



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Filosofía y Letras
Colegio de Filosofía



**ANÁLISIS BIOPOLÍTICO DE LA MORBIMORTALIDAD
MATERNA EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

INFORME ACADÉMICO POR SERVICIO SOCIAL

Que para obtener el grado de Licenciado en Filosofía

PRESENTA

Fidel Mario García Rojas

ASESORA: DRA. LIZBETH SAGOLS SALES

México, D.F.

2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*En memoria de todas las mujeres que
han muerto anticipadamente durante el
embarazo, parto o puerperio.*

AGRADECIMIENTOS

A la mujer que amo y me ama y que ha sido mucho más que mi madre.

Mi agradecimiento especial a la Dra. Lizbeth Sagols Sales por su valiosa aportación en la asesoría del presente trabajo, al Lic. Rafael Ángel Gómez Choreño por su motivación a lo largo de la Licenciatura, al sínodo por su lectura, tiempo y comentarios, a la Mtra. Lorena Santos Zarate por encaminar mi formación y contribuir al cumplimiento de mis sueños, a la Lic. Amalia Sandoval R. por acercar mi vida a los senderos de la filosofía, a Sandra García por acompañarme en cada una de mis aventuras, así como al Centro Nacional de Equidad y Género de la Secretaría de Salud Federal por su calidez y confianza, y a todos a los que de alguna u otra manera contribuyeron en el saber de mí mismo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
I. REGULACIÓN Y PRODUCCIÓN DEL CUERPO Y LA VIDA EN OCCIDENTE .	10
1.1 Biopoder en el Derecho de muerte y poder sobre la vida.....	11
1.2 Biopolítica como capacidad de hacer vivir o expulsar a la muerte	15
1.3 Desarrollo del cuerpo en el poder sobre la vida	22
1.4 Cuerpo materno desde la mirada médica de los servicios de salud.....	28
II. ANÁLISIS DEL <i>PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL</i> , DESDE UNA ÓPTICA BIOPOLÍTICA EN MÉXICO	41
2.1 Programa de Salud Materna y Perinatal	47
2.2 Línea estratégica <i>01 800 MATERNA</i>	55
2.3 Análisis de la práctica del Servicio Social.....	64
CONCLUSIONES.....	70
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXO I.....	80

En el mundo, cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. En 2013 murieron 289, 000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto.

OMS, 2014.

La mayoría de las muertes maternas pueden evitarse con atención especializada al parto y acceso a la atención obstétrica de urgencia; la falta de atención [interdisciplinaria] especializada se ve agravada por la escasez mundial de profesionales sanitarios calificados.

OMS, 2014.

INTRODUCCIÓN

El presente Informe Académico por Servicio Social titulado, *Análisis Biopolítico de la morbimortalidad materna en los Servicios de Salud*, pretende recoger y analizar críticamente, desde la lectura de Michel Foucault, mi experiencia obtenida durante el desarrollo del Servicio Social,¹ llevado a cabo en la Secretaría de Salud en la línea de atención telefónica *01 800 MATERNA*, la cual tiene como principal objetivo contribuir en la reducción de la morbimortalidad² materna, así como dar seguimiento a las quejas de la red de Servicios de Salud Materna del país.

De igual modo, de manera transversal el presente documento, como herramienta de investigación del quehacer filosófico, busca ser un testimonio del alcance y aplicación de la reflexión filosófica en el ámbito contemporáneo de la salud pública, sobre el cuerpo, la vida, los procesos biológicos y su administración en el poder. Pretendo hacer un análisis de las condiciones en que se encuentran las mujeres, sus cuerpos, la reproducción y sus posibilidades de vida o muerte en el sistema de salud pública del país.

Al respecto, se me puede preguntar ¿por qué Michel Foucault?³ Y la respuesta la proporciona su obra misma; pues no encuentro intelectual más interesado en mostrar cómo

¹ Puedo señalar, que la finalidad que motivó la presente investigación fue valorar la reflexión en la experiencia obtenida durante mi Práctica Profesional de Servicio Social, como modalidad de titulación para obtener el grado de Licenciatura en Filosofía, pues con dicha práctica hago plena conciencia de los alcances de aplicación de la filosofía en todos los ámbitos de la vida.

² La Organización Mundial de la Salud define a la mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. La morbimortalidad se entiende como aquellos aspectos o enfermedades causantes de muerte (OPS/OMS, 1995:139). (Cf. Observatorio de mortalidad materna en México, En línea: <<http://www.omm.org.mx/index.php/defs.html>>, [Consultado última vez el 24 de septiembre de 2014]).

³ De acuerdo con Ferrater Mora en su diccionario de filosofía, el pensamiento de Foucault se ha categorizado comúnmente en tres etapas, que siguiendo el modelo cronológico, la etapa arqueológica, centrada alrededor de la pregunta por el saber comprende los años 1961 a 1969, e incluye las obras *Locura y sinrazón*, *La arqueología del saber*; la etapa genealógica, en la que el autor comienza a elaborar su pregunta por el poder, parte de los años 1971 a 1976, con las obras *El orden del discurso* hasta el primer volumen de la *Historia de la Sexualidad* y finalmente, la etapa de la gobernabilidad o de las técnicas o tecnologías del yo y del sujeto, a partir de 1976 con obras producto de sus cátedras, como

nuestras experiencias, prácticas, discursos y corporalidades, son invenciones recientes que se han producido desde ciertas relaciones entre el saber y el poder, que las ha hecho posibles; y que desde luego indican ciertas disposiciones administrativas sobre la vida humana. La muerte materna representa un ejemplo destacado de dicha administración, en la que el androcentrismo patriarcal totalitario,⁴ históricamente, ha pretendido naturalizar el fenómeno proponiéndolo como un hecho cotidiano, que se debe a la condición inherente de las mujeres, desde una valoración cultural,⁵ en la que ellas sólo se ven reducidas a la reproducción y al rol de madres.

El análisis de la morbimortalidad materna (la cual se define como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales)⁶ que desde una óptica biopolítica destaca la gestión del poder sobre el cuerpo y la vida, pretende señalar la génesis de la condición, en el que el sistema mexicano de salud pública actual ha colocado a las mujeres y a sus cuerpos, así como las estrategias que tal sistema ha implementado para enfrentar las inaceptables cifras de muertes durante el embarazo, el parto o el puerperio.⁷

La biopolítica⁸ puede ser entendida, en este sentido, como los modos en los que el Estado administra las condiciones de procuración de la vida y lo biológico sobre una

Defender la Sociedad, Seguridad, Territorio y Población, y el Nacimiento de la Biopolítica, entre otras; in presente investigación parte del análisis del segundo y tercer periodo en la vida del autor.

⁴ Por androcentrismo patriarcal me refiero a la postura que sitúa al hombre, en tanto masculino, al centro del universo. Retomo el concepto patriarcal en el sentido en que lo propone la historiadora Riane Eisler, en el cual el patriarcado y su lenguaje representan la negación de la solidaridad humana pues propone culturalmente la competencia y lucha de fuerzas en el ámbito sexo género entre hombres y mujeres, mediante la dominación, guerra, jerarquía, control, obediencia [en la que el hombre se impone frente a la mujer]. (Cf. Riane Eisler. *El cáliz y la espada*, Cuatro Vientos, Santiago de Chile, año 1990, p. 19). Los corchetes son nuestros.

⁵ Por valoración cultural entiendo condiciones de determinación en las maneras de *ser* mujer, *vivirse* mujer; privación que reduce y ordena roles culturales a desempeñar por las mujeres en los diferentes ámbitos de sus vidas.

⁶ Observatorio de mortalidad materna en México, En línea: <<http://www.omm.org.mx/index.php/defs.html>>, [Consultado última vez el 24 de septiembre de 2014].

⁷ Al puerperio se le define como el periodo que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación. (Véase Puerperio, Real Academia Española. En línea <lema.rae.es/drae/?val=Puerperio>, [Consultado la última vez el 2 de Febrero de 2015].

⁸ Biopolítica se conforma de los vocablos griegos βίος, ου y πολιτικός; el primero se refiere a la vida, existencia; modo de vida, condición o género de vida; tiempo o duración de la vida; medios de vida, recursos; sustento; mientras que πολιτικός se entiende como ciudadano, cívico, civil, de ciudadano, de

población. Las decisiones y estrategias a seguir del Estado mexicano, sobre la morbimortalidad materna, ha dependido en buena medida de la presión internacional que existe respecto al tema, ya que México es signatario de los denominados “Objetivos para el desarrollo del Milenio” en donde se incluyeron específicamente los compromisos y la exigencia de disminución de la mortalidad materna en un 75% entre 2000 y 2015 a nivel mundial.⁹

En este escenario, el Estado mexicano se ha planteado acciones estratégicas que tienen el propósito de cumplir con dichos objetivos; estas acciones formuladas desde mecanismos ideológicos, *socio-culturales*, serán los componentes de análisis que dimensionarán la manera en que se aborda el tema de muerte materna en la agenda nacional.

La tesis central que sostengo, es que la muerte materna es un fenómeno evitable y reducible, si se generan estrategias que desarticulen y eliminen los mecanismos androcéntrico-patriarcales como el autoritarismo y la jerarquía entre los sexos, que ejerce el sistema político patriarcal, de forma administrativa, contra las mujeres y sus cuerpos.

La hipótesis que se demuestra, en el desarrollo del presente trabajo, es que en el Estado mexicano la vida de las mujeres y la maternidad es un objeto político del todo administrable, mediante las diferentes políticas públicas, de corte patriarcal-autoritario, en materia de salud.

De manera que en el primer capítulo titulado “Regulación y producción del cuerpo y la vida en Occidente”, analizo la conformación política de los cuerpos y la vida en general, el desarrollo de la producción del cuerpo en el poder sobre la vida; la producción del cuerpo

ciudadanía, del Estado; político, público; perteneciente a un gobernante. (Véase Pabón S. De Urbina, José M. *Diccionario Manual, Griego clásico- Español*, Editorial Vox, España, 2007).

⁹ La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 45%. Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Sin embargo, entre 1990 y 2013 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) sólo ha disminuido en un 2,6% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesario para alcanzar el ODM5. (Véase Organización Mundial de la Salud, *Datos y cifras en mortalidad materna*, mayo de 2014, Nota descriptiva N° 348. En línea <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>>, [Consultado la última vez el 03 de octubre de 2014].)

materno desde la mirada médica a partir de los conceptos foucaultianos de biopoder y biopolítica.

En el segundo capítulo titulado “Análisis del *Programa de Salud Materna y Perinatal*, desde una óptica biopolítica en México”, me centro en mi participación dentro del *Programa de Salud Materna y Perinatal* y analizo, a través de tres subcapítulos: la manera en que la política de salud nacional enfrenta el fenómeno de la muerte materna. Por último, en el último de los subcapítulos del capítulo dos titulado “Análisis de la práctica del Servicio Social”, el lector encontrará un análisis crítico de mi práctica profesional, desde el enfoque filosófico que me brindó la Licenciatura en Filosofía.

I. REGULACIÓN Y PRODUCCIÓN DEL CUERPO Y LA VIDA EN OCCIDENTE

En Occidente, el cuidado y protección de la vida por parte del Estado tiene una historia que puede ser reconocida (entre otras) a partir de la configuración ideológica, política, médica, estética, social de los cuerpos, los cuales preservan en su corporalidad discursiva (entendida esta como la manera en la que el discurso conforma y produce corporalidades) las formas en las que cada época entiende, ejerce y configura los procesos biológicos.

El presente capítulo analiza la conformación política de los cuerpos y la vida humana a partir del análisis de los conceptos foucaultianos de biopoder y biopolítica, en ellos se describe la manera en la que Occidente se encargó de la administración política de la vida y sus cuerpos. El examen de las relaciones de poder sobre la vida será el hilo conductor para esclarecer la manera en la que el Estado mexicano actual comprende, configura y administra, desde la mirada médica de los servicios de salud, los cuerpos de las mujeres al respecto de la mortalidad materna.

1.1 Biopoder en el Derecho de muerte y poder sobre la vida

Biopoder es el nombre que da Michel Foucault a una forma específica de política desarrollada en las sociedades occidentales modernas, en la que el poder soberano dispone de la configuración de la vida y sus cuerpos en tanto objetos administrables.¹⁰

Dicha forma específica de política se ve motivada, desde la época clásica, por el *derecho de vida y muerte*, el cual opera bajo la misma premisa de la *patria potestas* de la familia romana, en la que el padre disponía de la vida de sus hijos, así como de la de sus esclavos, como objeto de pertenencia y tutela. Tal disposición del poder soberano sobre lo viviente: hijos, esclavos, mujeres, pueblo, etc., operó bajo el supuesto de pertenencia patriarcal, donde el hombre como padre de familia es creador y dador de vida, por consecuencia, responsable de la facultad para administrarla, en todo sentido, al grado incluso de poder quitarla a disposición soberana.¹¹

Para Foucault, hay dos matices respecto al *derecho de vida y muerte*. Al primero lo describe como *derecho indirecto de vida y muerte*, en él hace patente que la administración sobre la vida se ejerce indirectamente mediante la figura del Estado y su defensa. En este sentido, el poder del soberano se limita a procurar la protección de sí mismo y del Estado. En consecuencia, si dicha protección se ve amenazada, es facultad legítima del soberano solicitar a sus súbditos tomar partida en la defensa del Estado mediante la guerra u otras estrategias de defensa que comprometan sus vidas, sin el objetivo directo de exponer a la muerte a los súbditos. Dicho de otro modo, es lícito para el soberano exponer la vida de los súbditos para la protección y resguardo de la figura soberana, así como para defender al Estado.

¹⁰ Cabe señalar que el concepto de biopoder adquiere distintas vertientes a lo largo de la obra del autor, en todas ellas el concepto se subsume a la serie de fenómenos [...] en [los que] la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales, [a partir de] una política, una estrategia política o una estrategia general de poder. Foucault entiende, en todas ellas, al biopoder como una serie de proposiciones en las que a partir del siglo XVIII las sociedades occidentales modernas tomaron en cuenta el hecho de lo biológico en el sentido de indicadores de elecciones, [que] no [responden necesariamente] a principios, ni reglas, ni teoremas. (Véase Michel Foucault, *Seguridad, territorio, población*, p. 13).

¹¹ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 3, Vol. I. La voluntad de saber*, p. 163.

El segundo rasgo de la facultad del poder soberano sobre el *derecho de vida y muerte* es a la manera de *poder directo* sobre la vida inmediata de sus súbditos, pues si alguno de estos se levanta contra él, éste puede a título de castigo privarlo de la vida. Se hace patente por tanto el carácter de propiedad que adquiere la vida de los súbditos para el poder soberano.¹² Esa capacidad de hacer morir se funda en el derecho del soberano a defenderse o a exigir ser defendido y se basa en el principio de matar para poder vivir, como estrategia entre Estados e individuos.¹³

Más allá de toda facultad condicionada a la defensa del Estado, la administración de lo viviente en el biopoder se muestra dicotómica. Por un lado, el *derecho de vida y muerte* adquiere un carácter indirecto; la defensa misma del soberano y del Estado en caso de amenaza. Por el otro, hay un carácter de poder directo de la figura del soberano en la que según su propia facultad, este es capaz de designar o establecer, quiénes mueren o continúan viviendo.

La exigencia de muerte en el *derecho de vida y muerte*, advierte Foucault, en todo caso es un derecho disimétrico: “El soberano no ejerce su derecho sobre la vida sino poniendo en acción su derecho de matar o reteniéndolo; no indica su poder sobre la vida sino en virtud de la muerte que puede exigir. El derecho que se formula como '*de vida y muerte*' es en realidad el *derecho de hacer morir o dejar vivir*, derecho simbolizado por la espada”.¹⁴

El derecho de hacer morir posee en sí mismo la esencia del *derecho de vida y muerte*, y no es más que la vieja potencia de muerte en la que se mataba a quienes significaran un peligro para el soberano, el Estado y el conjunto social: enemigos, traidores, transgresores,

¹² Al respecto en la clase del 17 de marzo de 1976, del curso en el Collège de France, Foucault se pregunta si esta facultad del soberano de apropiarse de la vida es lícita o no. A partir de las preguntas: “¿Puede la vida incluirse en los derechos del soberano?, ¿Puede el soberano reclamar a sus súbditos el derecho de ejercer sobre ellos el poder de vida y muerte; el poder de matarlos?”, el autor concluye que es una problematización filosófica que debe analizarse a nivel del contrato social. (Cf. Michel Foucault, *Defender la sociedad*, p. 219).

¹³ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 3, Vol. I. La voluntad de saber*, p. 166. Por otro lado, al respecto señala Giorgio Agamben que en “la gran metáfora del *Leviatán*, cuyo cuerpo está formado por todos los cuerpos de los individuos, [...] los cuerpos de los súbditos están expuestos absolutamente a recibir muerte [como condición de conformación] política de Occidente”. (Cf. Giorgio Agamben, *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*, p. 159).

¹⁴ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 3, Vol. I. La voluntad de saber*, p. 164.

entre otros, representan en consecuencia un objeto de total sospecha y desconfianza política.¹⁵

Advierte Foucault, que en el *derecho de hacer morir o dejar vivir*, la vida y la muerte no son fenómenos naturales ni inmediatos, tampoco originarios y no se encuentran fuera del ámbito del poder político dado que en sentido estricto el súbdito no está por pleno derecho ni vivo ni muerto. Desde el punto de vista de la vida y la muerte, el súbdito se inserta en cierta neutralidad en el ejercicio de su derecho de vida o muerte, pues la práctica de ellos, o su omisión, depende de la decisión del soberano sobre el súbdito, en la cual se determina si el súbdito tiene derecho a estar vivo o eventualmente muerto. De manera que “la vida y la muerte de los súbditos sólo se convierte en derecho por efecto de la voluntad soberana”¹⁶, la cual se legitima en el derecho de soberanía de hacer morir o dejar vivir. El poder soberano, en consecuencia, sólo establece su fuerza en la vida de los súbditos y en su capacidad de reprimirla.

En todo caso, en el biopoder, como *derecho de muerte*, la potestad del poder soberano de exponer a una población, súbditos, conjunto social, entre otros, a la muerte en general (ya sea de manera directa o indirecta) hace evidente la incapacidad que tiene el poder de soberanía para garantizar las condiciones de permanencia y desarrollo de la vida.¹⁷

En la administración y configuración autoritaria de la vida en el biopoder como característica relevante de una forma de gobierno, el poder soberano se ejerce como instancia de sustracción y apropiación de la vida, la cual se percibe como fugaz en todo momento y dependiente de la facultad soberana; potestad que no tiene incitación política explícita por mantenerla o procurarla.¹⁸ En consecuencia, la disposición soberana sobre la vida es el elemento vinculante de la conformación social, en el sentido en que la conforma y organiza.

¹⁵ *Ibíd.*, p. 167.

¹⁶ Michel Foucault, *Defender la sociedad*, p. 218.

¹⁷ Por otro lado, como derecho el *derecho de hacer morir* del biopoder constituye el derecho contrario al que posee la conformación social o cuerpo social de asegurar su vida, mantenerla y desarrollarla. (Cf. Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 3, Vol. I. La voluntad de saber*, pp. 165-166).

¹⁸ Dicha apropiación del poder soberano sobre los distintos ámbitos de lo social es visible también, para Foucault, en el derecho de captación de las cosas como lo son: la sustracción de riquezas, extorción de productos, de bienes, de servicios, de trabajo, impuestos a los súbditos. *Ibíd.* p. 164.

El tiempo de vida de los distintos cuerpos: súbditos, hijos, esclavos, mujeres, pueblo, así como los cuerpos mismos, quedan por tanto a merced de un poder absoluto destinado a producir fuerzas que, a partir de mecanismos o dispositivos de vigilancia y control, los someten, doblegan y ordenan, en una economía del rendimiento y organización; cuyo producto son cuerpos dóciles y fragmentados, configurados a merced de la disposición soberana.¹⁹ Foucault llamará, a estos dispositivos de vigilancia, control y configuración de lo corpóreo; mecanismos disciplinarios que procuran disciplinar el cuerpo a partir de distintas instancias y medios. El carácter disciplinario de la corporalidad, focalizada en el individuo a partir de una economía del rendimiento y organización corporal, es una de las características principales en la administración de la vida y sus cuerpos en el biopoder.²⁰

Advierte Foucault, que en el biopoder la invasión de lo viviente y su valoración resultaron inevitables como condición de conciencia adquirida sobre el hecho biológico en la época moderna, en la que una de sus consecuencias fue la prefiguración del control poblacional, a partir de diversos aparatos reguladores sobre el cuerpo, en los ámbitos médicos, administrativos, educativos, económicos, entre otros.

Para Foucault, la administración de la vida por parte del poder, en el desarrollo de la modernidad no representa sólo el retorno del viejo *derecho de matar del soberano*, característico del biopoder, sino el remplazo de éste por una configuración y ejercicio del poder sobre la vida, en el que se comprende a la población, como fenómeno masivo²¹ y se hace patente una nueva disposición en la que el poder se caracteriza por esquivar la muerte. Se puede sostener que a partir del análisis crítico del *derecho de vida y muerte*, Occidente hizo posible la descalificación progresiva de la muerte en los ejercicios de control y administración de la vida.²² La cual se expresará en términos de *hacer vivir o expulsar*

¹⁹ Es necesario advertir que el poder para Foucault tiene un carácter productivo, más que restrictivo. El poder atraviesa la configuración social pues produce discursos, cosas, verdades, formas de saber, modos de vida, cuerpos y relaciones. El poder se entiende como red productiva que no necesariamente tiene finalidad o sentido, es esencialmente inestable; la actuación de las redes productivas del poder se constituye mediante distintos mecanismos que a manera de *modus operandi* producen lo real, mediante transformaciones sistemáticas en la disposición los sujetos. (Cf. Michel Foucault, *Un dialogo sobre el poder y otras conversaciones*, pp. 10-12 y 148).

²⁰ Un poder como el biopoder tiene la tarea de tomar la vida y para ello necesita mecanismos reguladores y continuos. (Cf. Foucault Michel, *Historia de la sexualidad 3, Vol. I. La voluntad de saber*, p. 174).

²¹ *Ibíd.*, p. 166.

²² *Ibíd.*, p. 218.

hacia la muerte, desde la aparición de un nuevo poder administrativo de la vida, dicha disposición, distinta al *derecho de muerte* del soberano, será desarrollada a continuación en el siguiente subcapítulo.

1.2 Biopolítica como capacidad de hacer vivir o expulsar a la muerte

La biopolítica representa una forma de gobierno en el que la vida y la política se encuentran en unión íntima, y en la que como motivación política se aspira a la gestión de los procesos biológicos de la población a partir de la preocupación expresa por mantener la vida, incluso a causa de la muerte de otros.

El concepto de biopolítica se asocia generalmente a la obra de Michel Foucault quien lo utilizó hacia mediados de la década de 1970 en su obra *Historia de la sexualidad* y en las conferencias que dictó en el Collège de France, en las que el tema consistía en los diversos procesos, prácticas y mecanismos que los gobiernos occidentales comenzaron a desplegar a partir del siglo XVIII para intervenir sobre los procesos asociados con la vida de las poblaciones, a este abordaje político Foucault lo llamó biopolítica. Sin embargo, es necesario advertir que Foucault no fue el primero en utilizar dicho término, se presume que el concepto remonta al sueco Rudolf Kjellén quien lo utilizó en 1916 en su obra *El Estado como forma viviente*, a partir de este texto es posible distinguir dos diferentes conceptos de biopolítica; de acuerdo con Kjellén en un primer sentido el término biopolítica hace referencia a una concepción de la sociedad, del Estado y de la política en términos biológicos y más precisamente patológicos: el Estado es una realidad biológica, un organismo y puesto que este organismo vive en un continuo desorden, la política tiene que basarse en la patología. En un segundo sentido, y en un movimiento inverso al anterior, aunque no sin relaciones con él, el término biopolítica es utilizado para dar cuenta del modo en que el Estado, la política, el gobierno se hace cargo, en sus cálculos y mecanismos, de la vida biológica del hombre. El primer sentido, es el que ha dominado la historia del término hasta los años setenta del siglo XX; el segundo se ha impuesto, a partir de los trabajos de Michel Foucault. Podemos dividir, así, la historia del concepto de biopolítica en dos grandes momentos que corresponden respectivamente al primer y al segundo sentido. El trabajo de M. Foucault puede considerarse como el punto de inflexión entre ellos.²³

²³ Edgardo Castro, "Biopolítica y Gubernamentalidad" en *Revista Temas y Matices No.11, primer semestre*. (2007) Artículo en línea <file:///C:/Users/graciela/Downloads/2498-9291-1-PB.pdf>, [Consultado última vez el 16 de marzo de 2015].p. 1).

Según Foucault, la biopolítica aparece durante la segunda mitad del siglo XVIII, a partir del desarrollo de la demografía, de las estructuras urbanas, así como el problema de la mano de obra industrial, el cual evidencia la cuestión médica y biológica de las poblaciones humanas, así como sus condiciones de existencia; hábitat, alimentación, natalidad, mortalidad y fenómenos patológicos como epidemias, mortalidad infantil, entre otros. Para Foucault, la aparición de la biopolítica es efecto de la administración sobre el cuerpo y la vida anterior al poder político en el biopoder.

En la clase del 17 de marzo de 1976 en el curso del Collège de France, Foucault describe la aparición de la biopolítica como el surgimiento de una tecnología del poder²⁴ no solamente disciplinaria, con lo cual quiere decir que el poder que administra la vida en la biopolítica no se caracteriza, necesariamente, sólo por el carácter disciplinario propio del biopoder el cual pretendía dominar el ámbito social a partir de una economía del poder basada en la configuración, adiestramiento y castigo del cuerpo individual.²⁵ Sin embargo, advierte Foucault, que la biopolítica hereda e integra también el carácter disciplinario del poder (en el sentido administrativo del cuerpo y de la vida), modificándolo parcialmente pues a diferencia del carácter disciplinario del biopoder, centrado en el cuerpo individual, la biopolítica se dirige a la vida de los hombres y mujeres comprendiéndolos, en tanto seres vivientes, como población: “la nueva tecnología está destinada a la multiplicidad de los hombres,²⁶ pero no en cuanto cuerpos concretos, sino en tanto masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, como el nacimiento, la vida y la enfermedad.”²⁷

²⁴ Las tecnologías del poder son ejercicios de poder sobre el cuerpo, que afectan los procesos de conjunto que son propios de la vida; como el nacimiento, la muerte, la enfermedad, etc. A diferencia de las disciplinas de poder, que trabajan sobre una economía del cuerpo individual mediante: ejercicio, adiestramiento, vigilancia, etc. Las tecnologías del poder se dirigen al cuerpo, como cuerpo poblacional y entienden la figura del *ánthropos* como ser viviente. (Cf. Michel Foucault, *Defender la sociedad*, pp. 219-220).

²⁵ En sentido estricto el poder disciplinario del biopoder “trata de regir la multiplicidad de los hombres en la medida en que esa multiplicidad puede y debe resolverse en cuerpos individuales que hay que vigilar, adiestrar y eventualmente castigar.” *Ibíd.*, p. 219.

²⁶ Es necesario advertir que la denominación de hombre, en el contexto del análisis propuesto por Foucault, se refiere al *ánthropos* entendido así y se da por hecho interpretativamente que *ánthropos* se entiende en sentido inclusivo tanto del hombre como de la mujer y no bajo ningún androcentrismo.

²⁷ *Ibíd.*, p. 220.

Para Foucault, el objetivo central de la biopolítica fue producir objetos de saber; al respecto de la reproducción; nacimientos, fecundidad y tasas de reproducción de una población cualitativa y cuantitativamente. Así, como establecer bancos de control sobre la población en estrategias políticas como lo fueron las políticas a favor de la natalidad a partir del siglo XVIII en las que se trataba el problema de la fecundidad y la morbilidad, en las que la morbilidad se analizó por vez primera, en la administración de lo viviente, no como muerte para todos, sino como característica de un grupo poblacional en específico, en donde hay factores permanentes de incidencia que afectan los procesos de la vida y sobre los cuales la biopolítica tratará de sustraer fuerzas para debilitar las energías de su *modus operandi*, pues se hace conciencia de que la morbilidad implica una cantidad de fenómenos determinados que pueden ser identificados y suprimidos.²⁸

De manera general, Foucault advierte tres campos de intervención de la biopolítica: el médico, el de asistencia institucional de fenómenos referidos a la invalidez y anomalías humanas, y el medio geográfico como medio de existencia.²⁹

En el ámbito médico de finales del siglo XVIII, en las sociedades occidentales se inicia la introducción de una medicina que va a tener la función crucial de mejorar la higiene pública, a través de organismos de coordinación de los cuidados médicos, a partir de la centralización de información, la cual se ejerció como proceso de normalización del saber y tomó aspecto de campañas de aprendizaje de la higiene, lo que significó la medicalización de la población para entender diferentes temas como: los problemas de la reproducción, natalidad y morbilidad, para este momento histórico percibir lo mórbido no era otra cosa que percibir las condiciones percederas del cuerpo³⁰; la enfermedad en esta configuración de la patología, se entendió como fenómeno de población y la muerte como fenómeno permanente que se desliza en la vida, carcomiéndola constantemente, disminuyéndola y debilitándola.³¹

²⁸ *Ibíd.*, p. 221.

²⁹ *Ibíd.*, pp. 219-220.

³⁰ *Cf.* Miguel Morey, *Lectura de Foucault*, p. 138.

³¹ *Cf.* Michel Foucault, *Defender la sociedad*, p. 221. Por otro lado, advierte Morey Miguel, que la enfermedad que anteriormente se desprendía de la metafísica del mal, en esta transición epistemológica, encuentra visibilidad positiva en la muerte. Es decir “cuando la muerte se integró epistemológicamente en la experiencia médica, entonces la enfermedad pudo separarse de la contra

Es justo precisar que a partir de esta estandarización médica sobre la población se instituyen también las prácticas médicas autoritarias, patriarcales y desvinculantes en la relación médico-paciente;³² del mismo modo se hacen normativos procesos de inequidad de género en la atención de la mujer y su cuerpo.

El segundo campo de intervención de la biopolítica, es el de asistencia institucional de la invalidez y sus consecuencias análogas de incapacidad, marginación y vulnerabilidad. En el que el poder que administra la vida, introdujo instituciones asistenciales y mecanismos mucho más sutiles al respecto de la asistencia social. Señala Foucault en relación a estos fenómenos que la biopolítica se caracteriza, no por una asistencia abundante, expedida de forma general, sino por ejercer una economía racional en la que se incentivan mecanismos razonados de ahorro, seguridad y protección social, en los cuales el individuo toma parte activa en el cuidado de sí.³³

El tercer campo de intervención de la biopolítica, se hace patente a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, y se refiere a la relación de los seres humanos y su medio de existencia: geográfico, climático, hidrográfico, entre otros.³⁴

En consecuencia, la biopolítica va a precisar su saber y definir el campo de intervención de su poder, al menos de manera primaria, en tres grandes direcciones: 1) Mediante la intervención médica en la natalidad y morbilidad., 2) En la motivación institucional de mecanismos sutiles respecto a la asistencia social., 3) Sobre el interés en el análisis de los efectos del medio ambiente en relación a la existencia humana.

Al respecto de la aparición de la biopolítica en la Modernidad, Foucault señala tres consideraciones históricas: 1) En el ámbito de la teoría del derecho social., 2) Respecto de

natura y tomar cuerpo en el cuerpo vivo de los individuos". (Cf. Miguel Morey, *Lectura de Foucault*, p. 132).

³² Advierte Josep Rodríguez, que el carácter autoritario de la medicina responde históricamente a la gran lucha del médico por diferenciarse del brujo, del hechicero y del sacerdote, pues "fue una lucha por el reconocimiento de un *status* especial en el Estado y la sociedad, la que devino en el derecho exclusivo de la práctica médica de auto-educarse y auto-regularse. Dado que la propia profesión, [a través de la figura del hombre, "lo masculino"], era la única con derecho exclusivo a poner en tela de juicio su ejercicio curativo". (Cf. Josep Rodríguez, *El poder médico desde la Sociología*, p. 100).

³³ Michel Foucault, *Defender la sociedad*, p. 221.

³⁴ Foucault señala cierta conciencia histórica en las relaciones geopolíticas en las que se desarrolla y mantiene la vida como los efectos del medio ambiente sobre esta. *Ibíd.*, p. 222.

la naturaleza de los fenómenos de los cuerpos., 3) Sobre los mecanismos políticos en el control de lo viviente.

En la primera consideración, la biopolítica implicó en teoría de derecho social clásico la incorporación del cuerpo poblacional, entendido como problema político, científico, biológico y como problema del poder,³⁵ elemento ajeno para la teoría del derecho social tradicional, pues sólo consideraba únicamente al individuo contratante y a la sociedad, constituida por el contrato voluntario implícito entre los individuos. Dos elementos políticos únicos, que en la teoría clásica, como en la operación de sus mecanismos disciplinarios, sólo tenía relación práctica con el individuo y su cuerpo.

Se debe a la aparición de la biopolítica, como gestión de poder sobre el cuerpo³⁶ que afectan los procesos de conjuntos propios de la vida y se dirigen a la población, que la teoría de derecho social clásica incorporará en sus mecanismos políticos un tercer elemento de consideración; al cuerpo, *cuerpo-especie*, en sentido poblacional.

En la segunda consideración histórica de la aparición de la biopolítica; referente a la naturaleza de los fenómenos de los cuerpos, y al margen de la aparición del elemento población. La biopolítica analizará de manera conjunta los acontecimientos aleatorios que se producen en una población tomada a partir de su duración,³⁷ a diferencia de la naturaleza que se le daba a los fenómenos sobre el cuerpo en el biopoder; los cuales se entendían como aleatorios, imprevisibles, desde el punto de vista particular e individual. La biopolítica hace evidente a partir del análisis colectivo de los cuerpos, que existen constantes en la naturaleza de los fenómenos que afectan a una población, las cuales se establecen a partir de lapsos de temporalidad, como fenómenos de serie con efectos puntuales.

En la tercera consideración de la aparición de la biopolítica, la referente a los mecanismos políticos en el control de lo viviente, la biopolítica va a implicar la introducción de mecanismos políticos muy distintos a los disciplinarios, característicos del

³⁵ *Ibíd.*, p. 222.

³⁶ Tal gestión del poder sobre el cuerpo también es llamada por Foucault como “tecnologías del poder”.

³⁷ Michel Foucault, *Defender la sociedad*, p. 222.

biopoder. El interés de la biopolítica radicó, señala Foucault, en las previsiones, estimaciones estadísticas, mediciones generales, e intervino a nivel de las determinaciones de los fenómenos generales, en tanto fenómenos globales. De manera que bajar la morbilidad, alargar la vida, estimular la natalidad a partir de mecanismos reguladores en el campo aleatorio de una población con la finalidad de fijar un equilibrio, mantener un promedio e instalar mecanismos de seguridad alrededor de la escala aleatoria (inherente a la población de seres vivos) fueron las características primordiales de las técnicas de poder en la biopolítica.

En las tecnologías de poder de la biopolítica, a diferencia de las disciplinas del biopoder, no se trata de un adiestramiento individual efectuado mediante un trabajo sobre el cuerpo mismo, ni se trata al individuo en el nivel del detalle o la particularidad, sino todo lo contrario:

La biopolítica como técnica de poder actúa [o pretende actuar] mediante mecanismos globales, de manera que obtenga estados globales de equilibrio y regularidad. [...] La biopolítica como técnica de poder toma en cuenta la vida, los procesos biológicos del hombre [en tanto especie] y asegura en ellos no una disciplina, sino una regularización.³⁸

Por tanto, a diferencia del poder absoluto, dramático, sombrío de la soberanía, el cual consistía en el *derecho de hacer morir o dejar vivir*, característico del biopoder; la tecnología del poder sobre la población como tal, ve en la biopolítica el surgimiento de un poder que Foucault llamaría de regularización, el cual consiste en la motivación política expresa de “*hacer vivir y dejar morir*”, a partir del estudio de los factores que se asocian a la morbimortalidad de sectores específicos de una población. “La finalidad del poder de regularización de la biopolítica es delimitar aquellos fenómenos de la vida en efectos de masas, propios de una población, para así controlar la serie de acontecimientos riesgosos que pueden producirse en una masa viviente”.³⁹ Señala Foucault que el poder regularizador de la biopolítica es una tecnología del poder que aspira, no por medio del adiestramiento individual, sino del equilibrio global; a la seguridad del conjunto poblacional con respecto a sus amenazas internas.

³⁸ *Ibíd.*, p. 223.

³⁹ *Ibíd.*, p. 225.

Para Foucault, en biopolítica la manifestación política de “*hacer vivir y dejar morir*” responde a una descalificación progresiva de la muerte, la cual puede entenderse como consecuencia de la reflexión histórica de sociólogos, historiadores y sociedad crítica en general sobre el valor de la vida y el cuerpo.⁴⁰ Dicha reflexión señala que la biopolítica, como medio de administración del poder sobre la vida, es perceptiva ante las formas de saber y se enfoca en la población como fenómeno.

Para Foucault, en la biopolítica el influjo del poder sobre la vida no se ejerce sobre la muerte sino sobre la mortalidad, pues la muerte representa el límite extremo del poder.⁴¹ De modo que la muerte, como tal, recae en el ámbito individual de lo privado y escapa a todo poder,⁴² a diferencia del derecho de soberanía de *hacer morir o dejar vivir*, en el que la muerte representaba el punto más resplandeciente del poder soberano.

La muerte en la biopolítica, como fenómeno de facto, representa el momento en el que el individuo escapa a todo poder, vuelve a sí mismo y se repliega, en cierto sentido, en su parte más privada. Dirá Foucault que en esta administración biopolítica de lo viviente "el poder ya no conoce directamente la muerte, la abandona"⁴³, en comparación con la muerte como efecto de la voluntad soberana del biopoder, en el que a través de la represión directa de la vida se legitimaban las relaciones del poder sobre los individuos.

Sin embargo, el ejercicio del poder sobre la morbilidad⁴⁴ en la biopolítica se caracterizará por la motivación de *hacer vivir o expulsar a la muerte*, lo cual hace evidente, -a partir del análisis de las estrategias para la reducción de dicha morbilidad-, que la biopolítica regula y administra la vida humana, así como su capacidad de desarrollo.

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 223.

⁴¹ *Ibíd.*, p. 224.

⁴² Para Foucault, hay una transformación en la recepción sobre la muerte, pues deja de ser una ceremonia brillante en la que participaban los individuos, la familia, la comunidad para convertirse en aquello que se oculta de manera vergonzosa en el ámbito privado. La “ocultación” de la muerte, dice Foucault, responde a la transformación de las tecnologías de poder. *Ibíd.*, p. 224.

⁴³ *Ibíd.*, p. 224.

⁴⁴ Recordemos que la morbilidad materna es la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Del mismo modo, la biopolítica en el ejercicio del poder sobre la vida también implica mecanismos sutiles que conducen a la muerte a cierto sector de la población, no de manera directa, expresa o direccionada, sino a partir de dispositivos que restringen u oprimen los escenarios de posibilidad en los que las condiciones de vida puedan emerger y mantenerse, con la intención de administrar y controlar totalmente la vida y los cuerpos de una población.

1.3 Desarrollo del cuerpo en el poder sobre la vida

Para Foucault, la administración del poder sobre la vida y el cuerpo se despliega en Occidente desde el siglo XVII en dos polos de desarrollo enlazados por una serie de relaciones de las que devendrán por un lado, la dimensión del cuerpo, *como cuerpo individual* y por otro, el *cuerpo como colectivo*, el cual se entiende como un conjunto de cuerpos que forman uno solo y será llamado, con posterioridad teórica, por Foucault como población.⁴⁵

En el primer modelo, el poder sobre la vida conforma al *cuerpo individual* como máquina, donde el cuerpo se ve integrado en sistemas eficaces de administración, disciplinas y control en el ámbito económico en el que a partir de su educación, docilidad y utilidad se integra la corporalidad al ámbito político. A este hecho Foucault lo llama *anatomopolítica* del cuerpo humano y es una característica de la integración de la vida a lo político en el biopoder.⁴⁶

La configuración del segundo modelo, el cuerpo entendido como conjunto de cuerpos, se forma a mediados del siglo XVIII y Foucault lo describe como *cuerpo-especie*, o cuerpo de cuerpos y en él se hace patente el tránsito de la mecánica de lo viviente, así como la fundamentación de los procesos biológicos que dan cuenta de la proliferación de la especie a partir de distintos fenómenos como: los nacimientos, la mortalidad, el nivel de salud del conjunto de cuerpos, la duración de la vida en procesos de longevidad y las variables que

⁴⁵ El concepto de población en la obra de Foucault describe al cuerpo individual como el cuerpo múltiple y de infinitas cabezas innumerables. (Cf. Michel Foucault, *Defender la sociedad*, p. 222).

⁴⁶ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 3, Vol. I. La voluntad de saber*, p. 168.

condicionan la vida en general. Todos esos problemas, en tanto objeto de saber de un conjunto innumerable de cuerpos, quedan a cargo de una serie de intervenciones políticas, que operan a manera de controles reguladores enmarcados dentro una biopolítica de la población.

Podemos advertir en la obra de Foucault, dos tecnologías del poder sobre la vida claramente definidas en el siglo XVIII; una tecnología disciplinaria del cuerpo y una tecnología disciplinaria de la vida. La tecnología disciplinaria del cuerpo se caracteriza por centrarse en el cuerpo; sobre el que se producen efectos individualizadores y se manipula al cuerpo como foco de fuerzas que hay que hacer útiles y dóciles, a la vez. Por otro lado, la tecnología disciplinaria de la vida no se centra en el cuerpo, sino en la vida; reagrupa los efectos de masas de una población, procura controlar acontecimientos riesgosos que pueden producirse en la masa viviente ⁴⁷

Las disciplinas del cuerpo individual y las regulaciones de la población conforman la distinción entre dos polos de configuración política del cuerpo: *cuerpo-máquina* o *cuerpo disciplinario* por un lado y *cuerpo-especie* o *vida corporal de la población* por otro. En ambas disposiciones es evidente la organización del poder sobre la vida; una se enmarca dentro del biopoder, el cual radica en el control y disciplina del cuerpo individual y la otra, dentro de una biopolítica que representa los controles reguladores sobre las condiciones de vida de una población.

Advierte Foucault que en esta determinación binomial sobre los cuerpos opera una tecnología de doble faz,⁴⁸ que se presenta como individualizante y específica en las disciplinas del cuerpo, y entienden a la entidad corpórea como *cuerpo-máquina* o *cuerpo disciplinario*; y otra analítica y biológica en aquella en la que se concibe al cuerpo dentro de las regulaciones de la población como *cuerpo-especie*, *cuerpo-múltiple*, en la que la vida es tomada en su conjunto. La característica particular del poder, en esta administración biopolítica sobre la vida corporal de la población, ya no es matar como lo era en la

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 168.

⁴⁸ *Cf.* Michel Foucault, *Defender la sociedad*, p. 225.

configuración de los cuerpos en el biopoder,⁴⁹ sino invadir la vida por entero en todos sus aspectos a partir de vigilancias y controles específicos.

La invasión sobre la vida corporal del conjunto de cuerpos, por parte de la biopolítica, se determina por un carácter previsor, erudito, de corte poblacional, en el que la administración de la vida implica también su comprensión, análisis y gestión en aspectos demográficos, estimativos, cuantificaciones, epidemiológicos, entre otros. A diferencia de la vertiente disciplinaria del biopoder, definida por el control pre-figurativo de la vida y la corporalidad, mediante distintos mecanismos de educación, unificación, adiestramiento, ordenación, represión homogenización y normalización de las sociedades.⁵⁰

Las regulaciones de la población de la biopolítica representaron el desarrollo de los conocimientos relativos a la vida en general en tanto especie. Señala Foucault, que para ese momento "el hombre occidental aprendió en qué consiste ser una especie viviente, en un mundo viviente, tener cuerpo, condiciones de existencia, probabilidades de vida y salud individual o colectiva."⁵¹

Se advierte, por tanto, un cambio de paradigma en la *episteme* tradicional⁵² respecto a la manera de entender la condición ontológica del cuerpo y su valoración como ser viviente. A partir del *derecho de muerte* característico del biopoder, cuyo producto eran cuerpos dóciles a disposición soberana, el cuerpo era visto como individual, objeto de disciplina, vigilancia y control dentro de una economía del rendimiento y organización.

El cuerpo desde de la aparición de la biopolítica adquiere dos dimensiones: por un lado el cuerpo individual se entiende como una pequeña parte del conjunto de cuerpos vivientes; por otro, como *cuerpo-especie* o población, la cual se entiende como masa viviente. Ambas dimensiones serán reguladas por el poder administrador de la vida a partir de diferentes mecanismos como la medicina, motivada por la pretensión *de hacer vivir o expulsar hacia*

⁴⁹ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 3, Vol. I. La voluntad de saber*, p. 169.

⁵⁰ Para Foucault, la articulación de ese biopoder fue un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo, pues éste se afirmó, según el autor, al precio de la inserción del control de los cuerpos en el aparato de producción, población y procesos económicos. (Cf. Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 3, Vol. I. La voluntad de saber*, p. 170).

⁵¹ *Ibíd.*, p. 172.

⁵² Foucault entiende por *episteme* un sistema de posibilidad que como tal es *a priori*. "La *episteme* [son] las configuraciones que han dado lugar a las diversas formas de conocimiento". (Cf. Michel Foucault, *Las palabras y las cosas, una arqueología de las Ciencias Humanas*, p. 7).

la muerte.⁵³ Dicha administración de la vida bajo la premisa "*hacer vivir o expulsar hacia la muerte*" a través de la motivación de la medicina será revisada en el siguiente subcapítulo *Cuerpo materno desde la mirada médica de los Servicios de Salud*.

La administración sobre el cuerpo y la vida como objeto en el que el poder incide directamente tuvo discontinuidad en la manera de configurar al cuerpo, aunque no implicó el abandono disciplinario pre-figurativo del biopoder; sino más bien implicó su sutil inclusión en las estrategias de regulación de la biopolítica. En la biopolítica, entendida como agente directo de transformación, administración y control de todos los aspectos de la vida humana, se integraron técnicas específicas que dominaron y administraron lo viviente, no solo de manera parcial desde un enfoque individual, ingenuo, ni azaroso; sino desde una noción de conjunto sobre una población, desde cierta óptica epistemológica específica.⁵⁴

Señala Foucault que esos dos conjuntos de mecanismos, uno disciplinario del cuerpo y el otro regularizador de la población, no son del mismo nivel, lo cual les permitió articularse uno sobre otro, dentro de la norma, con la pretensión de regularizar la sociedad. Dicha articulación de los mecanismos anteriormente descritos llevarán a concluir que toda forma de gobierno en el Estado occidental tiene en su constitución más íntima, un carácter ambivalente respecto a la administración de la vida humana y los cuerpos, el cual se puede formular, en la modalidad del biopoder, a partir del *derecho de hacer morir o dejar vivir* o en la modalidad biopolítica de *hacer vivir o expulsar hacia la muerte*.⁵⁵

Por tanto, la conciencia de las condiciones del cuerpo en el desarrollo del poder sobre la vida hace posible evidenciar la racionalidad de las prácticas gubernamentales de Occidente en las que se consideró que el cuerpo y la vida son objetos de transformación orgánica

⁵³ Foucault, analiza cómo el cuerpo emerge de diferentes prácticas relacionadas con el control y gestión de los seres humanos; de igual modo, cómo el conocimiento y la práctica médica han producido él cuerpo, capturándolo en una red de instituciones que funcionan a nivel micro, para establecer el poder médico [sobre la vida]. (Cf. Joaquina Erice Erviti, "Mujeres cuerpos y medicina", en *Visible en todas partes. Estudio sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, p. 122).

⁵⁴ Dicha intervención directa de la biopolítica sobre la vida en su conjunto, en tanto población, no puede prescindir de cierto poder-epistemológico que configura la integración y administración de la vida. Foucault llama a esta fuerza administradora de lo viviente "poder-sabio". (Cf. Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 3, Vol. I. La voluntad de saber*, pp. 172- 173).

⁵⁵ Cf. Michel Foucault, *Defender la sociedad*, pp. 228-229.

siempre a partir de su ordenación política.⁵⁶ De acuerdo con Foucault, “el umbral de modernidad biológica de una sociedad se sitúa en el punto en que la especie y el individuo en cuanto simple cuerpo viviente, se convierte en el objetivo [principal] de sus estrategias políticas”.⁵⁷

Al respecto de la discontinuidad en la manera de comprender el cuerpo y la valoración de la vida por parte del poder administrador de la misma,⁵⁸ Foucault propone un modelo del hombre en el que señala algunas consecuencias de la ruptura en la concepción del cuerpo. Según dicho modelo la figura del hombre clásico, de corte aristotélico, se le concibe como animal viviente con capacidad de existencia política, a diferencia del hombre moderno, el cual se concibe como animal en cuya política está en cuestión su vida.⁵⁹ De tal confrontación ontológica del hombre, como de su capacidad de vida y sus posibilidades de corporalidad, Foucault extrae las siguientes consecuencias: en un primer momento advierte una ruptura en el régimen del discurso científico sobre la problemática de la vida, en la cual hace evidente una distinción de lo viviente entre biohistoria y biopolítica. Por el lado de la biohistoria se engloban las precisiones mediante las cuales los movimientos de la vida y los procesos de la historia se interfieren. Por el otro, una biopolítica en la que la vida en su historicidad humana política, social, cultural, etc., resulta penetrada por las técnicas de saber y poder; lo cual convierte al poder en agente de transformación de la vida humana.⁶⁰ Para Foucault los ejercicios de poder sobre el cuerpo van a insistir sobre esta doble posición sobre la vida y a partir de allí van a invadir, la salud, las condiciones de vida, existencia y corporalidad.

Otra consecuencia para Foucault del poder sobre la vida y el cuerpo, en Occidente, fue la posibilidad de una sociedad normalizada y normalizadora como efecto histórico de una

⁵⁶ Aunque de acuerdo con los postulados de subordinación del poder que analiza Gilles Deleuze, en la obra de Foucault, si bien el Estado no es el lugar privilegiado del poder; dado que su poder es un efecto de conjunto, si es la infraestructura del Estado la que subordina o coacciona las relaciones de poder. (Cf. Miguel Morey, *Lectura de Foucault*, pp. 310-311).

⁵⁷ Giorgio Agamben, *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*, p. 11.

⁵⁸ Foucault asocia dicha discontinuidad en torno al cuerpo y la vida como consecuencia del desarrollo del poder en occidente, desde el biopoder y sus fuerzas, hasta la biopolítica y sus regulaciones. (Véase Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 3, Vol. I. La voluntad de saber*, pp. 173-174).

⁵⁹ *Ibíd.*, p. 173.

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 173.

tecnología del poder centrada en la configuración de la vida, basada en mecanismos normalizadores. Los cuales circundaron desde las disciplinas de la regulación aplicadas al cuerpo individual (como lo fueron el control, adiestramiento, educación y manejo de lo corpóreo), hasta los acontecimientos relativos a una multiplicidad biológica en estándares normativos. La norma para Foucault, en este sentido, es lo que puede aplicarse tanto a un cuerpo al que se quiere disciplinar, como a una población, con efectos aleatorios de una multiplicidad.⁶¹ La norma se da en un encabalgamiento de instituciones y es la multiplicidad la que la hace funcionar. Advierte Foucault que sólo conocen la norma quienes la establecen a partir de cierto saber o sistema epistemológico.⁶² Asimismo, la sociedad normalizada es una sociedad en donde se cruzan la norma *disciplinaria del cuerpo individual* y la *norma de la regulación poblacional*. Para este filósofo, decir que el poder tomó posesión gradual de la vida es decir que se llegó a circunscribir toda la superficie de lo orgánico y lo biológico, desde el cuerpo individual, hasta la población como cuerpo de cuerpos dentro de la norma como elemento circundante.⁶³

Una tercera consecuencia en la ruptura de la concepción del cuerpo y valoración de la vida, entre el hombre clásico y el hombre moderno es para Foucault la urgencia de hacer patente que el cumplimiento de las necesidades fundamentales de la vida es también objeto político. Dicha urgencia surge desde la conciencia expresa de la invasión del cuerpo, la vida y sus procesos. Por tanto, el cumplimiento de las necesidades básicas de la vida como objeto político se perfila como efecto de fuerzas en el que la población exige el derecho a la vida, al cuerpo, a la salud, a la fertilidad. El derecho al cuerpo y a la vida se entiende, como respuesta histórica a las opresiones o alineaciones que el poder normalizador ejerció sobre el cuerpo y la vida en general. Por otro lado, el derecho a la vida, al cuerpo, a la salud, a la fertilidad a la satisfacción de las necesidades es incomprensible para el sistema jurídico clásico pues esta serie de derechos no dependen ya del derecho de muerte de la soberanía tradicional.⁶⁴

⁶¹ Michel Foucault, *Defender la sociedad*, pp. 228-229.

⁶² Michel Foucault, *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*, p. 12.

⁶³ Michel Foucault, *Defender la sociedad*, pp. 228-229.

⁶⁴ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 3, Vol. I. La voluntad de saber*, p. 176.

Las consecuencias que deduce Foucault de la confrontación ontológica del hombre clásico y moderno expresan la manera general en la que el poder configuró el desarrollo del cuerpo y la administración de lo viviente en occidente, desde Aristóteles al siglo XVIII. Todas son relevantes para el estudio de la regulación y producción del cuerpo y la vida, sin embargo, para el fin que nos ocupa (propiciar un escenario de estudio de la manera en la que el Estado mexicano actual comprende, configura y administra los cuerpos de las mujeres, desde la mirada médica de los servicios de salud, respecto a la morbimortalidad materna), la tercera consecuencia, aquella en la que se hace patente que el cumplimiento de las necesidades fundamentales de la vida es también objeto político, resulta especialmente relevante y será el punto de partida para el desarrollo del capítulo II, titulado “Análisis del Programa de Salud Materna y Perinatal, desde una óptica biopolítica en México”.

1.4 Cuerpo materno desde la mirada médica de los servicios de salud

La articulación del lenguaje médico y su objeto [...] pone en duda la distribución originaria de lo visible y de lo invisible en la medida en que está ligada a la división de lo que se enuncia y de lo que se calla.

Morey Miguel, *Lectura de Foucault*.

De acuerdo con Foucault, la corporalidad ha ido emergiendo desde diferentes prácticas relacionadas con el control y la gestión de los seres humanos, como ejercicios administradores de la vida, que han adquirido su legitimidad dentro de sistemas específicos de conocimiento, como es el caso de la práctica médica. Para Foucault, la mirada médica es fundadora de la condición del individuo y de sus condiciones de corporalidad posibles; por eso, como profesión, la medicina posibilita organizar alrededor de ella un lenguaje racional, cuya verdad radica, desde su origen fundacional, en el poder soberano de la mirada empírica.⁶⁵

⁶⁵ Michel Foucault, *El Nacimiento de la clínica; Una arqueología de la mirada médica*, p. 7.

La práctica médica, ha producido el cuerpo de la mujer embarazada⁶⁶ a partir de diferentes mecanismos dentro de una red de instituciones con la finalidad de establecer y afianzar un control incondicional sobre dichos cuerpos, tanto a nivel individual como poblacional.

Esbozar el cuerpo de la mujer embarazada, como producto de cierta *episteme* de la mirada médica, implica reconocer dos dimensiones de análisis: el cuerpo en el ámbito individual y en el ámbito poblacional. En ambos casos, se hacen patentes los mecanismos de operación del biopoder, al respecto de la disciplina del cuerpo individual y los mecanismos de operación de la biopolítica en tanto ejercicio de regulación sobre la vida a nivel de población.

Para analizar el desarrollo de la corporalidad en sus dos dimensiones, asumiré que la producción y construcción del cuerpo de la mujer embarazada es efecto, en gran medida, de la formación discursiva del saber médico,⁶⁷ el cual se refleja en las diferentes políticas, convenios y legislaciones, en materia de salud y trabajo, respecto a la salud materna; así como en el trato cotidiano en la relación médico-paciente de las instancias de atención y seguimiento a la salud materna que ofrecen los servicios de salud pública del país.

La configuración del cuerpo individual y poblacional de la mujer embarazada desde la mirada médica requiere esclarecer aquello que define y caracteriza al campo médico, como el campo epistemológico más apto para dicha labor. Según el especialista en sociología médica y salud reproductiva Roberto Castro,⁶⁸ la profesión médica, como toda ocupación

⁶⁶ De ninguna manera la presente investigación sostiene que la condición de mujer se vea reducida al papel de mujer embarazada o al rol de madre, esposa o cuidadora de familia. Se subscribe que el hecho de ser mujer no debe condicionar, ni reducir, el desarrollo de las mujeres en todos los campos de acción posibles. Nos referimos a la mujer, como mujer embarazada porque es el tema que atraviesa el análisis presente.

⁶⁷ De acuerdo con Foucault el discurso define condiciones de existencia; Foucault define discurso como un "conjunto de enunciados [...] que dependen de la misma formación discursiva [...]; [y que está constituido] por un número limitado de enunciados para los cuales pueden definirse condiciones de existencia." (Cf. Miguel Morey, *Lectura de Foucault*, p. 241).

⁶⁸ Roberto Castro Pérez es licenciado en sociología, egresado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Obtuvo una maestría sobre investigaciones en población por la Universidad de Exeter, Inglaterra; y el grado de doctor en sociología médica por la Universidad de Toronto. Ha sido asistente de investigación en el Consejo Nacional de Población y otras instituciones como: la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública, donde estuvo a cargo de la Dirección de Salud Comunitaria y Bienestar Social y el CRIM. Realiza investigación sobre Violencia contra Mujeres a partir de la ENDIREH 2003 y 2006, y otras encuestas; y es el

profesional, ha asumido una posición predominante en la división del trabajo, de modo tal que ha logrado controlar la determinación de la esencia de su propio trabajo, definiendo al cuerpo como su objeto de saber, incidencia e investigación, y como la esencia de su campo.

En los servicios de salud, señala Erviti Erice, que el cuerpo de los pacientes está bajo la mirada médica la que como parte del proceso de revisión, diagnóstico y tratamiento médico, destaca lo que diferencia a los pacientes de la norma y los ubica del lado de los enfermos; de modo que la mirada médica produce corporalidades dentro y fuera de la norma.⁶⁹

En consecuencia, la autonomía que alcanzó la medicina históricamente como profesión se debe a que asumió al cuerpo como objeto epistemológico de su quehacer.

La autonomía de profesión se refiere al control sobre el aspecto técnico en el quehacer de toda profesión. Lo cual explica el atributo de cualquier profesión de dictar los términos con que nombrará los problemas con los que trabaja. De modo que los integrantes de una profesión reclaman para sí mismos la capacidad de juzgarse técnicamente. La autonomía profesional, es por tanto, la capacidad de sustraerse del juicio de los legos y de reservar para los especialistas de la propia profesión, la evaluación del trabajo que se realiza.⁷⁰

La producción del cuerpo, desde la mirada médica, es resultado de los discursos dominantes en la ciencia médica y en el ámbito político. Roberto Castro, advierte una alianza entre el Estado y la profesión médica para la promulgación de leyes que garantizaran el monopolio de la práctica médica científica e institucionalizada en detrimento de otras medicinas alternativas.

responsable del proyecto de investigación titulado *Habitus profesional y ciudadanía: un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. Sus temas de investigación se refieren a las ciencias sociales aplicadas a los problemas de salud, particularmente en el área de la salud reproductiva; violencia contra mujeres; violencia contra la infancia; maltrato a las mujeres durante la atención del parto, ciudadanía, derechos y salud.

⁶⁹ Joaquina Erice Erviti, "Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en salud reproductiva", en *Visible en todas partes. Estudio sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, p. 121.

⁷⁰ Roberto Castro, "Indicios y probanzas de un *hábitus* médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva" en *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, p. 145.

Dicha alianza fue posible no sólo por el desarrollo académico y científico de la medicina moderna, sino porque hubo condiciones sociológicas específicas que lo permitieron.⁷¹

De manera que los cuerpos de las mujeres y las mujeres que cursan un embarazo son producto, resultado de una mirada específica dentro del campo médico. Advierte Foucault, que dicho mirar, tiene efectos propios en la relación saber-poder, que se aplica sobre el cuerpo y la población; tanto como tecnología disciplinaria del cuerpo y tecnología disciplinaria de la vida.⁷²

Esa mirada productora del cuerpo abarca el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientados a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital ideológico específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción política, comercial, científica, profesional y sus derivaciones en la conformación de los cuerpos de las mujeres que cursan un embarazo.

El campo médico está formado por el conjunto de instituciones políticas que regulan mediante leyes y reglamentos la cuestión sanitaria de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social, que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por los agentes que operan aquellas y estas instituciones, (como los formuladores de políticas, los médicos, personal de enfermería, personal paramédico, profesores, estudiantes de todas estas especialidades); y por los centros de investigación que generan el conocimiento legítimo y hegemónico [científico] del campo y de manera marginal, en tanto actores con menos poder para operar dentro del campo, se encuentran las usuarias y los clientes de toda la gama de servicios existentes en el campo.⁷³

Los antecedentes de la construcción androcéntrica de la mirada médica sobre los cuerpos femeninos son de origen social y político. De acuerdo con Foucault, desde el siglo XVIII se ha patologizado a la mujer, al ejercicio de su sexualidad y a su cuerpo, reduciendo todos

⁷¹ *Ibíd.*, p. 145.

⁷² *Cf.* Michel Foucault, *Defender la Sociedad*, p. 228.

⁷³ Roberto Castro, "Indicios y probanzas de un *hábitus* médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva", en *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, pp. 148-149.

estos asuntos al ámbito médico por excelencia.⁷⁴ En el caso de la maternidad es altamente frecuente que las mujeres sean tratadas como enfermas dentro de la práctica médica.⁷⁵

Esto como efecto de la misoginia que históricamente ha oprimido los cuerpos femeninos, durante el embarazo, parto y puerperio. Dicha patologización, desde la práctica médica, ha tenido la intención de controlar todas las condiciones de vida de las mujeres siempre a favor de la figura médica autoritaria-patriarcal.

Un ejemplo concreto, es el abandono histórico del parto vertical, el cual desde antes del siglo XVII era una práctica común, que a diferencia del parto horizontal, permite a las mujeres tomar postura activa en el desarrollo del parto, dilatar más rápido, es una práctica que genera menos dolor e implica menores condiciones de sufrimiento fetal, entre otras ventajas.

Algunos historiadores señalan que el abandono del parto vertical se debió al deseo de Luis XIV de Francia de presenciar visualmente el nacimiento de sus hijos, tal deseo requería que la mujer, en labor de parto, estuviese totalmente acostada y expuesta para dar cabida a la escena deseada por el rey; aunque la postura del parto horizontal hace más difícil y doloroso el parto, se generalizó por Europa y dadas las complicaciones que causa, en poco tiempo se multiplicaron los instrumentos obstétricos; esto también popularizó la creencia de que todo parto es siempre una urgencia que exige atención médica.

En este abandono histórico del rol activo de la mujer durante el parto vertical, se puede constatar que la hipermedicalización del embarazo, parto o puerperio, no es más que la intención de normar los parámetros de “salud materna” desde el saber médico, al igual que normalizar las condiciones control sobre las mujeres y sus cuerpos.⁷⁶

⁷⁴ Para Foucault la sexualidad es el instrumento por el que el Estado ejerce su poder. (Véase. Michel Foucault, "No al sexo rey" en *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*, pp. 163, 165).

⁷⁵ Véase. Luis Alberto Villanueva Egan, "El maltrato en las salas de parto; reflexiones de un gineco-obstetra" en *Revista CONAMED*.

⁷⁶ Otro ejemplo puntual de la desposesión del rol activo de la mujer en el parto es el abuso indiscriminado de la cesárea, el cual de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de cesáreas debería ser de aproximadamente 15 cesáreas por cada cien embarazos normales y no sobrepasar la cifra de 20 por cada cien, en el caso de los embarazos de alto riesgo. Sin embargo, en México estas cifras se rebasan especialmente en el sector privado donde se practican hasta 70 cesáreas por cada cien nacimientos. (Véase *Parto natural o cesárea. ¿Qué dice la ciencia?*, en UNAMirada a la ciencia, edición mensual, Año X, Núm. 114, Mayo. En línea

Por otro lado, el cuerpo define según Foucault, por derecho de naturaleza, el espacio de origen y repartición de la enfermedad, como fuente de distribución y localización del mal. El cuerpo de la mujer, desde la mirada médica, no es más que una de las maneras de espaciar, concentrar y dar objeto corporal a la enfermedad.⁷⁷ El enfoque patológico y enfermo del cuerpo de las mujeres tiene también fundamento en una cultura de género aún dominante, la cual establece que las mujeres no son dueñas de su cuerpo, ni de su sexualidad. Para Foucault, esta percepción sobre el cuerpo femenino responde a la operación de un micropoder sobre el cuerpo, en sentido individual concentrado en el adiestramiento, dosificación y disminución de fuerzas de la corporalidad de la mujer frente a la del hombre. Es decir, un micropoder que opera para ampliar la desigualdad de género⁷⁸ a través de la mirada médica como estrategia.

Dicho micropoder devino históricamente en medidas regulatorias y controles sobre la población de mujeres y de aquellas que cursan un embarazo, en los que la biopolítica desplegó tanto su capacidad de hacer vivir, como la de expulsar hacia la muerte a una parte de esta población.

De manera que, son las categorías binomiales del sexo: masculino o femenino,⁷⁹ las que dan, o restringen, el acceso a la vida del cuerpo y de la especie. Para Foucault, en la tecnología política de la vida el sexo queda como el pozo del juego político, pues depende tanto de las disciplinas del cuerpo, como de la regulación de las poblaciones.⁸⁰

<http://www.unamiradaalaciencia.unam.mx/stc_metro/consulta_stcm_pdf.cfm?vArchivoStcm=114>, [Consultado la última vez el 09 de junio de 2015]].

⁷⁷ Cf. Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica*, pp. 16-17.

⁷⁸ Género es el conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados socialmente al hecho de ser hombre o ser mujer, formas de comportamiento, valores, actividades a realizar que establecen roles y estereotipos de la mujer y del hombre, a partir de los cuales las personas construyen identidades; establece relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres que generan inequidades en el ámbito de la salud y de la vida en general. El género es relacional, jerárquico, cambiante a través del tiempo, contextualmente específico e institucionalmente estructurado. De acuerdo con Martha Lamas, "el género es la construcción cultural de la diferencia sexual." (Cf. A. Yuriria, Robledo Cecilia, Pedroso Teresa, *Guía para la perspectiva de Género en Programas de Salud*, p. 11).

⁷⁹ Por sexo, se entienden diferencias que existen entre mujeres y hombres, dadas por su condición biológica y fisiológica. Son congénitas, se nace con ellas y son universales. El sexo alude a las diferencias físicas y biológicas, mientras que el género -masculino o femenino-, es una categoría construida social y culturalmente, se aprende, por lo tanto puede cambiar. *Ibíd.*, p. 11.

⁸⁰ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 3*, Vol. I. *La voluntad de saber*, p. 176.

El sexo es utilizado también por la práctica médica como herramienta disciplinaria y regulatoria de la vida.⁸¹ El sexo como parámetro inicial de la biopolítica determina, por tanto, aquellos cuerpos que hay que hacer vivir o preservar, y cuáles pueden ser expulsados hacia la muerte de manera aleatoria.

Desde este enfoque, en una cultura androcéntrica como la nuestra, el cuerpo del sexo femenino es constituido históricamente como enfermo y maligno, pues, las mujeres, desde tiempos ancestrales, han sido consideradas como un mal, una trampa profunda y sin salida de la que los varones deberán huir con recelo. Recordemos la narrativa de Hesíodo en la que cuenta como Prometeo en medio de un acuerdo, acerca de la repartición de los derechos entre dioses y hombres, intentó por medio de una artimaña perjudicar a los dioses a favor de los hombres en lo que se conoce como el primer reparto sacrificial, en el cual la raza de los hombres no salió victoriosa porque la cólera de Zeus les retiró el fuego condenándolos a comer la carne cruda como seres salvajes; ante lo cual Prometeo engaña nuevamente a Zeus hurtando el fuego divino en favor de los hombres, motivo por el cual Zeus, a manera de reprimenda, condena a Prometeo a cadenas perpetuas y envía un terrible mal a los hombres, por beneficiarse del fuego, este mal lleva el nombre de mujer- *gyné*.⁸²

En Occidente, el cuerpo de las mujeres se ha producido desde la represión, lo cual ha eliminado la posibilidad de que ejerzan plenamente su sexualidad, hecho que propició que la mirada médica vea a las mujeres como minorías sociales, incapaces e indignas para vivir su cuerpo, para responsabilizarse de él y para elegir las condiciones sexuales y reproductivas que desean para ellas mismas. En este contexto del mirar médico, las mujeres son condicionadas a un estado subordinado de tutela en el que sólo “gracias” al apoyo de la institución médica pueden conservar condiciones de salud.

De modo que, en la relación médico-paciente, hay una jerarquía claramente establecida en la que el médico representa tanto la autoridad institucionalizada del campo médico como la autoridad moral de la sociedad, frente a la mujer que es percibida como simple usuaria débil, enferma e ignorante, ante el saber médico. El cuerpo de las mujeres, en consecuencia,

⁸¹ *Ibíd.*, p. 176.

⁸² *Cf.* Leticia Flores Farfán, “Mal de amores. Duelo, ciudad y justicia”, en *El Mal. Diálogo entre filosofía, literatura y psicoanálisis*, pp. 83-84.

queda definido como el cuerpo clientelar de la vulnerabilidad de los servicios de salud,⁸³ cuya posibilidad de *ser* es determinada como producto vulnerable *a priori*, en un sistema de salud que es incapaz de reconocerlo de otra manera, al prefigurar la corporalidad de las mujeres como objeto sobre el que la ocupación médica tiene derecho de intervención absoluta, -en tanto objeto de saber-;⁸⁴ en consecuencia se legitima la relación autoritaria entre conocimiento y vulnerabilidad, en la cual, a mayor pretensión de conocimiento mayores condiciones de control, opresión y vulnerabilidad sobre el cuerpo de las mujeres.

La relación médico-paciente es sustituida en el orden médico, por la relación entre institución médica y enfermedad. En realidad, el médico no habla desde sí mismo sino desde la autoridad que supuestamente le confiere el carácter científico del discurso médico.

Hay evidentemente una violencia institucionalizada con diferentes vertientes en la manera de tratar, configurar y producir el cuerpo de la mujer y la mujer durante el embarazo. Una de las formas de esta violencia es la violencia obstétrica, la cual se define como:

Una forma de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. La violencia obstétrica se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.⁸⁵

La violencia obstétrica se hace explícita durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negociación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna,

⁸³ Cf. M. Cristina Herrera, *De pacientita a ciudadana; el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México*, p. 85.

⁸⁴ Afirma Foucault [al final de las hipótesis que subyacen en la *Historia de la Locura* y el *Nacimiento de la clínica*] al respecto de la emergencia del *ánthropos* moderno, que todo nuevo objeto de conocimiento no ocurre más que al precio de que deje de ser medio de conocimiento; [es decir] al precio de una desposesión [...] en la que el *ánthropos* que conoce a otros *ánthropos*, paga el precio de no poder reconocerse, cabría decir entonces que la mujer en tanto objeto de saber queda a desposeída del cuidado de sí y a merced de la patologización médica. (Cf. Miguel Morey, *Lectura de Foucault*, p. 143).

⁸⁵ *Violencia obstétrica*, en *Grupo de Información en Reproducción Elegida*, GIRE, Artículo en línea; <<http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>>, [Consultado la última vez el 15 de septiembre de 2014].

aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su "consentimiento", hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos. Ante esta situación, se deben adoptar medidas para garantizar el parto humanizado, tales como brindar la asistencia médica adecuada durante el parto evitando el recurso excesivo a las cesáreas y respetando la decisión de la mujer, así como sus necesidades específicas y preferencias culturales.

Es necesario advertir, que es en la relación disimétrica médico-paciente, donde la violencia obstétrica opera como dispositivo que vulnera y condiciona la posibilidad de permanencia de vida de los cuerpos de las mujeres embarazadas, y que de acuerdo con Roberto Castro, dicha violencia encontró justificación operaria apelando al carácter “profesional” y exclusivo de la medicina, a través de este tipo de prácticas de la profesión se hibrida la ética médica con el autoritarismo disciplinario sobre el cuerpo de las mujeres.⁸⁶

En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación que impide el goce de derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres en igualdad de condiciones con los hombres. De acuerdo con la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la violencia contra la mujer se entiende como: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.⁸⁷

⁸⁶ Cf. Roberto Castro, “Indicios y probanzas de un *hábitus* médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva” en *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, p. 158.

⁸⁷ Convención De Belém Do Pará, dicha convención establece obligaciones inmediatas a los Estados para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, debiendo prestar especial atención cuando la mujer, que es víctima de violencia se encuentra embarazada. Estos actos, u omisiones, que atentan contra los derechos reproductivos de las mujeres pueden constituir actos de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes, en caso de que causen penas o sufrimientos físicos o mentales y se cometan con el fin de anular la personalidad o sus capacidades físicas o mentales o

Sin embargo, en el discurso médico hay más que un discurso en juego en la producción del cuerpo de la mujer y la mujer embarazada. Desde la perspectiva de la ciudadanía⁸⁸ y el derecho a la salud,⁸⁹ las mujeres han sido testigos de un largo peregrinar histórico en la búsqueda y reconocimiento de dichos derechos, dado que la condición ciudadana es una condición relativamente nueva para las mujeres en México y América Latina,⁹⁰ lo cual muestra una reciente incorporación del cuerpo de la mujer al ámbito de derechos en temas de salud sexual y reproductiva. Incorporación que no ha logrado superar la distinción jerárquica-androcéntrica patriarcal en la relación médico-paciente.

Desde el discurso médico, el cuerpo de las mujeres entendido como objeto de saber de la práctica médica tiene un acceso denegado a la ciudadanía por su determinación *a priori* como cuerpo pasivo, paciente, enfermo, dependiente, indigno, producto de un modo específico de saber, condicionado a la vulnerabilidad, incluso, en casos extremos, dicho cuerpo, se concibe carente de condición humana.

cualquier otro fin. En este sentido, el Comité contra la Tortura ha resaltado que las situaciones en las que las mujeres corren riesgo de sufrir torturas o malos tratos, “[...] incluyen la privación de libertad, el tratamiento médico, particularmente, en el caso de las decisiones relacionadas con la reproducción, [...]”. (Véase *Violencia obstétrica, en Grupo de Información en Reproducción Elegida*, GIRE, Artículo en línea; <<http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>>, [Consultado la última vez el 15 de septiembre de 2014]).

⁸⁸ El concepto de ciudadanía es en sí mismo un concepto problemático. Como señala Giorgio Agamben, en *Medios sin fin. Notas sobre política*, los derechos se atribuyen al hombre sólo en la medida en que éste es el presupuesto de ciudadano, es decir, aquel cuya vida en función de su nacimiento en un territorio [*natio*] deviene el fundamento último de la soberanía del estado. [...] Para este pensador, el estatuto de ciudadano [y de los derechos que éste otorga por el sólo hecho de “ser humanos”] revela su fragilidad constitutiva con la creciente visibilidad de refugiados y toda aquella población masiva que carezca del reconocimiento de su “nación” no tendrá derechos y no será ciudadana. (Cf. M. Cristina Herrera, *De paciente a ciudadana; el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México*, p. 94).

⁸⁹ Desde los derechos humanos, el derecho a la salud no tiene un estatuto claro. Algunos filósofos del derecho inscritos en las corrientes filosóficas del liberalismo más ortodoxo lo consideran un derecho negativo derivado del derecho a la integridad física, por lo que la única obligación del Estado es limitarse a proteger a los ciudadanos de las acciones de los otros que pudieran dañar su salud. Otros como Rawls, desde una visión distributiva de la justicia, lo consideran un derecho positivo que se expresa como derecho a la atención a la salud, ya que involucra el accionar de terceros para garantizarlo. El concepto de derecho a la atención de la salud, señala el autor en su texto de *Teoría de la Justicia*, es una construcción social, producto de un consenso mundial ante la situación social, política y económica de la posguerra. *Ibíd.*, pp. 95-96.

⁹⁰ Es hasta 1947, durante la administración del presidente Miguel Alemán Valdés que las mujeres obtuvieron el derecho al voto y la opción de presentarse como candidatas a elecciones municipales. Sin embargo, el primer paso hacia la equidad política para las mujeres fue tomado en 1953, en la época del presidente Adolfo Ruiz Cortines, cuando las mujeres ganaron el derecho a votar y ser candidatas a las elecciones nacionales, obteniendo el sufragio universal. (Cf. Griselda Álvarez, *Historia de la ciudadanía de las mujeres en México*, Artículo en línea <<http://www.griseldaalvarez.org/pdf/femenino.pdf>>, [Consultado por última vez el 16 de septiembre de 2014]).

Desde el enfoque crítico de las *Capacidades humanas* de Martha Nussbaum sobre la construcción neokantiana de individuo en las teorías de la justicia tradicionales (que entiende a este como ser racional e independiente, en estado de igualdad aritmética ante otros individuos), es posible analizar relaciones de semejanza en la manera de pensar, comprender, producir a los individuos y a sus cuerpos; así como las condiciones de derechos que se les asignan desde otros ámbitos disciplinarios de la vida; como fue el caso de la medicina, la cual definió al individuo sano a partir del grado de racionalidad, independencia e igualdad aritmética que le otorgaba a cierto ideal de individuo sano, ante otros individuos, apropiando históricamente una fuerza jerárquica normativa excluyente basada en un modelo patriarcal de corte autoritario en el que según dicha lógica todos aquellos individuos que no encajaran debidamente en tal “ideal de individuo” (seres racionales, independientes, en estado de igualdad y libres) no sólo eran sujetos de sospecha sobre el grado de salud que poseían, sino incluso sobre el grado o estatuto de humanidad correspondiente y por tanto eran también objeto de sospecha sobre las condiciones atribuibles en materia de derechos humanos.⁹¹

De modo que la condición de ciudadanía de las mujeres desde el discurso administrativo de la vida ocupa, lamentablemente hoy en día, un lugar negado; pues ante la mirada médica y social, las mujeres son percibidas y condenadas a la condición de madres, esposas y cuidadoras; cuerpos que adquieren valor y reconocimiento en función de un otro, no en función de sí mismas, hecho que atenta con la posibilidad de que sean percibidas como individuos, libres, autónomos y con derechos humanos por los aparatos ideológicos del Estado.

La configuración del cuerpo de las mujeres embarazadas, desde la mirada médica, cuenta con elementos negativos que posibilitan escenarios, dentro de todo un sistema de salud, que las conducen hacia la muerte, no de manera directa, al menos no necesariamente, sino de forma gradual, sutil y marginal. Dicha expulsión hacia la muerte opera, de manera primaria, a partir de la serie de negaciones atribuidas al cuerpo, expuestas anteriormente, en

⁹¹ Cf. Elisabetta Di Castro, (coord.), “Justicia y Libertad un acercamiento desde las capacidades”, en *Justicia, desigualdad y exclusión. Debates contemporáneos*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 209, pp. 95-96.

las que se desconoce la condición humana de ciudadanía, de capacidad de autonomía, de valor en sí mismas, entre otras.

Los cuerpos de las mujeres embarazadas, desde esta configuración, entran en sistemas de coacción dentro de una economía de derechos suspendidos en los que la justicia no llega a ellos necesariamente, esta suspensión de derechos se puede entender también, interpretativamente, de acuerdo con Foucault, como una economía del castigo en el orden moderno burgués.⁹²

Las amenazas de muerte de las mujeres en este *modus operandi*, no sólo son toleradas y reproducidas; también son impuestas en ejercicios descriptivos del saber médico, como características “naturales” o propias de la condición del embarazo. Siguiendo a Foucault, cierto carácter de la biopolítica, desde el discurso médico, ha normalizado la relación: *embarazo = enfermedad = posibilidad latente de muerte*, para legitimar así la participación exclusiva de la medicina moderna occidental en la administración de la vida. En el discurso médico hay relaciones que se auto implican, como la descrita anteriormente, hecho que ha permitido medicalizar autoritariamente todos los ámbitos de la existencia.⁹³

Por otro lado, ha sido el cuerpo de las mujeres entendido en sentido poblacional (des-subjetivizado, sin referente directo, sin condición humana, como mero concepto, producto y objeto de la práctica del saber el médico -entre otros saberes-), como el lugar en el que se expresa deliberadamente el carácter androcéntrico de la biopolítica, que permite la expulsión de las mujeres hacia la muerte en los servicios de salud.

Aunque bien la biopolítica es un saber que se distinguió, originariamente, por procurar la vida en la administración y gestión de lo viviente, desde la regulación biológica de la población, también representa la incorporación en su práctica del *derecho de muerte*,

⁹² Miguel Morey, *Lectura de Foucault*, p. 325.

⁹³ Es necesario advertir que el primer discurso médico sobre el individuo tuvo que considerar a la muerte como punto de referencia para localizar de manera positiva a la enfermedad, en el cuerpo vivo; de modo que “la integración de la muerte en el pensamiento médico ha dado [constitución fundacional] a una medicina que se propone como ciencia del individuo.” *Ibíd.*, p. 140. Por otro lado, también se reconoce que el embarazo requiere ciertos cuidados especiales que no dependen necesariamente de la medicalización autoritaria de la medicina occidental moderna.

(derecho con fundamento patriarcal androcéntrico)⁹⁴ característico del biopoder; en el cual se pueden advertir los mecanismos que disciplinan, regulan, condicionan y producen el cuerpo de las mujeres y las mujeres embarazadas, desde una lógica administrativa de la vida que pretende desfavorecer a la mujer frente al hombre.

De modo concluyente, pensar la morbimortalidad materna, desde una lógica de administración androcéntrica patriarcal autoritaria, como problema sobre una masa viviente despersonaliza la condición humana de los cuerpos individuales de cada mujer y cada embarazo, impide dinámicas de reconocimiento en la relación médico-paciente, personal de salud-paciente, e impone un desequilibrio en la balanza que administra la vida desde las políticas públicas, ya de por sí excluyentes y patriarcales.

En esta configuración y producción específica del cuerpo de las mujeres, en sentido individual y poblacional, *se normaliza la muerte como posibilidad administrativa*, desde algunos poderes, los cuales responden a cierta óptica cuyo carácter es androcéntrico, patriarcal y autoritario, cualidades que reprimen el ejercicio libre de los derechos humanos para las mujeres y sus cuerpos.

Sin embargo, dicho carácter normativo, de expulsión hacia a la muerte, puede ser desarticulado, reducido y eliminado a partir de dinámicas, que en sentido proporcional respondan a otras fuerzas, en las que las mujeres tomen postura activa en el cuidado de sí, en un auténtico ejercicio de ciudadanía, lo cual permitiría paulatinamente despatologizar el embarazo, el parto y el puerperio. Al respecto desarrollaré en el siguiente capítulo algunas estrategias existentes en el sistema actual de salud pública en México.

⁹⁴ El *derecho de muerte* con fundamento patriarcal androcéntrico, se refiere a al derecho del soberano de disponer a placer quienes viven y quienes no, al igual que determina de qué manera es vivido el cuerpo; este derecho operó desde la época clásica, bajo la premisa de la *patria potestas*, dicho derecho ya se ha expuesto en el primer capítulo del presente informe.

II. ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL, DESDE UNA ÓPTICA BIOPOLÍTICA EN MÉXICO

Siguiendo a Foucault, el cuerpo de las mujeres y su estado de salud, a partir del discurso médico de la biopolítica tradicional, han sido entendidos como productos y objetos emergentes de saber, a través de los cuales históricamente se han forjado, desde cierto fundamento androcéntrico patriarcal, discursos de verdad⁹⁵ sobre la natalidad y reproducción, como efecto del poder dominante que administra por completo la vida, mediante una red de distintas instituciones.

En consecuencia, lo que se produjo y limitó como objeto de saber, respecto de los conceptos de: salud,⁹⁶ reproducción, fecundidad, natalidad; fue un artificio estratégico derivado del poder dominante sobre lo viviente en los cuerpos femeninos en el juego de la política de la verdad, que hizo posible articular un sistema en el que la muerte materna

⁹⁵ Para Foucault, la verdad no está fuera del poder, la verdad es producida gracias a múltiples imposiciones y tiene efectos reglamentados de poder. De acuerdo con el autor, cada sociedad tiene su régimen de verdad, su política general de la verdad; es decir, los tipos de discursos que acoge y hace funcionar como verdaderos, los mecanismos y las instancias que permiten distinguir los enunciados verdaderos de los falsos en la obtención de la verdad. En sociedades como la nuestra, señala Foucault, la verdad está centrada en la forma del discurso científico y en las instituciones que lo producen; está sometida a una constante incitación económica y política, es objeto bajo formas diversas de una inmensa difusión y consumo, es producida y transmitida bajo el control no exclusivo, pero sí dominante de algunos grandes aparatos políticos; en fin, es el núcleo de la cuestión de todo un debate político y de todo un enfrentamiento social. Por otro lado, señala Foucault que existe un combate por la verdad, o al menos, alrededor de la verdad y advierte que por verdad no se refiere al conjunto de cosas verdaderas que hay que describir o hacer aceptar, sino al conjunto de reglas según las cuales se discrimina lo verdadero de lo falso y se ligan a lo verdadero efectos políticos de poder. (Cf. Michel Foucault, "Verdad y Poder", en *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*, pp. 154-155).

⁹⁶ La Real Academia Española, define a la salud como el estado en el que el ser orgánico ejerce "normalmente" todas sus funciones. Sin embargo, en términos de Foucault, la "normalidad" del ser orgánico no responde a una condición biológica originaria, sino a los efectos del poder sobre la vida. (Cf. Definición Salud, Real Academia Española, definición en línea <<http://lema.rae.es/drae/?val=salud>>, [Consultada la última vez el 22 de enero de 2015]).

fuese un fenómeno, hasta cierto punto aceptado, tolerado y reproducido de manera administrativa por las Instituciones de salud en colaboración con el Estado.⁹⁷

Hasta el siglo XVII la muerte de la mujer durante el parto era una situación natural, casi esperada, inherente a su propia condición y función en la sociedad y el matrimonio; un evento que venía con la esencia de la mujer, sino lograba superarlo, era sustituida por otra mujer para realizar la procreación y no había ningún problema.⁹⁸

La desigualdad de género se hizo también presente en las relaciones productoras de dichos saberes dominantes en las políticas operarias de “verdad” en lo referente a reproducción, natalidad y salud de las mujeres, eso explica no sólo la disminución de fuerzas de la corporalidad de la mujer frente al hombre, sino también la posibilidad abierta de expulsar hacia a la muerte a las mujeres, como práctica común y habitual en la administración y control de la población.

Respecto a las formas empíricas de la producción del saber como son la biología y la medicina, advierte Foucault, en una entrevista realizada por M. Fontana,⁹⁹ que el ritmo de las transformaciones en las producciones de verdad de esos saberes no obedeció necesariamente a los esquemas del desarrollo y descubrimientos que se admiten habitualmente, sino a las formas establecidas y permitidas para hablar y ver, desde el fundamento, ya instituido, para esos saberes en un régimen pre-establecido del saber.

⁹⁷ La sociedad disciplinaria, en la obra del autor, se caracteriza por que el régimen de producción de verdad se constituye a través de una red de dispositivos y aparatos que producen y regulan tanto costumbres como hábitos y prácticas sociales. La sociedad disciplinaria se pone en marcha a través del aseguramiento de la obediencia a sus reglas, procedimientos y mecanismos de inclusión y exclusión, aseguramiento que se logra por medio de instituciones disciplinarias como la prisión, la fábrica, el asilo, el hospital, la universidad y la escuela, las cuales estructuran el terreno social y presentan lógicas adecuadas a la 'razón' de la disciplina. (Véase Reinaldo Giraldo Díaz, “Sociedad disciplinaria” en *Poder y resistencia*. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España, el Portugal. Sistema de Información Científica Artículo en línea <<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.redalyc.org/pdf/396/39600406.pdf>>, [Consultado la última vez el 23 de enero de 2015]).

⁹⁸ Roberto Uribe Elías, *Mortalidad Materna*. Artículo en línea <http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf>, [Consultado la última vez el 23 de enero de 2015].

⁹⁹ Michel Foucault, “Verdad y Poder”, en *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. pp. 142-143.

De manera que la producción de verdad de los saberes empíricos se encuentra en íntima relación con las relaciones productoras del poder,¹⁰⁰ las cuales a su vez proclaman leyes políticas públicas respecto a salud materna, que desde un enfoque androcéntrico patriarcal, históricamente ha permitido reproducir la posibilidad de expulsión hacia la muerte de cualquier mujer durante el embarazo, parto o puerperio.

Es necesario señalar que estos poderes totalitarios son, de acuerdo con Foucault, a la vez “lo que mejor se muestra y también lo que mejor se esconde”¹⁰¹, es decir, no están del todo localizados, son un efecto de conjunto que invaden todas las relaciones sociales, actúan por normalización y operan no sólo en la vida política, sino también en lo más oculto y entramado de la sociedad y su cultura. Sin embargo, es posible señalar nuevas estrategias para aminorar y erradicar estas relaciones de poderes totalitarios contra las mujeres y la salud de sus cuerpos, si se reconoce que toda relación de poder, también implica resistencia.

Hablar de resistencia en términos foucaultianos¹⁰² es hablar de vida y preservación de la misma ya que “la vida es la apuesta de las luchas políticas, económicas, sociales y [biomédicas, entre otras]; la resistencia es aquello que nos lleva a pensar que es necesario e inaplazable crear una sociedad cualitativamente distinta, transformar las relaciones sociales, [las relaciones de poder] y cambiarnos a nosotros mismos.”¹⁰³

Desde la resistencia, se hace explícito que el cumplimiento de las necesidades fundamentales de la vida es también una obligación política, y que sólo a través de nuevos métodos de acción ante el androcentrismo totalitario es posible reorientar la administración

¹⁰⁰ De acuerdo con la tesis sobre la que se apoya el análisis de la microfísica del poder, “Poder y saber se auto implican directamente. No hay relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni saber que no suponga y constituya a la vez relaciones de poder. Desde esta óptica se denuncia la capacidad de castigar del poder, en su aspecto positivo, como economía política del cuerpo.” (Cf. Miguel Morey, *Lectura de Foucault*, p. 320).

¹⁰¹ Respecto al modo que tiene el poder de ofrecerse en representación. (Cf. Michel Foucault, “No al sexo rey”, en *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*, pp. 166-167).

¹⁰² Foucault ofrece un análisis del poder y la resistencia desde la obras *Vigilar y Castigar* hasta las elaboraciones del primer Volumen de la *Historia de la sexualidad. I. La voluntad de saber*. En este periodo genealógico del autor, la resistencia no es reactiva, ni negativa, es un proceso de creación y de transformación permanente; desempeña en las relaciones de poder, el papel de adversario, de blanco, de saliente para una aprehensión. Los puntos de resistencia están presentes en todas partes dentro de la red de poder, es decir donde hay poder hay resistencia. (Véase Reinaldo Giraldo Díaz, *Poder y resistencia en Michel Foucault*. p. 105).

¹⁰³ *Ibíd.*, p. 105.

de lo viviente hacia una administración en la que la equidad de género sea un elemento que permita disminuir y erradicar los escenarios de injusticia social que viven las mujeres y sus cuerpos. Las acciones de resistencia hoy tendrían que ir encaminadas a que las mujeres, embarazadas, en proceso de parto o púerperas, tomen postura activa y asuman el cuidado de sí, en la confirmación de una auténtica ciudadanía. Esto requiere de una reconfiguración política en la administración de la vida, en la que la activación del ejercicio político de las mujeres y de la sociedad civil genere efectos de reapropiación de las instancias del Estado.

Uno de los retos del paradigma actual en salud sexual y reproductiva es acabar con la violencia destructiva¹⁰⁴ hacia las mujeres y los múltiples procesos de normalización histórica que han pretendido justificar los índices de morbilidad materna¹⁰⁵ y normalizar en las sociedades existentes la relación: *embarazo = enfermedad = posibilidad latente de muerte*.¹⁰⁶

De acuerdo con el Doctor en ciencias y profesor de Filosofía de la medicina Roberto Uribe, la Maternidad sin riesgos es un asunto de derechos humanos que permite (por

¹⁰⁴ Siguiendo la lectura de Lizbeth Sagols, de Erick Fromm, la violencia destructiva equivale a la “agresión maligna” y cruel; la cual se ejerció del varón hacia la mujer, según lo demuestran los estudios arqueológicos de Christopher Hawkes, Marija Gimbutas y James DeMeo, desde el origen del patriarcado en Eurasia, entre el 4 500 y el 4000 a.C. con la cultura de los kurgans (a los que posteriormente se unieron otros pueblos como los hunos, los mongoles y los turcos), los primeros guerreros en desarrollar la “agresión maligna”, cruel, destructiva que acabó de forma definitiva con el sistema matrilineal del neolítico, y ha permeado hasta la actualidad la relación entre géneros. Es necesario advertir que la cultura patriarcal, totalitaria, androcéntrica, no sólo la produce y reproduce el varón; en tanto sistema, es producida por todos los elementos que lo conforman, de modo que hombres y mujeres por igual son capaces de articular o desarticular redes patriarcales. (Cf. Lizbeth Sagols, *La ética ante la crisis ecológica*, p. 20).

¹⁰⁵ Cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es inaceptablemente alta, en 2013 murieron 289 000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto (Véase Organización Mundial de la Salud, *Datos y cifras en mortalidad materna*, mayo de 2014, Nota descriptiva N° 348. En línea <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>>, [Consultado la última vez el 23 de enero de 2015]). Por otro lado, en México el total anual de muertes maternas para 2013 fue de 1 013 muertes registradas. (Véase. *Numeralia 2013*, Observatorio de mortalidad materna en México. En línea <<http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia/176.html>>, [Consultado la última vez el 16 de marzo de 2015]).

¹⁰⁶ Pero, ¿por qué se mueren las mujeres? Causas indirectas: pobreza, desnutrición o mala nutrición, analfabetismo y educación insuficiente, barreras culturales, desigualdad e inequidad de género, violencia obstétrica, ética médica autoritaria, Servicios de Salud insuficientes, embarazos adolescentes, violación a los derechos sexuales y reproductivos, desempleo, falta de acceso a los servicios de salud, bajos ingresos económicos, condiciones inadecuadas de vivienda y de servicios públicos. Y ¿de qué se mueren? Causas directas como hemorragias graves, infecciones, abortos inseguros, trastornos hipertensivos de la gestación (pre-eclampsia, eclampsia), seguida de la Distocia (parto obstruido). (Cf. Roberto Uribe Elías, *Mortalidad Materna*, pp. 7-10).

motivo del avance del lugar de la mujer en la sociedad actual y por el reconocimiento de múltiples factores como la injusticia, la discriminación, la pobreza y la ausencia de derechos humanos que se impliquen en la muerte materna), trasladar el problema de la muerte materna del ámbito puramente médico, orgánico y biológico, al terreno de la responsabilidad social.¹⁰⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la muerte de una mujer durante el embarazo o el parto, no solo es un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social”, y acepta cuatro categorías de derechos humanos relacionados con la Maternidad sin riesgos:

1. Derechos relacionados con la vida, libertad y seguridad de la persona.
2. Derechos relacionados con el fundamento de la familia y de la vida familiar.
3. Derechos relacionados con la atención a la salud y los beneficios de los progresos científicos, con inclusión a la información y educación sobre la medicina.
4. Derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación.

Dentro de los que se establecen:

a) Obligaciones para los gobiernos como:

- 1) Asegurar el acceso a la atención de la salud adecuada en el embarazo, parto y puerperio.
- 2) El acceso al derecho de decisión de las mujeres sobre cuándo y cuántos hijos van a tener.
- 3) Que las estructuras de gobierno basen su economía, decisiones jurídicas, sociales y de salud, desde el respeto y cumplimiento de los derechos fundamentales de la mujer.

¹⁰⁷ Hablar de Derechos Humanos, en el contexto de la biopolítica en el cual Foucault problematiza sobre la vida y el cuerpo, requiere reconocer que el poder característico de la modernidad entendía al *ánthropos* como ser vivo y no tanto como sujeto de derechos; o en todo caso, dicho poder sólo le concedía derechos en la misma medida en que constituía a los individuos que los ejercían. En este sentido “la ilustración que inventó libertades, inventó también disciplinas.” (Cf. Jorge Álvarez Torres, *El último Foucault. Voluntad de verdad y subjetividad*, p. 69).

- b) La obligación de que el gobierno y su estructura aseguren el acceso a las mujeres a los servicios de salud, jurídicos, laborales, entre otros.
- c) La obligación impuesta a los gobiernos de facilitar y asegurar el acceso a servicios de salud, que favorezcan la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, el apoyo a la Maternidad Sin Riesgos, la educación sexual y al aborto.
- d) Brindar acceso a la educación de las mujeres y la atención a la salud sin discriminación por sexo, estado civil, nivel económico, así como establecer estrategias que aseguren la independencia, fortaleza y decisión de las mujeres fuera del control del varón y la protección de las decisiones de las mujeres adolescentes, todo lo anterior, favoreciendo las leyes, su aplicación y el ejercicio real de los Derechos Humanos.¹⁰⁸

Como se hace evidente, la biopolítica actual¹⁰⁹ en el ámbito internacional hace manifiesto el interés por dignificar a las mujeres, a sus cuerpos y sus decisiones sobre la reproducción, desde la motivación de valorar la vida de las mismas.

En el ámbito nacional, el Estado mexicano ha manifestado su interés al respecto, tomando medidas desde 2001, que lo comprometen a responsabilizarse en la disminución de la muerte materna, una de ellas ha sido el *Programa de Salud Materna y Perinatal (PMSP)*¹¹⁰ el cual será descrito y analizado, desde una óptica de la biopolítica, en el siguiente subcapítulo.

¹⁰⁸ Roberto Uribe Elías, *Mortalidad Materna*, pp. 10-11.

¹⁰⁹ Es necesario advertir, que la biopolítica más reciente pretende desnaturalizar la autoridad de los saberes preexistentes, los cuales han considerado tradicionalmente a la muerte materna como fenómeno aislado, aleatorio, imprevisible y como un hecho particularmente individual.

¹¹⁰ Como programa, el *Programa de Salud Materna y perinatal* es uno de los programas de acción específica que define la dirección que todas las instituciones y niveles de gobierno deberían seguir para lograr avanzar de manera conjunta y armónica en los principales retos de salud que enfrenta el sistema Nacional de Salud. (Cf. *Programa de Acción Específico 2007-2012 Arranque Parejo en la Vida*, p. 7). Por otro lado, es necesario advertir que el *Programa de Salud Materna y perinatal* antes de la presente administración Federal 2013-2018, se llamaba *Programa de acción Específica 2007-2012 Arranque Parejo en la Vida (APV)*.

2.1 Programa de Salud Materna y Perinatal

El *Programa de Salud Materna y Perinatal (PSMP)* es el programa que instrumentó la Secretaría de Salud, en el periodo 2001-2006¹¹¹ y continúa vigente, como base de la estrategia nacional de reducción de la morbilidad materna, particularmente dirigida a la población con mayores índices de pobreza y marginación de México. El objetivo principal del Programa es que las mujeres puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, particularmente los relacionados con el derecho a la salud materna, así como promover el derecho a la salud de toda persona desde el nacimiento.

La procuración de salud a nivel individual y poblacional de las mujeres, desde el contexto del Programa, se puede entender como el punto de resistencia en el que las relaciones de poder tienden a dignificar el lugar de la mujer y su cuerpo en nuestra sociedad. Desde dicho punto de resistencia, se pretende luchar contra la distribución desigual de poder entre los géneros.

El *PSMP* es el instrumento de la política nacional de salud con el que se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que el gobierno de México hizo suyos junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000. Los ODM establecen metas ambiciosas para verificar y evaluar los avances en la reducción de la mortalidad materna y el mejoramiento de la salud de las mujeres. La meta contemplada en los ODM pretende reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Los logros mexicanos recientes en la disminución de la mortalidad materna, aunque relevantes, se han dado a un ritmo más lento que el requerido para alcanzar esa meta, al registrar por ejemplo, durante el primer cuatrienio del siglo XXI, un descenso promedio anual de la razón de mortalidad materna ligeramente menor de un 4%, cuando se requiere, al menos, una disminución sostenida del 5.2% anual en promedio, en ese indicador.¹¹² Ante ese escenario el gobierno mexicano reconoce que resulta imperioso redoblar esfuerzos y dar un renovado impulso al

¹¹¹ En este periodo 2001-2006, el Programa se llamó *Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la vida (APV)*.

¹¹² Consulte gráfica "Razón de muerte materna en México 1990-2012.", en Anexo I.

fortalecimiento de los servicios, mejorando su organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas por parte de los servicios de salud.¹¹³

En este sentido, desde la administración federal de 2006, bajo presión internacional, se ha continuado con la elaboración de Programas Estatales de Salud Materna y Perinatal, que siguiendo los lineamientos del Programa Sectorial de Salud¹¹⁴ han generado la operación de estrategias alternativas que contribuyen con su esfuerzo en el logro de las metas del país respecto a morbilidad materna. De manera que considerar los cuerpos de las mujeres tanto a nivel individual, como a nivel poblacional, ha sido un elemento de aportación esencial de la biopolítica tradicional al modelo de intervención para la mejora de la salud materna de nueva generación, respecto a la reducción de las posibilidades de muerte de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio.

El marco jurídico que norma el quehacer del *PSMP* tiene su fundamento en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; que establece el derecho de toda persona a la salud y a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos.

El marco legal del *PSMP*, también es congruente con lo que establecen las siguientes leyes y reglamentos: Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal D.O.F. 31-12-1976, Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental D.O.F. 11-06-2002, Ley General de Población D.O.F. 07-01-1974 (última Reforma Publicada D.O.F. 04-01-1999), Ley Orgánica de la Administración Pública Federal D.O.F. 29-12-1976 (última Reforma Publicada D.O.F. 02-06-2002), Ley de Información Estadística y Geográfica D.O.F. 30-12-1980 (última Reforma Publicada D.O.F. 12-12-1983), Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos D.O.F. 31-12-1982 (última reforma Publicada D.O.F. 13-06-2003), Ley de Planeación D.O.F. 5-1-1983, Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado D.O.F. 27-12-1983 (última Reforma Publicada D.O.F. 2-01-2007), Ley Federal de Procedimiento Administrativo D.O.F. 4-08-1994 (última Reforma Publicada D.O.F. 30-05-2000), Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal (D.O.F. 10-04-2003 última Reforma Publicada D.O.F. 09-01-2006), Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos D.O.F. 13-03-2002 (última Reforma Publicada D.O.F. 21-08-2006), Ley

¹¹³ Programa de acción Específico 2007-2012 Arranque Parejo en la Vida, p. 12.

¹¹⁴ El Programa o Plan Sectorial de Salud es la ruta que cada gobierno traza en materia de salud desde el nivel federal. Dicho programa desde 2006 ha otorgado a la salud materna y perinatal un espacio relevante dentro de las prioridades en salud. *Ibíd.*, p. 12.

General de Salud D.O.F. 7-02-1984 (actualizada 19-06-2003), Ley para la protección de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes D.O.F. 29-05-2000.¹¹⁵

En el marco de la biopolítica actual del Estado mexicano la ley tiene la intención de dignificar a la mujer, pues la ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona por el solo hecho de residir en el territorio mexicano, ya que en el Artículo 31 de esta ley se establece que “La atención materno infantil es materia de salubridad general”, además el Artículo 61 señala que dicha atención es de carácter prioritario, comprendiendo acciones de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. De modo que el *PSMP* es un hecho asertivo y concreto; en el que el Estado mexicano, desde la biopolítica, responde al paradigma actual en salud sexual y reproductiva, comprometiéndose a dignificar a la mujer, a la reproducción y en general a la salud de su cuerpo.

La institución mediante la cual se opera el *PSMP* es el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva,¹¹⁶ a través de la Secretaría de Salud Federal.

Los objetivos generales del *PSMP* son los siguientes:

1. Lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños desde su nacimiento hasta los dos años de edad.
2. Disminuir la mortalidad materna, con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones.
3. Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento.
4. Conjuntar los esfuerzos de sociedad y gobierno para la operación del *PSMP*.

Para alcanzar estos objetivos, el *PSMP* ha definido *cuatro componentes sustantivos*:

¹¹⁵ *Ibíd.*, p. 14.

¹¹⁶ El CNEGYSR está adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de conformidad con lo que establecen los artículos 2, inciso C, fracción II; y artículo 40 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Por otro lado, tiene entre otros objetivos lograr la cobertura universal y condiciones igualitarias de atención integrada con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños desde su nacimiento, hasta el periodo neonatal. *Ibíd.*, p. 14.

- 1) Embarazo saludable.
- 2) Parto y puerperio seguros.
- 3) Recién nacidos sanos.
- 4) Niños y niñas bien desarrollados.

A estos se añaden *cuatro componentes estratégicos*:

- a) Desarrollo humano.
- b) Redes sociales y participación comunitaria.
- c) Monitoreo y evaluación.
- d) Fortalecimiento de la estructura de los servicios.

A través de estos componentes se busca incrementar la cobertura, mejorar la calidad y fortalecer la colaboración entre el sector salud y la sociedad civil para apoyar a las mujeres a cursar embarazos saludables y tener hijos sanos.

Como lo marcan los objetivos del Programa, las consideraciones sociales, culturales, la articulación de redes sociales entre otras, más allá del discurso y práctica del saber médico, están implicadas en el fenómeno de muerte materna y reflejan que la biopolítica actual considera que no hay justificación alguna para tolerar y reproducir las condiciones que circundan las posibilidades de muerte durante el embarazo, parto o puerperio. En este acto de conciencia histórica¹¹⁷ sobre lo biológico, cada cuerpo vale por sí mismo y en sí mismo; mientras que el valor de la vida individual, frente al valor de la vida poblacional, es razón suficiente para movilizar todos los recursos al alcance del Estado.

El *PSMP* se inició en mayo de 2001 en siete estados de la República y, a partir de 2004, su instrumentación se hizo obligatoria en todas las instituciones públicas del país. Al inicio del Programa cada entidad federativa fue responsable de instrumentarlo con sus propios

¹¹⁷ Desde el discurso médico, es en el siglo XX cuando la Ginecobstetricia como especialidad logra incorporar a su práctica la Epidemiología y a la Estadística y con este hecho se posibilita la búsqueda de nuevas alternativas científicas para la sustitución del “arte de los partos” por el empleo de tecnología aplicada en el desarrollo de la concepción, gestación y su tratamiento. Lo cual hizo olvidar la disyuntiva entre la vida de la madre o la del producto. Es hasta mitad del siglo, después de la Segunda Guerra Mundial, que se inicia el interés formal e internacional por la muerte materna. (Cf. Roberto Uribe Elías, *Muerte Materna*, p. 1).

recursos. Sin embargo, todas ellas contaron con donación de equipo médico; a través del *PSMP* se propone un enfoque novedoso e integral de los servicios de atención materna e infantil.¹¹⁸

En términos de Foucault, la administración de lo viviente integró otros saberes cuya fuerza fundamental normativa no es necesariamente androcéntrica patriarcal, lo cual va de acuerdo con las exigencias internacionales respecto a equidad de género; hecho que permite que la producción y procuración del cuerpo y la salud de las mujeres tome en cuenta múltiples acciones de responsabilidad social, más allá del manejo médico exclusivo de las urgencias obstétricas; a diferencia de los enfoques anteriores, que primero centraban sus esfuerzos en la ampliación de cobertura y después en la identificación y atención oportuna de las mujeres con riesgo obstétrico.

Por otro lado, el Programa propone ampliar la cobertura y la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio; como también elevar la capacidad resolutive de las unidades médicas para la atención de las urgencias obstétricas, mediante la capacitación, el equipamiento adecuado, el fortalecimiento de las redes de servicios y los sistemas de referencias y contrarreferencias; así como fortalecer el traslado oportuno de las pacientes con el apoyo de la comunidad y de agentes institucionales relevantes.¹¹⁹

El *PSMP* cuenta en su operación, dentro del territorio nacional, con al menos tres acciones concretas:

- 1) Módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo.
- 2) Posada de Asistencia a la Mujer Embarazada.
- 3) Línea telefónica *01 800 MATERNA*, la cual será analizada de forma independiente en el siguiente subcapítulo.

¹¹⁸ *Certificación Internacional del Programa Arranque Parejo en la Vida y Certificación del Proceso de Generación de Estadísticas sobre Mortalidad Materna*, p. 7.

¹¹⁹ Es necesario advertir que, bajo los principios de transparencia y rendición de cuentas, la Secretaría de Salud decidió impulsar un proceso de certificación externa del *Programa APV*, el cual contó con la participación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a fin de determinar el grado de conocimiento y cumplimiento de los principales componentes y procedimientos del Programa, así como identificar aquellos aspectos que son susceptibles de ser mejorados. *Ibíd.*, p. 9.

Una de las acciones concretas en las que se canalizan tanto los componentes sustantivos, como los estratégicos del Programa, para la mejora de la calidad de la atención, es la creación del Módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo (Módulo MATER). Estos módulos, desde entonces y hasta la actualidad, se ubican; ya sea en unidades hospitalarias intermedias y hospitales generales, o en ambos, según la decisión de las autoridades de salud en los Estados. El objetivo de los Módulos MATER es garantizar a las mujeres con factores de riesgo atención inmediata por parte de un ginecobstetra y asignar atención adecuada a las embarazadas en el nivel de atención requerido,¹²⁰ de igual modo el Módulo MATER pretende identificar si las mujeres embarazadas viven alguna condición *socio-cultural* que las exponga potencialmente a la muerte; el módulo MATER es además un elemento articulador de redes de servicios, porque permite canalizar a las pacientes al nivel de especialización más adecuado a sus características y necesidades.

La Posada de Asistencia a la Mujer Embarazada (AME) es otra estrategia innovadora del Programa, la cual tiene como propósito apoyar a las mujeres que viven en lugares alejados de los hospitales. Generalmente, las Posadas se encuentran en los hospitales generales y en algunos casos en los hospitales integrales, a una distancia no mayor de 15 minutos caminando de la unidad de salud. Las Posadas AME son estancias en las que la embarazada puede quedarse por horas o días mientras ingresa al hospital, se realiza estudios o exámenes de laboratorio. Su estancia en la posada es vigilada por personal de salud y recibe acompañamiento por parteras o personal comunitario. Muchas de las Posadas se crearon con la participación de organizaciones de la sociedad civil y/o de las presidencias municipales.¹²¹

El *PSMP*, a su vez, ha promovido la atención del embarazo, parto y puerperio por personal calificado, incentivando la demanda de servicios de salud, a la vez que asigna derechos y responsabilidades tanto a las propias mujeres, como a sus familiares, a las autoridades y agentes comunitarios, principalmente autoridades municipales, en el cuidado oportuno y adecuado de los eventos obstétricos. De esta manera, se busca articular la red de

¹²⁰ Cada módulo ha sido equipado con un tococardiógrafo y un ultrasonido. *Ibíd.*, p. 8.

¹²¹ *Ibíd.*, p. 8.

servicios de salud con la red social de las mujeres para sumar esfuerzos en favor del derecho de toda mujer a cursar un embarazo saludable y sin riesgo de enfermedad o muerte.

Por otro lado, el *PSMP* ha buscado posicionar el reto de la reducción de la mortalidad materna y perinatal entre una de las más altas prioridades de los sistemas de salud estatales, con este propósito el Programa instrumentó una estrategia de vigilancia epidemiológica de la muerte materna y perinatal, que implica la notificación inmediata de las defunciones. En el seguimiento de las defunciones maternas participan tanto autoridades de salud de la más alta jerarquía de los estados, como los agentes claves de las jurisdicciones y unidades médicas involucradas en la atención de las mujeres embarazadas.¹²²

Desde la perspectiva de la biopolítica, la vigilancia epidemiológica de la muerte materna proyecta índices, marcos de referencia, categorías, memoria y conciencia histórica, para instalar y evaluar mecanismos de seguridad con los que se puedan determinar conductas recurrentes implicadas en el hecho y se trabaje en la descalificación progresiva de la muerte de las mujeres.

El grado de desarrollo del *PSMP* en cada entidad federativa es heterogéneo, en buena medida esta desigualdad en su desempeño deriva de la relativa juventud del mismo, sobre todo porque es hasta 2004 cuando se hace obligatoria su instrumentación. El mayor avance de implementación del Programa, que presentan algunos Estados, parece estar asociado con un mayor acompañamiento por parte del nivel de gobierno federal en respuesta a la alta incidencia de muertes maternas, o perinatales, registradas en ciertas regiones, así como el interés de las propias autoridades sanitarias, lo cual requiere de voluntad política, responsabilidad social y sensibilidad de las autoridades frente al tema de la salud de las mujeres.

El *PSMP*, se ha caracterizado por considerar especialmente las determinantes sociales y las barreras sociales de la salud como aquellos factores que, en salud pública, son

¹²² La Secretaría de Salud instrumentó un proceso de mejora del registro de muerte materna, que implica tanto acciones para capacitar y clasificar adecuadamente las defunciones por esta causa, como elevar la oportunidad de su registro. Estas acciones involucran desde las áreas de vigilancia epidemiológica de las jurisdicciones sanitarias, como a las direcciones de estadísticas del nivel estatal y federal, e implican la coordinación de la SSA con los registros civiles y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Ibíd.*, p. 9.

entendidos como parte de la génesis del problema que se aborda; es decir, como “la causa de la causa”.

Las determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Las determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en, y entre, los países, en lo que respecta a la situación sanitaria. En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes cada vez mayores, la OMS en 2015 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la comisión, publicada en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales: 1) Mejorar las condiciones de vida cotidianas., 2) Luchar contra la distribución desigual del poder y los recursos., 3) Medición y análisis del problema.¹²³

Los hechos anteriores marcan una diferencia sustancial con los modelos de intervención preexistentes, en los que la coerción medicalizada exclusiva del manejo y control de las emergencias obstétricas en el embarazo, ocupaba un lugar privilegiado, como estrategia unívoca, en la reducción de la morbilidad materna.

Así, el *PSMP* fue diseñado para contribuir a ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres desde una Maternidad Sin Riesgos, en ese sentido, el Programa es la acción concreta del Estado que hace frente a la desigual distribución de condiciones entre los géneros, y el impacto que, dicha distribución, tiene en la producción de los cuerpos. En el fondo, desde la biopolítica actual, la lógica del *PSMP* parece apoyar a las mujeres y a la salud de sus cuerpos, sin embargo, la falta de difusión del Programa excluye la posibilidad de incluir a más mujeres.

¹²³ “Determinantes sociales de la salud” en *Organización Mundial de la Salud*. En línea <http://www.who.int/social_determinants/es>, [Consultado la última vez el 26 de enero de 2015].

2.2 Línea estratégica 01 800 MATERNA

La *línea 01 800 MATERNA* fue el lugar en que desarrollé mi Práctica Profesional de Servicio Social, como operador telefónico, y es una de las estrategias del *PSMP*, que se instrumentó desde el año 2011 y continúa vigente; operativamente se encuentra a cargo de la Subdirección de Redes Sociales,¹²⁴ que pertenece a la Dirección de Desarrollo Comunitario¹²⁵ correspondiente a la Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal¹²⁶ del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud Federal. El cuál es el órgano rector que contribuye a incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de programas y acciones sustentados en evidencias científicas, así como mejores prácticas ante las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y de compromiso social, en un marco de participación social y de respeto a los derechos humanos.¹²⁷

La *línea 01 800 MATERNA* es una línea telefónica con cobertura nacional, que brinda atención las 24 horas del día, los 365 días del año, a usuarias/os de los diferentes servicios de salud pública del país. Fundamentalmente la *línea 01 800 MATERNA*, brinda

¹²⁴ La cual tiene como principal objetivo “instrumentar y propiciar programas de capacidad de respuesta en los servicios de salud a través de la promoción y creación de equipos de trabajo y redes sociales, que permitan ampliar la capacidad de atención y apoyo a mujeres embarazadas y niños menores de dos años, para mejorar y regular las diversas acciones de participación democrática en las comunidades”. (Véase *Manual de Organización específico* del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva).

¹²⁵ El objetivo principal de la Dirección de Desarrollo Comunitario es “apoyar y conducir acciones sustantivas de un embarazo saludable; parto y puerperio seguros; la atención integral al recién nacido; la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los menores de dos años; que permitan ampliar la capacidad de respuesta del personal operativo y mejorar los servicios de las comunidades”. *Ibíd.*

¹²⁶ Cuyo objetivo principal es “Conducir acciones sustantivas y estratégicas para el embarazo saludable; parto y puerperio seguros; la atención integral al recién nacido; la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los menores de dos años; así como la prevención de defectos al nacimiento para fortalecer la salud materna y perinatal de la niñez mexicana”. *Ibíd.*

¹²⁷ El CNEGSR tiene por visión, “Ser una organización de referencia en materia de igualdad de género y de salud sexual y reproductiva, con reconocimiento nacional e internacional, caracterizado por una alta competencia técnica y profesional, fundamentada en las evidencias científicas, las mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social, con capacidad propositiva e innovadora, incluyente y abierta a la participación de la sociedad civil”. (cf. Misión y Visión del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. En línea <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/cnegysr/Mision_y_vision.html>, [Consultado la última vez el 06 de octubre de 2014]).

información, asesoría y orientación a mujeres embarazadas, en proceso de parto, o aquellas que cursan el puerperio, así como a sus familiares.

Su objetivo principal es contribuir en la reducción de la morbilidad materna, así como dar seguimiento a las quejas de la red de servicios de salud Materna que presentan las mujeres; la *línea 01 800 MATERNA* atiende y enfrenta particularmente los aspectos *socio-culturales* desvinculantes, que viven las mujeres embarazadas, en proceso de parto o durante el puerperio, a causa de la inequidad de género en el país.

La atención telefónica que brinda la *línea 01 800 MATERNA* es un recurso útil y en algunas ocasiones la forma más próxima en la que las mujeres pueden acercarse a los recursos institucionales que pueden ser su única fuente de ayuda inmediata, dado que es el contacto institucional vinculante de los servicios que las mujeres embarazadas, en proceso de parto, o púerperas, puedan requerir de manera urgente.

Los objetivos específicos y expresos de la línea son:

1. Contribuir a que las mujeres mexicanas tomen postura activa y asuman el cuidado de su salud, a través de la identificación de *señales de alarma en el embarazo* que pongan en riesgo su vida o la del producto en gestación; y hacer del conocimiento de las mujeres los derechos sexuales y reproductivos de los que son destinatarias.
2. Apoyar la gestión de la atención médica en alguna institución de salud de aquellos casos que se consideren como emergencias obstétricas. Este objetivo pretende colaborar con el apoyo de traslados en casos en los casos que lo requieren.
3. Brindar información y orientación sobre los servicios de salud a los que se puede acudir. Este objetivo contempla proporcionar a las usuarias y/o a sus familiares: ubicación hospitalaria, teléfonos, programas, redes de apoyo e información general sobre la Maternidad Sin Riesgo. La delimitación del término “orientar”, de acuerdo con Gerard Egan,¹²⁸ significa algo más que guiar

¹²⁸ Es Profesor emérito de desarrollo organizacional y psicología en la Escuela de Negocios de la Universidad de Loyola de Chicago, ha escrito más de quince libros, referentes al campo de la orientación y la comunicación como *“The Skilled Helper”*, *“Impersonal Living”*, *“Talk Works”*: Cómo

y/o aconsejar, porque presupone que la persona alcanzará su meta por sí misma, al hacer uso de sus propios recursos y de las oportunidades que se les brindan para su autorrealización. En este contexto, la *orientación*, vista como disciplina y profesión de ayuda, se destina al desarrollo integral del individuo como persona y como ser social, de manera tal que, siguiendo a Egan, dicho proceso de ayuda responde a fundamentos humanísticos, lo que acentúa la concepción del ser humano como persona integral¹²⁹

4. Facilitar el proceso de comunicación entre familiares y servicios médicos, respecto al estado de salud de la embarazada.
5. Proporcionar información general sobre los cuidados del recién nacido y de la mujer en el puerperio.
6. Brindar información de afiliación, beneficios y requisitos para el trámite del Seguro Popular.
7. Derivar a las usuarias de los servicios de salud del IMSS e ISSSTE a las instancias correspondientes.
8. Recibir y derivar las quejas de las usuarias a los servicios de salud correspondientes.

Para alcanzar sus objetivos la línea cuenta con acceso a redes sociales de apoyo de la más alta jerarquía como autoridades federales, estatales, municipales, hospitalarias y otros servicios de salud, así como voluntarios y miembros de la sociedad civil, entre otros, cuyo compromiso social es contribuir a que la salud de las mujeres embarazadas, en proceso de parto o púerperas sea una prioridad esencial en el Estado mexicano.

Las metas de la línea son:

1. Contribuir a que las mujeres que llamaron a la *línea 01 800 MATERNA* tomen postura activa y fortalezcan relaciones de poder en las que se haga patente, desde la ciudadanía activa, la importancia del cuidado y protección de la salud materna.

obtener más de la vida a través de mejores conversaciones, ¿Cómo convertirse en un mejor comunicador?, actualmente el texto *"The Skilled Helper"*, es el libro la consejería más utilizado en el mundo.

¹²⁹ Gerard Egan. "Introducción", *El orientador experto. Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*. México, Grupo Editorial Iberoamericana.

2. Propiciar a nivel nacional las condiciones para una Maternidad Sin Riesgos.
3. Contribuir en la eliminación de los mecanismos androcéntrico-patriarcales, los cuales históricamente han coaccionado, controlado y administrado el cuerpo y la vida de las mujeres.

La naturaleza de la línea *01 800 MATERNA*, le permite vincularse con las otras estrategias de apoyo del *PSMP*¹³⁰ como son el Módulo de Atención para Embarazadas en Riesgo (Módulos MATER) y Las posadas de Atención a la Mujer Embarazada (Posadas AME).

Las herramientas jurídicas con las que la línea opera son: El Artículo 4° Constitucional, que establece el derecho a la salud y el acceso a los servicios de salud; la Ley General de Salud; así como la Ley General de Población; la cual establece en el punto II, del artículo 3° que se deben realizar programas [y estrategias] de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública, los cuales se deben llevar con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y la mujer, preservando la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos del país. Y el punto III, del mismo artículo, propone disminuir la mortalidad¹³¹; la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, referente a Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido D.O.F. 06-01-1995, así como, la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar D.O.F. 30-05-1994 (última actualización publicada D.O.F. 21-01-2004); y el Convenio General de Colaboración Interinstitucional

¹³⁰ El *PSMP* responde puntualmente, en cada administración federal, al *Plan Nacional de Desarrollo* el cual es un documento de trabajo que rige la programación y presupuesto de toda la administración pública federal, en consecuencia todos los programas sectoriales, especiales, institucionales y regionales que definen las acciones del gobierno deben elaborarse en congruencia con dicho Plan. Por otro lado, el *PSMP* se elabora en base al *Programa Federal de Salud* y al *Programa de Acción específico*, los cuales se derivan por jerarquía del *Plan Nacional de Desarrollo*. (Cf. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* Artículo en línea en <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013>, [Consultado la última vez el 09 de noviembre de 2014]).

¹³¹ Ley General de Población -última reforma D.O.F.-19-05-2014- En línea <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf>>, [Consultado la última vez el 06 de octubre de 2014].

para la Atención de la Emergencia Obstétrica (CAEO),¹³² así como la Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes.¹³³

Por otro lado, las herramientas metodológicas de tipo psicosocial de las que se vale la *línea 01 800 MATERNA* son:

- 1) La escucha activa y reflexiva, como indicador de la solicitud de la llamada telefónica.
- 2) El entendimiento integrativo, el cual, cabe decir, de acuerdo con Gerard Egan, que implica un proceso de empatía con la persona que hace la llamada, para hacer que diga todo lo que tenga que decir.
- 3) Programar una ruta de acción resolutoria.
- 4) Dar seguimiento en atención a la llamada.

Ejemplo de caso atendido por mí:

OPERADOR- *línea 01 800 MATERNA*, habla con el operador 3 ¿Con quién tengo el gusto?

LLAMADA- (En tono de voz muy alto y desesperado). Ayúdeme me siento muy mal, fui al hospital X, pero me dicen que no hay médico que me pueda atender, me mandaron a caminar al parque, estoy a punto de dar a luz, tengo dolor de cabeza, siento la frente caliente, me siento mareada, (entre lágrimas y pausas) no tengo dinero para ir a un doctor particular, me encuentro en la calle con mis otros dos hijos y siento que de los dolores me voy a desmayar, tengo miedo de que muera mi bebé.

OPERADOR- Por favor, trate de tranquilizarse, no está sola, estoy aquí con usted, para que eso no suceda, deme por favor la ubicación (y otros datos como nombre, teléfono, edad gestacional, número de embarazos, afiliación a algún

¹³² En los años 2008 y 2009 se promovieron, desde la federación, dos iniciativas encaminadas a disminuir las barreras económicas: la iniciativa Embarazo Saludable, que ha consistido en afiliar prioritariamente a todas las mujeres embarazadas y sus familias al Sistema Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y el CAEO, firmado el 28 de mayo de 2009, en el que se establece que todas las mujeres que presenten complicaciones obstétricas deberán ser atendidas en cualquier unidad de salud del IMSS, ISSSTE O SSA, sin importar su afiliación. (Véase Descripción del CAEO, del Observatorio de mortalidad materna en México. En línea: <<http://www.omm.org.mx/index.php/convenio-de-instituciones-de-salud-para-la-atencion-de-emergencias-obstetricas.html>>, [Consultado la última vez el 06 de octubre de 2014]).

¹³³ Documentos reconocidos por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Rehabilitación. En línea: <http://www.inr.gob.mx/g23_03.htm>, [Consultado la última vez el 06 de octubre de 2014].

Servicio de Salud, número telefónico de algún familiar, amigo o conocido) en la que se encuentra para mandarle una ambulancia.

(Mientras llega la ambulancia al lugar)

OPERADOR- Estoy buscando un lugar en algunos de los hospitales de la red de servicios de salud pública cercanos a usted, por favor trate de mantenerse tranquila, la ayuda va en camino, no se preocupe por el dinero, el Estado tiene la obligación de cubrir los gastos en este tipo de emergencias, es importante que comente todo lo que siente al personal de la ambulancia.

LLAMADA- Ya escucho a la ambulancia.

OPERADOR- Me comentan que la ambulancia está llegando al lugar, ya la esperan en el Hospital Materno Infantil en donde les haré saber a sus familiares que se encontrará usted y sus dos hijos. Recuerde que yo estaré al tanto de usted y sus hijos en todo momento, por favor suba a la ambulancia, yo seguiré en comunicación con el hospital y sus familiares.

LLAMADA- (En un tono de voz de súplica) ¡Por favor! no me deje sola y muchas gracias.

La escucha activa significa escuchar cuidadosa y acertadamente. En la *línea 01 800 MATERNA* la comunicación se da sólo a través de la conversación telefónica, por lo que escuchar con cuidado es el único medio para conocer e identificar aquello que la mujer embarazada, en proceso de parto o puerpera, requiere y demanda. Las pausas, silencios, el tono, énfasis y ritmo de voz son una fuente valiosa de información complementaria y son indicadores de estados emocionales que dan la pauta para hacer una intervención telefónica que atienda el problema que motivó la llamada de la mujer. De acuerdo con Gerard Egan, la conducta verbal que expresa la mujer debe ser captada en toda su amplitud por el orientador/a, escuchando atentamente los sentimientos, conductas y experiencias que acompañan las palabras.

Propiciar el entendimiento integrativo, implica un proceso de empatía con la persona que hace la llamada.

Al respecto de la empatía de la profundidad de la que habla Riane Eisler en las relaciones con los otros; la empatía, demanda un sujeto amoroso e intuitivo, activo ante su liga con la otredad. Lo cual implica un nivel de amor, que nos libera de nosotros mismos y nos exige aprender a ver al otro como un otro y a reforzarnos como seres *en relación*: no indiferentes, sino afectables, perceptivos en verdad, y,

sobre todo, aprendernos a mirar al otro, en sí por sí, según su libertad y su *ser*. En palabras de la ecofeminista Marilyn Frye, se trata de generar una mirada amorosa totalmente distinta a la arrogante y posesiva, una mirada que acepta que el otro es independiente, que sabe que para conocer lo que ve [o escucha] tiene que consultar algo más que la voluntad y los intereses, las fantasías y los temores propios, pues se tiene que mirar [o escucha bien el asunto para] comprenderlo e indagarlo. “Se trata en particular de ser capaz de distinguir los intereses de uno mismo, de los intereses del otro, de saber dónde termina el propio yo y donde comienza el otro.”¹³⁴

Propiciar un modelo de ayuda requiere integrar la comprensión de la necesidad demandada, desde un panorama en el que el operador telefónico, se reconozca e identifique con la mujer demandante.

De manera consecuente, se programa una ruta de acción resolutive que ofrezca escenarios de posibilidad en los que la necesidad de la mujer embarazada, en proceso de parto o puérpera, pueda ser resuelta de la mejor manera. Finalmente, se da seguimiento en la atención a la llamada como parte del proceso final; los seguimientos terminan cuando la necesidad de la llamada ha sido cubierta en su totalidad y las necesidades subalternas, que surgen durante el proceso, están encausadas a su resolución, o resueltas, plenamente.

Desde el nivel de análisis práctico del diálogo, este puede ser entendido como herramienta de vinculación responsable de la que se vale la *línea 01 800 MATERNA*; porque este hace posible que los detrimentos sociales que viven las mujeres a causa de la desigualdad de género (y que tienen alta relación con las causas de muerte materna indirectas) sean desarticulados, a partir de diferentes procesos de acción específica, dirigida al personal médico y de salud, así como a tomadores de decisiones en las comunidades en las que se encuentran las mujeres embarazadas, en proceso de parto o puerperio.¹³⁵

El diálogo en general, puede ser interpretado desde la filosofía como la forma básica de responsabilidad ética, por el sólo hecho de ser un instrumento para llegar al acuerdo. Hablar es responsabilizarse con uno mismo y con el otro; el diálogo en la *línea 01 800 MATERNA*

¹³⁴ Lizbeth Sagols, *La ética ante la crisis ecológica*, pp. 135-136.

¹³⁵ El sentido ético del diálogo [como elemento de vinculación responsable], dice Eduardo Nicol, es inherente al acto de verdad, cuya verdad es la forma primitiva de la responsabilidad. (Cf. Juliana González, “Valores éticos de la ciencia”, en *Bioética y Derecho. Fundamentos y problemas actuales*. p. 23).

se entiende como una acción ética viva;¹³⁶ pues del diálogo efectivo depende, en muchos casos, la vida de las mujeres que llaman; el diálogo es el dispositivo vital en el que el *yo* se acerca al *otro* (al tú) para comprenderlo y complementarlo; en dicha relación comunicativa la transformación ética de las subjetividades es un hecho necesario que no puede no serlo, ya que la palabra tiene una carga ética y la ética se hace con palabras.¹³⁷

En dicha transformación de las subjetividades, resultado del diálogo, la filosofía expresa su carácter de aplicación efectiva en la construcción política de la ciudadanía de las mujeres que llaman a la línea. En este sentido, la orientación telefónica que reciben las mujeres no es una orientación vertical en la que se les considere como entidades pacientes y pasivas, pues implica una dialéctica del reconocimiento en la cual se posibilita un trabajo crítico en conjunto en el que resalta la importancia de apropiarse de las instancias del Estado mexicano en favor de la salud de las mujeres, en esta apropiación, se reivindican relaciones de poder en el que las mujeres pueden convertirse en actores clave desde un ejercicio político activo.

El diálogo que instruyen los operadores de *la línea 01 800 MATERNA* también es un elemento de vinculación responsable (en tanto que crea redes de apoyo entre usuarias de servicios de salud y actores clave, al tiempo dignifica a las mujeres), y en él se da naturalmente un reconocimiento de las mujeres embarazadas, en proceso de parto, o púerperas, lo cual genera no sólo sensibilización ética hacia terceros, como personal médico y de salud del país, sino la motivación obligada a dejar atrás el autoritarismo patriarcal en los sistemas sociales.

La comunicación, entre operadores de *la línea 01 800 MATERNA* y usuarias de los servicios de salud, hace posible que las mujeres sean reconocidas, por ellas mismas y por terceros, como ciudadanas, con derechos de vida, sexuales y reproductivos, entre otros;

¹³⁶ Señala Lizbeth Sagols, respecto a la relación *ethos-logos* y con base en Eduardo Nicol, que la comunicación caracteriza al hombre y a la mujer: y lo más evidente que hay en ello es la *expresión*, como tendencia en la cual, el *ánthropos* se comunica y une, a través de todos sus actos, con lo que no es el mismo. (Cf. Lizbeth Sagols, "Ethos y Logos", en *El ser y la expresión Homenaje a Eduardo Nicol*, p. 136).

¹³⁷ Lo humano y lo no humano están contenidos en la palabra. El *logos* tiene, por así decirlo, una doble dignidad ontológica: somos hablando, pero a la vez, entregamos el ser al otro mediante la palabra. Los nombres y todo aquello con que hablamos, no son "meros nombres" –como quería Parménides– son la manifestación de lo real. Hablamos siempre del Ser y desde él [...] Para Nicol, él Ser no es sino la presencia de lo real. *Ibíd.*, pp. 137-138.

mismos que deben de ser respetados, ejercidos y reconocidos por todos los actores del sistema médico, social y cultural; en este modelo de intervención, se transita hacia una auténtica ciudadanía de las mujeres embarazadas, en proceso de parto o puérperas. Sin embargo, de manera crítica podemos preguntarnos ¿cuál es el alcance del diálogo, si queremos dotar a la *línea 01 8000 MATERNA* de una dimensión ética más amplia?

El carácter de construcción del ejercicio de político activo y la toma de conciencia sobre la importancia del valor de la vida de las mujeres, en el diálogo que se ejerce en la *línea 01 800 MATERNA*, las protege no sólo de la expulsión hacia la muerte, sino también contribuye a aminorar paulatinamente los escenarios de vulnerabilidad en los que históricamente se ha colocado a la mujer a causa de la desigualdad de género en México.

La potencialidad de esta estrategia del diálogo de la *línea 01 800 MATERNA*, como articulador de redes, contribuye a la construcción de una “igualdad aproximativa” en la relación médico-paciente / servicios de salud-paciente, que implica admitir las diferencias en poderes, capacidades y recursos, pero también exige una crítica de las jerarquías institucionales existentes, desde el reconocimiento explícito de una “igualdad primaria de dignidad”, en cuya condición intrínseca se expresa el derecho de todo viviente a no ser exterminado.¹³⁸

¹³⁸ Cf. Lizbeth Sagols, “La igualdad básica del valor y la igualdad- diferencia”, en *La ética ante la crisis ecológica*, p. 71.

2.3 Análisis de la práctica del Servicio Social

Mi práctica profesional de Servicio Social en la *línea 01 800 MATERNA* se llevó a cabo del 16 de octubre de 2013 al 16 de abril de 2014, cubriendo cuatro horas diarias de lunes a viernes con un horario de 12:00 a 16:00 horas,¹³⁹ en ella me desempeñé como operador telefónico; las características del operador telefónico son: capacidad de escucha activa y reflexiva, manejo de contención emocional, amplia capacidad de diálogo, formación general en el área de salud sexual y reproductiva, capacidad resolutive en alto grado de estrés, formación general en derechos sexuales y reproductivos, contar con enfoque incluyente de género, contar con sentido ético comprometido con el cuidado del otro, contar con conocimientos sobre Maternidad Sin Riesgos.

Objetivos propios específicos respecto al programa de servicio social:

1. Colaborar en la atención de los casos de las llamadas recibidas desde un enfoque ético-político, con perspectiva de género, que permita desarticular los mecanismos androcéntrico-patriarcales inmersos en el sistema de salud pública del país; mecanismos responsables de propiciar condiciones para la mortalidad materna.
2. Contribuir a que las mujeres tomen parte activa en el cuidado y procuración de su salud.
3. Apoyar la gestión de la atención médica en alguna institución de salud de los casos que lo requieren.
4. Ofrecer información y orientación sobre los servicios de salud a los que la mujer embarazada, en proceso de parto o puerpera puede acudir.
5. Brindar información sobre una Maternidad Sin Riesgos
6. Brindar información respecto a los cuidados del recién nacido y de la mujer en el puerperio; afiliación, beneficios y requisitos para el trámite del Seguro Popular.

¹³⁹ En el Programa "Reforma del Sector Salud" con número clave 2013-52/6-3719 en las instalaciones del CNEGRS.

7. Recibir, derivar y dar seguimiento a las quejas de las usuarias de los servicios de salud.

Metas propias en cuanto a los objetivos a cubrir de la *línea 01 800 MATERNA*:

1. Propiciar condiciones que favorezcan espacios en los que las mujeres mexicanas tomen postura activa, desde su propio ejercicio del poder y construcción de ciudadanía, en el cuidado y protección de su salud.
2. Destacar que desde la filosofía aplicada, como herramienta ético-política, se propicia la gestión de autonomías femeninas, a través del diálogo efectivo que contribuye a reconocer el lugar de las mujeres en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los que son destinatarias.
3. Propiciar el rol activo de las mujeres embarazadas, en proceso de parto o puérperas para la conformación de una auténtica ciudadanía.
4. Resaltar los alcances reales y efectivos del diálogo intersubjetivo como herramienta capaz de impulsar subjetividades; en el que se fortalecen escenarios de reconocimiento ciudadano y se contribuye a la eliminación de las relaciones disimétricas de género entre usuarias de los servicios de salud y la institución médica.
5. Hacer patente que el Estado mexicano, desde un corte androcéntrico-patriarcal, ha sido el responsable de la administración de la vida y muerte de las mujeres, en una administración que ha sido incapaz de alcanzar los compromisos de reducción de mortalidad materna firmados a nivel internacional en los ODM; lo que hace patente que para reducir la morbilidad materna también se requiere que las ciudadanas tomen partida propia en el cuidado y procuración de su salud, es decir que dejen de ser pacientes de la institución y sean agentes activos en la construcción de una Maternidad Sin Riesgos.

Actividades realizadas, en términos de beneficio social:

- 1) Gestión de atención humanizada en los diferentes niveles de servicios de salud hacia mujeres embarazadas, en proceso de parto o puérperas.
- 2) Sensibilización en materia ética al personal médico y de salud.

- 3) Propiciar el cuidado y protección efectivo de la salud materna, así como garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres mexicanas.
- 4) Atender y dar seguimiento a las quejas de la red de servicios de salud.
- 5) Colaborar con el análisis de los aspectos *socio-culturales* de los casos de seguimiento de atención con la finalidad de identificar cómo éstos, se involucran en la evitable muerte materna.
- 6) Apoyar en la atención de las llamadas recibidas y coadyuvar con el seguimiento de los casos.¹⁴⁰
- 7) Colaborar en la gestión con autoridades municipales, estatales, federales de salud y organizaciones de la sociedad civil para la resolución de los casos.
- 8) Colaborar en la elaboración de notas informativas de los casos que requieren notificación a las entidades federativas.
- 9) Elaborar un informe mensual de actividades.
- 10) Participar en distintas capacitaciones.¹⁴¹

Dichas actividades me permitieron, como prestador de Servicio Social, analizar y resumir los esfuerzos que se llevan a cabo a nivel nacional en la reducción de la muerte materna en México.

En mi propia experiencia, puedo destacar que gracias a la *línea 01 800 MATERNA*, de este Programa me fue posible presentar un Servicio Social real a la comunidad; humanizante en el que contribuí a salvar vidas, tanto de mujeres mexicanas como de recién

¹⁴⁰ Los motivos de las llamadas se clasifican en los siguientes rubros: atención médica inmediata; señales de alarma en el embarazo; cuidados del embarazo; hospital a dónde acudir; estado de salud de la mujer embarazada; teléfonos y ubicación hospitalaria; información Seguro Popular; apoyo para traslado; atención a usuarias IMSS e ISSSTE; cuidados del recién nacido; quejas de los Servicios de Salud; cuidados durante el puerperio; otro tipo de atención no Salud Materna y *línea 01 800 MATERNA*.

¹⁴¹ Las cuales fueron: Capacitación del "Programa de Cáncer de la mujer" de la Secretaría de Salud, enero 2014; Capacitación en "Adherencia Terapéutica" de la Línea telefónica *Medicina a Distancia* de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, febrero 2014; Curso-Taller de "Actualización para orientadores de la Línea Telefónica *01800 MATERNA* de información y Quejas en Salud Materna y Perinatal" a cargo de La Secretaría de Salud y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, octubre 2013.

nacidos, ejerciendo la escucha activa y el diálogo empático, como elemento vinculante, altamente comprometido con la salud y bienestar de las mujeres mexicanas; desde el cual, fue posible desarticular aspectos *socio-culturales* que exponen a las mujeres y a sus cuerpos a la muerte materna. Profesionalmente la *línea 01 800 MATERNA*, fue testigo de los alcances de la filosofía aplicada esto gracias al carácter ético-político de la misma. Desde la reflexión filosófica, el Servicio Social representó no sólo un acto de conciencia sobre la vida humana, sino un instrumento clave para propiciar mejores condiciones de vida y existencia para las mujeres mexicanas, en este sentido, fue también un acto de responsabilidad académica.

La formación como Licenciado en Filosofía, me ayudó a analizar las condiciones en las que el Estado mexicano administra la vida, los cuerpos y los procesos biológicos; de igual modo las implicaciones ético-políticas de las estrategias federales de la salud. Por otro lado, el Servicio Social me hizo dimensionar el alcance de aplicación de la filosofía en una realidad concreta.

En mi práctica profesional, como prestador de Servicio Social, atendí un total de 40 llamadas: 11 referentes al apoyo en atención médica inmediata; 6 de cuidados del recién nacido; 5 de hospital a dónde acudir; 4 de información del Seguro Popular; 4 quejas de los servicios de salud; 3 referentes a cuidados del embarazo; 2 de apoyo para traslado; 2 de usuarias del IMSS; 2 de otro tipo de atención no salud materna y 1 de información sobre el estado de salud de la embarazada.

Todas ellas de los siguientes Estados: Distrito Federal (11 llamadas); Morelos (7 llamadas); Estado de México (6 llamadas); Baja California (3 llamadas); Guerrero (2 llamadas); Jalisco (2 llamadas) y en los siguientes Estados sólo recibí una llamada por Estado: Michoacán, Puebla, Querétaro, Chiapas, Yucatán, Aguascalientes, Guanajuato, Baja California Sur y Oaxaca.

Aunque podría parecer que son pocas llamadas o casos atendidos puedo afirmar con toda certeza que para un porcentaje importante de ellas la *línea 01 800 MATERNA* significó para las mujeres que llamarón y sus familias, la diferencia entre una potencial condena de

muerte (o daño alguno a su estado de salud y cuerpo) o la posibilidad abierta a la vida, esto gracias al alcance e incidencia resolutoria que tiene esta estrategia.

Por otro lado, la *línea 01 800 MATERNA* tiene un impacto amplio a nivel nacional ya que en 2014 se recibieron y atendieron un total de 1,140 llamadas, que beneficiaron al menos a 1,100 mujeres con la gestión de distintos tipos de atención de manera directa, lo que muestra que es un insumo con buenos resultados, que si tuviera más divulgación y mayor apoyo presupuestal del nivel federal, así como mejor vinculación con otras Secretarías Federales, con certeza contribuiría con mucha mayor fuerza y sagacidad en la reducción de los índices de morbilidad materna actuales.¹⁴²

También puedo decir de manera crítica, y con base en mi experiencia, que en la administración mexicana de la vida de las mujeres y sus cuerpos, no deja de haber de fondo un doble discurso en el cual el Estado es consciente de las necesidades sociales que hacen preservar la vida de la población, de allí la implementación de los Programas como el de *PSMP*, sin embargo, también omite de manera muy sutil elementos y recursos que potencializarían el efecto de los mismos.

Queda entonces la pregunta abierta ¿por qué si hay un buen *PSMP*, con buenas iniciativas, la reducción de la morbilidad materna no ha sido exitosa?

Al respecto y siguiendo a Foucault, puedo decir que en tanto dispositivo de control tradicional la biopolítica debe garantizar la continuidad del poder en los aparatos ideológicos del Estado, lo cual me hace concluir que *el PSMP*, para algunos políticos es asumido como un simulacro de la administración biopolítica actual del Estado mexicano sobre la vida, en el que el Estado “cumple” con los requisitos mínimos para justificar su “compromiso” y trabajo con la agenda internacional en materia de muerte materna, pero en realidad el tema no le resulta prioritario; eso explica porque el presupuesto, difusión y coordinación con otras Secretarías Federales del Programa es precario, al mismo tiempo da

¹⁴² Si tomamos en cuenta que en México durante 2013, hubo un total estimado anual de 1,013 muertes maternas registradas y consideramos que la *línea 01 800 MATERNA* el siguiente año recibió y atendió un total de 1,140 llamadas beneficiando a 1,100 mujeres podemos dimensionar el impacto de cobertura de dicha estrategia en la reducción de muerte materna en el país.

cuenta de la insensibilidad real del Estado ante las necesidades existentes para lograr reducir la muerte materna, así como su poco impacto en la reducción del tema.

Sólo, a través de la reconfiguración política en la administración de la vida, en un escenario en el que las mujeres sean principales gestoras de la procuración y construcción del cuidado de sí, de su cuerpo, es que es posible pensar en un equilibrio ciudadano que vele por los derechos humanos y por una sociedad en la que ser mujer y cursar un embarazo no determine las posibilidades de vida.

Esto requiere una activación de la participación de las mujeres, y de la sociedad civil, en la reapropiación de las instancias del Estado y de los servicios que toda ciudadana embarazada, en labor de parto o puerpera, pudiera requerir desde una postura política activa. Lo cual se puede entender también como un ejercicio de constante resistencia que, en términos foucaultianos, exige la reapropiación de los insumos del Estado, desde una reconfiguración en las relaciones de poder.

CONCLUSIONES

Las morbimortalidad materna es un fenómeno multifactorial que se encuentra en alta relación con aspectos *socio-culturales*, en los cuales la manera de comprender el cuerpo y el valor de la vida de las mujeres que cursan un embarazo, el proceso de parto o el puerperio, es el factor determinante desde el que se posibilitan, o no, acciones y estrategias para contribuir a la reducción de las muertes de las mujeres mexicanas en etapas reproductivas.

En una cultura, como la nuestra, en la que los mecanismos androcéntrico patriarcales han oprimido y disciplinado históricamente a las mujeres y a sus cuerpos disminuyendo su fuerza y administrando sus posibilidades de vida y permanencia, desde ciertos aspectos de la biopolítica adoptada por el Estado, es necesario advertir, no sólo, que la vida y el cuerpo son objetos absolutamente administrables y prefigurativos desde ciertos poderes y saberes, (desde los cuales a través de diferentes políticas públicas se pone en cuestión la vida); sino que también es ineludible remarcar que la responsabilidad de propiciar escenarios y condiciones de permanencia y desarrollo de la vida sexual y reproductiva, plena, de las mujeres mexicanas, se encuentra a cargo del ejercicio de construcción auténtico de una ciudadanía, de las mujeres, activa alejada del carácter de tutela de los poderes administrables de la vida humana.

De modo que, es a través del ejercicio de reapropiación de una auténtica ciudadanía de las mujeres mexicanas, desde donde la motivación de *hacer vivir* de la biopolítica puede adquirir realidad, o no, y desde donde se pueden desarticular y erradicar los mecanismos androcéntrico patriarcales expresados también en el núcleo dual de la biopolítica misma, la cual tiene tanto la intención de *hacer vivir* como la de *expulsar hacia la muerte* a un grupo poblacional determinado, que en nuestro caso es el de las mujeres embarazadas, en proceso de parto o púerperas dentro del sistema de salud pública. Dicha capacidad ambivalente de la biopolítica debe considerar que en la gestión y transformación de la vida se procure y

atienda el reconocimiento de una igualdad primaria de dignidad, la cual no es otra cosa que el derecho de todo viviente a vivir plenamente y no ser exterminado.

En consecuencia, es deseable que el Estado mexicano procure una Maternidad Sin Riesgos en la que se hagan valer los derechos humanos de las mujeres, para ello es necesario que el Estado abandone el carácter de administración ambivalente sobre la vida; carácter que históricamente ha devenido desde el biopoder en la forma de *hacer morir* o *dejar vivir* y desde la biopolítica como la intención política de *hacer vivir* o *expulsar hacia la muerte*, condición bifronte que ha permitido la muerte de unas y la permanencia o supervivencia de otras. Es un hecho que el Estado mexicano ha iniciado, bajo presión internacional a través de los ODM, la tarea de procurar una Maternidad Sin Riesgos desde la implementación del *PSMP* el cual es un ejemplo del trabajo del Estado mexicano para reducir, enfrentar y potencialmente eliminar la muerte materna en la región.

En este sentido, la *línea 01 800 MATERNA* es un modelo viable y efectivo para eliminar el carácter androcéntrico-patriarcal, caracterizado por permitir y reproducir la expulsión hacia la muerte a las mujeres en México, dado el carácter del diálogo efectivo que en la línea se práctica, en el cual desde el acto mismo de la escucha, las mujeres reapropian un rol activo en el cuidado y protección de su salud.

A través del dicho diálogo se posibilitan escenarios en los que las mujeres adquieren participación activa en la conformación discursiva y material de sus cuerpos y de la manera de vivir los procesos reproductivos.

En este diálogo, se abre un espacio en el que se transita hacia nuevos espacios de subjetividad, pues el diálogo efectivo, desde el acto mismo de la escucha, es la vía en la que la corporalidad históricamente mutilada de las mujeres embarazadas, en proceso de parto o púerperas, adquiere un espacio distinto en el que el cuerpo se ejerce como un espacio de contestación en un ejercicio político continuo, orientado a erradicar todo escenario de vulnerabilidad y muerte a causa de la desigualdad de género. En este sentido, puedo afirmar que el diálogo, en tanto acción ética viva, propicia condiciones para la construcción política de la ciudadanía de las mujeres que llaman a la línea.

Por otro lado, dado que la manera de comprender el cuerpo y el valor de la vida de las mujeres que cursan un embarazo, parto o puerperio, depende en gran medida de la construcción discursiva del cuerpo que se le dé a éste, y dicha construcción no le pertenece exclusivamente a un sector o grupo privilegiado (puesto que es una construcción viva de un conjunto), nos corresponde a todas y todos: sociedad, academia, sociedad civil, ciudadanía, etc., ejercer resistencia en términos foucaultianos y construir discursivamente otras posibilidades corporales en las que el hecho de estar embarazada, cursar un parto o encontrarse puérpera no sea una condena potencial de muerte; en este sentido, es del todo deseable propiciar mecanismos que nos conduzcan hacia una mayor participación ciudadana en la construcción de políticas públicas referentes a la salud del cuerpo materno y a su preservación. También es deseable evaluar los saberes y las prácticas con las que se enfrenta el tema de muerte materna en el mundo, para tomar de los otros contextos las experiencias positivas y evaluar su aplicación en el país; un ejemplo concreto en la reapropiación del cuerpo por parte de las mujeres en América latina es el parto vertical, el cual en Perú ha disminuido la morbilidad materna y perinatal en un 72.8 %.

Teóricamente uno de los grandes aportes de la lectura de Foucault, fue hacer patente que el surgimiento y continuidad en la manera de entender el fenómeno de la morbilidad materna desde la relación naturalizada de: *embarazo= enfermedad= posibilidad latente de muerte* es efecto de una mutación histórica contra las mujeres, que tiene fecha de nacimiento y puede ser rastreada desde el surgimiento y evolución histórica del patriarcado en Eurasia, hasta la conformación de múltiples saberes androcéntricos, como el médico, en la modernidad; relación patológica del embarazo que no responde a ninguna continuidad progresiva de las características originarias del embarazo o de las mujeres sino más bien a una microfísica del poder, contra las mujeres, que puede entenderse como una tecnología política del cuerpo, que implica un saber del cuerpo y un saber sobre su capacidad de dominio.

De manera que el poder administrador de lo viviente en Occidente, a través de una red de instituciones, ha sido capaz de producir discursos de “verdad” desde los cuales se ha prefigurado y controlado el cuerpo, la vida de las mujeres y sus posibilidades y condiciones de existencia y permanencia desde cierto supuesto patriarcal de pertenencia material sobre

los cuerpos. Este poder sobre los cuerpos, de acuerdo con Foucault, ha sido un ejercicio más que una posesión real privilegia de la clase dominante, de modo que es urgente replantear la validez de dicho supuesto de pertenencia del cuerpo, pues desde una lógica particular del castigo se ha administrado el sufrimiento de poblaciones específicas, dentro de una economía del castigo herencia del orden moderno burgués.

El régimen de producción de verdad en este orden ha logrado, a través de diferentes instituciones, disciplinar y controlar todos los ámbitos de la vida; sin embargo, la conciencia histórica en la descalificación progresiva de la muerte permite pensar escenarios en los que dicha administración de lo viviente, en el caso mexicano a través de la activación política de las mujeres y de la sociedad civil, replanté mejoras en las condiciones de vida humana, de los cuerpos y de la reproducción de éstos, desde un enfoque que dote a las mujeres embarazadas, en proceso de parto o puérperas de dispositivos de seguridad que optimicen la vida y su preservación, lejos de todas la formas de violencia y de una cultura de guerra y dominación entre los géneros. Dichos dispositivos de seguridad tendrían que responder a las exigencias de las propias mujeres, en una lógica de reapropiación de las instancias del Estado, de lo contrario se estaría imponiendo un modelo de autoritarismo patriarcal y es justamente esto lo que se pretende erradicar.

Como puede apreciarse el trabajo “Análisis biopolítico de la morbimortalidad Materna en los Servicios de Salud” hace ver la urgencia del trabajo y análisis de interdisciplina, en aquellos aspectos de los diferentes sistemas sociales que rigen, coaccionan y administran nuestras vidas y cuerpos. Esta es una línea de investigación que posiblemente adoptaré en investigaciones posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- BIBLIOGRAFIA BÁSICA

AGAMBEN, Giorgio, *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida.*, Pre-textos, Valencia, España, 2006. 268 pp.

ÁLVAREZ, Yáquez Jorge, *El último Foucault. Voluntad de verdad y subjetividad.*, Grupo editorial siglo XXI, Madrid, 2013. 374 pp.

A. YURIRIA, ROBLEDO CECILIA, PEDROSO TERESA, (Coord.) *Guía para la perspectiva de Género en Programas de Salud.*, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México, 2010. 60 pp.

CASTRO, Roberto, “Indicios y probanzas de un *habitus* médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva” en Agoff, Carolina., Casique, Irene., Castro, Roberto (Coord.) *Visible en todas partes. Estudio sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos.*, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, México, 2013. 261 pp.

CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL PROGRAMA ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA Y CERTIFICACIÓN DEL PROCESO DE GENERACIÓN DE ESTADÍSTICAS SOBRE MORTALIDAD MATERNA., Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, 2007. 283 pp.

DI CASTRO, Elisabetta, (coord.), “Justicia y Libertad un acercamiento desde las capacidades” en: *Justicia, desigualdad y exclusión. Debates contemporáneos.*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2009. 221 pp.

EGAN, GERARD. “Introducción” *El orientador experto. Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal.*, Grupo Editorial Iberoamericana, México. 150 pp.

EISLER, Riane. *El cáliz y la espada.*, Editorial cuatro vientos, Santiago de Chile, 1990. 310 pp.

ERVITI, Erice Joaquina, “Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en salud reproductiva” en Agoff, Carolina., Casique, Irene., Castro, Roberto (Coord.) *Visible en todas partes. Estudio sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos.*, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, México, 2013. 261 pp.

FARFÁN FLORES LETICIA, “Mal de amores. Duelo, ciudad y justicia” en *El Mal. Diálogo entre filosofía, literatura y psicoanálisis.*, Alberto Constante, Leticia F. Farfán, Ana Ma. Martínez de la Escalera (Coord.), Ediciones Arlequín, México, 2006. 252 pp.

FOUCAULT, Michel, *Historia de la sexualidad 3, Vol. 1 La Voluntad de Saber.*, Trad. Ulises Guñazú, Ed. Siglo XXI, México, 1977. 194 pp.

_____, *Seguridad, territorio, población.*, Trad. Horacio Pons, Ediciones Akal, Madrid, España, 2008. 413 pp.

_____, *Defender la sociedad.*, Trad. Horacio Pons, FCE, Buenos Aires, Argentina, 2001. 287 pp.

_____, *El nacimiento de la biopolítica.*, Trad. Horacio Pons, FCE, México, 2012. 401 pp.

_____, *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones.*, Trad. Miguel Morey, Alianza Editorial, España, 2008. 173 pp.

_____, *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica.*, Siglo XXI Editores, México, 2001. 324 pp.

_____, *Las palabras y las cosas, una arqueología de las ciencias humanas.*, Trad. Elsa Cecilia Frost, Siglo XXI Editores, México, 2007. 375 pp.

_____, *Vigilar y castigar el nacimiento de la prisión.*, Trad. Aurelio Garzón Del camino, Siglo XXI Editores, México, 2003. 314 pp.

GONZÁLEZ, Juliana. “Valores éticos de la ciencia”, en: Vázquez, Rodolfo, (coord.), *Bioética y Derecho. Fundamentos y problemas actuales.*, Fontamara, México, 2012. 329 pp.

J. FERRATER, MORA. *Diccionario de Filosofía*, Editorial Ariel, Barcelona, España, 2004. 3814 pp.

MANUAL DE ORGANIZACIÓN ESPECÍFICO DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, México, 2013. 87 pp.

MOREY, Miguel, *Lectura de Foucault.*, Ed. Sexto piso, España, 2014. 431 pp.

_____, *Escritos sobre Foucault.*, Ed. Sexto piso, España, 2014. 381 pp.

NICOL, EDUARDO. *Metafísica de la Expresión.*, México, FCE, 1974. 287 pp.

NUSSBAUM, Martha, *Las mujeres y el desarrollo humano. El enfoque que de las capacidades*, Editorial Herder, España, 2002. 416 pp.

_____, *Paisajes del pensamiento. La inteligencia de las emociones*, Editorial Paidós, España, 2006. 797 pp.

_____, *La terapia del deseo. Teoría y práctica en la ética helenística*, Editorial Paidós, España, 2003. 670 pp.

_____, *Las Fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*, Editorial Paidós, España, 2007. 447 pp.

_____, *El ocultamiento de la humano. Repugnancia, vergüenza y ley*, Editorial Kats, España, 2006. 395 pp.

PABÓN S. De Urbina, José M. *Diccionario Manual, Griego clásico- Español*, Editorial Vox, España, 2007. 711 pp.

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA., Secretaría de Salud, México, 2008. 83 pp.

ROGER- POL, DROIT, *Entrevistas con Michel Foucault.*, Paídos, Barcelona, 2006. 115 pp.

SAGOLS, LIZBETH. *La ética ante la crisis ecológica.*, Editorial Fontamara, México, 2014. 146 pp.

_____. "Ethos y Logos", en Juliana Gonzales y Lizbeth Sagols, (eds.), *El Ser y la expresión Homenaje a Eduardo Nicol.*, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1990. 193 pp.

VILLANUEVA EGAN, Luis Alberto. "El maltrato en las salas de parto; reflexiones de un gineco-obstetra" en *Revista CONAMED*, Vol.15, núm. 3. Julio- Septiembre, México, 2010. 151 pp.

- ARTÍCULOS EN LÍNEA

ÁLVAREZ, Griselda. "Historia de la ciudadanía de las mujeres en México" Artículo en línea: <<http://www.griseldaalvarez.org/pdf/femenino.pdf>>, [Consultado la última vez el 16 de septiembre de 2014]. 5 pp.

CASTRO, Edgardo, "Biopolítica y Gubernamentalidad", en *Revista Temas y Matices No. 11, primer semestre.* (2007) Artículo en línea: <<file:///C:/Users/graciela/Downloads/2498-9291-1-PB.pdf>>, [Consultado última vez el 01 de septiembre de 2015]. 11 pp.

GIRALDO, DÍAZ REINADO. *Poder y resistencia en Michel Foucault.* Revista Tabula Rasa, núm. 4. Enero-junio 2006. Universidad Colegio Mayor de Columbia. ISSN (versión impresa): 1794-2489. Artículo en línea: <<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.redalyc.org/pdf/396/39600406.pdf>>, [Consultado la última vez el 29 de enero de 2015]. 21 pp.

GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA GIRE, "Violencia obstétrica", En línea: <<http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica/106-nuestros-temas/644-violencia-obstetrica>>, [Consultado la última vez el 16 de septiembre de 2014]. 3 pp.

LEY GENERAL DE POBLACIÓN –última reforma D.O.F.-19-05-2014-. En línea: <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140.pdf>>, [Consultado la última vez el 06 de octubre de 2014]. 24 pp.

M, HERRERA, Cristina, *De pacientita a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México.*, Artículo en línea: <http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Colec_Dig/2010/Roberto_Castro/4_De_pacientit_a_ciudadana.pdf>, [Consultado la última vez el 16 de septiembre de 2014]. 27 pp.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018. En línea: <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013>, [Consultado la última vez el 09 de noviembre de 2014]. 102 pp.

RODRÍGUEZ, Josep A, *El poder médico desde la sociología.* Artículo en línea: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=273596>>, [Consultado última vez el 16 de septiembre de 2015]. 18 pp.

UNAMIRADA A LA CIENCIA, *Parto natural o cesárea ¿Qué dice la ciencia?*, edición mensual, Año X, Núm. 114, Mayo. En línea <http://www.unamiradaalaciencia.unam.mx/stc_metro/consulta_stcm_pdf.cfm?vArchivoStcm=114>, [Consultado la última vez el 09 de junio de 2015].

URIBE, ELÍAS, ROBERTO. *Mortalidad Materna.* Artículo en línea: <http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf>, [Consultado la última vez el 23 de enero de 2015]. 27 pp.

- REFERENCIAS EN LÍNEA

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS Y LOS PACIENTES Y EL ENFERMO TERMINAL SECRETARÍA DE SALUD Y EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN. En línea: <http://www.inr.gob.mx/g23_03.htm>, [Consultado la última vez el 06 de octubre de 2014]. 2 pp.

MISIÓN Y VISIÓN DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA. En línea: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/cnegysr/Mision_y_vision.html, [Consultado la última vez el 06 de octubre de 2014]. 1 pp.

OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO, Definición CAEO. En línea: <http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/CONVENIO%20AEO.pdf>, [Consultado la última vez el 06 de octubre de 2014]. 18 pp.

, *Numeralia 2013*. En línea: <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia/176.html>, [Consultado la última vez el 16 de marzo de 2015] 2 pp.

OMS, concepto de muerte materna, definición. En línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>, [Consultado la última vez el 29 de enero de 2014]. 1 pp.

OMS, concepto de determinantes sociales de la Salud. En línea: http://www.who.int/social_determinants/es/, [Consultado la última vez el 26 de enero de 2015]. 1 pp.

OMS, *Datos y cifras en mortalidad materna.*, mayo de 2014, Nota descriptiva N° 348. En línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>, [Consultado la última vez el 23 de enero de 2015]. 2 pp.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (RAE) Definición Puerperio. En línea: <http://lema.rae.es/drae/?val=puerperio>, [Consultado la última vez el 2 de octubre del 2014]. 1 pp.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (RAE) Definición Salud. En línea: <http://lema.rae.es/drae/?val=salud>, [Consultado la última vez el 2 de octubre del 2014]. 1 pp.

ANEXO I

