aumentar el número de consultas prenatales en los territorios estudiados, pues sus externalidades negativas no parecen estar acompañadas de mejoras sustanciales –al menos, como señalo, a partir de cierto número de consultas.

Más allá, la relación que describo entre violencia obstétrica y controles prenatales se observa incluso a pesar de que la medición de la ENDIREH utilizada para el PVO no contempla las manifestaciones de violencia obstétrica durante el embarazo, sino sólo aquellas que ocurren durante el parto, como ya he descrito. En ese sentido, es muy probable que la fuerza de la asociación entre estos dos fenómenos se encuentre incluso subestimada. Aun así, los resultados son lo suficientemente significativos para asegurar que ambos fenómenos pertenecen a un mismo universo de relaciones.

Al respecto, la correlación entre PNCPN y PVO podría indicar la existencia de cierto efecto acumulativo en la exposición de las gestantes al sistema de salud. A diferencia de la PPI y el PPAPM, que reflejan una exposición única, el PNCPN es un indicador directo de la frecuencia del contacto de la gestante con el sistema de salud. En ese sentido, un mayor número de consultas prenatales puede indicar tanto un ecosistema general de sobremedicalización cuanto la presencia de prácticas institucionales más arraigadas de control médico.

Así, un elevado número de contactos con el sistema de salud puede reflejar un enfoque institucional caracterizado por el monitoreo y control intensivo, mismo que permea en la experiencia obstétrica final –evento que sí considera la medición de PVO de la ENDIREH–, y produce una experiencia de parto más controlada y coercitiva. Además, si las políticas y lineamientos promueven un número elevado de consultas sin necesariamente mejorar en términos reales la humanización de la atención, los territorios que reportan los mayores promedios de consultas también pueden ser los territorios con los sistemas de salud más sobrecargados y más rígidos en términos protocolarios.

Ahora bien, hasta el momento he discutido algunas de las limitaciones presentes en los resultados que arrojaron las pruebas de correlación. No obstante, considero importante señalar un par de cuestiones de orden más general que deben considerarse en la interpretación de estos resultados. En primer lugar, deberá tomarse en cuenta la calidad de los datos utilizados. Desafortunadamente, la

sección de atención obstétrica de la ENDIREH no mide ni el historial reproductivo de la encuestada ni la prevalencia de violencia durante el embarazo y el puerperio. Por ello, es muy posible que los datos utilizados de violencia obstétrica sean subestimaciones, lo que a su vez compromete la calidad de los resultados de correlación.

En segundo lugar, las cifras utilizadas en los análisis corresponden a un periodo atípico para la salud materna en México. Los últimos dos años del rango temporal –2020 y 2021– estuvieron marcados por la pandemia por SARS-CoV-2, misma que tuvo efectos devastadores sobre los indicadores de RMM y que muy probablemente influyó sobre las decisiones de las gestantes de acudir al sistema de salud. Si bien se utilizó un solo promedio de todos los años del periodo 2016-2021, los últimos dos años pudieran estar sesgándolo. En ese sentido, los resultados arrojados deben interpretarse como representativos sólo de ese periodo.

En tercer lugar, el análisis está limitado al nivel estatal por la imposibilidad de desagregar los datos de la ENDIREH a nivel municipal sin comprometer su calidad estadística. Esta situación impide captar las variaciones contextuales más específicas y, a su vez, limita el tamaño de la muestra utilizada. Un análisis a nivel municipal permitiría un mayor número de observaciones, mejorando las estimaciones en los coeficientes de correlación entre las variables utilizadas. Aun así, los resultados aún nos permiten derivar conclusiones que son representativas para el nivel estatal.

En cuarto lugar, y en relación al punto anterior, considero importante no olvidar el riesgo de la falacia ecológica, ya que las correlaciones encontradas a nivel poblacional no necesariamente se traducen a nivel individual. Esto significa que lo observado para cada entidad federativa no representa necesariamente las experiencias individuales de las gestantes. Como mostré en el primer apartado de este capítulo, en México, gestantes con diferentes marcadores de la diferencia social experimentan de forma desigual la frecuencia y las manifestaciones de violencia obstétrica y de muerte materna. El análisis de esta sección, al trabajar con

promedios generales, no toma en cuenta tales diferencias. Por tanto, las conclusiones derivadas se limitan al nivel estatal y deben ser interpretadas sólo de esa manera.

Finalmente, el análisis emprendido en este capítulo representa una primera aproximación estadística a las relaciones entre las variables de muerte materna, violencia obstétrica e indicadores de la AISM y la PPSM mexicana. En esa dirección, el propósito de estos resultados es servir como base para un análisis estadístico más detallado, como un modelo de regresión lineal múltiple. Este tipo de análisis permitiría controlar otras variables y explorar con mayor precisión la influencia de cada factor en los resultados de salud materna y violencia obstétrica en México. Mientras tanto, los resultados aquí mostrados son exploratorios y nos indican a qué relaciones debemos prestar atención.

En conclusión, los análisis de correlación presentados en este apartado, aun con sus limitantes, han permitido identificar asociaciones significativas entre violencia obstétrica y algunos de los indicadores clave de la AISM adoptados por la PPSM mexicana. En primer lugar, se observaron correlaciones negativas entre RMM, parto institucionalizado y parto atendido por personal médico, lo que indica que a medida que aumentaron los dos últimos, disminuyó la RMM a nivel estatal.

Por otro lado, no se observó que el parto institucionalizado y el parto atendido por personal médico influyeran sobre los porcentajes de prevalencia de violencia obstétrica a nivel estatal; si bien, como señalé, estos resultados deben interpretarse con cautela por la distribución de las variables PPI y PPAPM. En consecuencia, habiendo identificado en el capítulo cinco que el objetivo prioritario de la PPSM mexicana desde el 2000 ha sido la reducción de las RMM, puede afirmarse que los medios utilizados se correlacionan con el objetivo, sin que ello implique necesariamente causalidad ni que sea el único medio efectivo disponible.

En segundo lugar, se encontró que el acceso a atención prenatal, entendida como al menos una consulta, se correlacionó significativamente con menores RMM a nivel estatal durante el periodo analizado. No obstante, esta relación pierde

intensidad y significancia al aumentar el número de consultas prenatales. En otras palabras, no se encontró que un aumento en el número de consultas se tradujera en mejores resultados en la RMM.

Sin embargo, sí se encontró una relación entre el acceso a atención prenatal, número de consultas prenatales y el promedio de mujeres que reportaron al menos una manifestación de violencia obstétrica durante su último parto. Sobre ello, a medida que aumentaron los porcentajes de cobertura prenatal y número de consultas, también aumentó la violencia obstétrica a nivel estatal. Esta relación se presentó con mayor fuerza y significancia conforme aumentó el número de consultas prenatales. Al respecto, este aspecto de la PPSM mexicana es, de los analizados bajo los métodos y las fuentes descritas, el que está más sujeto a problematización.

Considero que estos hallazgos evidencian la complejidad de las relaciones entre la atención obstétrica y los resultados en salud materna, así como la influencia de las agendas internacionales y los efectos, éxitos y contradicciones que tienen las políticas de salud materna en los cuerpos gestantes. En ese sentido, estos resultados constituyen una primera base cuantitativa que invita a cuestionar y repensar las biopolíticas destinadas a administrar la gestación y los idearios desarrollistas sobre los que se sostienen. Con este marco, en el siguiente y último apartado desarrollaré las principales conclusiones de los hallazgos expuestos en los seis capítulos que componen esta tesis.

7.

Conclusiones finales

En este intento por redondear en unas pocas ideas claras y concretas las páginas que anteceden estas conclusiones, debo comenzar por compartir que esta tesis nació de la inquietud que con frecuencia acompaña a la intuición. Lo cierto es que cuando comencé a investigar formalmente la cuestión de la violencia obstétrica decidí por razones llanamente personales comprometerme con la revisión de la literatura académica sobre sus causas. Pronto noté lo ubicuo de las explicaciones que situaban su origen en la medicalización de la reproducción y en el deseo de dominar a ese *otro*.

Apenas un par de meses después de iniciar este proceso, llegué a las cifras, en aquel momento recién publicadas, de la ENDIREH 2021. Tras su lectura comprobé –evocando la tiranía del dato numérico, y ahora, además, sin demasiada sorpresa– aquello que muchas de las autoras que consulté señalaban sobre la medicalización y la otredad. Este desenlace, en conjunto con mi introducción a la teoría posdesarrollista en el esquema más general de mis estudios en el Instituto Mora, me llevó a interrogarme si este fenómeno estaba de alguna forma relacionado con el quehacer de mi disciplina, la cooperación internacional.

Esta tesis es el resultado de tales indagaciones. En estas páginas me dediqué a explorar las diversas formas mediante las cuales la cooperación internacional en salud materna se vincularía, paradójicamente, con la prevalencia de violencia obstétrica en México. Mi objetivo con este ejercicio no fue desafiar al conjunto de causas y explicaciones ya identificadas en la literatura, sino, más bien,

situarlas e interpretarlas desde la perspectiva del desarrollo internacional. Esto de forma tal que comenzaran a observarse los contornos de nuevos mecanismos complementarios en el despliegue de esta violencia sexuada, atendiendo así a la naturaleza multicausal de los fenómenos sociales.

Ordené el proceso de investigación fragmentando mi propósito en una serie de interrogantes específicas que, engarzadas, me permitirían trazar un hilo narrativo entre los enunciados y prácticas internacionales y las especificidades de la violencia obstétrica en este territorio. Así, me cuestioné sobre los supuestos teóricos y metodológicos apropiados para aproximarme al objeto de estudio, sobre los elementos simbólicos y materiales que sostienen al aparato de la cooperación internacional de salud materna, sobre la genealogía de sus formaciones discursivas, sobre las interpretaciones de tales discursos en el contexto de la política pública nacional de salud materna, y sobre las correlaciones entre dichas interpretaciones y la violencia obstétrica en México. Mi intención a continuación es presentar a manera de resumen aquello que encontré sobre cada una de estas cuestiones.

7.1. Síntesis de los hallazgos

En este recorrido de lo internacional a lo nacional encontré de utilidad aproximarme al universo complejo de elementos que conforman a la cooperación internacional en salud materna mediante la herramienta foucaultiana de dispositivo. Bajo este encuadre teórico-metodológico identifiqué algunos componentes discursivos y materiales que acompañan a este campo de la cooperación internacional. Tras desagruparlos y analizarlos por separado, tracé las relaciones existentes entre sí hasta reintegrarlos bajo el concepto de la agenda internacional de salud materna (AISM).

En el proceso detecté que las definiciones de salud materna, sus indicadores centrales, causas, estrategias, recomendaciones, actores centrales y arquitectura de financiamiento internacional forman una red que da soporte a un orden hegemónico. En otras palabras, los vínculos que se establecen entre dichos

elementos producen y sostienen órdenes epistémicos orientados a la administración de la gestación, por un lado, y relaciones de poder entre el norte y el sur global, por el otro.

Sobre el primer punto, por ejemplo, es evidente la existencia de una polifonía en las definiciones de salud materna en el campo de la salud internacional, caracterizada por el lugar que en éstas ocupan la gestante y el producto de la gestación. A pesar de ello, a lo largo de la investigación observé cómo las definiciones en las que la gestante se colocaba al centro eran frecuentemente invadidas, de forma indirecta, por la sombra del producto.

Esta sombra se proyecta sobre el financiamiento internacional a la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI), sobre los enunciados de las grandes conferencias internacionales, sobre las narraciones de las personas encargadas de traducir los discursos internacionales en política pública. En otras palabras, aun cuando las definiciones utilizadas parten de la reivindicación feminista de colocar a la gestante en el centro de las intervenciones, el binomio madre-hijo se hace presente.

Mi impresión es que estas tendencias se ven favorecidas por la dificultad de encontrar definiciones concretas en las fuentes primarias internacionales – declaraciones, recomendaciones, notas informativas, programas de acción, documentos de trabajo– que hablan sobre salud materna. Como resultado, observo que *de facto* las definiciones terminan por derivarse de los objetivos, efectos, causas e indicadores mencionados en las fuentes, a los que se suman las propias nociones nacionales sobre salud materna.

De estos elementos, durante la investigación me interesé especialmente en los indicadores. Al respecto, los indicadores de salud materna son tecnologías de gobernanza que cristalizan las justificaciones, motivaciones, metas e intervenciones de la AISM y de la política pública de salud materna mexicana (PPSM). Los indicadores enfatizan los aspectos prioritarios de una problemática y guían cómo deben conducirse las políticas nacionales e internacionales. En ese sentido,

encontré que los indicadores juegan un papel tanto operativo cuanto programático en el marco de las biopolíticas en tanto que permiten realizar comparaciones y marcar los estándares de aquello que debe desarrollarse, dónde debe desarrollarse y cómo debe desarrollarse.

En el caso de la AISM, identifiqué una serie de indicadores hegemónicos en tanto que los replica ampliamente en sus fuentes discursivas. No obstante, también encontré que estos indicadores no poseen la misma centralidad. En esta jerarquía de indicadores de salud materna, aquellos orientados a medir la ocurrencia de muerte materna son de orden primario, pues marca el objetivo primario de la AISM. Por su parte, los indicadores que miden cuestiones como los controles prenatales, el parto calificado y el uso de anticonceptivos son de orden secundario, en tanto que funcionan como indicadores de soporte: proporcionan información sobre los medios ideales para alcanzar el fin primario.

Asimismo, detecté un conjunto de indicadores que definí como de orden terciario, pues su aparición, si bien frecuente, se limita a documentos de trabajo especializados. Entre estos está la tasa de cesáreas, de morbilidad materna, de fístula obstétrica, entre otros. Finalmente, e igualmente significativos por lo que revelan de las prioridades de las intervenciones desarrollistas relacionadas a la salud materna, están aquellos indicadores que no figuran en las fuentes discursivas de la AISM, tales como el acceso a aborto seguro –que en estos esquemas es sustituido por el acceso a anticonceptivos– y la prevalencia de violencia obstétrica.

Queda claro que en todo cuerpo discursivo lo dicho es tan importante como lo no dicho. Sobre ello, observo que la influencia de la AISM se basa en buena medida en su capacidad de generar consenso alrededor de ciertos medios y fines. Entre las estrategias que mantienen este consenso se encuentra la omisión de ciertas temáticas. En ese sentido, la cuestión con la violencia obstétrica es que el concepto desafía los principales medios consensuados para reducir la muerte materna, en tanto que su incidencia está discursivamente relacionada con la medicalización basada en el modelo biomédico occidental.

Al respecto, la AISM ha logrado producir un discurso más o menos homogéneo alrededor de la deseabilidad de la reducción de la muerte materna y de los principales medios para lograrlo: la pronta atención de las emergencias obstétricas mediante el parto medicalizado y su prevención a través de los controles prenatales. Para asegurar el consenso en los medios, la violencia que experimentan las gestantes en el espacio hospitalario pasa a conceptualizarse en este universo de enunciados de la AISM como un asunto relacionado con la calidad de la atención, por lo que no se cuestionan las bases mismas del modelo de atención.

Encuentro que en esta coaptación del concepto la violencia obstétrica pasa a ser, en el orden de las prioridades internacionales, tan solo una externalidad negativa que resulta del combate a un bien mayor –la reducción de la mortalidad materna. Esta lectura oficial permite mantener el consenso en los medios, pues la incidencia de esta violencia se resolvería tan solo con la sensibilización del personal sanitario. De allí que su prevalencia no figure como un indicador hegemónico de la salud materna internacional, ni como un asunto central de ésta, a pesar de que durante las últimas dos décadas muchas voces feministas del Sur Global han abogado por el reconocimiento de su centralidad.

Hasta ahora he escrito sobre los consensos que identifiqué en el marco de la AISM durante esta investigación. Sin embargo, no he señalado que la implementación de estos no sería posible sin la existencia de la base material que les sostiene. Durante la investigación noté en ese respecto tanto la influencia de múltiples actores cuanto de la arquitectura del financiamiento internacional para el desarrollo. Sobre ello, identifiqué que en estos dos elementos se observan los engarzamientos que la AISM hace entre conocimiento –indicadores, causas, recomendaciones, medios, fines– y poder –capacidad de influencia y aplicación.

Los actores centrales de la AISM no sólo dotan de contenido y dirección a la AISM a partir de su producción discursiva, sino que también poseen la capacidad de transformar sus recomendaciones en intervenciones concretas. Para ello, el financiamiento es esencial. Sin éste no sería posible sostener al aparato de oficinas,



expertos, encuentros, conferencias internacionales, publicaciones, consultorías, investigaciones, personal humanitario, proyectos e intervenciones que emanan de la AISM. En pocas palabras, el financiamiento es lo que permite que efectivamente este dispositivo exista materialmente y permee en los territorios.

No obstante, en mi análisis de los flujos financieros a la salud materna a partir de las estimaciones de Pitt & Bath (2021) identifiqué que no todos los actores cuentan con las mismas capacidades presupuestarias. Estas disparidades se traducen en una arquitectura relacional que refleja desigualdades en la capacidad operativa de cada uno de estos actores. En ese sentido, el Banco Mundial posee las mayores capacidades financieras, mientras que el UNFPA y la OMS/OPS concentran las capacidades epistémicas y discursivas que dan forma a las orientaciones del dispositivo. Como resultado, parte importante de la implementación de tales orientaciones requieren de la participación de diferentes actores estatales y privados, tanto nacionales como internacionales.

La excepción la encontré en UNICEF. Este actor cuenta con la capacidad técnica y discursiva del UNFPA y la OMS/OPS en el campo de la salud materna, y, además, es el segundo organismo multilateral de la AISM con mayor financiamiento después del Banco Mundial. De este modo, UNICEF cuenta con mayores capacidades materiales que sus homólogas para empujar su enfoque alrededor de la salud materna. Este enfoque se caracteriza por la primacía de la salud del producto y de las infancias por sobre las necesidades de las gestantes, que en este marco se encuentran subordinadas –como se vio en el quinto capítulo, por ejemplo, con las tensiones entre el CNEGSR y UNICEF en torno a los programas de los primeros 1,000 días de vida y de lactancia que el segundo impulsó en demarcaciones locales.

Al respecto, la localización del financiamiento no está exento de ser un ejercicio de poder. Los principales actores de la AISM que pertenecen al SNU dependen en gran medida de las contribuciones voluntarias de entidades estatales y privadas para cubrir sus gastos operativos y administrativos. Por estos medios los

donantes pueden influir sobre las prioridades de los programas de los actores multilaterales, independientemente de si las contribuciones son etiquetadas o discrecionales.

El mayor donante acumulado de estas agencias durante las primeras dos décadas del siglo XXI, con excepción del UNFPA, son los EE.UU. Aproximadamente entre el 20% y el 25% de los fondos de UNICEF y la OMS provienen de este donante, mientras que la OPS depende de esta misma fuente para casi dos tercios de su financiamiento. En mi análisis encontré que esto implica dos cuestiones. La primera es que los EE.UU. tienen la capacidad de ejercer un alto grado de influencia sobre estas agencias. La segunda es que el caso del UNFPA revela el interés de los EE.UU. por ejercer control directo sobre su política internacional de salud reproductiva, pues es, paralelamente, y por mucho, el principal donante bilateral en salud reproductiva –hasta 12 veces más que el segundo mayor donante, el Reino Unido.

Este comportamiento, concluyo, está íntimamente vinculado a las ansiedades imperialistas del norte global. Mi lectura es que los indicadores y la dirección del financiamiento da indicios de las prioridades de la AISM y de sus donantes. Al respecto, encuentro que la salud reproductiva se ha entendido, en primera instancia, como planificación familiar, tema al partir del cual se subordina el resto de cuestiones que entran dentro de este campo.

En este marco, la salud reproductiva internacional se ajusta principalmente a los intereses de los actores hegemónicos, particularmente de los EE.UU., quienes priorizan el control poblacional en respuesta a sus preocupaciones en torno al crecimiento demográfico en el sur global, como se lee en las discusiones de muchas de las conferencias internacionales analizadas en esta tesis. Estas ansiedades parten de la suposición de que el aumento de la población representa un obstáculo tanto para el desarrollo económico como para el acceso de las potencias a recursos estratégicos, como revela el Informe Kissinger.

La presencia de intereses hegemónicos también se refleja en la distribución, más general, del financiamiento internacional a la salud materna y neonatal (SMN). En particular, el análisis estadístico que realicé en el segundo capítulo de esta tesis muestra que la idea de que los países con menores ingresos per cápita reciben más apoyo no se sostiene en la práctica. Además, aunque los discursos de la AISM suelen centrarse alrededor de la RMM como criterio clave, ésta está solo moderadamente correlacionada con la distribución del financiamiento a nivel país. En otras palabras, hay muchos otros criterios influyendo sobre la localización de los flujos de financiamiento a la SMN.

Al respecto, mediante un ejercicio exploratorio de estadística descriptiva encontré que factores como los vínculos poscoloniales y las preocupaciones de seguridad del donante también juegan un rol determinante en cómo se distribuye territorialmente el financiamiento. En efecto, de los 143 países receptores registrados en el CRS del CAD, un 26% comparte un pasado colonial con su principal donante bilateral en SRMNI, porcentaje que aumenta significativamente si se consideran los tres o cinco principales donantes. En ese sentido, las prioridades de localización del financiamiento no parecen depender solo de las necesidades locales de salud materna y reproductiva.

Este patrón en la distribución de fondos sugiere que las relaciones históricas y geopolíticas influyen sobre la ayuda al desarrollo, una tendencia que el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE refuerza en su papel de mecanismo articulador de la hegemonía. En mi investigación observé que, a través de la producción de conocimiento sobre los flujos financieros, el CAD excluye los aportes de bloques históricos antagónicos, como el representado por Rusia y otros donantes emergentes como Brasil, India y China, además de subestimar la cooperación sur-sur. Este sesgo en el registro no solo marginaliza alternativas, sino que consolida la primacía del norte global en la arquitectura de la cooperación internacional.

Esta exclusión, me parece, minimiza las contribuciones de las modalidades de cooperación que operan fueran de los canales tradicionales norte-sur,

maximizando de esta manera la visibilidad del norte global. Así, se refuerza la imagen del norte como desarrollado a través de los canales de lo simbólico. Por tanto, mediante la producción estadística, se legitiman sus normas, su modelo civilizatorio y sus formas de cooperación como las mejores vías para alcanzar el desarrollo en el sur global.

En suma, la muerte materna, en tanto que categoría articuladora de la AISM, se erige como una idea poderosa precisamente porque es capaz de producir consenso. En su enunciación y reiteración se configuran formas específicas de saber y poder: se definen sus causas, se establecen sus efectos y se consolidan medios considerados óptimos para erradicarla. Este proceso no es meramente técnico, sino profundamente político, pues implica la construcción de una narrativa dominante que orienta la producción de conocimiento y delimita los marcos de intervención legítimos.

Al situarse como el problema central, la muerte materna ordena las prioridades del desarrollo internacional y de las políticas nacionales de salud materna. Así, su primacía como indicador hegemónico no solo regula el sentido de la cooperación internacional en este campo, sino que también disciplina el pensamiento y la acción, estableciendo qué es lo que puede y debe hacerse en nombre del progreso y la supervivencia. Esto, sin embargo, no siempre fue así. La emergencia tanto de la salud materna cuanto de la muerte materna como categorías dentro del desarrollo internacional no es lógica ni natural, pues responde al resultado del enfrentamiento de fuerzas divergentes, a relaciones de poder, a innovaciones discursivas y a dinámicas contingentes.

El análisis genealógico de la salud materna como concepto dentro del campo del desarrollo y la cooperación internacional revela dicho carácter. En el capítulo tres analicé cómo la salud materna se ha configurado dentro del marco del desarrollo y la cooperación internacional entre 1945 y 1979, periodo que abarca entre el surgimiento de la cooperación internacional contemporánea y el momento

inmediato anterior a la entrada de la muerte materna al centro de las preocupaciones desarrollistas.

Mediante un análisis genealógico, rastree el surgimiento y la evolución del interés en regular la reproducción, los imperativos morales que justificaron estas intervenciones, las resistencias que enfrentaron y los desenlaces que resultaron de esas disputas. En otras palabras, examiné cómo la cooperación internacional en salud materna se convirtió en un dispositivo de poder que opera simultáneamente sobre los cuerpos gestantes y sobre el sur global.

Para ello, analicé discursos e informes influyentes, como el discurso inaugural de Truman, el Informe Meadows y el Informe Kissinger, así como fuentes históricas primarias, entre ellas la Constitución de la OMS, números de la revista *World Health* editada por la OMS y la Declaración de Derechos Humanos. También revisé los informes y relatorías de las grandes conferencias en temas de población y salud del periodo, como la Conferencia de Población de Bucarest, la Conferencia de Alma-Ata y la CEDAW.

A lo largo de este periodo, se consolidaron ciertas formaciones discursivas que definieron la salud materna en términos funcionales al desarrollo. Se instaló la idea de que el desarrollo equivale al crecimiento económico y que la prosperidad solo puede alcanzarse reduciendo las tasas de natalidad. Se asumió que los recursos del planeta son finitos y, por lo tanto, el crecimiento poblacional debía regularse. La salud de las poblaciones se instrumentalizó como un medio para alcanzar los objetivos del desarrollo, y la planificación familiar se presentó como una solución tanto para mejorar la salud pública como para controlar el crecimiento poblacional. Se estableció la convicción de que la salud materno-infantil podía mejorarse mediante intervenciones de salud pública guiadas por el conocimiento de los países hegemónicos, reforzando la noción del binomio madre-hijo y promoviendo la medicalización del parto como la mejor estrategia para reducir la mortalidad materna e infantil.

Estos enunciados no surgieron en el vacío, sino que se legitimaron a partir de regímenes de saber situados históricamente. Por ejemplo, la economía del desarrollo y la teoría de la modernización fijaron al crecimiento económico como la principal medida de progreso de las naciones. La demografía y los estudios poblacionales, por su parte, fueron funcionales al biopoder al permitir la medición y, por tanto, la regulación de los procesos demográficos. La ecología y los estudios ambientales consolidaron la idea de que el crecimiento poblacional debía restringirse para evitar la sobreexplotación de recursos.

En la misma tesitura, la medicina y la salud pública promovieron modelos biomédicos específicos para gestionar la salud materno-infantil, mientras que, la cooperación internacional, basada en el imperativo moral de que los países desarrollados debían intervenir en los subdesarrollados, justificó la expansión de estas estrategias. A su vez, dispositivos como la estadística y la fotografía construyeron regímenes de verdad que reforzaron la supuesta superioridad del norte global sobre el sur global. Fue posible rastrear, pues, todo un entramado de saber-poder en la constitución de la cooperación internacional en salud materna como campo.

Así, a medida que estos discursos se naturalizaron, la lógica técnica y biomédica de la cooperación internacional desplazó otras formas de conocimiento, como los saberes tradicionales y las perspectivas locales sobre la salud materna. Documentos como el discurso inaugural de Truman, el Informe Meadows y el Informe Kissinger evidencian cómo el desarrollo y la salud materna fueron articulados en función de objetivos geopolíticos, económicos e imperialistas, respectivamente. Por su parte, la Constitución de la OMS, la revista *World Health* y la Declaración de Derechos Humanos muestran la institucionalización de estos discursos bajo la lógica de la cooperación internacional y el *habitus desarrollista*. Las conferencias de Bucarest y Alma-Ata, así como la CEDAW, representan momentos en los que estas narrativas fueron disputadas y reformuladas, revelando las tensiones y continuidades en la evolución discursiva de la AISM.

En particular, en mi análisis de la publicación *World Health* de la OMS encontré que la salud materna viene acompañada de un régimen de representación visual encaminado al mantenimiento de las relaciones de dominación racista, sexista, clasista y eurocéntrica por medio del ejercicio de la violencia simbólica. A través del contraste entre imágenes de precariedad atribuidas a mujeres del sur global y de bienestar atribuidas a mujeres del norte global, se ha construido una narrativa que legitima la intervención de actores externos bajo la premisa de modernización y progreso. La iconografía de la salud materna no solo ilustra desigualdades, sino que también las reproduce y naturaliza, estableciendo un marco de inteligibilidad en el que ciertos cuerpos y prácticas son percibidos como deficitarios y, por lo tanto, sujetos a corrección.

Estos discursos no solo configuraron sujetos y prácticas dentro del campo de la salud materna, sino que también moldearon formas de gobierno que operan a través de la biopolítica, la normalización y la medicalización. Se establecieron criterios normativos que definieron qué cuerpos y prácticas debían ser regulados, intervenidos o disciplinados. En este marco, la salud materna se concibió como un problema técnico y biomédico, gestionable mediante intervenciones institucionales, reforzando el papel de la cooperación internacional como un agente de control sobre los cuerpos gestantes y las poblaciones del sur global.

Los efectos materiales de estos discursos pueden observarse en la infraestructura de salud, la formulación de políticas públicas y la consolidación de modelos de atención que han privilegiado la institucionalización del parto y la tecnificación del cuidado obstétrico. A nivel simbólico, han contribuido a la construcción de imaginarios sobre la maternidad, la salud y la autoridad científica, reforzando la percepción de que ciertos modelos de atención son universales y aplicables sin considerar los contextos específicos en los que operan.

Estos hallazgos demuestran que la salud materna no puede entenderse únicamente como un problema técnico o biomédico, sino que debe observarse como una arena en las que se disputan significados y se configuran relaciones de

poder, saber y subjetividad. Su centralidad en las políticas globales de desarrollo responde a la manera en que ha sido enunciada y movilizada como un objeto de consenso, lo que le otorga una eficacia política singular. No obstante, esta eficacia no es neutral ni universal, sino que se sostiene en exclusiones, silenciamientos y representaciones estratégicas que requieren ser problematizadas. Al examinar su genealogía, esta investigación contribuye a desnaturalizar la idea de la salud materna como un dato dado y a revelar las condiciones históricas que posibilitan su existencia y sus efectos.

Algo similar ocurre con la muerte materna como categoría central del discurso desarrollista. En el capítulo cuatro realicé un examen de la evolución de los discursos y estrategias internacionales en torno a la salud materna entre 1985 y 2015, cuando el fenómeno de la muerte materna adquiere protagonismo en el marco de la AISM. En este examen confirmé que la construcción de esta categoría no ha sido un proceso espontáneo ni lineal, sino el resultado de dinámicas de poder que han definido qué perspectivas, indicadores y prácticas son consideradas legítimas dentro del desarrollo global.

La centralidad que adquirió la muerte materna en este periodo no responde únicamente a un reconocimiento técnico o normativo de su importancia sanitaria, sino a su funcionalidad como categoría generadora de consensos y, por tanto, articuladora de políticas, financiamiento y cooperación internacional. La genealogía de estos discursos revela que la consolidación de la Razón de Muerte Materna (RMM) como indicador privilegiado implicó tanto la visibilización de un problema como la marginación de otras formas de conceptualizar la salud materna, en particular aquellas que partían de posicionamientos distintos al del modelo biomédico occidental o que ponían énfasis en determinantes estructurales, justicia reproductiva o derechos humanos en un sentido más amplio.

Considero que los eventos clave en este proceso, desde la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer en Nairobi (1985) hasta la adopción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y su continuidad en los Objetivos de

Desarrollo Sostenible (ODS), muestran cómo la progresiva institucionalización de la agenda de salud materna estuvo atravesada por tensiones entre actores con intereses divergentes. Las agencias internacionales, los gobiernos nacionales y la sociedad civil participaron en la construcción de un consenso en torno a la erradicación de la muerte materna, pero dicho consenso fue estructurado bajo una racionalidad tecnocrática y cuantificable, que tendió a despolitizar las causas de la mortalidad materna y a reducirlas a fallas en la cobertura y acceso a servicios biomédicos. Se impuso, pues, una visión que, si bien sacaba a las mujeres de los márgenes de la AISM, tenía por paradoja el sacrificio de la pluralidad de visiones y la sobre-simplificación del campo de actuación de las políticas en salud materna.

Finalmente, el análisis de los discursos producidos en este periodo muestra que tanto salud materna cuanto muerte materna, lejos de ser categorías estáticas, son espacios en disputa en donde se configuran los imaginarios de desarrollo. La consolidación de la muerte materna como un problema prioritario en la agenda global no solo generó nuevas formas de intervención, sino que también disciplinó el pensamiento sobre qué constituye una respuesta legítima y eficaz. La institucionalización de indicadores como la RMM y la medicalización de las estrategias de reducción de la mortalidad materna han tenido efectos concretos en la forma en que se diseñan políticas, se asignan recursos y se evalúan resultados, generando nuevas jerarquías de saber y exclusión.

El análisis del caso mexicano muestra que estos desarrollos, representaciones y enunciados impactan en la formulación de políticas nacionales de salud, pero su influencia no es uniforme ni directa. Después de trazar los componentes simbólicos, materiales y relacionales del AISM y examinar su evolución histórica, en el capítulo 5 procedí a realizar un estudio cualitativo sobre la interrelación entre estos elementos y la Política Pública de Salud Materna (PPSM) en México. A partir del análisis normativo y la ejecución de entrevistas semiestructuradas a profundidad a agentes insertos dentro de este campo, he identificado la complejidad del proceso de apropiación, reinterpretación y resistencia en la adopción de marcos normativos internacionales.

Un aspecto central en este proceso es la marginalidad del financiamiento internacional en salud materna para México. A diferencia de otros contextos donde la adopción de lineamientos internacionales está condicionada por financiamiento y presiones externas, en el caso mexicano la asimilación de los elementos de la AISM ocurre principalmente a través de procesos de consenso, socialización y aprendizaje. Esto implica que las prácticas y discursos internacionales no son simplemente impuestos de manera vertical, sino que son internalizados mediante interacciones entre actores nacionales e internacionales, quienes participan en redes de conocimiento, foros multilaterales y mecanismos de evaluación comparativa.

En este entramado, he observado que la asistencia oficial al desarrollo en materia de salud materna resulta mínima, lo que ha implicado que los actores nacionales –que he categorizado como normativos, de interlocución y operativos– desempeñen un papel determinante en la traducción, adaptación y operacionalización de los lineamientos propuestos por la AISM. Así, estos agentes no solo funcionan como receptores de directrices internacionales, sino que también intervienen activamente en la configuración discursiva y en la legitimación de estrategias específicas en el ámbito de la salud materna.

Los resultados de este capítulo refuerzan la idea de que la adopción de discursos y normativas internacionales no puede concebirse como un fenómeno lineal ni uniforme. En cambio, he identificado que la internalización de estos marcos normativos se encuentra mediada por la interacción de factores estructurales, históricos, burocráticos y discursivos que moldean su recepción y apropiación. En este sentido, el sistema de salud en México presenta una configuración fragmentada en su operatividad cotidiana, si bien articulada mediante el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), que establecen, entre otros temas, los lineamientos normativos para la atención materna. Estas normas reflejan la preeminencia del paradigma biomédico y consolidan la medicalización del embarazo y el parto como estrategias hegemónicas, al tiempo que reducen la

visibilidad y el reconocimiento de enfoques alternativos, como la partería y otros modelos comunitarios de atención.

El análisis discursivo de las entrevistas que he realizado permite observar que el poder disciplinario opera a través de normas, indicadores y prácticas institucionales que encauzan la formulación de políticas públicas sin recurrir a mecanismos coercitivos directos. En este contexto, he encontrado que los actores de la PPSM no solo adoptan los discursos promovidos por la AISM, sino que también los reconfiguran dentro de una narrativa nacional de modernización, desarrollo y justicia social.

Sin embargo, en estos discursos también se observa la coexistencia de imaginarios hegemónicos y contrahegemónicos del desarrollo, lo que sugiere que la adopción de los marcos normativos internacionales no es homogénea, sino que está atravesada por negociaciones, reinterpretaciones y, en algunos casos, resistencias. Mientras que las narrativas hegemónicas enmarcan la salud materna dentro de una lógica biomédica, desarrollista y tecnocrática, existen en los mismos sujetos voces que tensionan esta visión, aludiendo a la importancia de enfoques de derechos y modelos de atención alternativos. Esta dinámica refuerza la asociación entre la mortalidad materna y el nivel de desarrollo del país, consolidando su conceptualización tanto como una tragedia humanitaria cuanto como una injusticia social estructural. Dicho encuadre discursivo ha contribuido a la legitimación de la lucha contra la mortalidad materna como una prioridad de acción estatal.

El estudio también revela que la inserción de la AISM en la PPSM no responde a una imposición vertical, sino a procesos de socialización normativa que refuerzan determinados imaginarios desarrollistas. En este marco, he observado que, en el caso mexicano, los indicadores de desempeño han adquirido un papel central como tecnologías de gobernanza que no solo facilitan la medición y el monitoreo de la eficacia de las políticas públicas en salud materna, sino que también delimitan los marcos interpretativos dentro de los cuales se definen problemas y soluciones. Estos indicadores, lejos de ser neutrales, producen a los objetos de la

política pública, estableciendo jerarquías de relevancia y estructurando las prioridades en salud materna.

Sin embargo, también he identificado que la transferencia normativa de la AISM presenta límites y tensiones que evidencian la heterogeneidad del proceso de apropiación. Mientras que ciertas líneas de acción, como la reducción de la mortalidad materna mediante la institucionalización del parto y el fortalecimiento de los controles prenatales, han sido incorporadas con relativa rapidez, otros enfoques, como la perspectiva de derechos humanos y la desmedicalización del parto, han encontrado resistencias dentro de la estructura burocrática y profesional del sector salud. Propongo que estas resistencias pueden explicarse por la tradición institucional mexicana que ha privilegiado la atención hospitalaria y la hegemonía biomédica desde antes de que comenzaran a formularse discursos alternativos a ésta desde los marcos de la AISM, lo que ha implicado la exclusión de modelos alternativos de atención como la partería –empírica y profesional.

El diálogo entre la AISM y la PPSM mexicana, por tanto, no puede entenderse como un simple proceso de transferencia normativa, sino como un espacio de negociación en el que intervienen procesos de reinterpretación y reconfiguración discursiva. A partir de estos hallazgos, he identificado cuatro interpretaciones dominantes en torno a la relación entre la AISM y la PPSM mexicana. Primero, que la muerte materna es entendida como un problema del subdesarrollo y una injusticia social, cuya erradicación se considera un imperativo moral y político. Segundo, que existen riesgos biológicos bien definidos que explican la persistencia de la mortalidad materna.

Tercero, que la respuesta a estos riesgos implica una medicalización del embarazo y del parto basada en un alto número de controles prenatales y atención calificada en el parto, de acuerdo con la NOM-007. Y cuarto, que el personal calificado es principalmente el personal médico, lo que refuerza la centralidad del hospital como el espacio seguro para la atención materna. Estas interpretaciones han orientado el diseño de políticas y la construcción de indicadores que han sido

fundamentales para legitimar y consolidar determinadas estrategias en el ámbito de la salud materna en México. Desafortunadamente, estos marcos se asocian estadísticamente con la incidencia de violencia obstétrica.

Es de esta forma que en el capítulo seis, llego a la pregunta final de esta investigación, a saber, si existe una correlación –y de existir, en qué dirección– entre las interpretaciones que la PPSM mexicana ha hecho de la AISM y la incidencia de violencia obstétrica en este mismo territorio. Para responder esta pregunta, he recurrido al análisis cuantitativo de indicadores clave, explorando tanto las tendencias generales como las desigualdades territoriales e interseccionales. A partir de este ejercicio, he identificado patrones significativos que me han permitido no solo comprender la magnitud del fenómeno, sino también cuestionar algunos de los supuestos que han guiado la formulación de políticas públicas en salud materna en México.

El análisis desarrollado en este capítulo me ha permitido problematizar la manera en que la violencia obstétrica y la muerte materna en México se configuran a partir de determinantes estructurales, expresándose de manera diferenciada según variables territoriales e interseccionales. Mediante técnicas de estadística descriptiva, he identificado patrones que revelan que ambas problemáticas no afectan de manera homogénea a todas las gestantes, sino que su impacto está condicionado por factores como la escolaridad, la edad, la adscripción étnica, el acceso a seguridad social y el tipo de atención obstétrica recibida. En este sentido, mis hallazgos permiten sostener que, si bien las políticas de salud materna han logrado disminuir la mortalidad materna a nivel nacional, persisten desigualdades estructurales que exacerbaban la vulnerabilidad de ciertos sectores de mujeres, colocándolas en un mayor riesgo de muerte y de exposición a la violencia obstétrica.

Desde una perspectiva interseccional, la evidencia empírica sugiere que las mujeres en condiciones de mayor precarización –aquellas con bajos niveles de escolaridad, hablantes de lenguas indígenas, sin acceso a seguridad social o con discapacidad– presentan tasas de mortalidad materna considerablemente

superiores a la media nacional. Esta fragmentación de la realidad exige repensar la pertinencia de los análisis agregados que, en su afán de sintetizar tendencias generales, terminan invisibilizando las asimetrías existentes y obstaculizando el diseño de intervenciones diferenciadas que atiendan la especificidad de cada contexto.

En lo que respecta a la violencia obstétrica, los resultados obtenidos muestran que, si bien esta es un fenómeno transversal a todo el país, su prevalencia e intensidad varían según múltiples factores. De manera particular, las gestantes adolescentes, solteras, sin acceso a educación superior, indígenas y con discapacidad reportan tanto una mayor probabilidad de experimentar violencia obstétrica cuanto incidentes de mayor severidad y recurrencia. Este hallazgo permite afirmar que la violencia obstétrica no es un fenómeno aislado ni una simple disfunción del sistema de salud, sino que, por el contrario, debe entenderse como un mecanismo de reproducción de desigualdades estructurales que intersectan con las categorías de género, clase, edad y etnicidad.

Ahora bien, para comprender la relación entre los elementos discursivos de la AISM y la incidencia de violencia obstétrica en México, es necesario considerar cómo la PPSM mexicana ha adoptado y reinterpretado sus recomendaciones centrales a través de distintos mecanismos. Como analicé unos párrafos atrás, estas recomendaciones han sido integradas con el objetivo prioritario de reducir la mortalidad materna, lo que ha llevado a la implementación de intervenciones específicas que han estructurado la política pública en salud materna.

Dichas recomendaciones se han operacionalizado en México y es posible entender qué tan extendidas están a través de una serie de indicadores que han servido como ejes rectores para la formulación y evaluación de la PPSM. Entre estos indicadores destacan la Razón de Muerte Materna (RMM), el porcentaje de partos atendidos por personal médico (PPAPM), la proporción de partos institucionalizados (PPI), el acceso a consultas prenatales (APN) y el número promedio de consultas prenatales por gestante (PNCPPN).

Estos indicadores no solo han sido utilizados para monitorear el progreso hacia la reducción de la mortalidad materna, sino que también han condicionado la forma en que se diseñan e implementan las intervenciones en salud materna. Su relevancia en este análisis radica en que permiten examinar de qué manera la adhesión voluntaria de México a la AISM ha influido en la configuración de la PPSM y en qué medida estos marcos han incidido -o no- en la prevalencia de violencia obstétrica en el país. Así, el análisis de su relación con la violencia obstétrica no solo responde a la necesidad de evaluar los efectos de las políticas de salud materna, sino que también aporta evidencia para problematizar los límites del enfoque biomédico dominante y su capacidad para garantizar una atención respetuosa y libre de violencia para las gestantes.

Así, es posible responder si estas recomendaciones traducidas en políticas concretas se relacionan con el fenómeno de la violencia obstétrica. Partiendo de esta lógica, en el último apartado del sexto capítulo realicé un análisis estadístico de correlación, mismos que devela una serie de paradojas. En concreto, encontré que la atención institucionalizada del parto, la atención obstétrica por parte de médicos y el acceso a al menos una consulta prenatal se correlacionan negativamente, moderadamente y de forma estadísticamente significativa con la muerte materna. Esto quiere decir que a medida que se generalizan estas medidas, la muerte materna baja.

No obstante, los mismos resultados también evidenciaron que la prevalencia de violencia obstétrica en México, durante el periodo analizado, se correlacionó negativamente con la muerte materna y positivamente con los controles prenatales, esto, igualmente, de forma estadísticamente significativa. En ese sentido, a medida que la muerte materna disminuyó, la violencia obstétrica aumentó; y, a medida que aumentó tanto el acceso a una consulta prenatal cuando el promedio del número de consultas prenatales, también aumentó esta manifestación de violencia.

Los efectos paradójicos son claros y revelan una contradicción inherente en la implementación de la política pública de salud materna en México. Por un lado,

los indicadores utilizados en la Agenda Internacional de Salud Materna (AISM), como la institucionalización del parto, la atención obstétrica por médicos y el acceso a consultas prenatales, han demostrado una correlación negativa con la Razón de Muerte Materna (RMM), lo que indica que mientras más extendida es su presencia, menos extendida tiende a ser la muerte materna. Sin embargo, al mismo tiempo, la reducción de la muerte materna y el aumento de los controles prenatales se relacionan con un aumento de la violencia obstétrica, lo que sugiere que la medicalización intensiva del parto y el aumento del contacto con el sistema de salud no han garantizado una mejora en la atención, sino que, en ciertos casos, han favorecido la normalización de prácticas coercitivas y el reforzamiento de dinámicas de control en los espacios hospitalarios.

Esta contradicción evidencia que la adhesión a los estándares biomédicos internacionales ha permitido avances en términos de salud materna, pero también ha profundizado la subordinación de las mujeres a un modelo de atención que prioriza indicadores cuantificables por encima de la experiencia y el bienestar de las gestantes. El hallazgo de una correlación positiva entre el número de consultas prenatales y la violencia obstétrica refuerza esta idea: en lugar de traducirse en un seguimiento más cuidadoso y respetuoso, una mayor frecuencia de contacto con el sistema de salud parece estar vinculada a una mayor exposición a episodios de maltrato, medicalización excesiva y coerción. De forma similar, una mayor intencionalidad en reducir la muerte materna, parece favorecer prácticas más coercitivas sobre las gestantes.

En este sentido, los datos permiten cuestionar los límites de un modelo que ha privilegiado la reducción de la mortalidad materna sin considerar los efectos colaterales de una hiper-medicalización del parto. Así, el problema no radica únicamente en la expansión de los servicios de salud materna, sino en la forma en que estos servicios son prestados y en las dinámicas de poder que los atraviesan. De ahí la urgencia de reformular los indicadores con los que se evalúa el éxito de la política pública en salud materna.

Simultáneamente, es necesario reconocer que la preeminencia del modelo biomédico ha marginado otros paradigmas de atención en México, como el de la partería, que han demostrado menores niveles de violencia obstétrica y un enfoque más respetuoso con los derechos de las gestantes de acuerdo a las estadísticas de la ENDIREH. Esta exclusión de modelos alternativos de atención materna no es meramente circunstancial, sino que responde, una vez más, a dinámicas de poder dentro del campo de la salud pública y a la influencia de marcos normativos internacionales y de imaginarios desarrollistas que han priorizado la cobertura de la atención calificada del parto sin garantizar estándares adecuados de calidad y trato digno.

En suma, esta investigación ha evidenciado que, si bien el modelo de atención materna en México ha logrado avances en términos de reducción de la mortalidad, ha fallado en garantizar que la atención obstétrica se brinde en condiciones de respeto y dignidad. La medicalización intensiva del parto, impulsada por la adopción de un rango muy particular de indicadores internacionales, ha generado efectos colaterales que han perpetuado dinámicas de control y violencia dentro del sistema de salud.

Estos hallazgos, aunque con sus limitaciones, ponen en evidencia la necesidad de una reconfiguración profunda de la política pública de salud materna en México. No es suficiente con reducir la mortalidad materna si esto se logra a costa de reforzar prácticas de atención que vulneran la autonomía y los derechos de las gestantes. Se requiere una reformulación de los indicadores con los que se evalúa el éxito de las políticas en la materia, trascendiendo un enfoque centrado en la expansión de la cobertura de servicios para incorporar al centro de las políticas y las agendas métricas que midan no sólo la calidad de la atención, sino también el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres, pero, sobre todo, el despliegue del poder en las prácticas de administración del parto, el embarazo y el puerperio. Me parece que el indicador de incidencia obstétrica abre esa posibilidad.

Referencias

- Abimbola, S., & Pai, M. (2020). Will global health survive its decolonisation? *The Lancet*, 396(10263), pp. 1627–1628.
- AbouZahr, C. (2003). Safe Motherhood: A brief history of the global movement 1947–2002. *British Medical Bulletin*, 67, pp. 13-25.
- Adan, C. (2006). *Feminismo y conocimiento: de la experiencia de las mujeres al ciborg*. Coruña: Spiralía Ensayo.
- Alesina, A., & Dollar, D. (1998). Who Gives Foreign Aid to Whom and Why? *Journal of Economic Growth*, 5, pp. 33-63.
- Alfaro, C. & Gómez, J. (2016). Un Sistema de indicadores para la medición, evaluación, innovación y participación orientado a la administración pública. *Methados Revista de Ciencias Sociales*, 4(2), pp. 274-290.
- Alio, A. P., Garba, R. M., Mittal, M., McCormick, A. P., & Mahamane, M. (2023). 'Giving birth is like going to war': Obstetric violence in public maternity centers in Niger. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2023.06.26.23291780>
- Almonte, G. (2016). Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir*, 2, 1–10.
- AMEXCID. (2021). *Programa de Cooperación Internacional para el Desarrollo 2021-2024*. Diario Oficial de la Federación. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639308&fecha=24/12/2021#gsc.tab=0
- Amorós, C. (1985). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Barcelona: Anthropos.
- Amorós, C. (1992). Notas para una teoría nominalista del patriarcado. *Asparkia: Investigación Feminista*, (1), pp. 41-58.
- Amorós, C. (2005). *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias para la lucha de las mujeres*. Madrid: Cátedra.
- Andaya, E. & El Kotni, M. (2022). The anthropology of reproduction. En M. Singer, P.I. Erickson & C.E. Abadía-Barrero (eds.), *A Companion to Medical Anthropology* (pp. 215-229). Oxford: Wiley Blackwell.
- Anderson, E. (1995). Knowledge, Human Interests, and Objectivity in Feminist Epistemology. *Philosophical Topics*, 23, pp: 27-58.
- Anderson, E. (2024). Feminist Epistemology and Philosophy of Science. En: E. Zalta & P. Oppenheimer (Eds.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford: Stanford University. Disponible en: <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-epistemology/#FemiStanTheo>
- Aristóteles. (1994). *Metafísica*. (Tomás, Calvo Martínez, Trad.). Madrid: Gredos.
- Armstrong, D. (1986). The invention of infant mortality. *Sociology of Health & Illness*, 8, pp. 211-232.

- Arney, W.R. (1989). *Understanding Statistics in the Social Sciences*. New York: Freeman.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2017). Resolución A/RES/71/313 del 6 de julio de 2017. *Labor de la Comisión Estadística en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework_A.RES.71.313%20Annex.Spanish.pdf
- Asamblea Mundial de la Salud. (2017). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente*. Informe de la Secretaría. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Atrey, S. (2018). Women's human rights: from progress to transformation: (an intersectional response to Nussbaum). *Human Rights Quarterly*, 40(4), 859-904.
- Azahua, M. (2014). *Retrato involuntario: el acto fotográfico como forma de violencia*. México: Tusquets Editores.
- Azam, G. (2017). Decrecimiento. En P. Solón (Comp.), *Alternativas sistémicas* (pp. 59-77). La Paz: Fundación Solón. Disponible en: <https://systemicalternatives.org/wp-content/uploads/2017/03/pdf-libro-sa.pdf>
- Bachrach, P. & Baratz, M. (1962). Two Faces of Power. *The American Political Science Review*, 56(4), 947-952.
- Baeta, M. F. (2015). Cultura y Modelo Biomédico: Reflexiones en el Proceso de Salud-Enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), pp. 81-83.
- Banco Mundial. (2023). *Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)*. [Base de datos]. World Bank Group Data. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?end=2019&skipRedirection=true&start=2002&view=chart>
- Banco Mundial (2024a). *Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad)*. Banco Mundial Datos. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>
- Banco Mundial. (2024b). *Net ODA received (% of GNI)*. [Base de datos]. World Bank Group Data. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/DT.ODA.ODAT.GN.ZS?end=2019&start=2002>
- Banco Mundial. (2024c). *Net ODA received (% of central government expense)*. World Bank Group Data. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/DT.ODA.ODAT.XP.ZS?end=2022&start=1972&view=chart>
- Barbieri, T. (1998). Acerca de las propuestas metodológicas feministas. En: E. Bartra (Comp.), *Debates en torno a una metodología feminista* (pp.103-140). México: UAM-Xochimilco.
- Bates, B. T., Zhang, S., Dufek, J. S. & Chen, F. C. (1996). The effect of sample size and variability on the correlation coefficient. *Medicine and science in sports and exercise*, 28(3), pp. 386–391.
- Baumann, M.O. (2020). How earmarking has become self-perpetuating in United Nations development co-operation. *Development Policy Review*, 39(3), pp. 343-359.

- Becerra, C. (2018). Modelo Biopsicosocial: ¿Superación del reduccionismo biomédico o consigna polisémica impracticable? *Cuad Méd Soc*, 58(3), pp. 167-177.
- Becker, B. (2020). Colonial Legacies in International Aid: Policy Priorities and Actor Constellations. En: C. Schmitt (Ed.), *From Colonialism to International Aid: Global Dynamics of Social Policy*. Palgrave Macmillan.
- Becker Lorca, A. (2023). Contesting global justice from the South; redistribution in the international order. *International Affairs*, 99(1), pp. 41–60.
- Belsey, A. (2005). Maternal and Child Health: A Basic Part of Public Health. En B. P. Mansourian, A. Wojtezak, & S.M. Mahfouz (Eds.), *Medical Sciences (Vol. I)*. UNESCO-EOLSS.
- Benítez Escobar, K. A., Ramírez Miranda, C. A. & Santos Cervantes, C. (2022). Partería tradicional, violencia sistémica y feminismo comunitario: Las Casas de la Mujer Indígena y Afromexicana en Guerrero, México. *Textual*, (79), pp. 49–78.
- Bennett, S., DalGLISH, S. L., Juma, P. A. & Rodríguez, D. C. (2015). Altogether now... understanding the role of international organizations in iCCM policy transfer. *Health Policy and Planning*, 30(2), pp. 26-35.
- Berardi, F. (2019). *Futurabilidad: La era de la impotencia y el horizonte de la posibilidad*. Buenos Aires: Caja Negra.
- Bergstrom, S. (2016). Global maternal health and newborn health: Looking backwards to learn from history. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26, pp. 1-11.
- Berhan, Y. & Berhan, A. (2014). Skilled Health Personnel Attended Delivery as a Proxy Indicator for Maternal and Perinatal Mortality: A Systematic Review. *Ethiop J Health Sci*, 24(0), pp. 68-80.
- Berthoud, G. (2010). Market. En W. Sachs (Ed.), *Development Dictionary: A Guide to Knowledge as Power* (pp. 74-94). London: Zed Books.
- Bhambra, G. (2020). Colonial global economy: towards a theoretical reorientation of political economy. *Review of International Political Economy*, 28, pp. 307 - 322.
- BID. (2019). *México IDB Group Country Strategy*. Washington: Inter-American Development Bank Group. Disponible en: <https://www.iadb.org/document.cfm?id=EZSHARE-26730841-18>
- BID. (s.f.). *Somos el BID*. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://www.iadb.org/es/quienes-somos/acerca-del-bid>
- Birn, A. E. (2009). The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history? *Global Public Health*, 4(1), pp. 50–68.
- Birn, A.E, Pillay, Y., Holtz, T.H. (2017). *Textbook of Global Health*. Oxford University Press.
- Black, R., Walker, N., Laxminarayan, R. & Temmerman, M. (2016). Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Key Messages of This Volume. En R. Black et. al. (Eds), *Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health* (pp. 1-23). World Bank.

- Blatter, J., Portmann, L. & Rausis, F. (2022). Theorizing policy diffusion: from a patchy set of mechanisms to a paradigmatic typology. *Journal of European Public Policy*, 29(6), pp. 805-825.
- Blazquez Graf, N. (2008). *El retorno de las brujas: Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*. México: UNAM.
- Blazquez Graf, N. (2010). Epistemología feminista: temas centrales. En: N. Blazquez Graf, F. Flores Palacios & M. Ríos Everardo (Coords.), *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 21-38). México: UNAM.
- Bohren, M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P., Aguiar, C., Saraiva-Coneglian, F., Araújo Diniz, A.L., Tuncalp, O., Javadi, D., Oladapo, O.T., Khosla, R., Hindin, M.J., Gulmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*, 12(6), pp. 1-32.
- Bourdieu, P. (2000a). *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba.
- Bourdieu, P. (2000b). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. Harvard School of Public Health University Research. URL: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf
- Bracho, G. (2021). The origins of development aid: a historical perspective. En G. Bracho et al (Eds.), *Originis, evolution and future of global development cooperation: the role of the Development Assistance Committee (DAC)*.
- Brazelton, M. A. (2022). Health for all?: Histories of international and global health. *History Compass*, 20(1), pp. 1-12.
- Butler, J. (2013). Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. M. Lamas (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 303-326). México: CIEG-UNAM & Bonilla Artigas Editores.
- Cairney, P., Oliver, K. & Wellstead, A. (2016). To bridge the divide between evidence and policy: Reduce ambiguity as much as uncertainty. *Public Administration Review*, 76(3), pp. 399-402.
- Calleja, R. & Prizzon, A. (2019). *Moving away from aid: the experience of Mexico*. Londres: Overseas Development Institute. Disponible en: https://media.odi.org/documents/191125_mexico_final_v1.pdf
- Cámara de Diputados. (2020). *Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo*. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LCID_061120.pdf
- Cano-Valle, F. & Nanni-Alvarado, R. (2017). La mal conceptualizada violencia obstétrica y el caso clínico Sheehan. En F. Cano-Valle, R. Nanni-Alvarado & M. Pantoja Nieves

- (Eds.), *Derechos de las personas con enfermedades psiquiátricas* (pp. 87-101). Ciudad de México: UNAM.
- Cárdenas, R. (2009). *Indicadores selectos para la evaluación de las condiciones de salud*. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. Disponible en: <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Indicadores-selectos-para-la-evaluaci%C3%B3n-de-las-condiciones-de-salud.pdf>
- Castañeda Salgado, M. A. (2008). *Metodología de la investigación feminista*. México: UNAM.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Castro, R. & Frías, S. (2022). Introducción: Violencia simbólica, violencia obstétrica y ciencias sociales. En: R. Castro & Frías, S. (Coords.), *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina* (pp. 9-36). Cuernavaca: CRIM-UNAM.
- Cecchini, S. & Azócar, I. (2007). *Indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe: una comparación entre datos nacionales e internacionales*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEDAW. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- CEPAL (2024). *Banco de datos regional para el seguimiento de los ODS en América Latina y el Caribe*. Los ODS en América Latina y el Caribe: Centro de gestión del conocimiento estadístico. Recuperado de: https://agenda2030lac.org/estadisticas/banco-datos-regional-seguimiento-ods.html?lang=es&goal_id=3
- CEPAL (s.f.). *Indicadores MICS6: Numeradores y Denominadores*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Disponible en: https://rtc-cea.cepal.org/sites/default/files/methodological_tools/files/MICS6-Numeradores-y-denominadores-indicadores.pdf
- Chadwick, R. (2016). Obstetric violence in South Africa. *South African Medical Journal*, 106(5), 423-424.
- Chadwick, R. (2021). Breaking the frame: Obstetric violence and epistemic rupture. *Agenda*, 25(3), 104-115.
- Chant, S., & Sweetman, C. (2012). Fixing women or fixing the world? “Smart economics”, efficiency approaches, and gender equality in development. *Gender & Development*, 20(3), pp. 517–529.
- Chattopadhyay, S., Mishra, A. & Jacob, S. (2018). Safe yet violent? Women’s experience with obstetric violence during hospital births in Northeast India. *Culture, Health & Sexuality*, 20(7), 815-829.
- Chaves, S. C., Cecatti, J. G., Carroli, G., Lumbiganon, P., Hogue, C. J., Mori, R., Zhang, J., Jayaratne, K., Togoobaatar, G., Pileggi-Castro, C., Bohren, M., Vogel, J. P., Tunçalp, Ö., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M. & Souza, J. P. (2015).

- Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Rev Panam Salud Publica*, 37(4/5), pp. 203-210.
- Checkel, J. T. (2005). International institutions and socialization in Europe: Introduction and framework. *International Organization*, 59(4), pp. 801-826.
- Chervenak, F.A., McLeaod-Sordjan, R., Pollet, S.L., De Four Jones, M., Gordon, M.R., Combs, A., Bornstein, E., Lewis, D., Katz, A., Warman & A., Grunebaum, A. (2023). Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230(3), pp. 1138-1145.
- Cheyney, M. (2015). Of missing voices and the obstetric imaginary: Commentary on Jankowski and Burcher. *Journal of Clinical Ethics*, 26(7), 815-829.
- Chiba, D., & Heinrich, T. (2019). Colonial Legacy and Foreign Aid: Decomposing the Colonial Bias. *International Interactions*, 45(3), pp. 474 - 499.
- Chikhungu, L., Newell, M., & Rollins, N. (2017). Under-five mortality according to maternal survival: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 95, pp. 281 - 287.
- Clarke, M. (2018). *Global South: what does it mean and why use the term?* University of Victoria. Disponible en: <https://onlineacademiccommunity.uvic.ca/globalsouthpolitics/2018/08/08/global-south-what-does-it-mean-and-why-use-the-term/>
- CNEGSR. (2018). *Manual de Organización Especifico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*. Gobierno de México. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment_data/file/315214/MOE-CNEGSR.pdf
- CNEGSR. (2020). *Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida*. Gobierno de México. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment_data/file/546239/Lineamiento_prevenccion_y_mitigacion_de_COVID-19_en_el_embarazo_CNEGSR_1_.pdf
- CNEGSR. (s.f.). *¿Qué hacemos?*. Gobierno de México. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/%7Ccnegsr/que-hacemos>
- Cobo Benita, J. & Mataix Aldeanueva, C. (2009, 2-4 de septiembre). *La Gestión para Resultados en el nuevo marco de la cooperación internacional para el desarrollo* [Sesión de Congreso]. XIII Congreso de Ingeniería de Organización, Barcelona, España.
- Cobo, R. (1995). Género. En C. Amorós (Dir.), *10 palabras clave sobre Mujer* (pp. 55-83). Navarra: Verbo Divino.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Nueva York: Routledge.
- Cohen Shabot, S. (2015). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39(2), pp. 231–247.
- Collins, P. H. (1990). *Black Feminist Thought*. Boston: Unwin Hyman.

- CONAPO. (2020a). *Índices de Marginación 2020*. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/848423/Indices_Coleccion_280623_entymun-p_ginas-1-153.pdf
- CONAPO. (2020b). índice de marginación por municipio 2020. [Base de datos]. Gobierno de México. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Marginacion/Datos_Abiertos/Municipio/IMM_2020.xls
- Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Connelly, P., Murray Li, T., MacDonald, M. & Parpart, J. (2000). Feminism and Development : Theoretical Perspectives. En : J. Parpart, M. Connelly & E. Barribeau (Eds.), *Theoretical Perspectives on Gender and Development*, pp. 51-160. Ottawa : International Development Research Center.
- Conway, J., Bourque, S. & Scott, J. (2013). "El concepto de género". En M. Lamas (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 21-34). México: CIEG- UNAM & Bonilla Artigas Editores.
- Cosminsky, S. (2016). *Midwives and Mothers: The Medicalization of Childbirth on a Guatemalan Plantation*. Austin: University of Texas Press.
- Cox, R. W. (1973). Los informes Pearson y Jackson: Un análisis ideológico de las doctrinas de asistencia al desarrollo. *Foro Internacional*, 13(3 (51)), pp. 311-326.
- Cox, R. W. (2016). Gramsci, hegemonía y relaciones internacionales: un ensayo sobre el método. *Revista Internacionales*, 31, pp. 137-152.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. *University of Chicago*, 1989(1), pp. 139-167.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), pp. 1241-1299.
- Cueto, M. (2018). The History of International Health: Medicine, Politics and Two Socio-Medical Perspectives, 1851 to 2000. En C. McInnes, K. Lee & J. Youde (Eds.), *The Oxford Handbook of Global Health Politics*. Oxford University Press.
- Dados, N. & Connell, R. (2012). The Global South. *Contexts*, 11(1), pp. 12-13.
- Dahl, R. (1957). The concept of power. *Behavioral Science*, 2(3), 201-215.
- Daly H. (1997). *Beyond Growth: The Economics of Sustainable Development*. Boston, EE.UU.: Beacon Press.
- Daly H. (1972). *Toward a Steady-State Economy*. San Francisco, EE.UU.: Freeman.
- Davis, D.A. (2019). *Reproductive Injustice; Racism, Pregnancy and Premature Birth*. New York: New York University Press
- Davis-Floyd, R. & Cheyney, M. (2019). *Birth in Eight Cultures*. Long Grove, Illinois: Waveland Press.

- De Beauvoir, S. (2015). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- De Haan, A. (2019). *How the Aid Industry Works: An Introduction to International Development*. Virginia: Kumarian Press.
- De Haan, A. (2023). *Cómo funciona la industria de la ayuda: política y práctica del desarrollo internacional*. Madrid: Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación (IUDC).
- Derisi, O. N. (1986). La causa: II. los diversos tipos de causa. *Sapientia*, 41, pp. 85-92.
- DGRI. (2017). *Manual de Organización Específico de la Dirección General de Relaciones Internacionales*. Disponible en: <http://www.dgrh.salud.gob.mx/AcercaDe/MOE/172%20MOE%20Dir.%20Gral.%20de%20Relaciones%20Internacionales.pdf>
- Diamond-Brown, L.A. (2019). Women's Motivations for "Choosing" Unassisted Childbirth: A Compromise of Ideals and Structural Barriers- En E. Mitchel, S. Markens & M. Waggoner (eds.), *Reproduction, Health, and Medicine* (pp. 85-106). Bingley: Emerald Publishing Limited.
- Dingle, A., Schaferhoff, M., Borghi, J. & Lewis Sabin, M. (2020). Estimates of aid for reproductive, maternal, newborn and child health: findings from application of the Muskoka2 method, 2002-17. *The Lancet Global Health*, 8(3), pp. 374-386.
- Dixon, L. (2015). Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4), 437-454.
- Domínguez, R. (2017). La alianza para el progreso: aportes para una teoría crítica de la cooperación. En: R. Domínguez & G. Rodríguez Albor (Eds.), *Historia de la cooperación internacional desde una perspectiva crítica*, pp. 105-164.
- Duden, B. (2010). Population. En W. Sachs (Ed.), *Development Dictionary: A Guide to Knowledge as Power* (pp. 55-73). London: Zed Books.
- Dussel, E. (2001). Eurocentrismo y modernidad (introducción a las lecturas de Frankfurt). En W. Mignolo (Comp.), *Capitalismo y geopolítica del conocimiento. El eurocentrismo y la filosofía de la liberación en el debate intelectual contemporáneo* (pp. 57-70). Argentina: Ediciones del Signo y Duke University.
- Dutton, J. & Knight, L. (2020). Reproducing neglect in the place of care: Normalized violence within South African midwifery obstetric units. *Agenda*, 34(1), 14-22.
- ECOSOC (1975). Informe de la Conferencia Mundial de Población Bucarest 1974. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/1ba3970f-4c7a-4b04-afee-831a30b74cb9/content>
- ECOSOC. (2015). *Technical note on definitions, sources and coverage*. ECOSOC. Disponible en: https://www.un.org/en/ecosoc/qcpr/pdf/technical_note_on_funding.pdf
- Edward, M.M. & Kibanda, Z. (2022) Obstetric violence: A public health concern. *Health Science Reports*, 6(1), pp. 1-2.
- Eichler, M. (1997). Feminist Methodology. *Current Sociology*, 45(2), pp. 9-36.

- Elío-Calvo, D. (2023). Los modelos biomédico y biopsicosocial en medicina. *Revista Médica La Paz*, 29(2), pp. 112-117.
- Engel, G. (1975). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), pp. 129-136.
- Erviti, J. & Castro, R. (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. México: CRIM-UNAM.
- Escobar, A. (1984). Discourse and Power in Development: Michel Foucault and the Relevance of His Work to the Third World. *Alternatives*, 10, pp. 377-400.
- Escobar, A. (2004). Development, Violence and the New Imperial Order. *Development*, 47(1), pp. 15-21.
- Escobar, A. (2014). *La invención del desarrollo*. Popoyán: Universidad del Cauca.
- Escobar, A. (2017). Response: Design for/by [and from] the 'global South'. *Design Philosophy Papers*, 15(1), pp. 39-49.
- Espinosa, G., Dircio, L.I., & Sánchez, M. (2010). *La Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas. Construyendo la equidad y la ciudadanía*. México: UAM Xochimilco.
- Espinoza-Reyes, E. & Solís, M. Decolonizing the womb: Agency against obstetric violence in Tijuana, Mexico. *Journal of International Women's Studies*, 21(7), 189-206.
- Esteva, G. (2010). "Development". En W. Sachs (Ed), *The Development Dictionary: a Guide to Knowledge as Power*. London: Zed Books, pp. 1-23.
- Eternod Arámburu, M. (2012). Metodología para calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente. *Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 3(1), pp. 24-69.
- Eyben, R. (2013). Gender Mainstreaming, Organizational Change and the Politics of Influencing. En: R. Eyben & L. Turquet (Eds.), *Feminists in Development Organizations*, pp.15-36. Rugby: Practical Action Publishing.
- Fage, S. W., Fauschou, A., & Thyssen, J. P. (2014). Copper hypersensitivity. *Contact dermatitis*, 71(4), pp. 191-201.
- Faheem A. (2021). The nature of obstetric violence and the organisational context of its manifestation in India: a systematic review. *Sexual and reproductive health matters*, 29(2).
- Febriani, R. & Hamdi, I. (2024). Soft Power and Hegemony: Gramsci, Nye and Cox's Perspectives. *Jurnal Filsafat*, 34(1), pp. 86-110.
- Federici, S. (2015). *Calibán y la bruja*. España: Traficante de Sueños.
- Fernández Rius, L. (2010). Género y ciencia: entre la tradición y la transgresión. En: N. Blazquez Graf, F. Flores Palacios & M. Ríos Everardo (Coords.), *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 79-110). México: UNAM.
- Firestone, S. (1970). *The Dialectic of Sex: the Case for Feminist Revolution*. New York: Morrow.



- Flores-Romero, L., Viñas Velázquez, B. M., Treviño-Siller, S. G., & Islas-Limón, J. Y. (2022). Obstetric Violence in Childbirth Care in Baja California: Nursing Personnel Perceptions. *Frontera Norte*, 34.
- Foucault, M. (1979). *La microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (1991). El juego de Michel Foucault. En M. Foucault, *Saber y verdad* (pp. 127-162). Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I: la voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2003). *Society Must be Defended: Lectures at the College de France, 1975-76*. New York: Picador.
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2007). *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France, 1977-78*. Basingstoke: Palgrave.
- Freedman, L. & Waldman, R. (2005). *Who's got the power? Transforming health systems for women and children*. New York: UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health, New York.
- Freyermuth Enciso, G. (2010). *Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas. Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad*. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estudios_relacionados/MMChs_19dejulio_GFE_VF_conGraficas.pdf
- Freyermuth, G & Sesia, P. (2013). La rendición de cuentas y la contraloría social: Debates y experiencias en salud materna y reproductiva en México. En: G. Freyermuth & P. Sesia (Coords.), *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva: nuevas experiencias de contraloría social* (pp. 11-40). México: CIESAS; Observatorio de Mortalidad Materna en México; Comité Promotor por una Maternidad Segura en México
- Fundyus, K., Santamaria-Plaza, C. & McLaren, L. (2023). Policy diffusion theory, evidence-informed public health, and public health political science: a scoping review. *Canadian Journal of Public Health*, 114, pp. 331-345.
- Georgescu-Roegen N. (1971). *The Entropy Law and the Economic Process*. Cambridge, EE.UU.: Harvard University Press.
- Gilardi, F. (2012). Transnational diffusion: Norms, ideas, and policies. En W. Carlsnaes, T. Risse & B. Simmons (Eds.), *Handbook of International Relations*, pp. 453-477. Thousand Oaks, SAGE Publications.
- Ginsburg, F. & Rapp, R. (1991). The politics of reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20, 311–343.



- GIRE. (2024). *¿Qué dicen los datos públicos? Radiografía de la violencia obstétrica y la muerte materna*. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Disponible en: <https://violenciaobstetrica.gire.org.mx/>
- Girum, T. & Wasie, A. (2017). Correlates of maternal mortality in developing countries: an ecological study in 82 countries. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 3(19), pp. 1-6.
- Goberna-Tricas, J. (2019). Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada. *Musas*, 4(2), pp. 26-36.
- Gobierno de México. (2018). *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*. Disponible en: https://dgti.salud.gob.mx/doctos/dgti/REGLAMENTO_INTERIOR_SSA_2018.pdf
- Goorha, P. (2017). Modernization theory. En *Oxford Research Encyclopedia of International Studies*. Londres: Oxford University Press.
- Graham, E. R., Shipan, C. R. & Volden, C. (2012). Review article: The diffusion of policy diffusion research in political science. *British Journal of Political Science*, 43, pp. 673-701.
- Gramsci, A. (1977). *Cuadernos de la cárcel*. México: Juan Pablos Editor.
- Gronemeyer, M. (2010). Help. En W. Sachs (Ed.), *Development Dictionary: A Guide to Knowledge as Power* (pp. 55-73). London: Zed Books.
- Grotenhuis, R. (2015). Development Cooperation: From post-colonialism to interconnected globalization. *Development*, 58(1), 42–48. doi:10.1057/dev.2015.34
- Gruskin, S., Cottingham, J., Martin Hilber, A., Kismodi, E., Lincetto, O., & Roseman, M. J. (2008). Using human rights to improve maternal and neonatal health: History, connections, and a proposed practical approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8), 589-593.
- Guha, R. (2009). *The Small Voice of History*. Ranikhet: Permanent Black.
- Gwynne, R. N. (2009). Modernization theory. En A. Kobayashi (Ed.), *Encyclopedia of Human Geography* (pp. 163-167). Amsterdam: Elsevier.
- Haas, E. B. (1980). Why Collaborate? Issue-Linkage and International Regimes. *World Politics*, 32(3), pp. 357-405.
- Habermas, J. (1999). *Teoría de la acción comunicativa I: racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Taurus Humanidades.
- Hall, S. (2004). Foucault and Discourse. En: C. Seale (Ed.), *Social Research Methods: A reader* (pp. 345-349). Londres: Routledge.
- Haraway, D. (1991). *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. New York: Routledge.
- Harding, S. (1986). *The Science Question in Feminism*. New York: Cornell University Press.
- Harding, S. (1987). *Feminism & Methodology: Social Science Issues*. Bloomington: Indiana University Press.

- Harding, S. (1991). *Whose science? Whose knowledge?* New York: Cornell University.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.
- Harding, S. (2004). Rethinking Standpoint Epistemology: What is 'strong objectivity'? En: S. Harding (Ed.), *The Feminist Standpoint Theory Reader: Intellectual and Political Controversies* (pp. 127-140). New York: Routledge.
- Harrigan, J., & Wang, C. (2011). A New Approach to the Allocation of Aid Among Developing Countries: Is the USA Different from the Rest? *World Development*, 39(8), pp. 1281-1293.
- Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S., & Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 393-395.
- Herz, B., & Measham, A. R. (1987). *The Safe Motherhood Initiative: Proposal for Action*. World Bank.
- Human Rights Watch. (2018). *US Blocks Funds to UN Population Fund, Again: Baseless Claims Made That Fund Supports Coercive Abortion, Sterilization*. Human Rights Watch. Disponible en: <https://www.hrw.org/news/2018/03/16/us-blocks-funds-un-population-fund-again>
- IDA. (2023). *How Does IDA Work?*. International Development Association. Recuperado de: <https://ida.worldbank.org/en/about/how-does-ida-work>
- INEGI. (s.f.a). *Mortalidad*. [Base de datos]. Conjunto de datos: Defunciones registradas (mortalidad general). Disponible en: https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/mortalidadgeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortal_mg
- INEGI. (s.f.b). *Natalidad*. [Base de datos]. Conjunto de datos: Nacimientos. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=23699&proy=nat_nac#
- INEGI. (2016). *Tabulados predefinidos: IX. Atención Obstétrica*. [Base de datos]. Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/tabulados/IX_Atencion_Obstetrica_estimaciones_endireh2016.xlsx
- INEGI. (2018). *Tabulados oportunos: salud materno-infantil*. [Base de datos]. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/tabulados/enadid18_tabulados_principales_resultados.xlsx.zip
- INEGI. (2021a). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/#tabulados>
- INEGI (2021b). *Características de los nacimientos registrados durante 2020*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/NamtosRegistrados2020.pdf>

- INEGI. (2021c). *Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares: Estructura de la base de datos*. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_fd.pdf
- INEGI. (2021d). *Tabulados predefinidos: X. Atención Obstétrica*. [Base de datos]. Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/tabulados/x_atencion_obstetrica_estimaciones_endireh2021.xlsx
- INEGI. (2021e). *Censo de Población y Vivienda 2020*. [Base de datos]. Conjunto de datos: Población de 3 años y más. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/Olap/Proyectos/bd/censos/cpv2020/P3Mas.asp>
- INEGI. (2021f). *Características de los Nacimientos Registrados en México durante 2020*. Sala de prensa. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6801#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20durante%202020%2C%20se,a%20la%20del%20a%C3%B1o%20anterior.>
- INEGI. (2021g). *Microdatos*. [Base de datos]. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/microdatos/bd_endireh_2021_csv.zip
- INEGI. (2023). *Estadística de Nacimientos Registrados (ENR)*. Subsistema de Información Demográfica y Social. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/#documentacion>
- INEGI. (2024). *Tabulados oportunos: salud materno-infantil*. [Base de datos]. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2023/tabulados/tabulados_principales_resultados_enadid23_xlsx.zip
- INSABI. (2020). *El Sistema de Salud en México*. Gobierno de México. Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/documentos/el-sistema-de-salud-en-mexico>
- INSP. (2008). *La experiencia de la casa de la mujer indígena: sistematización y evaluación del proceso*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/ciss/publicaciones/Docs/experiencia_mujerindigena.pdf
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). *Financing Global Health 2021: Global Health Priorities in a Time of Change*. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible en: <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/financing-global-health-2021-global-health-priorities-time-change>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2024). *Toxemia*. Diccionario del NCI. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/toxemia>
- Institute of Development Studies. (2021). *Safe Motherhood Inter-Agency Group (IAG)*. Eldis. <https://eldis.org/organisation/A6828>
- Institute of Medicine of the National Academies. (2003). *Improving Birth Outcomes: Meeting the Challenge in the Developing World*. Washington, DC: The National Academies Press.

- International Monetary Fund. (1994). Comparative Compilation Systems and Analyses. En *Debt Stocks, Debt Flows and the Balance of Payments*. EE.UU.: International Monetary Fund. Disponible en: <https://www.elibrary.imf.org/display/book/9789264142589/ch004.xml>
- Kapazoglou, M. & Goris, Y. (2022). Descolonización de la cooperación al desarrollo: Parte 1 – Rastrando las raíces coloniales de la cooperación al desarrollo: una breve historia. Partos. Disponible en: https://www.partos.nl/wp-content/uploads/2022/05/Partos-future-brief-def3_spa-ES.pdf
- KFF (2022). *The U.S. Government and Global Maternal and Child Health Efforts*. Global Health Policy. Disponible en: <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-u-s-government-and-global-maternal-and-child-health-efforts/>
- Kharas, H. & Roerson, A. (2012). *Horizon 2025: creative destruction in the aid industry*. Londres: Overseas Development Institute. Disponible en: <https://cdn.odi.org/media/documents/7723.pdf>
- Kiernan, J. P. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud*, 8(1). Organización Panamericana de la Salud.
- Kissinger, H. (1974). *The Kissinger Report: NSSM-200 Implications of Worldwide Population Growth for U.S. Security Interests*. National Security Council. Disponible en: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PCAAB500.pdf
- La Chimia, A., & Arrowsmith, S. (2009). Addressing tied aid: Towards a more development-oriented WTO? *Journal of International Economic Law*, 12(3), 707-747.
- Laínez Valiente, N. G., Martínez Guerra, G. Á., Portillo Najarro, D. A., Alvarenga Menéndez, A. F., & Véliz Flores, A. M. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta*, 6(1), 70-77.
- Lamas, M. (1994). Cuerpo: diferencia sexual y género. *Debate Feminista*, 10(5), pp. 3-31.
- Lamas, M. (2013a). Introducción. En M. Lamas (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 9-20). México: CIEG-UNAM & Bonilla Artigas Editores.
- Lamas, M. (2013b). La antropología feminista y la categoría género. En M. Lamas (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 97-126). México: CIEG-UNAM & Bonilla Artigas Editores.
- Lamas, M. (2013c). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría “género”. En M. Lamas (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 327-366). México: CIEG-UNAM & Bonilla Artigas Editores.
- Langford, M. (2012). *The Art of the Impossible: Measurement Choices and the Post-2015 Development Agenda*. New York: OHCHR/UNDP. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/776langford.pdf>
- Lappeman, M. & Swartz, L. (2019). Rethinking obstetric violence and the ‘neglect of neglect’: The silence of a labour Ward milieu in a South African district hospital. *BMC International Health & Human Rights*, 19(30), 1-11.

- Lappeman, M. & Swartz, L. (2021). How Gentle Must Violence Against Women Be in Order to Not Be Violent? Rethinking the Word "Violence" in Obstetric Settings. *Violence Against Women*, 27(8), pp. 987-1000.
- Lawn, J. E., McCarthy, B. J. & Ross, S. R. (2003). *The Healthy Newborn: A reference manual for program managers*. Atlanta, Georgia: CDC and CARE.
- Lemus Delgado, D. (2018). La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) como una práctica hegemónica (1945-2000). *CIDOB d'Afers Internacionals* 129, pp. 229-50.
- Lesutis, G. (2024). Scenes of subjection: Extractive frontiers, symbolic violence, dispossession. *Geoforum*, 148, pp. 1-11.
- Ley General de Población. (1974). Reformada, Diario Oficial de la Federación, 7 de enero de 1974, (México). Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgp/LGP_orig_07ene74_ima.pdf
- Longino, H. (1988). Science, Objectivity and Feminist Values. Review Essay. *Feminist Studies*, 14(3), pp. 561-574.
- Longino, H. (1990). *Science as Social Knowledge*. New Jersey: Princeton University Press.
- Longino, Helen. (1996). Subjects, Power and Knowledge: Description and Prescription in Feminist Philosophies of Science. En: E. Fox Keller & H. Longino (Eds.). *Feminism and Science* (pp. 264-279). Oxford: Oxford University Press.
- Longino, H. (2018). Essential Tensions Phase Two: Feminist, Philosophical, and Social Studies of Science. En: L. M. Antony & C. E. Witt (Eds.), *A Mind Of One's Own: Feminist Essays On Reason And Objectivity* (pp. 93-109). New York: Routledge.
- Loomba, A. (2000). ¿Puede hablar el subalterno? *Nerter, invierno 2000-2001*, 44-45.
- Lucas d'Oliveira, A. F. P., Diniz, S. G. & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359, pp. 1681-1685
- Lucatello, S. (2017). La solidaridad tóxica en América Latina: ¿Cooperación al desarrollo o industria de la ayuda? Una trama en tres actos. En: R. Domínguez & G. Rodríguez Albor (Eds.), *Historia de la cooperación internacional desde una perspectiva crítica*, pp. 165-194. Barranquilla: Uniautónoma.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (9), pp. 73-102.
- Lugones, M. & Spelman, E. (1983). Have We Got a Theory for You! Feminist Theory, Cultural Imperialism, and the Demand for 'The Woman's Voice'? *Women's Studies International Forum*, 6, pp. 573-581.
- Lukes, S. (2007). *El poder: un enfoque radical*. España: Siglo XXI.
- MacArthur, J., Carrard, N., Davila, F., Grant, M., Megaw, T., Willetts, J. & Winterford, K. (2022). Gender-transformative approaches in international development: A brief history and five uniting principles. *Women's Studies International Forum*, 95, pp. 1-11.
- MacCarl Nielsen, J. (1990). *Feminist Research Methods. Exemplary Readings in the Social Sciences*. San Francisco: Westview Press.



- MacDonald, M. E. (2022). The Place of Traditional Birth Attendants in Global Maternal Health: Policy Retreat, Ambivalence and Return. En: L. J. Wallace et al (Eds.), *Anthropologies of Global Maternal and Reproductive Health: From Policy Spaces to Sites of Practice*, pp. 95-116. Cham: Springer.
- MacDonald, M. E. (2019). The Image World of Maternal Mortality: Visual economies of hope and aspiration in global campaigns to reduce maternal mortality. *Humanity: A Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, 10(2), pp. 263–285.
- MacKinnon, C. A. (1983). Feminism, Marxism, Method, and the State: Towards Feminist Jurisprudence. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 8(4), pp. 635-658.
- Maffia, D. (2005). Epistemología feminista: por otra inclusión de los femenino en la ciencia. En N. Blazquez Graf & J. Flores (Eds.), *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*. Mexico: UNAM.
- Mahoney, J. (2000). Path Dependence in Historical Sociology. *Theory and Society*, 29(4), pp. 507-508.
- Maine, D. & Rosenfield, A. (1999). The Safe Motherhood Initiative: Why Has It Stalled? *American Journal of Public Health*, 89(4), pp. 480-482.
- March, J. G. & Olsen, J. P. (1998). The institutional dynamics of international political orders. *International organization*, 52(4), pp. 943-969.
- Mariano Juárez, L. (2014). Las hambres en la región Ch'orti' del oriente de Guatemala: cultura, política y representación en los diálogos de la cooperación y el desarrollo. Madrid: Grupo 9 de Universidades.
- Márquez Murrieta, A. (2022). Del maltrato y el abuso a la violencia obstétrica: cambios legislativos en México. En A. Fernández de la Reguera & F. De Lachica Huerta (Coords.), *25N Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* (pp. 23-34). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.
- Márquez Murrieta, A. (2021). Medicalización y riesgo de procesos reproductivos: Radiografía de cambios conceptuales en la revista Salud Pública de México 1983-2019. En A. Murguía Lores (Coord.), *Enfrentar la adversidad. Riesgo y medicalización en México* (pp. 59-83). México: UNAM.
- Márquez Murrieta, A. (2016). El maltrato de las mujeres embarazadas en los servicios de salud: un fenómeno en proceso de categorización y estabilización. En A. Murguía & T. Ordorika (coords.), *La medicina en expansión: acercamientos a la medicalización en México* (pp. 117-142). México: UNAM.
- Mayans, I. & Vaca, M. (2018). Nuevos argumentos en contra del aborto. En D. Busdygan (Coord.), *Aborto: Aspectos normativos, jurídicos y discursivos* (pp. 1-25). Buenos Aires: Editorial Biblos.
- McCoy, D., Kapilashrami, A., Kumar, R., Rhule, E. & Khosla, R. (2023). Developing an agenda for the decolonization of global health. *Bulletin of the World Health Organization*. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/bulletin/online-first/blt.23.289949.pdf?sfvrsn=5e0c6817_4

- McDonagh, M. (1996). Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality? *Health Policy and Planning*, 11(1), pp. 1-15.
- Meadows, D. H., Meadows, D. L & Randers, J. (1992). *Más allá de los Límites del Crecimiento*. Madrid: Ediciones El País.
- Meernik, J., & Poe, S. (1996). U.S. Foreign aid in the domestic and international environments. *International Interactions*, 22, pp. 21-40.
- Michel, A. (1983). *El feminismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mies, M. (2014). *Patriarchy and Accumulation on a World-Scale: Women in the International Division of Labour*. Londres: Zed Books.
- Millet, K. (1995). *Política Sexual*. Madrid: Cátedra.
- Minheret, M. (2019). Obstretic violence and its associated factor among postnatal women in a specialized comprehensive hospital, Amhara region, Northwest Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12, 600.
- Modonesi, M. (Mayo de 2012). *Subalternidad* [archivo PDF]. Conceptos y fenómenos fundamentales de nuestro tiempo UNAM. Recuperado de: https://conceptos.sociales.unam.mx/conceptos_final/497trabajo.pdf
- Moghadam, V. (1990). *WID, WAD, GAD: integration of women, women's concerns, and gender issues in the development process: a review of the literature and policy debates*. Palestina: Birzeit University.
- Mohanty, C. T. (1984). Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses. *Boundary 2*, 12(3), pp- 333-358.
- Molla, W., Wudneh, A., & Tilahun, R. (2022). Obstetric violence and associated factors among women during facility-based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), Article 565.
- Molyneux, M. (2006). Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: Progres/Oportunidades, Mexico's Conditional Transfer Programme. *Social Policy and Administration*, 40(4), pp. 425-449.
- Mondragón Pérez, A. R. (2002). ¿Qué son los indicadores? *Cultura Estadística y Geografía, Revista de información y análisis*, 19, pp. 52-58.
- Moser, C. (1989). Gender planning in the third world: Meeting practical and strategic gender needs. *World Development*, 17(11), pp. 1799-1825.
- Murray de López, J. (2018). When the scars begin to heal: narratives of obstetric violence in Chiapas, Mexico. *International Journal of Health Governance*, 23(1), 60-69.
- Muyoyeya, L. (2004). *Womenm Gender and Development*. Zambia: Educating and Acting for a Better World.
- Naciones Unidas. (1985). *Informe de la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de la Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz. Nairobi, 15 a 26 de julio de 1985*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de: <https://docs.un.org/es/A/CONF.116/28/Rev.1>

- Naciones Unidas. (s.f.a.). *Conferencia Mundial de Población, 19 a 30 de agosto de 1974, Bucarest, Rumania*, Conferencias de Población y Desarrollo. Recuperado de: <https://www.un.org/es/conferences/population/bucharest1974>
- Naciones Unidas. (s.f.b.). *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 5 a 13 de septiembre de 1994, El Cairo, Egipto*. Naciones Unidas: Conferencias de Población y Desarrollo. Recuperado de: <https://www.un.org/es/conferences/population/cairo1994>
- Naciones Unidas. (s.f.c.). *Contexto: La Agenda para el Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas: Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
- Naciones Unidas. (s.f.d.). *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. Naciones Unidas: Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Naciones Unidas. (s.f.e.). *Objetivo 5. Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas*. Naciones Unidas: Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
- Naciones Unidas. (2015). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): Sobrevivir, Prosperar, Transformar*. Todas las Mujeres, Todos los Niños. Disponible en: https://www.everywomaneverychild-lac.org/wp-content/uploads/2023/09/EWEC_GSUPDATE_ES_WEB-1.pdf
- Naciones Unidas. (2016). *Indicator and Monitoring Framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)*. Todas las Mujeres, Todos los Niños. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/global-strategy/gi-indicator-and-monitoring-framework.pdf?sfvrsn=939e8b94_6
- Nascimento, G. S., Santos, V. R., Marcolino, E. C., Araújo-Monteiro, G. K. N., Dantas, A. M. N., & Santos-Rodrigues, R. C. (2022). Obstetric Violence: A Conceptual Analysis in the Nursing Context. *Aquichan*, 22(4), e2248.
- Nicholson, L. (1992). La genealogía del género. *Revista Hiparquia*, 5(1). Disponible en: <http://www.hiparquia.fahce.unlp.edu.ar/numeros/volv/la-genealogia-del-genero>
- Novick, S. (1999). La posición argentina en las tres conferencias mundiales de población. *Papeles de Población*, 5(20), pp. 25-67.
- O'Brien, E., & Rich, M. (2022). Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), 2183-2185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4)
- OCDE. (2024). *Member's total use of the multilateral system*. [Base de datos]. OECD Data Explorer. Disponible en: [https://data-explorer.oecd.org/vis?tm=multilateral%20system&pg=0&snb=17&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_MULTI%40DFMULTI&df\[ag\]=OECD.DCD.FSD&df\[vs\]=1.1&dq=DAC.DPGC.1000...D.Q._T..&lom=LASTNPERIODS&lo=1&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?tm=multilateral%20system&pg=0&snb=17&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_MULTI%40DFMULTI&df[ag]=OECD.DCD.FSD&df[vs]=1.1&dq=DAC.DPGC.1000...D.Q._T..&lom=LASTNPERIODS&lo=1&to[TIME_PERIOD]=false)
- OCDE & Banco Mundial. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. París: OECD Publishing, Paris.

- OECD. (s.f.). *Development Assistance Committee*. Organisation for Economic Co-operation and Development. Disponible en: <https://www.oecd.org/en/about/committees/development-assistance-committee.html>
- OECD. (2023). *DAC list of ODA recipients*. Organisation for Economic Co-operation and Development. Disponible en: <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/oda-eligibility-and-conditions/dac-list-of-oda-recipients.html>
- OHCR. (s.f.a). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- OHCR. (s.f.b). *Introducción: Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cedaw/introduction>
- OMM. (s.f.). *Guías y programas*. Observatorio de Mortalidad Materna en México. Disponible en: <https://omm.org.mx/biblioteca/guias-y-programas/>
- OMS. (s.f.). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>
- OMS. (1978). *Método de atención sanitaria de la madre y le niño basado en el concepto de riesgo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/41682/9243700391-spa.pdf?sequence=&isAllowed=y>
- OMS. (1981). *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38896/9243800035_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506096>
- OMS. (2014). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. En *Documentos básicos*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- OMS. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2016). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- OMS. (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- OMS. (2018b). *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
- OMS. (2022a). *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva*. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57092/9789275326817_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=yq
- OMS. (2022b). *Peste*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/plague>
- OMS. (2023). *Mortalidad materna*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OMS. (2024). *Salud materna*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab_1
- OMS & UNICEF. (1978). *Atención primaria de salud: informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39246/9243541285.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMT. (2005). *Indicadores de desarrollo sostenible para los destinos turísticos: guía práctica*. Madrid: Organización Mundial del Turismo.
- OPS. (2019). *Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51740/9789275321355_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OPS. (s.f). *Salud materna*. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
- OPS. (2024a). *Curso de vida saludable*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/curso-vida-saludable>
- OPS. (2024b). Palabras de apertura del Director OPS/OMS, Dr. Jarbas Barbosa: llamado a la acción / cero muertes maternas evitables. *Organización Panamericana de la Salud*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/palabras-apertura-director-opsoms-dr-jarbas-barbosa-llamado-accion-cero-muertes-maternas>
- Orrego Sánchez, C. (2016). *Filosofía: Conceptos Fundamentales*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Ortner, S.B. & Whitehead, H. (2013). Indagaciones acerca de los significados sexuales. En M. Lamas (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 127-180). México: CIEG-UNAM & Bonilla Artigas Editores.
- Palilonis, M.A. (2015). *An Introduction to Global Health and Global Health Ethics: Seven Topics for Students*. [Tesis de Maestría]. Wake Forest University Graduate School of Arts and Science.

- Peredo Belrán, E. (2017). Ecofeminismo. En P. Solón (Comp.), *Alternativas sistémicas* (pp. 103-132). La Paz: Fundación Solón. Disponible en: <https://systemicalternatives.org/wp-content/uploads/2017/03/pdf-libro-sa.pdf>
- Pérez D'Gregorio, R. (2010). Obstretic violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynaecology & Obstretics*, 111(3), 201-202.
- Pérez Sedeño, E. (2000). ¿El poder de una ilusión?: Ciencia, género y feminismo". En: M. T. López de la Vieja (Coord.), *Feminismos: del pasado al presente* (pp. 103-116). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Petchesky, R. (2016). Gendered Well-Being. Globalization, Women's Health and Economic Justice: Reflections Post-September 11. En: W. Harcourt (Ed.), *The Palgrave Handbook of Gender and Development* (pp. 145-172). Londres: Palgrave Macmillan.
- Pickles, C. (2015). Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstretic violence in South Africa. *South African Crime Quartely*, 54(5), 5-17.
- Pinzón, C. E. (2008). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Educación y Práctica de la Medicina*, 33(1), pp. 33-41.
- Pitt, C. & Barh, D. (2021). *Aid for reproductive, maternal, newborn and child health: data generated using the Muskoka2 method, 2002-2019*. [Base de datos]. Londres: London School of Hygiene & Tropical Medicine. Disponible en: <https://datacompass.lshtm.ac.uk/id/eprint/2272/>
- Planned Parenthood. (s.f.). ¿Qué es el dispositivo intrauterino (DIU) sin hormonas? Recuperado de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/dispositivo-intrauterino-diu/que-es-el-dispositivo-intrauterino-diu-sinhormonas>
- Prado Lallande, J. P. (2006). *La condicionalidad política de la cooperación al desarrollo: Las sanciones a la ayuda internacional*. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Disponible en: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/654467bd-7ee6-4afe-9b19-c7c78cc91ba5/content>
- Prado Lallande, J. P. (2018). La cooperación internacional para el desarrollo: origen, fundamentación, concepto y modalidades. En E. Ponce Adame et. al. (Coords.), *Teoría y práctica de la cooperación internacional para el desarrollo: una perspectiva desde México* (pp. 23-46). México: Consejo Editorial de la Cámara de Diputados.
- Puetenes, M. & Suárez, I. (2015). Un acercamiento a Gramsci: la hegemonía y la reproducción de una visión del mundo. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 7(2), pp.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder y clasificación social. *Journal of World-Systems Research*, 11(2), pp. 342-386.
- Quijano, A. (2007). Coloniality and Modernity/Rationality. *Cultural Studies*, 21, pp. 168 - 178.
- Rai, S.M. (2011). Gender and development: theoretical perspectives. En Visvanathan et al. (Eds). *The Women, Gender & Development Reader*. London: Zed Books.

- Rathgeber, E.M. (1989). WID, WAD, GAD: Trends in research and practice. Ottawa: International Development Research Centre.
- Reinharz, S. (1992). *Feminist Methods in Social Research*. Oxford: Oxford University Press.
- Ricoeur, P. (2000). *Tiempo y Narración I*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Ring, J. (2014). *The diffusion of norms in the international system*. [Tesis doctoral]. University of Iowa. Disponible en: <https://iro.uiowa.edu/esploro/outputs/doctoral/The-diffusion-of-norms-in-the/9983777065002771/filesAndLinks?index=0>
- Ríos Osorio, L. A. (2011). Una reflexión acerca del Modelo de Investigación Biomédica. *Salud Uninorte*, 27(2), pp. 289-297.
- Robinson, J. & Wharrad, H. (2001). The relationship between attendance at birth and maternal mortality rates: an exploration of United Nations' data sets including the ratios of physicians and nurses to population, GNP per capita and female literacy. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), pp. 445-455.
- Rodríguez, I. (2000). Hegemonía y dominio: subalternidad, un significado flotante. *Estudios. Revista de investigaciones Literarias y Culturales*, 14-15, 35-50.
- Rodríguez, I. (2009). "Subalternismo". En M. Szurmuk & R. Mckee Irwin (Eds.), *Diccionario de estudios culturales latinoamericanos* (pp. 255-260). México: Siglo XXI Editores.
- Rodríguez Mir, J. & Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), pp. 211-212.
- Rosenfield, A. & Maine, D. (1985). Maternal Mortality – A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH? *The Lancet*, pp. 83-85.
- Rosenfield, A. & Min, C. (2009). Evidence-based maternal and child health. En J.E. Ehiri (ed.), *Maternal and Child Health: Global Challenges, Programs and Policies* (361-374). New York: Springer.
- Rosenfield, A. & Min, C. (2009). A History of International Cooperation in Maternal and Child Health. En J. Ehiri (Ed.), *Maternal and Child Health: Global Challenges, Programs and Policies* (pp. 3-18). New York: Springer.
- Sachs, W. (2010). Environment. En W. Sachs (Ed.), *Development Dictionary: A Guide to Knowledge as Power* (pp. 55-73). London: Zed Books
- Sachs, W. (2010). *The Development Dictionary: a Guide to Knowledge as Power*. London: Zed Books.
- Sadler M. (2016). Etnografías del control del nacimiento en el Chile Contemporáneo. *Revista Chilena de Antropología*, 33(1), 45.57.
- Sadler, M. (2020). Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. En P. Quattrocchi & N. Magnone (Comp.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualizaciones, experiencias, medición y estrategias* (pp. VII-XXI). Universidad Nacional de Lanús.

- Salter, C. L., Olaniyan, A., Mendez, D. D., & Chang, J. C. (2021). Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change. *Violence Against Women*, 27(8), 1019-1027.
- Sánchez Bringas, A., Pérez Baleón, F. (2013). ¿Qué sabemos de la incidencia de la morbilidad materna en México? Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/248047/que_sabemos_de_la_incidencia.pdf
- Saturno-Hernández, P. J., Martínez-Nicolás, I., Moreno-Zegbe, E., et al. (2019). Indicators for monitoring maternal and neonatal quality care: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(25).
- Say, L., Chou, D. Gemmil, A. et al. (2014). Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*, 2(6), pp. 223-333.
- Scambia, G., Viora, E., Colacurci, N. & Vicario, M. (2018). Obstetric violence: between misunderstanding and mystification. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 228, 331-338.
- Schober, P., Boer, C. & Schwarte, L. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), pp. 1763-1768.
- Scott, J. (2008). *Género e historia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Secretaría de Salud. (s.f.a.). *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la notificación inmediata de muertes maternas*. Gobierno de México. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/15_Manual_Muertes_Maternas_Lineamientos.pdf
- Secretaría de Salud. (s.f.b.). *Nacimientos ¹ por año*. Sistema de Información de la Secretaría de Salud. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>
- Secretaría de Salud. (2020). *Lineamiento de Reconversión Hospitalaria*. Gobierno de México. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria_05042020_2.pdf
- Sen, G. & Ostlin, P. (1997). "Gender as a social determinant of health: evidence, policies, and innovation". En: *The Women, Gender & Development Reader*. 2nd Edition. Nalini Visvanathan, Lynn Duggan, Nan Wieggersma y Laurie Nisonoff (Editoras). Fernwood Publishing/ Zed Books.
- Senanayake, P. (1998). Safe motherhood: a success story in Sri Lanka. *World Health*, (1), pp. 28-29.
- Serret, E. (2008). *Qué es y para qué es la perspectiva de género*. Libro de texto para la asignatura: *Perspectiva de Género, en Educación Superior*. México: Instituto de la Mujer Oaxaqueña.
- Sesia, P. (2020). Naming, framing and shaming through obstetric violence: A critical approach to the judicialisation of maternal health rights violations in Mexico. En J. Gamblin, S. Gobbon, P. Sesia & L. Berrio (eds.), *Critical Medical Anthropology: perspectives in and from Latin America* (222-247). Londres: UCL Press.

- Shiva, V. (2010). Resources. En W. Sachs (Ed.), *Development Dictionary: A Guide to Knowledge as Power* (pp. 55-73). London: Zed Books
- Shetty, R. K., Samant, P. Y., & Honavar, P. U. (2021). Obstetric violence: a health system study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 10(4), 1551-1560.
- Sierra Mendel, I. R. (2010). *Glosario de términos de la CID. Conceptos básicos de la cooperación internacional*. Curso propedéutico de la maestría en Cooperación Internacional para el Desarrollo, V Generación. México: Instituto Mora.
- Sierra Mendel, I. R., Ayala Martínez, C. & Molina Alcántara, M. C. (2022). *Léxico de la cooperación internacional para el desarrollo: política, gestión y transparencia*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Simmons, B. A., Dobbin, F. & Garrett, G. (2006). Introduction: The International Diffusion of Liberalism. *International Organization*, 60(04), pp. 781-810.
- Sines, E., Tinker, A. & Ruben, J. (2006). *The Maternal–Newborn–Child Health Continuum of Care: A Collective Effort to Save Lives*. Population Reference Bureau. Disponible en: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/10/Maternal-Newborn-Child-Continuum_PopRefBureau_Rep_2006.pdf
- SIODS. (2023a). 3.1.1 *Razón de mortalidad materna*. [Base de datos]. Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Sostenible mexicano. Disponible en: <https://agenda2030.mx/ODSind.html?ind=ODS003000030010&cveind=26&cveCob=99&lang=es#/Indicator>
- SIODS. (2023b). 3.1.2 *Proporción de partos atendidos por personal sanitario capacitado: Metadato*. [Base de datos]. Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Sostenible mexicano. Disponible en: <https://agenda2030.mx/ODSind.html?ind=ODS003000030020&cveind=27&cveCob=99&lang=es#/Metadata>
- Smith, S. (2019). Embracing the obstetric imaginary: Chujese women, migration and stratified reproduction. *Medical Anthropology*, 38(4), 342-355.
- Sontag, S. (2001). *On Photography*. Nueva York: Picador.
- Souza, J P., Tuncalp, O., Vogel, J. P., Bohren, M., Widmer, M., Oladapo, O. T., Say, L., Gulmezoglu, A. M., Temmerman, M. (2014). Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG*, 121(1), pp. 1-4.
- Spivak, G. C. (2003). ¿Puede hablar el subalterno? *Revista Colombiana de Antropología*, 39, enero-diciembre, pp. 297-364.
- SRE. (2021). *Reglamento Interior de la Secretaría de Relaciones Exteriores*. Diario Oficial de la Federación. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5621170&fecha=14/06/2021#gsc.tab=0
- Starrs, A. M. (1997). *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation*. Colombo: Family Care International.

- Starrs, A. M. (2006). Safe motherhood initiative: 20 years and counting. *The Lancet*, 368(9542), pp. 1130-1132.
- Storeng, K. T., & Béhague, D. P. (2014). "Playing the numbers game": evidence-based advocacy and the technocratic narrowing of the Safe Motherhood Initiative. *Medical anthropology quarterly*, 28(2), pp. 260-279.
- Storeng, K. & Béhague, D. (2016). "Lives in the balance": The politics of integration in the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. *Health policy and planning*, 31(8), pp. 992-1000.
- Strong, A. (2020). Documenting Death: Maternal Mortality and the Ethichs of Care in Tanzania. Berkeley: University of California Press.
- Stroyer, J. (2012). Las transformaciones de la conceptualización de la salud materna desde 1945 hasta 2000 y el marco actual de la cooperación internacional para el desarrollo: el caso de los objetivos de desarrollo del milenio. [Tesis de maestría, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora]. Repositorio institucional del Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Taghizadeh, Z., Ebadi, A., & Jaafarpour, M. (2021). Childbirth violence-based negative health consequences: a qualitative study in Iranian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), Article 572.
- Tejada de Rivero, D. A. (2018). La historia de la Conferencia de Alma-Ata, cuarenta años después. *Academia Nacional de Medicina – Anales 2018*, pp. 55-57.
- Tezanos Vázquez, S. (2019). *América Latina y el Caribe en la Agenda 2030: Hacia una clasificación del desarrollo sostenible compatible con los ODS y el "desarrollo en transición"*. Madrid: Fundación Carolina.
- Thaddeus. S. & Maine, D. (1994). Too far to walk: maternal mortality un context. *Social Science and Medicine*, 38(8), pp. 1091-1110.
- Thyssen, J. P., & Menné, T. (2010). Metal Allergy—A Review on Exposures, Penetration, Genetics, Prevalence, and Clinical Implications. *Chemical Research in Toxicology*, 23(2), pp. 309-318.
- Tinker, A. & Koblinsky, M. A. (1993). *Making motherood safe. World Bank Discussion Papers 202*. Washington DC: World Bank.
- Torroja Mateu, H. (1998). La relación entre la asistencia humanitaria y la ayuda al desarrollo en la práctica de la ONU. *Revista CIBOD d'Afers Internacionals*, 40-41, pp. 109-133.
- Truman, H. S. (1949). *Inaugural Address, January 20, 1949*. Harry S. Truman Library Museum. Disponible en: <https://www.trumanlibrary.gov/library/public-papers/19/inaugural-address>
- UNCTD. (2022). *Handbook of Statistics*. Nueva York: United Nations Publications.
- UNFPA. (2014). Programa de Acción: Aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado de: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

- UNFPA. (2018). *Acerca del UNFPA*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/acerca-del-unfpa>
- UNFPA. (2022a). *Fístula obstétrica*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/es/f%C3%ADstula-obst%C3%A9trica>
- UNFPA. (2022b). *Situación de la Población Mundial 2022*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/es/swp2022/impacts>
- UNFPA. (2016). *Salud materna*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-materna#readmore-expand>
- UNFPA México. (2022). Día Internacional de la Partera 2022: Entornos habilitantes laborales, normativos y de práctica: valorando y respetando a las parteras profesionales y a las mujeres. UNFPA México. Recuperado de: <https://mexico.unfpa.org/es/news/d%C3%ADa-internacional-de-la-partera-2022-entornos-habilitantes-laborales-normativos-y-de-practica>
- UNFPA México. (2024). *Reseña general*. Fondo de Población de las Naciones Unidas México. Recuperado de: <https://mexico.unfpa.org/es/rese%C3%B1a-general>
- UNICEF. (2021). *Emerging from the ashes of war: 1946-1979*. UNICEF Europe and Central Asia. Disponible en: <https://www.unicef.org/eca/stories/emerging-ashes-war-19461979>
- UNICEF. (2023). *Maternal and newborn health*. United Nations Children's Fund. Disponible en: <https://www.unicef.org/health/maternal-and-newborn-health>
- UNIDO. (2012). *Russian Federation: General Information on Development Cooperation*. UNIDO Knowledge Hub. Disponible en: <https://hub.unido.org/bilateral-development-partners/russian-federation>
- United Nations MPTF Office. (2022). *Financing the UN Development System: Joint Responsibilities in a World of Disarray*. Dag Hammarskjöld Foundation. Disponible en: <https://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/2022/09/dhf-financing-the-un-development-system-2022.pdf>
- Unterhalter, E. (2014). Measuring Education for the Millennium Development Goals: Reflections on Targets, Indicators, and a Post-2015 Framework. *Journal of Human Development and Capabilities*, 15(2), pp. 176-187.
- USAID. (s.f.a). *Maternal and Child Health at USAID*. USAID. Recuperado de: <https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/maternal-and-child-health>
- USAID. (s.f.b). *Technical Areas*. USAID. Recuperado de: <https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/maternal-and-child-health/technical-areas>
- Valladares Gil, R. A. (2017). *Diferencias y similitudes entre las características de los modelos sanitarios de Atención Integral en Salud Familiar y Biomédico en Chile*. [Tesis de maestría]. Chile: Universidad de Santiago de Chile.
- Van der Waal, R., Mayra, K., Horn, A. and Chadwick, R. (2022), *Obstetric Violence: An Intersectional Refraction through Abolition Feminism*. *Feminist Anthropology*.

- Van Lerberghe, W., & De Brouwere, V. (2000). Of Blind Alleys and Things that Have Worked: History's Lessons on Reducing Maternal Mortality. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, pp. 7-34.
- Vergès, F. (2022). *Un feminismo descolonial*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Villana, V. (2016). Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Wallerstein, I. (1999). *El moderno sistema mundial*. España: Siglo XXI.
- Watson, I. (2014). Introduction. En: I. Watson (Ed.), *Foreign Aid and Emerging Powers: Asian Perspective on Official Development Assistance*. Nueva York: Routledge.
- Weber, M. (1964). *Economía y sociedad: Esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Weil, O. & Fernandez, H. (1999). Is safe motherhood an orphan initiative? *The Lancet*, 354(9182), pp. 940-943.
- Weisz, G. & Olszynko-Gryn, J. (2009). The theory of epidemiologic transition: the origins of a citation classic. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 65(3), pp. 287-326.
- Wen, C. (1975). La Formación de un millón de: médicos descalzos. *Perspectivas: revista trimestral de educación*, 5(4), pp. 558-561.
- Wendland, C.L. (2007). The vanishing mother: cesarean section and "evidence-based obstetrics". *Medical Anthropology Quarterly*, 21(2), 218–233.
- WHO. (1974). Health and Family Planning. *World Health, The Magazine of the World Health Organization*, pp. 3-38. <https://iris.who.int/handle/10665/368061>
- WHO. (2005) *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/entity/whr/2005/whr2005_en.pdf.
- WHO. (2014). Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). World Health Organization. Disponible en: [https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/qoc/quality-of-care/strategies-toward-ending-preventable-maternal-mortality-\(epmm\).pdf?sfvrsn=a31dedb6_4](https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/qoc/quality-of-care/strategies-toward-ending-preventable-maternal-mortality-(epmm).pdf?sfvrsn=a31dedb6_4)
- WHO. (2015). *Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/153544/9789241508483_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2018). *Survive, Thrive, Transform: Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. 2018 Monitoring Report: Current Status and Strategic Priorities*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/EWECGSMonitoringReport2018_en.pdf
- WHO. (2021). *Ending preventable maternal mortality (EPMM): a renewed focus for improving maternal and newborn health and well-being*. Geneva: World Health

- Organization. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350834/9789240040519-eng.pdf?sequence=1r>
- WHO. (2024a). *Maternal and Newborn Health*. World Health Organization. Recuperado de: https://www.who.int/europe/health-topics/maternal-health#tab=tab_1
- WHO. (2024b). *Maternal mortality ratio* (per 100 000 live births). The Global Health Observatory. Recuperado de: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/26>
- Wichterich, C. (1988). From the struggle against “overpopulation” to the industrialization of human production. *Reproductive and Genetic Engineering* 1(1), pp. 21-30.
- Wolters, A., Tappe, O., Salverda, T. & Schwarz, T. (2015). *Concepts of the Global South - Voices from around the world*. Global South Studies Center, University of Cologne. Disponible en: https://kups.ub.uni-koeln.de/6399/1/voices012015_concepts_of_the_global_south.pdf
- World Bank. (s.f.). *What we do*. World Bank. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/what-we-do>
- World Bank. (s.f.a). *Metadata Glossary*. DataBank. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/metadataglossary/world-development-indicators/series/DT.ODA.ODAT.MP.ZS>
- World Bank. (s.f.b). *Historical classification by income in XLSX format*. [Base de datos]. World Bank Country and Lending Groups. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
- World Bank. (1987). *Preventing the Tragedy of Maternal Deaths: A Report on the International Safe Motherhood Conference*. Nairobi, Kenya: World Bank, World Health Organization, United Nations Fund for Population Activities.
- World Bank. (2024). *Health*. World Bank Gender Data Portal. Recuperado de: <https://genderdata.worldbank.org/topics/health/>
- Wynter, S. (2003). Unsettling the Coloniality of Being/Power/Truth/Freedom: Towards the Human, after Man, Its Overrepresentation—An Argument. *New Centennial Review*, 3(3), pp. 257-337.
- Zavaleta Hernández, S. K. (2012). *Más allá de la visión tradicional de la seguridad y del desarrollo. Hacia la consecución de la seguridad humana y el desarrollo humano en las relaciones internacionales contemporáneas*. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2013/Presenciales/0696522/0696522.pdf>
- Ziai, A. (2009). Development: projects, power, and a poststructuralist perspective. *Alternatives*, 34, pp. 183–201.

Anexos

I. Base de datos de tipo de relación del país receptor con su principal donante

Descripción: base de datos de elaboración propia sobre el tipo de relación entre países receptores y su principal donante internacional acumulado en SRMNI durante el periodo 2002-2019. El principal donante se determinó con base en los estimados Muskoka2 de RMNCH elaborados por Pitt & Bath (2021) de los registros del CRS del CAD de la OCDE. Columnas: # (número), *recipient* (país receptor), *top_donor* (principal donante), *amount* (donaciones acumuladas), *col* (relación de colonización previa), *infl* (esfera de influencia), *woi* (evento bélico, ocupación o intervención), *sec* (seguridad: bases militares, cooperación en seguridad, lucha contra modelos alternativos al desarrollo capitalista y acceso a recursos naturales prioritarios), *prox* (proximidad territorial), *none* (ninguna de las anteriores). En casos en los que se presentó más de un tipo de relación, se priorizó el criterio de colonización.

#	recipient	top_donor	amount	col	infl	woi	sec	prox	none
1	Afghanistan	United States	1528.602	0	0	1	0	0	0
2	Albania	United States	27.8978	0	0	0	1	0	0
3	Algeria	France	12.6419	1	0	0	0	0	0
4	Angola	United States	399.9282	0	0	0	1	0	0
5	Anguilla	United Kingdom	0.4238	1	0	0	0	0	0
6	Antigua and Barbuda	Japan	0.1547	0	0	0	0	0	1
7	Argentina	Spain	35.4334	1	0	0	0	0	0
8	Armenia	United States	53.4058	0	0	0	1	0	0
9	Azerbaijan	Japan	47.0875	0	0	0	0	1	0
10	Bahrain	France	0.0368	0	0	0	0	0	1
11	Bangladesh	United States	782.9476	0	0	1	0	0	0
12	Barbados	United States	0.2815	0	1	0	0	0	0
13	Belarus	Sweden	3.5612	0	0	0	0	1	0
14	Belize	United States	8.0755	0	0	0	1	0	0
15	Benin	United States	231.485	0	0	0	1	0	0
16	Bhutan	Denmark	7.1373	0	0	0	0	0	1
17	Bolivia	United States	139.9674	0	1	0	0	0	0
18	Bosnia and Herzegovina	Korea	47.7838	0	0	0	0	0	1
19	Botswana	United States	647.4991	0	0	0	1	0	0
20	Brazil	United States	42.5822	0	1	0	0	0	0
21	Burkina Faso	United States	323.4519	0	0	0	1	0	0
22	Burundi	United States	159.6761	0	1	0	0	0	0
23	Cabo Verde	Portugal	34.0663	1	0	0	0	0	0
24	Cambodia	United States	387.5051	0	0	1	0	0	0
25	Cameroon	United States	191.2881	0	0	0	1	0	0
26	Central African Republic	France	49.4264	1	0	0	0	0	0

27	Chad	France	65.9599	1	0	0	0	0	0
28	Chile	Japan	5.8704	0	0	0	0	0	1
29	China	Germany	433.4661	0	0	0	0	0	1
30	Colombia	France	153.0344	0	0	0	0	0	1
31	Comoros	France	23.7016	1	0	0	0	0	0
32	Congo	United States	25.462	0	0	0	1	0	0
33	Cook Islands	New Zealand	3.4975	1	0	0	0	0	0
34	Costa Rica	Japan	9.3453	0	0	0	0	0	1
35	Croatia	Norway	1.1266	0	0	0	0	1	0
36	Cuba	Spain	15.0018	1	0	0	0	0	0
37	Côte d'Ivoire	United States	648.627	0	0	0	1	0	0
38	North Korea	United States	59.4373	0	0	1	0	0	0
39	Democratic Republic of the Congo	United States	1013.0956	0	0	0	1	0	0
40	Djibouti	United States	15.8158	0	0	0	1	0	0
41	Dominica	Japan	0.5719	0	0	0	0	0	0
42	Dominican Republic	United States	137.1857	0	0	1	0	0	0
43	Ecuador	Spain	26.9721	1	0	0	0	0	0
44	Egypt	United States	359.3983	0	0	0	1	0	0
45	El Salvador	United States	63.9324	0	1	0	0	0	0
46	Equatorial Guinea	Spain	29.554	1	0	0	0	0	0
47	Eritrea	United States	31.9018	0	0	0	1	0	0
48	Eswatini	United States	244.6263	0	0	0	0	0	0
49	Ethiopia	United States	2417.7572	0	0	0	1	0	0
50	Fiji	Australia	42.9143	0	1	0	0	0	0
51	Gabon	France	29.8921	1	0	0	0	0	0
52	Gambia	United Kingdom	78.7718	1	0	0	0	0	0
53	Georgia	United States	90.4599	0	0	0	1	0	0
54	Ghana	United States	548.4377	0	0	0	1	0	0
55	Grenada	United Kingdom	1.596	1	0	0	0	0	0
56	Guatemala	United States	311.327	0	0	0	1	0	0
57	Guinea	United States	229.8662	0	0	0	1	0	0
58	Guinea-Bissau	United States	34.6467	0	0	0	0	0	0
59	Guyana	United States	93.1159	0	0	0	1	0	0
60	Haiti	United States	1321.0557	0	0	1	0	0	0
61	Honduras	United States	126.1169	0	0	0	1	0	0
62	India	United Kingdom	1148.5583	1	0	0	0	0	0
63	Indonesia	United States	526.3212	0	0	0	1	0	0
64	Iran	Japan	5.4693	0	0	0	0	1	0
65	Iraq	United States	797.278	0	0	1	0	0	0
66	Jamaica	United States	42.4115	0	1	0	0	0	0
67	Jordan	United States	672.0326	0	0	0	1	0	0

68	Kazakhstan	United States	33.8634	0	0	0	1	0	0
69	Kenya	United States	3570.3148	0	0	0	1	0	0
70	Kiribati	Australia	13.5483	0	1	0	0	0	0
71	Kosovo	Luxembourg	9.3408	0	0	0	0	1	0
72	Kyrgyzstan	Germany	68.1738	0	0	0	0	0	0
73	Laos	Japan	47.6279	0	0	1	0	0	0
74	Lebanon	United States	47.3762	0	0	1	0	0	0
75	Lesotho	United States	288.7507	0	0	0	0	0	0
76	Liberia	United States	413.5157	1	0	0	0	0	0
77	Libya	France	15.7919	0	0	1	0	1	0
78	Madagascar	United States	393.6167	0	0	0	0	0	1
79	Malawi	United States	951.419	0	0	0	0	0	1
80	Malaysia	Japan	4.0081	0	0	1	0	0	0
81	Maldives	Saudi Arabia	3.1722	0	1	0	0	0	0
82	Mali	United States	553.6039	0	0	0	1	0	0
83	Marshall Islands	United States	35.3129	1	0	0	0	0	0
84	Mauritania	Spain	27.7697	0	1	0	0	0	0
85	Mauritius	France	2.7237	1	0	0	0	0	0
86	Mayotte	France	41.4703	1	0	0	0	0	0
87	Mexico	United States	39.1377	0	1	0	0	0	0
88	Micronesia	United States	90.3755	1	0	0	0	0	0
89	Moldova	Switzerland	36.1747	0	0	0	0	1	0
90	Mongolia	Japan	53.7223	0	0	0	0	1	0
91	Montenegro	Japan	4.6941	0	0	0	0	0	0
92	Montserrat	United Kingdom	8.1207	1	0	0	0	0	0
93	Morocco	United Arab Emirates	103.1889	0	1	0	0	0	0
94	Mozambique	United States	2093.9075	0	0	0	1	0	0
95	Myanmar	United Kingdom	231.2025	1	0	0	0	0	0
96	Namibia	United States	513.6918	0	0	0	1	0	0
97	Nauru	Australia	16.2065	1	0	0	0	0	0
98	Nepal	United States	489.4013	0	0	0	1	0	0
99	Nicaragua	United States	123.6593	0	0	0	1	0	0
100	Niger	France	213.3035	1	0	0	0	0	0
101	Nigeria	United States	3295.9246	0	0	0	1	0	0
102	Niue	New Zealand	5.6736	1	0	0	0	0	0
103	North Macedonia	Japan	4.2277	0	0	0	0	0	0
104	Oman	United Arab Emirates	1.0864	0	1	0	0	0	0
105	Pakistan	United States	920.959	0	0	0	1	0	0
106	Palau	Japan	3.8304	0	0	1	0	0	0
107	Panama	United States	5.554	0	0	1	0	0	0
108	Papua New Guinea	Australia	569.6732	1	0	0	0	0	0

109	Paraguay	United States	32.274	0	1	0	0	0	0
110	Peru	United States	160.6314	0	1	0	0	0	0
111	Philippines	United States	403.4257	1	0	0	0	0	0
112	Rwanda	United States	872.6663	0	0	0	1	0	0
113	Saint Helena	United Kingdom	70.4724	1	0	0	0	0	0
114	Saint Kitts and Nevis	Canada	0.0495	0	0	0	0	0	1
115	Saint Lucia	Japan	0.9453	0	0	0	0	0	0
116	Saint Vincent and the Grenadines	Canada	0.7443	0	0	0	0	0	0
117	Samoa	Australia	20.1808	0	1	0	0	0	0
118	Sao Tome and Principe	Portugal	21.4869	1	0	0	0	0	0
119	Saudi Arabia	Japan	0.3431	0	0	0	1	0	0
120	Senegal	United States	461.925	0	0	0	1	0	0
121	Serbia	United Arab Emirates	69.2985	0	0	0	0	1	0
122	Seychelles	United Arab Emirates	3.3625	0	1	0	0	0	0
123	Sierra Leone	United Kingdom	301.3707	1	0	0	0	0	0
124	Slovenia	Netherlands	2.00E-04	0	0	0	0	1	0
125	Solomon Islands	Australia	110.0065	0	1	0	0	0	0
126	Somalia	United Kingdom	188.9128	1	0	0	0	0	0
127	South Africa	United States	3127.2218	0	0	0	1	0	0
128	South Sudan	United States	315.6999	0	0	0	1	0	0
129	Sri Lanka	Japan	71.0642	0	1	0	0	0	0
130	Sudan	United States	362.9421	0	0	0	1	0	0
131	Suriname	Netherlands	29.8467	1	0	0	0	0	0
132	Syrian Arab Republic	Turkey	1176.56	1	0	0	0	0	0
133	Tajikistan	United States	59.5568	0	0	0	1	0	0
134	Tanzania	United States	2598.1377	0	0	0	1	0	0
135	Thailand	United States	94.8008	0	1	0	0	0	0
136	Timor-Leste	Australia	69.5697	0	0	1	0	0	0
137	Togo	France	33.4335	1	0	0	0	0	0
138	Tokelau	New Zealand	2.5869	1	0	0	0	0	0
139	Tonga	Australia	16.2875	0	1	0	0	0	0
140	Trinidad and Tobago	United States	0.3903	0	1	0	0	0	0
141	Tunisia	France	15.2707	1	0	0	0	0	0
142	Turkey	Germany	32.9538	0	1	0	0	0	0
143	Turkmenistan	United States	9.5579	0	0	0	1	0	0
144	Turks and Caicos Islands	Canada	0.1172	0	0	0	0	0	1
145	Tuvalu	Japan	3.588	0	0	1	0	0	0
146	Uganda	United States	2825.4986	0	0	0	1	0	0
147	Ukraine	United States	126.8857	0	1	0	0	0	0
148	Uruguay	Japan	2.148	0	0	0	0	0	1
149	Uzbekistan	Germany	55.0264	0	0	0	0	0	1

150	Vanuatu	Australia	35.0259	0	1	0	0	0	0
151	Venezuela	Spain	6.5523	1	0	0	0	0	0
152	Viet Nam	United States	299.4278	0	0	1	0	0	0
153	Wallis and Futuna	France	22.8123	1	0	0	0	0	0
154	Palestine	United States	255.3588	0	0	1	0	0	0
155	Yemen	Saudi Arabia	235.9614	0	0	0	1	0	0
156	Zambia	United States	1870.4585	0	0	0	1	0	0
157	Zimbabwe	United States	584.8518	0	0	0	1	0	0

II. Base de datos para el cálculo del porcentaje de partos atendidos por personal médico (PPAM)

Descripción: base de datos para el cálculo del PPAM. Los datos de las columnas A:H provienen de los tabulados interactivos de las estadísticas de natalidad del INEGI (INEGI, s.f.). El cálculo de la columna I se obtuvo con la fórmula $=E/D*100$. Columnas: *cvgeo* (clave geoestadística), *entidad* (entidad federativa de ocurrencia), *año* (año de registro), *total* (total de nacimientos), *médico* (número de nacimientos atendidos por médicos), *enfer_part* (número de nacimientos atendidos por enfermera o partera), *otra* (número de nacimientos atendidos por una persona que no es médica, enfermera o partera), *no_esp* (número de nacimientos en los que no se especifica quién lo atendió), *PPAM* (resultado del cálculo del porcentaje de partos atendidos por médicos). Fuente: INEGI, s.f.

cvegeo	entidad	año	total	medico	enfer_part	otra	no_esp	PPAM
01	Aguascalientes	2016	28,815	28,220	136	117	342	97.9351
01	Aguascalientes	2017	29,346	28,611	158	150	427	97.4954
01	Aguascalientes	2018	28,569	27,861	130	153	425	97.5218
01	Aguascalientes	2019	27,853	27,181	84	135	453	97.5873
01	Aguascalientes	2020	22,682	22,289	63	70	260	98.2673
01	Aguascalientes	2021	25,361	24,952	99	36	274	98.3873
02	Baja California	2016	57,061	35,359	117	23	21,562	61.9670
02	Baja California	2017	55,314	31,859	51	10	23,394	57.5966
02	Baja California	2018	52,419	28,038	95	15	24,271	53.4882
02	Baja California	2019	50,157	26,678	65	20	23,394	53.1890
02	Baja California	2020	47,056	29,533	39	15	17,469	62.7614
02	Baja California	2021	58,153	32,794	53	26	25,280	56.3926
03	Baja California Sur	2016	12,516	12,454	17	7	38	99.5046
03	Baja California Sur	2017	12,357	12,278	36	7	36	99.3607
03	Baja California Sur	2018	11,912	11,862	20	5	25	99.5803
03	Baja California Sur	2019	11,637	11,562	40	7	28	99.3555
03	Baja California Sur	2020	10,101	10,044	20	9	28	99.4357
03	Baja California Sur	2021	10,226	10,155	26	5	40	99.3057
04	Campeche	2016	16,311	14,844	1,225	49	193	91.0061
04	Campeche	2017	16,039	14,238	1,431	66	304	88.7711

04	Campeche	2018	15,172	13,703	1,204	42	223	90.3177
04	Campeche	2019	13,797	12,769	862	55	111	92.5491
04	Campeche	2020	9,951	9,206	509	38	198	92.5133
04	Campeche	2021	13,504	12,820	509	49	126	94.9348
05	Coahuila	2016	61,703	56,755	326	12	4,610	91.9809
05	Coahuila	2017	58,296	53,566	187	17	4,526	91.8862
05	Coahuila	2018	56,586	50,710	153	30	5,693	89.6158
05	Coahuila	2019	53,098	47,717	213	34	5,134	89.8659
05	Coahuila	2020	46,365	42,081	131	12	4,141	90.7603
05	Coahuila	2021	47,809	43,804	122	27	3,856	91.6229
06	Colima	2016	13,112	12,993	31	8	80	99.0924
06	Colima	2017	12,925	12,603	54	6	262	97.5087
06	Colima	2018	12,619	12,411	45	6	157	98.3517
06	Colima	2019	12,388	12,099	9	15	265	97.6671
06	Colima	2020	10,316	10,063	6	120	127	97.5475
06	Colima	2021	10,974	10,845	12	15	102	98.8245
07	Chiapas	2016	141,747	71,679	49,686	502	19,880	50.5683
07	Chiapas	2017	131,601	66,666	40,507	716	23,712	50.6577
07	Chiapas	2018	132,038	68,308	40,321	607	22,802	51.7336
07	Chiapas	2019	141,880	73,005	46,592	1,317	20,966	51.4555
07	Chiapas	2020	99,040	51,048	46,794	43	1,155	51.5428
07	Chiapas	2021	149,013	75,898	63,925	521	8,669	50.9338
08	Chihuahua	2016	62,602	53,890	771	226	7,715	86.0835
08	Chihuahua	2017	63,698	53,302	1,113	304	8,979	83.6792
08	Chihuahua	2018	58,939	51,457	1,126	230	6,126	87.3055
08	Chihuahua	2019	60,134	51,882	1,189	462	6,601	86.2773
08	Chihuahua	2020	48,242	41,403	813	370	5,656	85.8236
08	Chihuahua	2021	55,341	48,346	903	296	5,796	87.3602
09	Ciudad de México	2016	151,200	144,332	1,488	2,100	3,280	95.4577
09	Ciudad de México	2017	141,408	136,961	1,239	1,624	1,584	96.8552
09	Ciudad de México	2018	133,312	129,832	1,063	1,344	1,073	97.3896
09	Ciudad de México	2019	124,755	121,674	878	1,178	1,025	97.5304
09	Ciudad de México	2020	82,116	79,931	407	516	1,262	97.3391
09	Ciudad de México	2021	112,653	109,899	551	687	1,516	97.5553
10	Durango	2016	35,732	31,980	1,247	93	2,412	89.4996
10	Durango	2017	35,295	30,862	1,635	99	2,699	87.4401
10	Durango	2018	32,853	29,632	1,373	77	1,771	90.1957
10	Durango	2019	30,205	26,913	994	108	2,190	89.1011
10	Durango	2020	25,809	23,499	841	53	1,416	91.0496
10	Durango	2021	29,024	23,321	1,384	74	4,245	80.3507
11	Guanajuato	2016	116,914	105,412	1,046	195	10,261	90.1620
11	Guanajuato	2017	115,481	107,035	1,000	157	7,289	92.6862

11	Guanajuato	2018	116,055	107,321	803	138	7,793	92.4743
11	Guanajuato	2019	110,514	106,972	853	202	2,487	96.7950
11	Guanajuato	2020	85,042	82,089	735	149	2,069	96.5276
11	Guanajuato	2021	106,232	103,424	976	176	1,656	97.3567
12	Guerrero	2016	85,213	57,022	11,056	13,378	3,757	66.9170
12	Guerrero	2017	76,953	51,173	8,578	15,348	1,854	66.4990
12	Guerrero	2018	70,964	48,312	6,864	14,440	1,348	68.0796
12	Guerrero	2019	73,935	50,551	7,046	15,749	589	68.3722
12	Guerrero	2020	56,318	38,213	6,269	11,396	440	67.8522
12	Guerrero	2021	62,880	42,050	6,324	13,926	580	66.8734
13	Hidalgo	2016	52,681	45,323	606	162	6,590	86.0329
13	Hidalgo	2017	49,924	44,988	448	215	4,273	90.1130
13	Hidalgo	2018	47,566	42,930	440	197	3,999	90.2535
13	Hidalgo	2019	44,699	39,317	416	309	4,657	87.9595
13	Hidalgo	2020	37,063	29,018	269	130	7,646	78.2937
13	Hidalgo	2021	39,064	34,402	313	159	4,190	88.0657
14	Jalisco	2016	148,304	141,518	1,279	626	4,881	95.4243
14	Jalisco	2017	146,562	139,522	997	532	5,511	95.1966
14	Jalisco	2018	141,009	129,012	757	569	10,671	91.4920
14	Jalisco	2019	133,147	124,705	702	559	7,181	93.6596
14	Jalisco	2020	114,251	104,994	566	284	8,407	91.8977
14	Jalisco	2021	119,666	115,112	477	279	3,798	96.1944
15	México	2016	269,976	244,969	2,958	756	21,293	90.7373
15	México	2017	263,689	251,239	2,728	635	9,087	95.2785
15	México	2018	249,331	237,804	2,645	674	8,208	95.3768
15	México	2019	231,943	222,320	2,295	840	6,488	95.8511
15	México	2020	169,304	159,023	1,721	627	7,933	93.9275
15	México	2021	201,991	190,556	2,017	660	8,758	94.3389
16	Michoacán	2016	91,808	86,951	1,626	309	2,922	94.7096
16	Michoacán	2017	91,162	77,077	1,082	310	12,693	84.5495
16	Michoacán	2018	86,612	81,778	1,051	382	3,401	94.4188
16	Michoacán	2019	86,937	83,627	1,130	379	1,801	96.1926
16	Michoacán	2020	70,893	68,668	587	286	1,352	96.8615
16	Michoacán	2021	79,221	73,001	742	344	5,134	92.1485
17	Morelos	2016	36,449	33,411	718	249	2,071	91.6651
17	Morelos	2017	34,168	33,343	512	234	79	97.5855
17	Morelos	2018	31,058	30,327	438	233	60	97.6463
17	Morelos	2019	30,636	29,859	435	288	54	97.4638
17	Morelos	2020	25,446	24,293	457	264	432	95.4688
17	Morelos	2021	26,740	25,428	449	330	533	95.0935
18	Nayarit	2016	18,669	14,570	922	29	3,148	78.0438
18	Nayarit	2017	18,565	15,439	1,102	13	2,011	83.1619

18	Nayarit	2018	18,034	17,222	703	23	86	95.4974
18	Nayarit	2019	16,327	13,561	680	32	2,054	83.0587
18	Nayarit	2020	14,813	13,499	576	116	622	91.1294
18	Nayarit	2021	15,906	15,028	477	200	201	94.4801
19	Nuevo León	2016	94,073	92,480	52	22	1,519	98.3066
19	Nuevo León	2017	90,237	89,099	38	17	1,083	98.7389
19	Nuevo León	2018	95,020	94,285	44	17	674	99.2265
19	Nuevo León	2019	91,304	86,576	112	37	4,579	94.8217
19	Nuevo León	2020	75,118	68,477	177	126	6,338	91.1592
19	Nuevo León	2021	82,750	75,659	184	137	6,770	91.4308
20	Oaxaca	2016	82,772	63,775	15,530	649	2,818	77.0490
20	Oaxaca	2017	77,793	60,663	15,292	504	1,334	77.9800
20	Oaxaca	2018	78,028	61,015	15,011	536	1,466	78.1963
20	Oaxaca	2019	74,903	65,535	4,712	541	4,115	87.4932
20	Oaxaca	2020	50,869	42,937	2,397	346	5,189	84.4070
20	Oaxaca	2021	69,942	60,909	3,397	588	5,048	87.0850
21	Puebla	2016	133,054	115,151	10,788	1,215	5,900	86.5446
21	Puebla	2017	136,249	120,988	9,763	1,246	4,252	88.7992
21	Puebla	2018	127,040	113,249	8,784	1,008	3,999	89.1444
21	Puebla	2019	125,167	113,470	7,890	1,134	2,673	90.6549
21	Puebla	2020	105,115	97,743	5,590	852	930	92.9867
21	Puebla	2021	115,448	106,675	6,398	1,082	1,293	92.4009
22	Querétaro	2016	41,453	40,660	234	158	401	98.0870
22	Querétaro	2017	41,398	40,625	201	158	414	98.1328
22	Querétaro	2018	40,726	39,998	224	108	396	98.2124
22	Querétaro	2019	39,913	39,033	311	112	457	97.7952
22	Querétaro	2020	35,476	34,737	281	105	353	97.9169
22	Querétaro	2021	35,046	34,412	149	95	390	98.1909
23	Quintana Roo	2016	30,050	25,617	541	69	3,823	85.2479
23	Quintana Roo	2017	29,077	23,853	563	62	4,599	82.0339
23	Quintana Roo	2018	29,114	23,025	476	94	5,519	79.0857
23	Quintana Roo	2019	30,286	25,325	597	49	4,315	83.6195
23	Quintana Roo	2020	23,927	20,295	551	85	2,996	84.8205
23	Quintana Roo	2021	25,524	21,416	696	72	3,340	83.9053
24	San Luis Potosí	2016	48,818	43,795	961	424	3,638	89.7108
24	San Luis Potosí	2017	48,063	44,728	501	495	2,339	93.0612
24	San Luis Potosí	2018	47,271	44,166	354	518	2,233	93.4315
24	San Luis Potosí	2019	46,245	43,198	418	1,151	1,478	93.4112
24	San Luis Potosí	2020	41,804	38,692	317	1,423	1,372	92.5557
24	San Luis Potosí	2021	42,946	39,163	291	1,697	1,795	91.1913
25	Sinaloa	2016	52,760	51,135	277	88	1,260	96.9200
25	Sinaloa	2017	51,270	50,340	169	57	704	98.1861

25	Sinaloa	2018	50,532	49,744	120	38	630	98.4406
25	Sinaloa	2019	48,425	47,340	141	74	870	97.7594
25	Sinaloa	2020	38,868	38,072	75	61	660	97.9520
25	Sinaloa	2021	43,563	42,731	73	78	681	98.0901
26	Sonora	2016	46,855	45,244	170	8	1,433	96.5617
26	Sonora	2017	45,925	45,136	170	13	606	98.2820
26	Sonora	2018	43,839	43,088	112	10	629	98.2869
26	Sonora	2019	43,661	42,601	173	4	883	97.5722
26	Sonora	2020	31,018	29,806	70	25	1,117	96.0926
26	Sonora	2021	39,731	38,356	50	32	1,293	96.5392
27	Tabasco	2016	51,979	50,102	1,543	122	212	96.3889
27	Tabasco	2017	50,571	48,589	1,586	94	302	96.0808
27	Tabasco	2018	46,329	44,842	1,046	75	366	96.7903
27	Tabasco	2019	45,610	44,191	1,115	91	213	96.8888
27	Tabasco	2020	29,599	27,046	920	157	1,476	91.3747
27	Tabasco	2021	44,140	39,566	1,731	336	2,507	89.6375
28	Tamaulipas	2016	61,275	59,259	930	37	1,049	96.7099
28	Tamaulipas	2017	59,005	58,025	801	37	142	98.3391
28	Tamaulipas	2018	56,992	56,077	764	27	124	98.3945
28	Tamaulipas	2019	55,438	54,858	423	46	111	98.9538
28	Tamaulipas	2020	44,851	44,531	186	43	91	99.2865
28	Tamaulipas	2021	48,928	48,495	199	59	175	99.1150
29	Tlaxcala	2016	24,535	23,511	173	241	610	95.8264
29	Tlaxcala	2017	25,839	24,894	205	170	570	96.3427
29	Tlaxcala	2018	24,666	23,715	191	142	618	96.1445
29	Tlaxcala	2019	23,146	22,383	215	122	426	96.7035
29	Tlaxcala	2020	19,434	18,879	151	87	317	97.1442
29	Tlaxcala	2021	19,078	18,434	153	93	398	96.6244
30	Veracruz	2016	132,451	125,004	5,912	405	1,130	94.3775
30	Veracruz	2017	122,257	116,114	5,027	385	731	94.9753
30	Veracruz	2018	120,389	114,388	4,835	328	838	95.0153
30	Veracruz	2019	114,936	109,737	4,002	323	874	95.4766
30	Veracruz	2020	88,915	84,983	3,031	168	733	95.5778
30	Veracruz	2021	102,520	92,392	4,131	344	5,653	90.1210
31	Yucatán	2016	36,447	34,162	478	197	1,610	93.7306
31	Yucatán	2017	35,873	33,584	505	179	1,605	93.6192
31	Yucatán	2018	35,962	34,110	363	171	1,318	94.8501
31	Yucatán	2019	34,277	32,187	348	251	1,491	93.9026
31	Yucatán	2020	30,030	27,459	402	182	1,987	91.4386
31	Yucatán	2021	28,884	26,912	356	206	1,410	93.1727
32	Zacatecas	2016	31,961	30,238	405	169	1,149	94.6091
32	Zacatecas	2017	31,597	30,305	514	233	545	95.9110

32	Zacatecas	2018	30,484	29,249	376	250	609	95.9487
32	Zacatecas	2019	28,665	27,576	245	113	731	96.2009
32	Zacatecas	2020	24,350	23,473	191	133	553	96.3984
32	Zacatecas	2021	26,102	25,211	207	99	585	96.5865

III. Base de datos para el cálculo de la proporción de partos institucionalizados (PPI)

Descripción: base de datos para el cálculo de la PPI. Los datos de las columnas A:H provienen de los tabulados interactivos de las estadísticas de natalidad del INEGI (INEGI, s.f.). El cálculo de la columna I se obtuvo con la fórmula $=E/D*100$. Columnas: *cvgeo* (clave geoestadística), *entidad* (entidad federativa de ocurrencia), *año* (año de registro), *total* (total de nacimientos), *hosp_clin* (número de nacimientos que ocurrieron en hospital o clínica, pública o privada), *dom* (número de nacimientos que ocurrieron en domicilio), *otro* (número de partos que ocurrieron en un lugar diferente a un hospital, clínica o domicilio), *no_esp* (número de nacimientos en los que no se especifica dónde ocurrió), *PPI* (resultado del cálculo de la proporción de nacimientos que ocurrieron en hospital o clínica, pública o privada). Fuente: INEGI, s.f.

cvegeo	entidad	año	total	hosp_clin	dom	otro	no_esp	PPI
01	Aguascalientes	2016	28,815	28,370	122	9	314	.984557
01	Aguascalientes	2017	29,346	28,857	86	30	373	.983337
01	Aguascalientes	2018	28,569	28,071	66	38	394	.982569
01	Aguascalientes	2019	27,853	27,341	55	28	429	.981618
01	Aguascalientes	2020	22,682	22,380	55	20	227	.986685
01	Aguascalientes	2021	25,361	25,031	48	37	245	.986988
02	Baja California	2016	57,061	35,467	107	22	21,465	.621563
02	Baja California	2017	55,314	31,903	44	9	23,358	.576762
02	Baja California	2018	52,419	28,093	59	16	24,251	.535932
02	Baja California	2019	50,157	26,726	36	16	23,379	.532847
02	Baja California	2020	47,056	29,549	34	3,771	13,702	.627954
02	Baja California	2021	58,153	32,710	50	197	25,196	.562482
03	Baja California Sur	2016	12,516	12,452	18	6	40	.994887
03	Baja California Sur	2017	12,357	12,278	36	8	35	.993607
03	Baja California Sur	2018	11,912	11,868	15	5	24	.996306
03	Baja California Sur	2019	11,637	11,559	39	8	31	.993297
03	Baja California Sur	2020	10,101	10,047	18	10	26	.994654
03	Baja California Sur	2021	10,226	10,156	24	6	40	.993155
04	Campeche	2016	16,311	15,277	818	25	191	.936607
04	Campeche	2017	16,039	14,487	1,266	6	280	.903236
04	Campeche	2018	15,172	13,892	1,062	10	208	.915634
04	Campeche	2019	13,797	12,853	828	25	91	.931579
04	Campeche	2020	9,951	9,399	395	14	143	.944528

04	Campeche	2021	13,504	13,053	337	37	77	.96602
05	Coahuila	2016	61,703	57,573	271	19	3,840	.933066
05	Coahuila	2017	58,296	54,586	135	14	3,561	.936359
05	Coahuila	2018	56,586	51,990	114	14	4,468	.918778
05	Coahuila	2019	53,098	48,541	180	24	4,353	.914178
05	Coahuila	2020	46,365	42,905	107	16	3,337	.925375
05	Coahuila	2021	47,809	44,046	102	305	3,356	.921291
06	Colima	2016	13,112	13,014	14	5	79	.992526
06	Colima	2017	12,925	12,618	40	7	260	.976248
06	Colima	2018	12,619	12,435	27	6	151	.985419
06	Colima	2019	12,388	12,071	13	21	283	.974411
06	Colima	2020	10,316	10,181	6	7	122	.986914
06	Colima	2021	10,974	10,844	15	19	96	.988154
07	Chiapas	2016	141,747	71,904	48,965	302	20,576	.507270
07	Chiapas	2017	131,601	67,251	40,212	451	23,687	.511022
07	Chiapas	2018	132,038	68,915	40,178	601	22,344	.521933
07	Chiapas	2019	141,880	73,553	46,643	786	20,898	.518417
07	Chiapas	2020	99,040	51,045	46,201	666	1,128	.515398
07	Chiapas	2021	149,013	75,694	63,550	1,139	8,630	.507969
08	Chihuahua	2016	62,602	54,066	580	81	7,875	.863647
08	Chihuahua	2017	63,698	53,557	909	155	9,077	.840796
08	Chihuahua	2018	58,939	51,794	687	133	6,325	.878773
08	Chihuahua	2019	60,134	52,165	959	225	6,785	.867479
08	Chihuahua	2020	48,242	41,633	638	205	5,766	.863003
08	Chihuahua	2021	55,341	48,695	707	122	5,817	.879908
09	Ciudad de México	2016	151,200	144,654	1,335	1,942	3,269	.956706
09	Ciudad de México	2017	141,408	137,250	1,067	1,509	1,582	.970596
09	Ciudad de México	2018	133,312	130,086	902	1,219	1,105	.975801
09	Ciudad de México	2019	124,755	122,004	815	992	944	.977949
09	Ciudad de México	2020	82,116	80,091	496	331	1,198	.975340
09	Ciudad de México	2021	112,653	110,101	657	619	1,276	.977346
10	Durango	2016	35,732	32,171	1,346	29	2,186	.900341
10	Durango	2017	35,295	31,108	1,655	51	2,481	.881371
10	Durango	2018	32,853	29,860	1,401	30	1,562	.908897
10	Durango	2019	30,205	27,148	1,038	25	1,994	.898792
10	Durango	2020	25,809	23,634	892	13	1,270	.915727
10	Durango	2021	29,024	23,460	1,419	108	4,037	.808297
11	Guanajuato	2016	116,914	106,550	343	328	9,693	.911354
11	Guanajuato	2017	115,481	108,127	329	313	6,712	.936319
11	Guanajuato	2018	116,055	108,240	335	270	7,210	.932661
11	Guanajuato	2019	110,514	107,846	344	359	1,965	.975858
11	Guanajuato	2020	85,042	82,867	230	266	1,679	.974424

11	Guanajuato	2021	106,232	104,177	300	333	1,422	.980656
12	Guerrero	2016	85,213	57,638	10,762	13,036	3,777	.676399
12	Guerrero	2017	76,953	51,722	8,286	15,092	1,853	.672125
12	Guerrero	2018	70,964	48,946	6,597	14,080	1,341	.689730
12	Guerrero	2019	73,935	51,267	6,843	15,236	589	.693406
12	Guerrero	2020	56,318	38,908	5,985	10,975	450	.690863
12	Guerrero	2021	62,880	42,945	5,851	13,532	552	.682968
13	Hidalgo	2016	52,681	45,423	620	119	6,519	.862227
13	Hidalgo	2017	49,924	45,305	425	97	4,097	.907479
13	Hidalgo	2018	47,566	43,083	403	94	3,986	.905752
13	Hidalgo	2019	44,699	39,414	356	264	4,665	.881765
13	Hidalgo	2020	37,063	29,156	244	96	7,567	.786661
13	Hidalgo	2021	39,064	34,603	259	144	4,058	.885803
14	Jalisco	2016	148,304	141,547	1,636	308	4,813	.954438
14	Jalisco	2017	146,562	139,484	1,350	258	5,470	.951706
14	Jalisco	2018	141,009	128,992	1,160	235	10,622	.914778
14	Jalisco	2019	133,147	124,572	1,238	261	7,076	.935597
14	Jalisco	2020	114,251	104,976	798	239	8,238	.918819
14	Jalisco	2021	119,666	114,918	622	452	3,674	.960323
15	México	2016	269,976	245,364	2,728	690	21,194	.908836
15	México	2017	263,689	251,516	2,515	585	9,073	.953836
15	México	2018	249,331	238,078	2,228	641	8,384	.954867
15	México	2019	231,943	223,181	1,946	731	6,085	.962223
15	México	2020	169,304	159,626	1,407	654	7,617	.942837
15	México	2021	201,991	191,356	1,924	1,474	7,237	.947349
16	Michoacán	2016	91,808	87,081	1,555	252	2,920	.948512
16	Michoacán	2017	91,162	76,918	1,113	397	12,734	.843751
16	Michoacán	2018	86,612	81,607	1,244	463	3,298	.942214
16	Michoacán	2019	86,937	83,695	1,047	479	1,716	.962709
16	Michoacán	2020	70,893	68,470	623	469	1,331	.965822
16	Michoacán	2021	79,221	73,043	743	595	4,840	.922016
17	Morelos	2016	36,449	33,527	738	163	2,021	.919833
17	Morelos	2017	34,168	33,386	511	193	78	.977113
17	Morelos	2018	31,058	30,382	415	204	57	.978234
17	Morelos	2019	30,636	29,914	462	210	50	.976433
17	Morelos	2020	25,446	24,054	491	187	714	.945296
17	Morelos	2021	26,740	25,524	421	254	541	.954525
18	Nayarit	2016	18,669	14,598	910	6	3,155	.781938
18	Nayarit	2017	18,565	15,848	704	6	2,007	.853649
18	Nayarit	2018	18,034	17,415	525	8	86	.965676
18	Nayarit	2019	16,327	13,719	532	27	2,049	.840265
18	Nayarit	2020	14,813	13,557	630	10	616	.915210

18	Nayarit	2021	15,906	15,138	492	73	203	.951716
19	Nuevo León	2016	94,073	92,501	75	23	1,474	.983290
19	Nuevo León	2017	90,237	89,093	69	18	1,057	.987322
19	Nuevo León	2018	95,020	94,266	62	14	678	.992065
19	Nuevo León	2019	91,304	86,641	121	361	4,181	.948929
19	Nuevo León	2020	75,118	69,015	214	589	5,300	.918754
19	Nuevo León	2021	82,750	76,327	155	562	5,706	.922381
20	Oaxaca	2016	82,772	66,451	13,153	499	2,669	.802820
20	Oaxaca	2017	77,793	63,386	12,845	331	1,231	.814803
20	Oaxaca	2018	78,028	63,599	12,769	291	1,369	.815079
20	Oaxaca	2019	74,903	66,135	4,354	279	4,135	.882942
20	Oaxaca	2020	50,869	43,342	2,107	303	5,117	.852032
20	Oaxaca	2021	69,942	61,333	3,282	397	4,930	.876912
21	Puebla	2016	133,054	120,742	5,365	1,147	5,800	.907466
21	Puebla	2017	136,249	126,603	4,410	1,062	4,174	.929203
21	Puebla	2018	127,040	118,507	3,792	793	3,948	.932832
21	Puebla	2019	125,167	118,344	3,279	905	2,639	.945489
21	Puebla	2020	105,115	100,751	2,589	868	907	.958484
21	Puebla	2021	115,448	109,848	3,372	952	1,276	.951493
22	Querétaro	2016	41,453	40,293	714	97	349	.972017
22	Querétaro	2017	41,398	40,466	503	73	356	.977487
22	Querétaro	2018	40,726	40,177	164	62	323	.986520
22	Querétaro	2019	39,913	39,203	170	148	392	.982211
22	Querétaro	2020	35,476	34,815	149	162	350	.981368
22	Querétaro	2021	35,046	34,454	123	142	327	.983108
23	Quintana Roo	2016	30,050	25,744	505	33	3,768	.856705
23	Quintana Roo	2017	29,077	23,993	498	39	4,547	.825154
23	Quintana Roo	2018	29,114	23,340	367	38	5,369	.801676
23	Quintana Roo	2019	30,286	25,634	402	31	4,219	.846398
23	Quintana Roo	2020	23,927	20,579	424	805	2,119	.860074
23	Quintana Roo	2021	25,524	21,789	459	102	3,174	.853667
24	San Luis Potosí	2016	48,818	44,057	396	919	3,446	.902474
24	San Luis Potosí	2017	48,063	45,064	273	471	2,255	.937603
24	San Luis Potosí	2018	47,271	44,381	208	535	2,147	.938863
24	San Luis Potosí	2019	46,245	43,547	245	1,115	1,338	.941659
24	San Luis Potosí	2020	41,804	39,115	125	1,341	1,223	.935676
24	San Luis Potosí	2021	42,946	39,527	134	1,724	1,561	.920388
25	Sinaloa	2016	52,760	51,156	252	76	1,276	.969598
25	Sinaloa	2017	51,270	50,384	153	64	669	.982719
25	Sinaloa	2018	50,532	49,717	127	59	629	.983872
25	Sinaloa	2019	48,425	47,319	141	70	895	.977161
25	Sinaloa	2020	38,868	38,081	60	71	656	.979752



25	Sinaloa	2021	43,563	42,732	79	83	669	.980924
26	Sonora	2016	46,855	45,401	95	22	1,337	.968968
26	Sonora	2017	45,925	45,206	69	54	596	.984344
26	Sonora	2018	43,839	43,111	54	45	629	.983394
26	Sonora	2019	43,661	42,632	105	46	878	.976432
26	Sonora	2020	31,018	29,760	42	130	1,086	.959443
26	Sonora	2021	39,731	38,161	59	307	1,204	.960484
27	Tabasco	2016	51,979	50,187	1,453	135	204	.965525
27	Tabasco	2017	50,571	48,562	1,542	168	299	.960274
27	Tabasco	2018	46,329	44,809	1,022	137	361	.967191
27	Tabasco	2019	45,610	44,218	1,043	147	202	.969480
27	Tabasco	2020	29,599	27,227	793	160	1,419	.919862
27	Tabasco	2021	44,140	40,054	1,496	225	2,365	.907431
28	Tamaulipas	2016	61,275	59,989	207	33	1,046	.979013
28	Tamaulipas	2017	59,005	58,649	174	45	137	.993967
28	Tamaulipas	2018	56,992	56,709	144	20	119	.995034
28	Tamaulipas	2019	55,438	55,177	115	41	105	.995292
28	Tamaulipas	2020	44,851	44,674	53	33	91	.996054
28	Tamaulipas	2021	48,928	48,645	59	57	167	.994216
29	Tlaxcala	2016	24,535	23,673	311	49	502	.964867
29	Tlaxcala	2017	25,839	25,152	228	64	395	.973412
29	Tlaxcala	2018	24,666	24,074	190	42	360	.975999
29	Tlaxcala	2019	23,146	22,597	219	44	286	.976281
29	Tlaxcala	2020	19,434	19,082	150	30	172	.981887
29	Tlaxcala	2021	19,078	18,611	181	50	236	.975522
30	Veracruz	2016	132,451	125,397	5,582	363	1,109	.946743
30	Veracruz	2017	122,257	116,352	4,827	358	720	.951700
30	Veracruz	2018	120,389	114,707	4,547	298	837	.952803
30	Veracruz	2019	114,936	110,124	3,667	282	863	.958133
30	Veracruz	2020	88,915	85,190	2,811	198	716	.958106
30	Veracruz	2021	102,520	92,574	3,886	517	5,543	.902985
31	Yucatán	2016	36,447	34,525	458	19	1,445	.947266
31	Yucatán	2017	35,873	33,872	511	19	1,471	.944220
31	Yucatán	2018	35,962	34,412	360	25	1,165	.956899
31	Yucatán	2019	34,277	32,546	351	25	1,355	.949500
31	Yucatán	2020	30,030	27,830	366	45	1,789	.926740
31	Yucatán	2021	28,884	27,279	336	38	1,231	.944433
32	Zacatecas	2016	31,961	30,336	376	119	1,130	.949157
32	Zacatecas	2017	31,597	30,488	457	116	536	.964902
32	Zacatecas	2018	30,484	29,458	333	109	584	.966343
32	Zacatecas	2019	28,665	27,644	226	77	718	.964382
32	Zacatecas	2020	24,350	23,683	164	68	435	.972608

32	Zacatecas	2021	26,102	25,418	156	84	444	.973795
----	-----------	------	--------	--------	-----	----	-----	---------

IV. Base de datos para el cálculo de correlaciones entre RMM, VO, PPI, PPAPM, APN y PNCPN (2016-2021, nivel de desagregación estatal)

Descripción: base de datos de elaboración propia. Los datos de las columnas C:D provienen del promedio ponderado de la ENADID 2018 y 2023, determinado en función de los años que abarcan cada una del periodo 2016-2021 (INEGI, 2018; INEGI, 2024). Los datos de las columnas E:F provienen del cálculo de ambos indicadores a partir de los tabulados interactivos de las estadísticas de natalidad del INEGI (s.f.). Los datos de la columna G provienen de los indicadores del SIODS (2023a). Los datos de la columna H provienen de la ENDIREH 2021 (INEGI, 2021d). Columnas: *cvgeo* (clave geoestadística), *entidad* (entidad federativa de ocurrencia), *APN* (porcentaje de acceso a atención prenatal), *PNCPN* (promedio de número de consultas prenatales), *PPI* (proporción de nacimientos que ocurrieron en hospital o clínica, pública o privada), *PPAPM* (porcentaje de partos atendidos por personal médico), *RMM* (Razón de Muerte Materna), *PVO* (porcentaje de mujeres que en su último parto reportaron incidentes de violencia obstétrica).

cvegeo	entidad	APN	PNCPN	PPI	PPAPM	RMM	PVO
1	Aguascalientes	97.42506	10.288505	0.98429	97.86571	29.43274	30.28068
2	Baja California	96.67462	10.151123	0.57626	57.56581	44.48907	26.60847
3	Baja California Sur	96.68304	9.844172	0.99432	99.42375	31.92861	30.55414
4	Campeche	95.43984	9.508727	0.93303	91.68202	45.53694	31.48573
5	Coahuila	96.32877	10.272289	0.92484	90.95535	42.38422	30.32459
6	Colima	96.23670	10.319768	0.98395	98.16532	27.54601	31.98621
7	Chiapas	93.69890	8.599365	0.51367	51.14860	48.51961	18.83062
8	Chihuahua	95.82175	10.036217	0.86560	86.08822	62.08984	30.89702
9	Ciudad de México	95.03975	10.668091	0.97229	97.02121	39.44899	38.52418
10	Durango	96.43910	9.874227	0.88557	87.93950	48.31277	31.09998
11	Guanajuato	96.99813	9.770408	0.95188	94.33363	31.53752	30.38873
12	Guerrero	95.18860	9.236908	0.68425	67.43224	51.31081	34.48880
13	Hidalgo	96.88220	10.324548	0.87161	86.78639	42.15251	33.24374
14	Jalisco	96.74917	9.704121	0.93928	93.97743	39.87986	29.11100
15	México	96.06742	9.838260	0.94499	94.25169	43.14934	32.47644
16	Michoacán	96.26552	9.580731	0.93084	93.14676	42.17257	32.53973
17	Morelos	96.68622	10.351202	0.95857	95.82049	35.19521	37.50360
18	Nayarit	95.25300	10.111287	0.88474	87.56188	57.24231	28.38163
19	Nuevo León	96.67020	10.918169	0.95879	95.61396	34.89637	31.80115
20	Oaxaca	95.57363	9.570696	0.84076	82.03508	54.08475	32.38978
21	Puebla	97.25714	9.818585	0.93749	90.08844	43.34966	33.43584
22	Querétaro	97.23989	10.267467	0.98045	98.05587	30.49977	38.43831
23	Quintana Roo	96.15873	9.127240	0.84061	83.11880	46.38944	31.26332
24	San Luis Potosí	96.70269	10.095820	0.92944	92.22694	36.68241	38.92162
25	Sinaloa	95.94834	9.658780	0.97900	97.89138	50.67579	25.49344



26	Sonora	95.76903	9.971162	0.97218	97.22244	44.60798	34.56722
27	Tabasco	95.64198	9.435268	0.94829	94.52685	45.13820	24.38949
28	Tamaulipas	96.81505	10.525944	0.99226	98.46648	53.37963	25.40531
29	Tlaxcala	97.28239	11.086881	0.97466	96.46428	38.97337	38.53191
30	Veracruz	96.28732	10.081183	0.94508	94.25726	44.91078	36.14893
31	Yucatán	97.50471	9.678274	0.94484	93.45229	41.42237	37.10809
32	Zacatecas	96.68992	10.131642	0.96520	95.94242	36.72116	27.26432

V. Banco de preguntas de las entrevistas semiestructuradas

Descripción: banco de preguntas utilizado en las entrevistas semiestructuradas realizadas entre febrero de 2024 y mayo de 2024 para la elaboración del quinto capítulo de esta investigación. Estas entrevistas fueron dirigidas a actores clave en el ámbito de la salud materna, incluyendo representantes de organismos internacionales, instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de entre una hora y dos horas, dependiendo del interés de la persona informante en el ejercicio y de la extensión de sus respuestas. Las preguntas fueron diseñadas para explorar diferentes dimensiones de la relación entre salud materna, género, desarrollo internacional y políticas públicas estatales. Se indagan aspectos como la medición de la mortalidad materna, la influencia de marcos normativos internacionales, el papel de la cooperación internacional, la partería, la violencia obstétrica y las barreras culturales y políticas en la implementación de políticas de salud materna en México. Este banco de preguntas se estructuró de manera flexible para permitir adaptaciones según el perfil de cada informante, por lo que no todas las preguntas enlistadas a continuación fueron utilizadas en todas las entrevistas. Asimismo, se buscó la obtención de información cualitativa que permitiera comprender los procesos de toma de decisiones, la traducción de recomendaciones internacionales al contexto local y la percepción de los actores respecto a los desafíos y oportunidades en la agenda de salud materna en el país.

#	Pregunta
1	¿Considera que los indicadores de muerte materna, tales como la RMM o la TMM, constituyen un signo importante de desarrollo de un país y de la capacidad resolutive de su sistema de salud? ¿Por qué?
2	¿Cuáles son las mayores causas de la muerte materna en nuestro país?
3	¿Qué se entiende por una muerte materna evitable y cómo la prevenimos?
4	¿Cuáles son los mayores riesgos durante el parto?
5	¿Cuáles son los mayores obstáculos para la reducción de estos indicadores en nuestro país? ¿A qué se debe la llamada meseta que en México hemos tenido en materia de reducción de muerte materna?
6	En su experiencia, ¿qué tan vinculada considera que está la práctica del gobierno mexicano con las recomendaciones internacionales en materia de salud materna (por ejemplo, lineamientos de la OMS/OPS o los indicadores de las metas 3.1 y 3.2 de la Agenda 2030)?
7	Otro indicador muy relevante en la AISM es la proporción de partos atendidos por personal calificado. En la práctica nacional, ¿qué se ha entendido por personal sanitario capacitado en el marco de la salud materna?
8	En su opinión, ¿por qué, si la salud materna como algo integral depende de tantos factores, las agendas dominantes han decidido enfocarse primordialmente en solo unas

	pocas cuestiones consideradas claves para la reducción de la muerte materna, tales como la capacitación de personal, la ampliación de la cobertura de los controles prenatales y el uso de anticonceptivos?
9	¿Qué tan de acuerdo está con la siguiente afirmación?: “En el discurso internacional dominante y en muchos lugares de la política pública mexicana pareciera que la salud materna se ha reducido a muerte materna, mientras que otras cuestiones relacionadas a la salud materna quedan subordinadas”. ¿Por qué?
10	¿Considera que hay cuestiones culturales o políticas que funcionan como barrera a la reducción de estos indicadores en nuestro país?
11	En su experiencia, ¿qué tan bien hemos entendido en la práctica mexicana las recomendaciones internacionales en materia de género y salud?
12	¿Considera que ha habido dificultades de traducción entre los conceptos, las recomendaciones, las políticas y la realidad del territorio y de las beneficiarias? Por ejemplo, dificultades para que se incorporen ciertas recomendaciones en los espacios de atención gineco-obstétrica.
13	En su opinión, ¿cuáles son los mayores retos a los que se enfrenta la implementación de modelos de atención humanizada del parto?
14	¿Por qué en el espacio hospitalario algunas recomendaciones sí permean mientras otras son ignoradas?
15	¿Considera que existe un vínculo entre las presiones por reducir la muerte materna, la aparente política nacional de medicalización del parto en hospitales, el limitado reconocimiento de la partería y la incidencia de violencia obstétrica?
16	La evidencia apunta a que la partería es efectiva al momento de promover la SMI y reducir las muertes maternas; sin embargo, en México pareciera que se ha priorizado la atención del parto en hospitales a manos de médicos. ¿Por qué esto es así?
17	En su opinión, ¿por qué se dan estos ciclos de integración-expulsión de la partería de las agendas internacionales que tocan el tema de la salud materna?
18	¿Cuál es su opinión respecto al concepto de violencia obstétrica? ¿Considera que se ha trabajado suficientemente desde la cooperación internacional?
19	A lo largo de su carrera profesional tratando con temas de salud sexual y reproductiva, ¿se ha encontrado con actitudes, ideas o comentarios peyorativos en torno a las sujetas beneficiarias entre sus socios, colegas o contrapartes? ¿Recuerda alguno/s de estos?
20	A lo largo de su carrera profesional, ¿se ha encontrado con actitudes, ideas o comentarios peyorativos en torno a la partería profesional y/o tradicional por parte de personal de la cooperación internacional, de funcionarios/as públicos o de médicos?
21	¿Considera que en estos temas hay prejuicios que deben eliminarse? ¿Cuáles y cómo podríamos solucionarlos?
22	¿Por qué ONU Mujeres no es protagonista en el tema de salud materna (en comparación con BM, UNFPA u OPS/OMS)? ¿Qué pudiera contribuir la visión de ONU Mujeres a la agenda internacional de salud materna?
23	En su experiencia, ¿qué tanto han influido los indicadores de las grandes agendas de desarrollo, como Agenda 2030, en el diseño de proyectos e iniciativas en México? ¿Hay elementos más influyentes que los indicadores internacionales?
24	¿Cómo se construyen las agendas y recomendaciones internacionales en salud materna?
25	¿Qué tan relevante ha sido el papel de actores no estatales (OSCs, ONG internacionales, redes, empresas y fundaciones) en la diseminación de la agenda internacional de salud materna? ¿Quiénes son los principales actores en el caso mexicano y por qué?
26	¿Cómo es la relación de su institución con la de otros actores tanto nacionales cuanto internacionales que trabajan con la agenda de salud materna?

VI. *Formato de consentimiento informado dirigido a informantes*

Ciudad de México, a ___ de ___ de ___

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre **la implementación de la agenda internacional de salud materna en México** consistirá en responder una entrevista que pretende aportar al conocimiento de este objeto de estudio, comprendiendo que mi participación y perspectiva es una valiosa contribución.

Confirmando que se me ha informado que la información recabada será utilizada en la tesis de maestría que la **Lic. Mariangel García Flores** realiza bajo la supervisión de la **Dra. Alicia Márquez Murrieta** en el marco de la **Maestría en Cooperación Internacional para el Desarrollo** del **Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora** con financiamiento del **Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología de México (CONAHCYT)**.

Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis, a los cuales podrán tener acceso las dos personas responsables de la investigación, bajo el entendimiento de que la grabación será eliminada una vez se haya realizado la transcripción.

De igual forma, comunico que mi preferencia respecto a la confidencialidad de la información que proporcione en esta entrevista es la siguiente:

A. () **Confidencialidad limitada.** Las opiniones y experiencias expresadas durante la entrevista se mantendrán confidenciales, anónimas y no le identificarán con usted en ningún momento. En los casos en los que se use algún fragmento de su entrevista, éste no se vinculará con su persona. Ejemplo: “De acuerdo a uno/a de los/as informantes...”

B. () **Fuente atribuida parcial.** Se le identificará sólo con la información del puesto que desempeña. En los casos en los que se use algún fragmento de su entrevista, éste sólo se vinculará con la descripción de su puesto. Ejemplo: “De acuerdo a la persona encargada de (descripción del puesto) ...”



C. () **Fuente atribuida completa.** Se le identificará con la información del puesto que desempeña y su nombre completo. En los casos en los que se use algún fragmento de su entrevista, éste se vinculará a su puesto y su persona. “De acuerdo a (nombre), (descripción del puesto) ...”

La investigadora responsable del estudio, la Lic. Mariangel García Flores, se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de cualquier asunto relacionado con la investigación. Asimismo, la entrevistadora me ha dado seguridad de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en la forma que he indicado en este formato.

Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un trabajo de tesis a ser presentado por la investigadora para obtener el grado de Maestra en Cooperación Internacional para el Desarrollo por el Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.

Asimismo, declaro estar informado de que dicha tesis se encontrará disponible para consulta en el repositorio digital y la biblioteca del Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, y que ésta puede estar sujeta a su publicación completa o parcial en otros espacios.

He leído esta hoja de consentimiento informado y acepto participar en este estudio según las condiciones que he indicado.

Ciudad de México, a ____ de ____ de ____

Informante

Mariangel García Flores
Responsable de la investigación

