

Natalia Escalante Conde*

El aborto y la hemorragia obstétrica como causas directas de muerte materna: una lectura sobre la “precariedad políticamente inducida”, el manejo social y la constitución simbólica de las mujeres en México

Abortion and obstetric hemorrhage as direct causes of maternal death: a reading of “politically induced precarity,” social management, and the symbolic constitution of women in Mexico

147

Abstract | This paper aims to address the politically induced precariousness (*precariousness*) in the notion of maternal death. That is, the characterization of the profile of the direct causes of maternal death—sepsis, hypertension, abortion, obstetric hemorrhage—expresses the profile—social management and symbolic constitution—of the women in question. Abortion and obstetric hemorrhage, as some of these causes, appear associated with a specific sociodemographic profile of women in Mexico who die in these circumstances. This leads us to ask: why do certain group of women die in a certain way?, and, how does the social and symbolic management of women have political implications for this way of dying? I will focus on the sociodemographic profiles of abortion and obstetric hemorrhage as direct causes of maternal death, to show the contrasts, singularities, and convergences that, together, embody processes of social and political differentiation produced by the state in the management of these populations. We obtained the information analyzed from the maternal death databases of the Ministry of Health / General Directorate of Health Information (DGIS April 2024). Maternal deaths that occurred in Mexico over a ten-year period, from 2012 to 2022, were included, accounting for a total of 11,032 deaths. Of these, only those corresponding to the first four direct causes of maternal death were ana-

Recibido: 15 de enero, 2025.

Aceptado: 5 de mayo, 2025.

* Universidad Nacional Autónoma de México. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Becaria posdoctoral del programa “Estancias Posdoctorales por México” de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti).

Correo electrónico: nath_nec@hotmail.com

Escalante Conde, Natalia. «El aborto y la hemorragia obstétrica como causas directas de muerte materna: una lectura sobre la “precariedad políticamente inducida”, el manejo social y constitución simbólica de las mujeres en México.» *INTER DISCIPLINA* vol. 14, n° 38 (enero-abril 2026): 147-167.

doi: <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2026.38.93522>

lyzed: hypertension represented 14.01% of total maternal deaths (1,546 cases); obstetric hemorrhage 3.8% (427 cases); abortion 3.2% (364 cases); and puerperal sepsis 0.99% (110 cases). The information collected for the sociodemographic profiling of these women includes age, marital status, occupation, education level, size of the town of habitual residence, state of occurrence, affiliation/entitlement, place of death, and, finally, whether the women received medical care and who certified the death.

Keywords | precariousness | maternal death | abortion | selective hegemony.

Resumen | Este trabajo pretende dar cuenta de la precariedad políticamente inducida (*precaridad*) en la noción de muerte materna, esto es, la caracterización del perfil de las causas de muerte materna directa¹ —sepsis, hipertensión, aborto, hemorragia obstétrica—, expresa el perfil —manejo social y constitución simbólica— de las mujeres en cuestión. El aborto y la hemorragia obstétrica, como algunas de esas causas, aparecen asociadas con un perfil específico sociodemográfico de mujeres en México, las cuales mueren en estas circunstancias. Lo anterior obliga a preguntarse: ¿por qué un cierto grupo de mujeres muere de cierto modo?, y, ¿cómo el manejo social y simbólico de las mujeres tiene implicaciones políticas en ese modo de morir? Me centraré en los perfiles sociodemográficos del aborto y la hemorragia obstétrica como causas directas de muerte materna, para mostrar los contrastes, las singularidades y las convergencias que, en su conjunto, encarnan procesos de diferenciación social y política producidos por el Estado en la administración de estas poblaciones. La información analizada fue obtenida de las bases de datos sobre muerte materna de la Secretaría de Salud / Dirección General de Información en Salud (DGIS abril 2024). Se contemplan las muertes maternas ocurridas en un lapso de diez años, de 2012 a 2022 en México, contabilizando un total de 11,032 muertes; de estas, únicamente se analizaron aquellas que responden a las primeras cuatro causas directas de muerte materna: la hipertensión representa el 14.01% del total de las muertes maternas (1,546 casos); la hemorragia obstétrica, 3.8% (427 casos); el aborto, 3.2% (364 casos), y la sepsis puerperal, 0.99% (110 casos). La información recuperada para el perfilamiento sociodemográfico de estas mujeres refiere a la edad, el estado civil, la ocupación, la escolaridad, el tamaño de la localidad de residencia habitual, la entidad federativa de ocurrencia, la afiliación/derechohabencia, el sitio del fallecimiento y, finalmente, si las mujeres contaron con asistencia médica y quién certificó la muerte.

Palabras clave | precariedad | muerte materna | aborto | hegemonía selectiva.

1 La muerte materna (MM) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquella que ocurre desde el momento de la concepción y hasta 42 días después del parto, por causas relacionadas con el embarazo, como hemorragia, preeclampsia severa o eclampsia, parto obstruido, sepsis puerperal; o bien, por causas indirectas, como aquellas enfermedades (infecciosas o no infecciosas) que ponen en riesgo la vida de una mujer embarazada hasta el puerperio, ejemplo: tuberculosis, VIH-SIDA, diabetes o cáncer (Freyermuth 2017).

Introducción: algunas coordenadas teóricas

DERIVADO DEL TRABAJO PREVIO, durante el primer año de estancia posdoctoral, concluí que la problemática de cómo la vida, su reconocimiento y la producción de lo humano en correspondencia con la titularidad del derecho a decidir, debe ser abordada desde la óptica de la ontología social de la vida,² es decir, desde una dimensión socio-ontológica de la vida y de los cuerpos, concebida de manera relacional y compartida con otras vidas implicando esa misma condición precaria (Lorey 2016). Esto me llevó a reflexionar acerca de cómo la noción de muerte materna puede interpretarse a la luz de dos conceptos propuestos por Judith Butler (2010): el de precariedad y *precaridad*, siendo articulados por la noción de vida precaria.

Así pues, este trabajo pretende dar cuenta de la *precaridad* políticamente inducida en la noción de muerte materna, esto es, la caracterización del perfil de las causas de muerte materna directa —hipertensión, hemorragia obstétrica, aborto y sepsis puerperal— expresa el perfil —manejo social y constitución simbólica— de las mujeres en cuestión. El aborto³ y la hemorragia obstétrica, como algunas de esas causas, aparecen asociadas con un perfil sociodemográfico de mujeres en México que mueren en estas circunstancias. Lo cual obliga a preguntarse: ¿por qué un cierto *grupo de mujeres* muere de *cierto modo*?

Para tal fin, me propongo abordar la noción de “muerte materna” al amparo de dos conceptos formulados por Judith Butler (2010, 42-43) en su obra *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*: el primero de ellos es entender que:

2 Reflexioné en torno a cómo se lleva a cabo esta producción de lo humano y su concomitante titularidad de derechos con respecto a los debates sobre la despenalización del aborto en México: entre una ontología social de la vida (Butler 2010) y la antropogénesis de lo humano (Agamben 2007). En este sentido, Butler (2010, 22) señala que “la producción es parcial y está habitada por su doble ontológicamente incierto... cada caso normativo está sombreado por su propio fracaso”. De esta manera, puede verse cómo la producción de lo humano está supeditada a un principio normativo cambiante y contingente, no azaroso, sino que responde a una contingencia histórica. ¿Por qué hablar de una ontología social de la vida frente a una ontología del individualismo? El planteamiento de Judith Butler (2010, 42) resulta sugerente pues, al decantarse por una ontología social de la vida, esto es, el reconocer estar expuesto a un modelado, a una forma de carácter social, permite repensar la precariedad como “una dependencia de redes y condiciones sociales”.

3 Es en la Conferencia de El Cairo, de 1994, donde se aborda el tema del aborto como un problema de salud pública relacionado con el indicador de muerte materna. El Estado mexicano firmó en 2000 los Objetivos de Desarrollo del Milenio, por lo cual la disminución de la muerte materna se convirtió en un objetivo del gobierno federal y de los gobiernos estatales (Freyermuth 2017). Es precisamente en el marco de la medición de la muerte materna, que el aborto entra en escena como un problema de salud pública, al erigirse como la tercera causa directa de muerte materna, creándose el programa de acción “Arranque Parejo en la Vida” en 2001, por el gobierno federal durante el sexenio de Vicente Fox Quezada (Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida*, México, SSA, 2008. El programa de acción “Arranque Parejo en la Vida”).

[...] la idea misma de *precariedad* implica una dependencia de redes y condiciones sociales [...] no se trata de la vida como tal, sino siempre y solo de las condiciones de vida, de la vida como algo que exige unas condiciones para llegar a ser una vida vivible [...] La vida precaria implica una vida como proceso condicionado y no como el rasgo interno de un individuo monádico o de cualquier otro constructo antropocéntrico. (Butler 2010, 46)

El segundo es:

[...] la *precaridad* [como concepto que] designa esa condición políticamente inducida en la que ciertas poblaciones adolecen de falta de redes de apoyo sociales y económicas y están diferencialmente más expuestas a los daños, la violencia y la muerte. (Butler 2010, 46)

Otro concepto que considero medular para fines explicativos es el de “hegemonía selectiva” de Gavin Smith (2010), el cual versa sobre cómo los cambios en los proyectos hegemónicos se relacionan con un sector de la población, que no es propiamente el objetivo del proyecto hegemónico de los bloques de poder, denominada así superpoblación, para dar cuenta de cómo se manejan y se construyen, social y simbólicamente, dichas poblaciones excedentes. La “selección hegemónica” da cuenta de una diferenciación entre las políticas que posibilitan que solo algunos sectores de la población puedan hacer demandas en el orden hegemónico, de aquellas políticas para quienes no pueden hacer esas demandas. Así, la configuración de la noción de muerte materna, como el epítome de la medición de la desigualdad y la pobreza feminizada, da luz sobre este manejo social y simbólico de las poblaciones sobrantes en el contexto del capitalismo neoliberal.

¿Por qué la muerte materna puede ser leída desde la óptica de la precariedad políticamente inducida, es decir, como *precaridad*? En primer lugar, el perfil de las defunciones maternas es un buen ejemplo del porqué un cierto segmento de mujeres muere a causa de un tipo particular de padecimientos: las mujeres indígenas son las más vulnerables de sufrir complicaciones por hemorragia obstétrica (Coneval 2012). Esto no resulta sorpresivo si se tienen en cuenta las reformas en torno a la descentralización de los servicios de salud (en los años 90), las cuales, si bien buscaban modificar las estructuras de los sistemas de salud por considerarlas inequitativas e ineficientes, reforzaron en algunos casos (Chiapas y Oaxaca) la inequidad y la ineficiencia que se perseguía abatir, pues no todas las entidades federativas son capaces de movilizar recursos de manera eficiente dado sus desiguales condiciones estructurales, haciendo evidente la retirada de recursos federales en el financiamiento de sistemas y subprogramas tales como los de planificación familiar y anticoncepción (González 2003, 73). En esta misma tónica,

Ángeles Sánchez Bringas y Fabiola Pérez Baleón (2021) han caracterizado las transformaciones en el ámbito reproductivo de la población de las últimas cuatro décadas en México, como configuradas por la desigualdad social, en el marco de una restructuración económica y una política neoliberal implementada a partir de la década de los años 80. La restructuración de la economía mundial no solo supuso la precarización y flexibilización del trabajo (Federici 2020), sino también implicó una retirada del estado de la esfera de la reproducción social, es decir, un abandono de los trabajos reproductivos socializados por este que mermó el acceso a servicios de salud, de asistencia social y de educación. ¿Cómo entender que la reducción de la tasa de natalidad fuera menos contundente en poblaciones urbano-marginales, rurales e indígenas?⁴ (Sánchez Bringas y Pérez Baleón 2021; Berrío 2021). Un ejemplo de ello lo aporta Paola Sesia (2017) en el balance realizado sobre los cambios y continuidades en la relación entre desigualdad social y muerte materna en Oaxaca, en el periodo comprendido entre 1998 y 2014. En este análisis, bosqueja un contexto socioeconómico y demográfico en el cual dicha entidad se caracteriza tanto por ser uno de los estados con el menor porcentaje de uso de anticonceptivos entre mujeres, así como por tener el mayor porcentaje con demanda insatisfecha de anticonceptivos (según datos del INEGI de 2014); esta misma entidad presenta el mayor número absoluto de población indígena, así como el porcentaje más alto de hablantes de lenguas indígenas en el país (según datos del INEGI de 2016). Su estudio permite establecer una relación explicativa entre las condiciones de ruralidad y población hablante de lenguas indígenas y el comportamiento de la muerte materna como fenómeno sociomédico.

Especialistas en el tema de la morbi-mortalidad materna reconocen en esta la expresión de profundas injusticias a deber ser corregidas y también que la persistencia de dichas causas de morbilidad y mortalidad materna “no se trata de un problema tecnológico sino de una prioridad política” (Freyermuth 2009, 34 y 2017; Díaz 2009). Son las

[...] desigualdades innecesarias, evitables e injustas fundamentadas en el género, la pertenencia étnica o la condición económica [las que] constituyen una limitación estructural para el acceso a los medios que garanticen la igualdad de oportunidades y el disfrute pleno de derechos ciudadanos [protección a la salud]. (Freyermuth 2009, 31)

En el mismo sentido, una década previa al periodo que analizo, otros estudios sobre la muerte materna la conciben como una manifestación de una condi-

⁴ Lina Rosa Berrío (2021, 85) plantea la posibilidad de hablar de un “rezago temporal” en la instrumentalización de las políticas poblacionales y en el acceso a los servicios de salud en las regiones rurales e indígenas del país.

ción no derivada de causas patológicas, sino del rezago social (Cárdenas 2009), como un asunto de injusticia social (Díaz 2009); como el resultado de causas prevenibles por tratarse de la incidencia de diferencias sistemáticas presentes en grupos poblacionales definidos geográfica, demográfica o económicamente (Freyermuth 2010); como un indicador reflejando las disparidades entre grupos sociales, regiones y países (Uribe 2009). En el abordaje de la problemática sobre la muerte materna, se subraya una y otra vez su carácter remediable, prevenible, pues se trata de una condición políticamente inducida (*precaridad*). La forma (discrecional) de ejercer el gasto público en salud materna ilustra, parcialmente, la precariedad políticamente inducida encarnada en los perfiles de mortalidad materna (Uribe 2009).

Aunado a estos planteamientos, destacan las aproximaciones etnográficas y con una perspectiva sociocultural sobre la muerte materna y las historias reproductivas de las mujeres en las cuales se muestra cómo,

[...] al articularse la política económica, la política social y los programas gubernamentales con jerarquías locales basadas en el género, la clase social y constructos de racialidad, tienen efectos en la reproducción de las desigualdades que se concretan en las historias reproductivas y en los lugares socialmente reconocidos y asignados para las mujeres. (Sánchez Bringas y Pérez Baleón 2021, 45)⁵

Si bien la muerte materna es tratada como un indicador de la calidad de los servicios de salud y de la equidad en el acceso y en la prestación de los mismos, debido al problema que suscita la falta de extensión de cobertura y la fragmentación⁶—descentralización— del sistema de salud, impidiendo así que las mujeres accedan a servicios de salud de la misma calidad —inequidad— (Coneval 2012), la muerte materna no hace sino medir la exposición diferenciada de una población a sufrir daños y a la muerte, en términos de una precariedad políticamente inducida (Butler 2010).

5 Los hallazgos de Sánchez Bringas y Pérez Baleón (2021) derivan del trabajo de campo realizado en 2010, con mujeres de sectores socioeconómicos bajos en la Ciudad de México, con miras a indagar acerca de las transformaciones de las prácticas sexuales reproductivas en México; explorando cómo las desigualdades socioeconómicas, de género y reproductivas impactan en el acceso a los anticonceptivos, a la atención obstétrica y en las decisiones reproductivas de las mujeres.

6 María Magaly (2023) encontró que el proceso de recentralización de los servicios de salud (última modificación orgánico-estructural realizada al sistema de salud en 2018, a través del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI)), no está bien definido y prevalece el establecimiento de acuerdos de coordinación entre el gobierno federal y las entidades federativas, y no representa una transformación sustancial para superar la fragmentación del sistema.

Para dar cuenta de lo anterior y con fines expositivos me centraré en los perfiles sociodemográficos del aborto y la hemorragia obstétrica como causas directas de muerte materna, esto a manera de un diálogo, el cual permita centrar la discusión en términos de contrastes, singularidades y convergencias. Los datos que aquí se analizan fueron obtenidos de las bases de datos sobre muerte materna de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud (DGIS, consultada en abril de 2024). Para analizar este fenómeno en una temporalidad que permita la comparación de los perfiles sociodemográficos, se contemplan las muertes maternas ocurridas en la década más reciente de la cual se cuenta con información disponible, de 2012 a 2022 en México, contabilizando un total de 11,032 muertes; de estas, únicamente se analizaron aquellas que responden a las primeras cuatro causas directas de muerte materna, como ya mencionamos: la hipertensión, representando el 14.01% del total de las muertes maternas (1546 casos); la hemorragia obstétrica, el 3.8% (427 casos); el aborto, un 3.2% (364 casos), y la sepsis puerperal un 0.99% (110 casos). Las claves de clasificación internacional de enfermedades incluidas fueron: hipertensión (O13X, O16X, O100, O109, O141, O150, O151, O152, O159); hemorragia obstétrica (O460, O469, O679, O720, O722); aborto (O21, O35, O45, O46, O50, O51, O54, O55, O56, O58, O60, O61, O62, O63, O64, O65, O66, O67, O68, O69); sepsis puerperal (O85X).

Entre la información recuperada para el perfilamiento sociodemográfico de estas mujeres se encuentra la edad, el estado civil, la ocupación, la escolaridad, el tamaño de la localidad de residencia habitual, la entidad federativa de ocurrencia, la afiliación/derechohabencia, el sitio del fallecimiento y, finalmente, si las mujeres contaron con asistencia médica y quién certificó la muerte.

Edad, estado civil y escolaridad: el perfil de la desigualdad

La hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna directa con 3.8% del total de los casos. El mayor número de muertes por hemorragia obstétrica se encuentra en el intervalo de los 35 a los 39 años (22.2%), es decir, las de mayor edad en relación con las otras causas (gráfica 2). En su mayoría eran mujeres en unión libre (48%) (gráfica 1), con el porcentaje más alto sin escolaridad (19.9%); con respecto al resto de causas directas de muerte materna y el nivel más alto de escolaridad alcanzado de este subgrupo, encontramos que es la primaria (19.4 %) (gráfica 3).

Los casos de muerte materna a causa del aborto representan el 3.2% del total. El mayor porcentaje (21.4%) de mujeres que mueren están entre los 25 y 29 años (gráfica 2); el porcentaje de mujeres solteras (26.9%) fue mayor que en el resto de las causas (gráfica 1); la mayoría había cursado solo la primaria (28%), una particularidad es que 15.3% de los casos tenían estudios profesionales, siendo este el

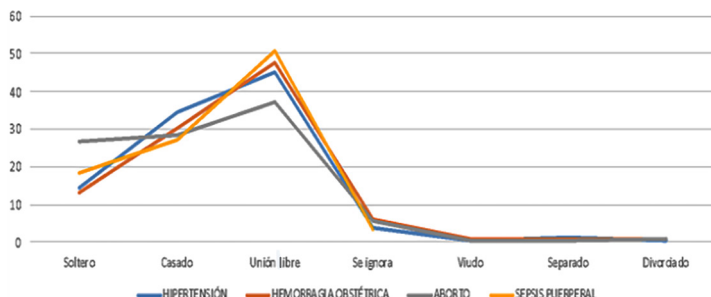
mayor porcentaje con dicho nivel de estudios en comparación con las otras causas de muerte materna (gráfica 3).

En este sentido, Graciela Freyermuth (2009, 31) reporta que la tasa de muerte materna⁷ (TMM) entre mujeres sin escolaridad es cinco veces mayor a aquella presentada en el grupo que cuenta con estudios superiores, esto es, el ejercicio del derecho a la educación resulta fundamental en la concreción del perfil de las muertes maternas. El acceso a la educación, siguiendo a Freyermuth (2009), tendría relevancia en la medida en que permite a las mujeres la adquisición de conocimientos, habilidades y saberes que les permitirían identificar una urgencia obstétrica, así como la búsqueda y demanda oportuna de los servicios de salud.

En el caso que analizo, se puede observar un comportamiento similar al descrito por Freyermuth (2009) una década antes. Las mujeres que fallecen por estas causas de muerte materna, como puede observarse en la gráfica 3, en su mayoría no contaban con escolaridad (ninguna) o solo habían cursado educación básica. Es de destacar que las mujeres cuyas muertes se debieron a hemorragia obstétrica no contaban con escolaridad. En los casos de las muertes maternas por causa de aborto, si bien algunas tenían escolaridad media superior y superior, en su mayoría tampoco contaban con escolaridad. En este sentido, y citando a Mercedes González de la Rocha (2018, 46), nos preguntamos: “¿qué es lo que hace más vulnerable a otra u otro ante el mismo evento?”, en este caso ante el embarazo, una hemorragia obstétrica o un aborto. La vulnerabilidad entendida como un conjunto de desventajas (baja o nula escolaridad, dependencia económica, carencia de autonomía, entre otras), las cuales, aglutinadas, debilitan la posibilidad de acceder al ejercicio pleno de derechos y de poder hacer frente a un evento que supone un riesgo o un daño, permite explicar cómo “el deterioro de un recurso se presenta frecuentemente asociado con el deterioro o erosión de otro recurso (trabajo, salud, educación, relaciones sociales), lo cual da lugar a procesos de acumulación de desventajas” (González de la Rocha 2018, 47).

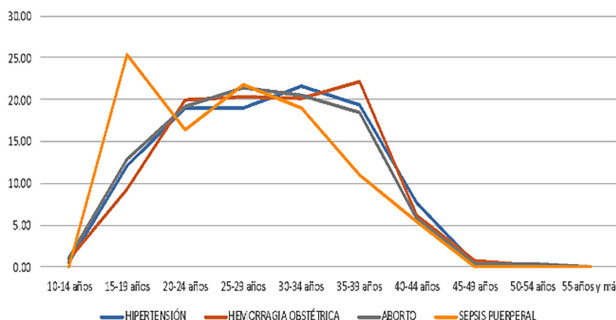
⁷ La tasa de muerte materna (TMM) mide el riesgo obstétrico y la frecuencia con la cual las mujeres están expuestas al riesgo; se calcula con el número de muertes maternas por cien mil mujeres en edad reproductiva (15-49 años), durante un periodo estipulado. La razón de muerte materna (RMM) representa el riesgo obstétrico asociado con cada embarazo y se obtiene al dividir el número de defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año o un periodo determinado por el número total de nacidos vivos para el mismo año o periodo, por cien mil nacidos vivos durante el mismo periodo. La RMM permite identificar desigualdades entre mujeres, países, regiones, entidades federativas y municipios, resultando un indicador idóneo para evaluar políticas públicas en materia de salud (Freyermuth 2017, 51).

Gráfica 1. Estado de conyugalidad con respecto a la causa de muerte materna (porcentaje), México, 2012-2022.



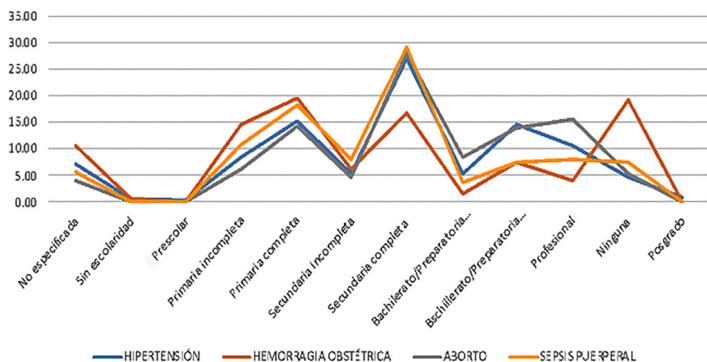
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, 2024.

Gráfica 2. Edad quinquenal con respecto a la causa de muerte materna (porcentaje), México, 2012-2022.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, 2024.

Gráfica 3. Ecolaridad con respecto a la causa de muerte materna (porcentaje), México, 2012-2022.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, 2024.

Tamaño de la localidad de residencia habitual y entidad federativa de ocurrencia: el lugar de la desigualdad

La gran mayoría de las mujeres cuya muerte fue por hemorragia obstétrica, en la década de 2012 a 2022, residía en localidades de 1-999 habitantes (48%). Las muertes tuvieron lugar, en mayor medida, en entidades como Guerrero (17.3%), Chiapas (14.9%), Chihuahua (10.7%) y Oaxaca (8.9%) (gráfica 5).

El mayor número de casos de muerte por aborto son mujeres también viviendo en localidades de 1-999 habitantes (55 casos, representando el 15.1%). Estas muertes ocurrieron, en su mayoría, en el Estado de México (14.5%), la Ciudad de México (9.8%) y Chiapas (9.6%) (gráfica 4).

La importancia en poner atención al tamaño de la localidad radica en que, al tratarse de localidades pequeñas, estas se caracterizan por su aislamiento e inaccesibilidad a los servicios de salud. Lo anterior puede traducirse en un aumento de la tasa de muerte materna para las mujeres de estas localidades frente a quienes viven en lugares con habitantes de un millón y más (Freymuth 2009).

Paola María Sesia (2009, 43) reconoce que en México la muerte materna presenta dos tendencias de concentración: los números más elevados se dan en el escenario urbano y suburbano, entre mujeres de escasos recursos muriendo en los grandes hospitales de la Ciudad de México o del Estado de México; la segunda tendencia se da entre mujeres rurales, indígenas y pobres, ubicadas en localidades pequeñas y aisladas, sin acceso geográfico, social o económico a servicios de emergencia obstétrica. Estas muertes se concentran en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

De acuerdo con el Coneval (2021), la concentración de la pobreza en algunas zonas trasciende los límites administrativos, regiones que históricamente han registrado el mayor rezago socioeconómico como los Altos de Chiapas y la Mixteca (Oaxaca, Puebla y Guerrero), así como la aglomeración de personas en situación de pobreza en las zonas urbanas. Entre los cinco municipios que se mantenían en el grupo con mayor porcentaje de población en situación de pobreza destaca (en la década 2010-2020) Aldama en el estado de Chiapas, lugar de residencia de algunas mujeres que murieron por aborto, se trata de municipios indígenas cuya población en situación de pobreza ha representado porcentajes superiores al 98%. El informe del Coneval (2021) señala una coincidencia entre la distribución territorial de la población en situación de pobreza extrema con las zonas indígenas del país. Los quince municipios⁸ con mayor porcentaje de población en situación de

8 Chalchihuitán y Sitalá, en Chiapas; San Simón Zahuatlán, San Martín Itunyoso, Santiago Amoltepec, Santiago Ixtayutla, Santa Lucía Miahuatlán, San Miguel Mixtepec, San José Tenango, San Felipe Jalapa de Díaz y Huautepec, en Oaxaca; Coahuila el Grande, en Guerrero (Coneval 2021).

pobreza extrema son municipios indígenas, enclavados en zonas de compleja orografía localizados en las entidades de Chiapas, Oaxaca y Guerrero. En este sentido, la región se vuelve importante en el análisis localizado de la desigualdad.

Una constante es Chiapas como entidad de ocurrencia de muertes maternas, no solo por hemorragia obstétrica y aborto, sino también por hipertensión y sepsis puerperal. Algunos factores como la escolaridad, la distancia con respecto a la “cultura nacional” (etnicidad) pueden traducirse en un impedimento en la búsqueda oportuna y la demanda de servicios de salud (Freyermuth 2009). La región de los Altos de Chiapas es la zona del país con más del 80% de hablantes de lengua indígena (HLI), sumado a ser el 44.3% de este sector de la población analfabeta (Freyermuth 2017).

Por su parte, el Estado de México, en el centro del país, se caracteriza por ser la entidad con más municipios⁹ con el mayor número de personas en situación de pobreza.

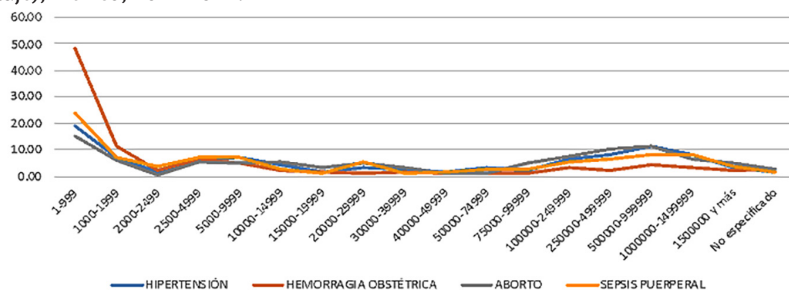
Es desde este emplazamiento que lo precario puede ser entendido como condición y efecto de dominio, es decir, lo precario es producido para sustentar una forma específica de gobernar a la población (gubernamentalidad) mediante la inseguridad (Lorey 2016). La caracterización de las localidades de residencia habitual de las mujeres y de las entidades de ocurrencia de muertes maternas arriba esbozada, posibilita dar luz sobre este entramado complejo y pernicioso en el cual se deja entrever al Estado como “facilitador” de un equilibrio endeble asegurando, social y políticamente, la producción constante de inseguridad social a través de las propias instituciones sociales funcionando al mínimo (Lorey 2016). La existencia de servicios de salud inaccesibles para ciertos sectores de la población, la concentración de un alto porcentaje de población analfabeta y de población en pobreza extrema en zonas indígenas del país no obedecen a factores *cuasi* metafísicos sino a efectos directos de la política económica, social y gubernamental. De ahí la potencia explicativa de la condición precaria, en tanto es comprendida como una ontología social de la vida y de los cuerpos, relacional y dependiente de otros/as, de redes, de un modelado social, así como de procesos condicionados y que entrañan una exposición diferenciada al daño (Butler 2010; Lorey 2016). La siguiente cita de Isabell Lorey resulta esclarecedora:

La lógica neoliberal tiene buenos motivos para no querer ninguna reducción, ningún fin de la desigualdad, porque juega con esas diferencias y se apoya en ellas para gobernar. Tan solo intenta crear un equilibrio tolerable, tanto como puede soportar la sociedad, entre diferentes normalidades: entre la normalidad de la pobreza, de la precariedad y la normalidad de la riqueza. (Lorey 2016, 75-76)

⁹ Ecatepec, Nezahualcóyotl, Chimalhuacán, Naucalpan y Toluca (Coneval 2021).

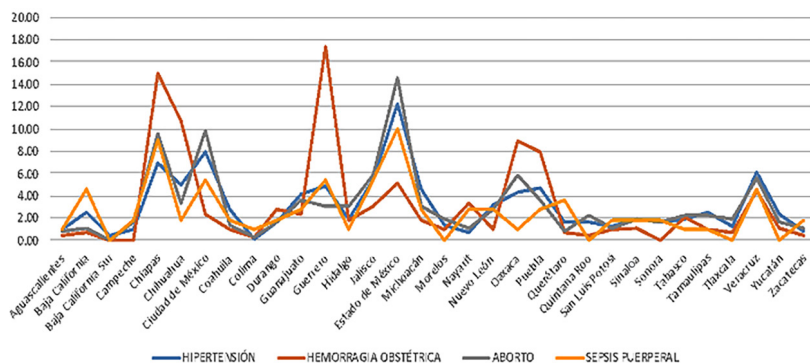
El énfasis está puesto en lo relacional y en la producción social y política de la vida, los cuerpos y subjetividades. Asimismo, la producción diferenciada de la precariedad resulta esclarecedora si se quiere dar cuenta de cómo opera esta dimensión sociotológica de la vida mediante relaciones de desigualdad (Lorey 2016).

Gráfica 4. Tamaño de localidad de residencia habitual con respecto a la causa de muerte materna (porcentaje), México, 2012-2022.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, 2024.

Gráfica 5. Entidad federativa de ocurrencia con respecto a la causa de muerte materna (porcentaje), México, 2012-2022.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, 2024.

Ocupación y afiliación/derechohabiencia: gobernar la inseguridad

De acuerdo con la base de datos de muerte materna de la SSA, el 67.2% de estas mujeres, fallecidas por causa de hemorragia obstétrica, no trabajaban remuneradamente; 2.5% de ellas trabajaba en servicios agrícolas, ganaderos, forestales, de caza y pesca, de apoyo en actividades administrativas, auxiliares en actividades administrativas y como trabajadoras artesanales (gráfica 6). La mitad de las mu-

eres estaban afiliadas al Seguro Popular,¹⁰ 26.7% no contaba con derechohabien-
cia, siendo este el mayor porcentaje en relación con las otras causas (gráfica 7).

Acerca de la ocupación de las mujeres que murieron por aborto, el 60.7% tampoco trabajaba remuneradamente según la base de datos de la SSA, solo 4.9% de los casos se dedicaba a actividades profesionales y técnicas, siendo este uno de los porcentajes más altos en este rubro (gráfica 6). Con respecto a la afiliación/derechohabiencia, menos de la mitad de las mujeres contaban con Seguro Popular (40.1%), 22.53% contaba con atención a la salud por derechohabiencia (IMSS, ISSSTE, Sedena, Pemex) mientras que el 23.3% no contaba con ningún tipo de atención a la salud. Lo cual ubicaría a la hemorragia obstétrica y al aborto con los mayores porcentajes de falta de atención a la salud, derivados de la no afiliación/derechohabiencia (gráfica 7).

El trabajo de Graciela Freyermuth (2009, 23-26) ha señalado la derechohabiencia como la condición fundamental en el abordaje de la desigualdad de las mujeres mexicanas en su derecho a la salud, mostrando que la probabilidad de morir por causas maternas aumenta al doble para las mujeres no derechohabientes. De donde se desprende que el trabajo tiene un papel protector para las mujeres. Asunto medular, si se toma en cuenta que para las cuatro causas de muerte materna más del 60% de las mujeres no trabajaban. Asimismo, Freyermuth considera el tipo de institución al cual se adscriben las mujeres como beneficiarias: las no derechohabientes, adscritas al seguro popular (SSA) y a instituciones privadas presentan las más altas tasas de mortalidad materna con respecto al IMSS.

Paola María Sesia (2017) señala, en el caso particular de la entidad de Oaxaca, un aumento en la afiliación a los servicios de salud¹¹ y, al mismo tiempo, una disminución en la cobertura por derechohabiencia.¹²

El que estas mujeres, en su mayoría, fueran beneficiarias del Seguro Popular en esos años, sintetiza el funcionamiento del mercado laboral, en la lógica de la economía neoliberal, caracterizado por la precariedad laboral y la concomitante erosión de la seguridad social a partir de la década de los años 70 (González y Tinoco 2009). Esto es, el reclamo de justicia redistributiva (Fraser 2015) para acceder a servicios de salud no se da en términos de un derecho ligado a una condición laboral, sino en términos de un pretendido acceso universal a la salud

10 De 2004 a 2019, funcionó el Sistema de Protección Social a la Salud (SPSS), conocido como Seguro Popular. Se trata de un mecanismo de aseguramiento y protección a la salud, el cual permitió a la población sin seguridad social tener acceso a un catálogo limitado de intervenciones. Entre estas, se contemplaban varias intervenciones obstétricas, como el parto. Lo anterior eliminó una de las barreras de acceso a los servicios e incrementó la demanda de atención institucional (Berrío 2017).

11 De un 23% en el año 2000 al 81% en 2015.

12 Del 37% en el año 2000 al 24% en 2015.

que, en los hechos, enmascara su corte asistencialista¹³ en un intento por soslayar su verdadero origen: el estancamiento del empleo formal y la proliferación de empleos precarios, de baja remuneración, inestables y desprovistos de prestaciones, característicos del régimen de acumulación posfordista (Harvey 2004). Como señala Isabell Lorey (2016), el dominio en las sociedades posfordistas no se legitima a partir de la seguridad (social), sino se trata de gobernar con base en la inseguridad.

De manera marcada, las mujeres indígenas son quienes mueren a causa de hemorragia obstétrica (Coneval 2012). En estos grupos, el acceso a la salud no se da por la vía de un trabajo remunerado de ella misma o del cónyuge, sino por su pertenencia a un segmento de población intervenido vía las políticas de focalización del combate a la pobreza. La marginación de algunos sectores de la población de los programas sociales revela de la manera más descarnada lo que la precariedad implica: “subraya nuestra radical sustituibilidad y nuestro anonimato con relación tanto a ciertos modos socialmente facilitados de morir y de muerte como a otros modos socialmente condicionados de persistir y prosperar” (Butler 2010, 31). Y, al mismo tiempo, la precariedad en tanto que “categoría ordenadora que designa los efectos políticos, sociales y jurídicos de una condición precaria generalizada [implica] el reparto de la condición precaria con arreglo a relaciones de desigualdad, a la jerarquización del “co-ser” asociada con los procesos de alterificación” (Lorey 2016, 27).

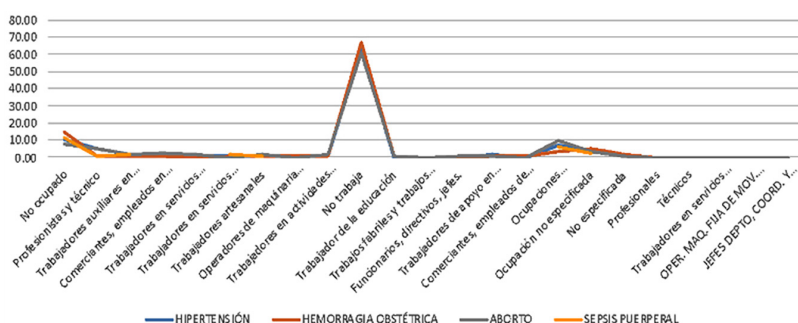
Lo anterior conecta con un reconocimiento diferenciado de la población, Gavin Smith (2010, 189) lo refiere como: “la selección hegemónica para que estas ganancias inesperadas de la ciudadanía no sean mencionadas en términos de uniformidad, sino más bien en términos de reconocer o alabar grupos específicos de una población diferenciada”. Esto es, las políticas públicas¹⁴ —si es que pueden ser leídas como “ganancias”—, a través de los programas focalizados de lucha contra la pobreza, se erigen como uno de los ejes demarcadores de la precariedad políticamente inducida y, al mismo tiempo, de manera perversa hacen de las mujeres el objeto de intervención en su calidad de gestoras sociales; es decir, desde las políticas públicas, las mujeres son definidas como el sector pri-

13 Esto podría ser abordado desde lo que Isabell Lorey (2016, 47) denomina la ambivalencia de la gubernamentalidad neoliberal: entre la subyugación y el empoderamiento. En este planteamiento, el sujeto participa reiteradamente en la (re)producción de las condiciones de la gubernamentalidad (un autodisciplinamiento “volcado hacia adentro”) al tiempo que las posibilidades de agencia pueden surgir en este mismo escenario.

14 Los programas transexenales de transferencias monetarias condicionadas (Progreso/Oportunidades/Prospera) son un ejemplo de la administración selectiva de estas poblaciones, otorgando la titularidad a las mujeres “jefas de familias” del programa, y la corresponsabilidad en el abatimiento de rezagos sociales (salud, educación y alimentación) relacionados con la reproducción intergeneracional de la pobreza.

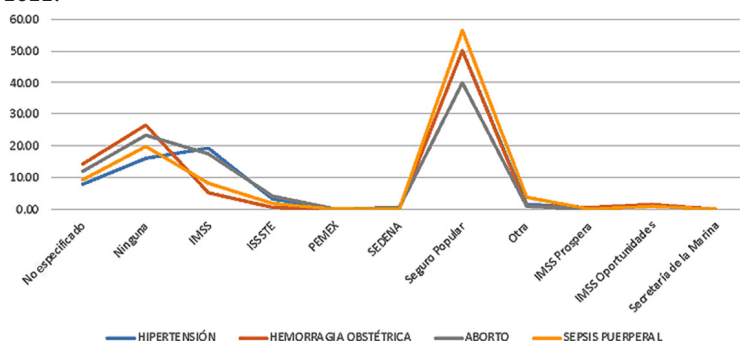
vilegiado —reconocimiento diferenciado— para incidir en el combate a la pobreza: el Estado les otorga reconocimiento en tanto mujeres, pobres, madres, jefas de familia, emprendedoras-productivas.

Gráfica 6. Ocupación con respecto a la causa de muerte materna (porcentaje), México, 2012-2022.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, 2024.

Gráfica 7. Afiliación/derechohabiencia con respecto a la causa de muerte materna (porcentaje), México, 2012-2022.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, 2024.

Sitio del fallecimiento, asistencia médica y quién certificó la muerte

La hemorragia obstétrica destaca por tener el mayor porcentaje de muertes maternas ocurridas en el hogar en 32.7% de los casos, cifra que supera al resto de lugares de fallecimiento. Enseguida, 30.9% de los fallecimientos ocurren en hospitales de la Secretaría de Salud y, en tercer lugar, 10% de las muertes sucede en la vía pública, siendo este el mayor porcentaje de incidencia con respecto a las otras causas. Si bien superan 80% de atención médica de los casos de muerte

materna por hipertensión (90.2%), aborto (85.7%), sepsis puerperal (83.6%), para el caso de muerte materna por hemorragia obstétrica desciende a un 51% de los casos. En este sentido, se han señalado los efectos de la institucionalización del parto en México en zonas rurales e indígenas con la reducción de la mortalidad materna y neonatal, así como con el desplazamiento de las parteras en la atención del parto (Berrio 2021, 87).

Sobre quién certificó la muerte, es el médico legista quien ocupa el segundo lugar en certificar las muertes (22.2%), mientras que en las otras causas, este ocupa el tercer lugar; esto podría explicarse por el lugar en el cual ocurrió la muerte: el hogar y la vía pública.

Cuando las defunciones tienen lugar en los hogares, implica que las mujeres no tuvieron acceso a los servicios de salud de emergencia por distintas razones: barreras culturales, sociales, económicas o geográficas. En este sentido, Sesia (2017) identifica una diferencia entre las mujeres rurales e indígenas y las demás con respecto a la asistencia otorgada o no durante el parto y la forma de morir.¹⁵

En algunos estudios etnográficos sobre la muerte materna en contextos indígenas se destaca tanto el papel de la familia virilocal (la suegra y el esposo) en la toma de decisiones alrededor de la atención y el sitio del parto, así como la importancia de las relaciones sociales a partir de la nueva unión para determinar el lugar que se le asigna a la mujer dentro de la jerarquía de la familia política (Freyermuth, citada en Sesia 2017, 232).

Asimismo, acerca de la elección del lugar y quién atenderá el parto —entre la victimización y la agencia—, el trabajo de Lina Rosa Berrío (2021), en la región amuzga de la Costa Chica de Guerrero en la primera década del presente siglo, señala la capacidad deliberativa de las mujeres con respecto a la atención de sus partos. Esta no solo se basa en la existencia de recursos médicos y de acceso a servicios de salud, sino también está ligada a procesos cargados de significación cultural del parto: valor, coraje, fuerza (Berrío 2021, 95). Sin embargo, no debe soslayarse la violencia obstétrica, latente en el modelo biomédico, y el factor económico, como condicionantes en la toma de decisiones (Berrío 2021). En este marco, la autora reconoce un margen de acción en el proceso deliberativo, aunque siempre constreñido en el entramado de elementos estructurales, los cuales configuran la experiencia de la reproducción.

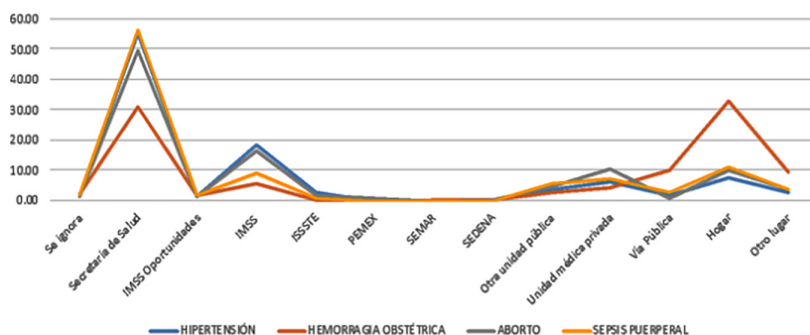
Respecto al aborto y el sitio del fallecimiento de estas mujeres, hay una correspondencia entre la afiliación/derechohabiencia y el sitio del fallecimiento: el

15 El 44% de las mujeres en municipios indígenas fallecidas por muerte materna (MM) dieron a luz solas o atendidas por un familiar (esposo, suegra, o madre), representando casi la mitad de las MM registradas. Un 33% adicional fueron atendidas por una partera empírica, y solo el 21% tuvo atención médica por personal de salud calificado (Sesia 2017, 232).

49.4% de los casos ocurre en hospitales de la Secretaría de Salud (SSA), 40.1% de estos contaba con el Seguro Popular; el 16.2% de los incidentes sucede en hospitales del IMSS, donde un 17.5% tiene derechohabencia al IMSS; las muertes ocurridas en unidades médicas privadas ocupan el 10.4%; 10.1% de las muertes ocurrieron en el hogar y 85.7% de los casos contó con asistencia médica. El médico legista certificó 17.58% de los casos, colocándolo en segundo lugar con respecto al resto de causas en este rubro. La preeminencia del médico legista, en tanto su labor consiste en demostrar la existencia de un delito, ratifica la criminalización del aborto inducido, aunque la línea divisoria entre un aborto espontáneo (síntomas y manifestaciones) y uno inducido no sea del todo clara, unívoca y excluyente.¹⁶

¿Cómo explicar la *precaridad*, es decir, la precariedad políticamente inducida? Debe entenderse “la precariedad como diferencia jerarquizada en la inseguridad... mediante la categorización de la condición precaria compartida” (Lorey 2016, 35) en la cual la fragmentación de la vida precaria produce la matriz diferenciada de inseguridades materiales y simbólicas (Lorey 2016).

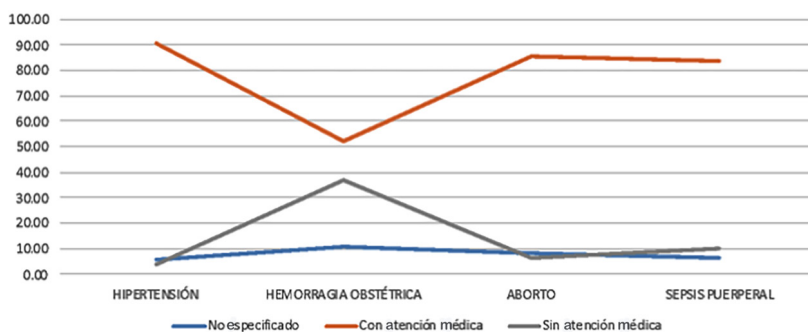
Gráfica 8. Lugar del fallecimiento con respecto a la causa de muerte materna (porcentaje), México, 2012-2022.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, 2024.

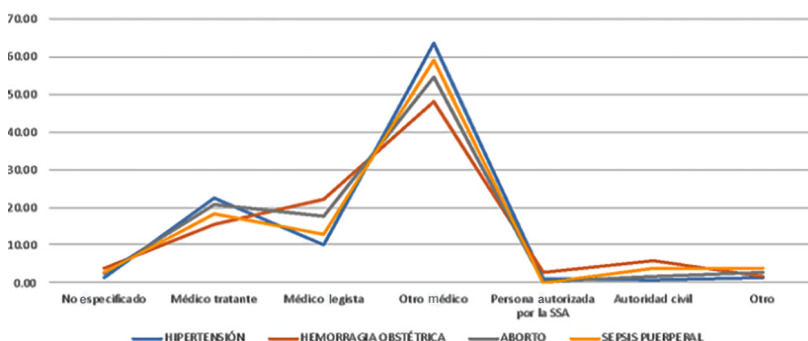
16 Sobre la interrupción legal del embarazo (ILE), el informe del Coneval (2012) reportaba la existencia de una correlación entre la criminalización del aborto y un aumento del índice de muerte materna. Para entonces, en México se reportaba un aumento en la tasa de incidencia de 25 a 33 abortos por cada mil mujeres en edad reproductiva —una de las más altas en el mundo— y solo una de cada seis mujeres que se realizaba un aborto recibía atención médica. A este respecto, se podrían abrir vetas de investigación que permitan preguntarnos de qué forma los cambios legislativos en materia de despenalización del aborto se relacionan con el acceso de las mujeres al ejercicio de sus derechos reproductivos.

Gráfica 9. Atención médica con respecto a la causa de muerte materna (porcentaje), México, 2012-2022.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, 2024.

Gráfica 10. Autoridad que certificó la muerte con respecto a la causa de muerte materna (porcentaje), México, 2012-2022.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, 2024.

Reflexiones finales

El perfil de la muerte materna en lo general y del aborto como causa directa en lo particular revelan la precariedad políticamente inducida a la cual han llevado a las mujeres de este país el conjunto de reformas neoliberales instrumentadas a partir de la década de los años 80. En esta precariedad se advierte el entrecruzamiento de la precariedad laboral, privatización y procesos de descentralización del sistema de salud pública, así como la emergencia de un discurso asistencialista de lucha contra la pobreza —abatir las carencias de los grupos afectados por los cambios estructurales—. Estas políticas asistencialistas y focalizadas a poblaciones que no pueden hacer demandas ante el Estado (Smith

2010) posibilitan las condiciones materiales y simbólicas que hacen factible la (re)producción de las desigualdades y el funcionamiento del modo de producción capitalista. Al responsabilizar a estas poblaciones de la atención a la salud, el Estado transfiere a las mujeres la carga de la reproducción social y mercantiliza la atención médica para aquellas que puedan pagarla (Fraser 2023). El Estado, en tanto formación histórica, genera nuevas formas históricas de precariedad y nuevas inseguridades (Lorey 2016).

El perfil sociodemográfico de este tipo de muerte obliga a preguntarse: ¿por qué un cierto grupo de mujeres muere de cierto modo? Leer la mortalidad materna desde esta perspectiva nos hace ver que la desigualdad, la pobreza y el problema de salud pública que supone han sido condiciones de antemano configuradas; ahora solo hace falta nombrarla “razón de mortalidad materna” para poder administrarla y distribuirla selectivamente. Los perfiles de las defunciones maternas no son inocentes, ni casuales, sino expresiones de un conjunto de relaciones políticas, sociales, económicas y culturales encarnadas en poblaciones, en mujeres, en casos de vidas y muertes concretas. **ID**

Referencias

- Agamben, Giorgio. 2007. *Lo abierto. El hombre y el animal*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- Berrío Palomo, Lina Rosa. 2017. Una década de intervenciones gubernamentales y desde la sociedad civil en torno a la salud materna en Guerrero. En Graciela Freyermuth (coord.), *Salud y mortalidad materna en México. Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Berrío Palomo, Lina Rosa. 2021. Reproducción y maternidades indígenas en transición. En Ofelia Becerril Quintana y Ángeles Sánchez Bringas (eds.), *Maternidades en debate en el siglo XXI*. México: COLMICH/UAM.
- Butler, Judith. 2010. *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. México: Paidós.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). 2021. *Medición de la pobreza en los municipios de México, 2020*. México.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). 2012. *Evaluación estratégica sobre mortalidad materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*. México.
- Cárdenas, Rosario. 2009. Los servicios de salud y la mortalidad materna. En Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coords.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS-Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, 69-73.

- Díaz, Daniela. 2009. Presupuesto público y mortalidad materna. En Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coord.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS-Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, 37-42.
- Federici, Silvia. 2020. With philosophy, psychology, and terror: transforming bodies into labor power. En *Beyond the periphery of the skin. Rethinking, reclaiming and reclaiming the body in contemporary capitalism*. Oakland: PM Press.
- Fraser, Nancy. 2015. *Fortunas del feminismo. Del capitalismo gestionado por el Estado a la crisis neoliberal*. Ecuador: Verso-IAEN-Traficantes de Sueños.
- Fraser, Nancy. 2023. *Capitalismo caníbal*. México: Siglo XXI Editores.
- Freyermuth Enciso, Graciela. 2009. *Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres*. México: CIESAS/Coneval/CNDH.
- Freyermuth Enciso, Graciela. 2010. *Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad*. México: PNUD.
- Freyermuth Enciso, Graciela. 2017. El registro de hechos vitales en las oficialías del Registro Civil en un contexto indígena. Implicaciones para el registro de la muerte materna. En Graciela Freyermuth (coord.), *Salud y mortalidad materna en México. Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2017.
- González, Norma y Margarita Tinoco. 2009. La salud en el marco del fin del Estado de bienestar y los retos presentes. En Jorge Arzate, Carlos Massé y Nelson Arteaga (coords.), *Instituciones del bienestar y la gestión de la precariedad. Una mirada interdisciplinaria*. México: Senado de la República LX Legislatura-UNAM-UAEM-Porrúa, 177-209.
- González de la Rocha, Mercedes. 2018. Acumulación de desventajas y vulnerabilidad. En Mercedes González de la Rocha y Gonzalo Andrés Saraví (coords.), *Pobreza y vulnerabilidad: debates y estudios contemporáneos en México*. México: CIESAS.
- González Montes, Soledad. 2003. *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación*. México: El Colegio de México- Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Documento de Trabajo 13.
- Harvey, David. 2004. *El Nuevo Imperialismo*. España: Akal.
- Lorey, Isabell. 2016. *Estado de inseguridad. Gobernar la precariedad*. Madrid: Traficante de Sueños.
- Magaly, María. 2023. Sistema de salud mexicano: de la descentralización hacia la recentralización. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 36: 193-221, marzo. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2023.36.17880>.
- Sánchez Bringas, Ángeles y Fabiola Pérez Baleón. 2021. Maternidad en la des-

- igualdad. Trayectorias y procesos reproductivos. En Ofelia Becerril Quintana y Ángeles Sánchez Bringas (eds.), *Maternidades en debate en el siglo XXI*. México: ColMich/UAM.
- Sesia, Paola María. 2009. El potencial del Programa Oportunidades, para promover una maternidad segura y abatir la muerte materna en México: una propuesta en política pública para regiones indígenas de alto rezago social. En Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coords.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS-Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, 43-54.
- Sesia, Paola María. 2017. Quince años de investigaciones en la prevención y la reducción de la muerte materna en Oaxaca. Perspectivas y aportes cualitativos desde la antropología y la salud pública. En Graciela Freyermuth (coord.), *Salud y mortalidad materna en México. Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Smith, Gavin. 2010. Hegemonía y superpoblación: límites conceptuales en la antropología de los movimientos políticos. En Víctor Bretón (ed.), *Saturno devora a sus hijos. Miradas críticas sobre el desarrollo y sus promesas*. España: Icaria.
- Uribe, Patricia. 2009. La mortalidad materna en México, estrategias y desigualdades. En Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coords.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS-Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, 55-68.

Bases de datos

- Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de mortalidad materna 2002-2022*. (Consultada, abril, 2024). http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_muertematerna_gobmx.html.