

Angélica Aparicio Saavedra*

Universidad Iberoamericana Puebla

angelica.apariciosaav@gmail.com

**Parir, nacer y cuidar con humanidad: reflexiones
interseccionales sobre la salud sexual de las
mujeres racializadas en México****

*Giving birth, being born and caring with humanity:
intersectional reflections on the sexual health of racialized
women in Mexico*

*Dar à luz, nascer e cuidar com humanidade: reflexões
interseccionais sobre a saúde sexual de mulheres
racializadas no México*

Artículo de investigación: recibido 23/09/2024 y aprobado 15/11/2024

* Filósofa, investigadora y escritora afromexicana. Egresada de la Universidad Iberoamericana, Puebla bajo la licenciatura en Literatura y Filosofía (2018-2023). Es autora del libro publicado en el 2023 *Matrices Indignas: Sobre la anticoncepción forzada contra mujeres racializadas en México*. Un acercamiento histórico-filosófico ensayo inspirado por el testimonio de su madre, quién fue víctima de violencia obstétrica y anticoncepción forzada. Su trabajo abarca desde el estudio del racismo en México, afrodescendencia, teoría antipatriarcal, feminismos negros y epistemologías decoloniales hasta la exploración de la genealogía sexual y colonial. Ha participado coloquios y congresos de filosofía en el que ha compartido su trabajo como autora afrodescendiente y antirracista. Más recientemente, su investigación se ha orientado hacia la problemática de la violencia ginecológica-obstétrica y la anticoncepción forzada contra las mujeres racializadas en México, la salud sexual, la partería y el conocimiento ancestral de las mujeres curanderas. Actualmente es becaria del programa de posgrado Fulbright-García Robles. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3426-6252>

** Este artículo se escribió en el marco de una investigación previa realizada entre mayo del 2021 a diciembre del 2022. Dicha investigación se titula "Matrices indignas: Sobre la anticoncepción

forzada contra mujeres racializadas en México". Un acercamiento histórico-filosófico, esta fue llevada a cabo en la Universidad Iberoamericana Puebla con el propósito de acreditar la asignatura Proyecto Profesional III y subsecuentemente obtener el título de licenciada en Literatura y Filosofía. La investigación fue supervisada y evaluada por un asesor académico (Noé Castillo), una asesora temática (Lizette Jacinto), un lector en ciego y tres sinodales (Diana Jaramillo, Gabriela Pinto y José Luis Camacho). Posteriormente la investigación fue publicada de forma independiente en formato de libro impreso con derechos de autor reservados e ISBN 978-607-2944-26-8. Agradezco enormemente a todos aquellos que dieron grandes y valiosas aportaciones durante el desarrollo de esta investigación, cada una de sus miradas fueron consideradas y aplicadas en su medida. Marco en el que se desarrolla la investigación y patrocinio.

DOI:

<https://doi.org/10.18046/prec.v25.7204>

Cómo citar:

Aparicio Saavedra, A. (2024). Parir, nacer y cuidar con humanidad: reflexiones interseccionales sobre la salud sexual de las mujeres racializadas en México. *Precedente Revista Jurídica*, 25, 106-140. <https://doi.org/10.18046/prec.v25.7204>



Resumen

En este artículo de reflexión se presentan aproximaciones interseccionales e interdisciplinarias sobre la violencia ginecobstétrica en México. En él se realiza un análisis histórico y filosófico en torno al modelo hegemónico de la maternidad y sus implicaciones en las vidas de las mujeres racializadas, así como sobre la atención ginecobstétrica violenta en el sistema público de salud. Se explora el origen del modelo de maternidad entre los siglos XVII y XIX, examinando sus efectos en el mundo contemporáneo. Asimismo, se presenta una crítica hacia las políticas de salud pública implementadas a principios del siglo XX, influenciadas por el movimiento eugenésico, que aún se ven reflejadas en el actual sistema público de salud, que incluyen la normalización de la anticoncepción forzada contra mujeres racializadas, trabajadoras, campesinas, empobrecidas y/o migrantes, así como la violación de sus derechos humanos en la sala de partos. De igual manera, se realiza una crítica al sistema de salud en México, que resulta fragmentado e ineficiente en cuanto a la atención a la salud sexual de las mujeres, incluyendo casos de cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, violencia ginecobstétrica y anticoncepción forzada. Finalmente, se concluye con reflexiones en torno a la necesidad de una perspectiva antirracista y antipatriarcal en la garantía del derecho a la salud, al cuidado y los derechos sexuales, reproductivos y humanos de las mujeres racializadas.

Palabras clave: derechos humanos; derechos sexuales y reproductivos; mujeres racializadas; justicia racial; humanidades y ciencias sociales.

Abstract

This article presents intersectional and interdisciplinary approaches to gynecological-obstetric violence in Mexico. It includes a historical and philosophical analysis of the hegemonic model of motherhood, its implications on the lives of racialized women, and violent gynecological-obstetric care in the public health system. The origins of the motherhood model between the 17th and 19th centuries are explored, alongside its repercussions in contemporary society. The article also critiques public health policies implemented at the beginning of the 20th century, influenced by the eugenics movement, and examines their relationship with the current public health system, which has normalized forced contraception targeting racialized, working-class, peasant, impoverished and/or migrant women, as well as the violation of their human rights in delivery rooms. Furthermore, a critique is made of in Mexico's fragmented and inefficient health system, particularly in providing medical care to women in areas such as sexual and reproductive health, cervical cancer, breast cancer, gynecological-

obstetric violence, and forced contraception. Finally, it concludes with reflections on the need for an anti-racist and anti-patriarchal perspective regarding the guarantee of the right to health, the right to care, sexual and reproductive rights, and, more broadly, human rights for racialized women.

Keywords: Human Rights; Sexual And Reproductive Rights; Racialized Women; Racial Justice; Humanities And Social Sciences.

Resumo

Este artigo apresenta perspectivas interseccionais e interdisciplinares à violência ginecológica-obstétrica no México. É feita uma análise histórica e filosófica do modelo hegemônico de maternidade, suas implicações na vida das mulheres racializadas e o atendimento ginecológico-obstétrico violento no sistema público de saúde. A origem do modelo de maternidade entre os séculos XVII e XIX é explorada, assim como seus estratos no mundo contemporâneo. Da mesma forma, é feita uma crítica às políticas de saúde pública implementadas no início do século XX influenciadas pelo movimento eugênico, e é refletida a relação destas com o atual sistema público de saúde, que normalizou a contracepção forçada contra mulheres racializadas, trabalhadoras, camponesas, empobrecidas e/ou migrantes, bem como a violação de seus direitos humanos na sala de parto. Além disso, é feita uma crítica ao sistema de saúde no México, que é fragmentado na prestação de cuidados médicos, especialmente no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva de mulheres, incluindo casos de câncer cervical, câncer de mama, violência ginecológico-obstétrica e contracepção forçada. Por fim, conclui-se com reflexões sobre a necessidade de uma perspectiva antirracista e antipatriarcal para garantir o direito à saúde, o direito ao cuidado, os direitos sexuais e reprodutivos e, de forma mais ampla, os direitos humanos das mulheres racializadas.

Palavras-chave: direitos humanos; direitos sexuais e reprodutivos; mulheres racializadas; justiça racial; ciências humanas e sociais.

Introducción: sobre aspectos teóricos y metodológicos

Como comentario inicial, quiero expresar que no escribo únicamente desde una mirada académica. Si bien esta resulta de suma relevancia para la producción de conocimiento dentro de las instituciones universitarias, considero que en esta era resulta sumamente necesario escribir desde el sentir, la experiencia y el testimonio —aun cuando el pensamiento científico hegemónico los considera subjetivos y circunstanciales—, especialmente cuando se trata de las humanidades y ciencias sociales. Este artículo ha sido escrito desde un enfoque interdisciplinario, en el que procuré entretejer la filosofía, la historia y la estadística para analizar de una manera integral la vulneración de la salud sexual de las mujeres racializadas en México. Simultáneamente, escribo desde la experiencia escribo como bisnieta de una mujer de San Jerónimo, Guerrero, que murió seis meses después de haber parido a mi abuela, escribo como nieta de mis dos abuelas negras, quienes ambas fallecieron de manera prematura —de acuerdo con el dato de esperanza de vida de las mujeres mexicanas— por cáncer de mama; escribo como hija de una mujer afrodescendiente que fue víctima de violencia ginecobstétrica y anticoncepción forzada; escribo porque soy mujer, porque soy afrodescendiente y porque sé en carne propia que el racismo mata de diferentes maneras. A veces no mata: a veces no permite vivir dignamente, y a veces no permite nacer.

Este trabajo es producto de una investigación realizada en el año 2022 bajo el título de Matrices indignas: sobre la anticoncepción forzada contra mujeres racializadas en México. Un acercamiento histórico-filosófico, publicada de forma independiente en formato libro en el año 2023. Es un ensayo histórico-filosófico en el que reflexiono sobre la violencia obstétrica y la anticoncepción forzada contra mujeres racializadas desde una mirada antirracista y de género. La anticoncepción forzada, de acuerdo con la definición del sociólogo Pierre Gaussens, es:

Un conjunto de prácticas médicas desarrollado por personal de instituciones de salud sobre pacientes que, en consecuencia, pierden su capacidad biológica de reproducción de manera permanente, sin su consentimiento, información certera o justificación clínica, como método de control de fecundidad y parte de una política poblacional con intenciones demográficas, eugenésicas o punitivas. En el centro de estas prácticas se encuentra un procedimiento quirúrgico, que es básico

para cada sexo: para las mujeres, se trata de la salpingoclasia o ligadura de trompas de Falopio, también llamada «oclusión tubaria bilateral» (OTB) en términos técnicos, mientras que, para los hombres, se trata de la vasectomía [...]. A diferencia de una esterilización voluntaria, el carácter forzado remite a que este procedimiento no cuenta con el consentimiento de la persona intervenida —el cual debe ser previo, libre, pleno e informado en términos legales—, sino que es realizado por medio de la coerción o el engaño. (2020, p. 5)

De esta manera, inspirada en el testimonio de mi madre, quién en el año 2000 fue víctima de anticoncepción forzada —y en general violencia obstétrica— el día de mi nacimiento, decidí llevar a cabo una investigación para reflexionar sobre los orígenes de estas violencias por medio de un acercamiento principalmente filosófico e historiográfico. Esta investigación fue llevada a cabo también desde un posicionamiento político como mujer afrodescendiente. La metodología se basó en la investigación documental, trabajo auto etnográfico y análisis de datos estadísticos para estudiar los orígenes y causas de la violencia obstétrica y la anticoncepción forzada en México, siempre desde una perspectiva de género y un posicionamiento político como mujer afrodescendiente.

El núcleo de la investigación que precede a este artículo es el recuento de la experiencia de mi madre al entrar a labor de parto desde medio día, hasta que yo naciera a la media noche, después de largas horas en las que tuvo dificultad para parirme y fue ignorada por el personal médico en la soledad de una sala vacía. Tuvo que gritar con tanta fuerza para que alguien fuera en su auxilio. La ingresaron a una cesárea de emergencia, no sin antes decirle “apenas escuchan cesárea y ya quieren dejar de pujar”, aun cuando mi mamá anhelaba un parto natural, pero se encontraba muy débil para seguir intentando. Ya en cesárea, mi mamá perdió el conocimiento una vez que me extrajeron de su cuerpo. Cuando despertó, tenía una sonda conectada a su vejiga, drenando sangre y orina. Preguntó que sucedió y no le dieron una respuesta concreta; la enfermera solo le dijo que “al parecer le lesionaron la vejiga”. Mis padres exigieron el expediente médico para encontrar la verdad de lo sucedido y les dijeron que “lo extraviaron”. Cabe señalar que, durante esa traumática y cruel experiencia en el hospital, no dejaron ingresar a mi papá para acompañar a su esposa parturienta; solo pudo vernos ya pasada la cesárea. Además, mi mamá entró en labor de parto en un día feriado, un 5 de febrero, por lo que fue atendida principalmente por practicantes; tuvo que esperar hasta la cesárea de emergencia para ser atendida

por un médico con licencia. A los pocos días, ya estando en casa, mi madre descubrió que le colocaron un DIU sin su consentimiento. Ella sospecha que fue mientras estaba inconsciente después de la cesárea.

Lo que le sucedió a mi madre durante su parto —y a mí durante mi nacimiento— no fue un caso aislado o aleatorio, ni tampoco resultado de un servicio de salud de mala calidad. En mi investigación y en el presente texto se demuestra que la vulneración de la salud sexual de las mujeres racializadas es fruto de un sistema de salud que concibe sus cuerpos y vidas como objetos que pueden ser administrados y, a la vez, son considerados prescindibles. Este mismo sistema opera bajo un *biopoder* y un *necropoder*¹ (Foucault, 1977; Mbembe, 2011) que le permiten administrar las vidas, hacer/dejar morir y prohibir nacer, así como decidir quiénes merecen vivir dignamente, y sus vidas ser resguardadas, y quiénes son cifras prescindibles. Los casos de violencia ginecobstétrica y anticoncepción forzada son frecuentes contra mujeres como mi madre en su momento: jóvenes, racializadas y usuarias del sistema de salud público (Aparicio Saavedra, 2023, p. 16). Además, de manera generalizada, la garantía del derecho al cuidado, a la salud, a la autonomía sexual y productiva, se ve condicionada por otros problemas estructurales, como lo son la violencia patriarcal, la violencia racista y la desigualdad socio económica. En el caso de las mujeres y personas con útero en México, dichos problemas son evidentes y recurrentes e impactan en el acceso a una atención médica digna.

Este artículo propone un diálogo interdisciplinario entre las humanidades, las ciencias sociales y los datos estadísticos para analizar las implicaciones de la violencia patriarcal y colonial en el acceso de las mujeres racializadas a la atención médica, con un especial énfasis en la salud sexual y reproductiva, esto, acompañado siempre de una perspectiva interseccional, antirracista y de género. Este análisis se enfoca en tres ejes: la atención de los procesos reproductivos (y su relación con la violencia ginecobstétrica), el cáncer cérvico-uterino y el

1 Fue el sociólogo francés Michel Foucault quien acuñó el término *biopolítica* en su libro *Historia de la sexualidad*. Este concepto hace referencia al poder que tiene el Estado de administrar la vida a través de diferentes estrategias económico-políticas como la segregación, la marginación y la vigilancia. El autor propone que el *biopoder* tiene su origen en el *patria potestas* de los romanos, donde el padre disponía de la vida de sus hijos. Este *patria potestas* se encuentra replicado en el poder soberano del Estado. Por otra parte, el filósofo camerunés Achille Mbembe, tras leer la propuesta de Foucault, aportó el término *necropolítica*, que consiste en el poder soberano de hacer morir a través de la *ficcionalización* de un enemigo; esta *ficcionalización* está inherentemente ligada a los procesos de racialización, discriminación y marginalización.

cáncer de mama, enfermedades cuya detección y tratamiento oportuno y eficaz se encuentran vinculados a las condiciones étnico-raciales y socioeconómicas. Resulta pertinente anotar que estos tres ámbitos no son los únicos que se ven afectados por los problemas estructurales antes mencionados; en general, el acceso a una atención en salud digna se encuentra condicionado por la violencia patriarcal, la violencia racista y la desigualdad socio económica. Sin embargo, con el fin de delimitar este análisis, se seleccionaron dichos ejes principalmente por su relación con la salud sexual de las mujeres y su recurrencia en la población, pues, de acuerdo con datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Secretaría de Salud, para el 2023, 7 de cada 10 mujeres (de 15 años en adelante) en México son madres. Además, el cáncer de mama y el cáncer cérvico-uterino representan la primera y segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres mexicanas.

Asimismo, se retoman aspectos de la investigación previa, a la vez que se aportan nuevas propuestas en torno a la relación entre género-raza-clase y el acceso a la salud, a través del intercambio de ideas con autores como María Eugenia Sánchez Díaz de Rivera —retomando sus aportaciones en torno a la ideología mestizante y su rol en la administración de la reproducción de la población mexicana— y Dorothy Roberts —con su investigación en torno al castigo de las maternidades negras y el papel de Estado sobre la reproducción de las mujeres negras—, entre otros, así como mediante informes y encuestas que reafirman con estadísticas la conexión entre el racismo y el sistema de salud. Todo esto desde una perspectiva interdisciplinar y haciendo especial énfasis en el análisis historiográfico y estadístico, para establecer un hilo conductor entre la historia y el presente, y así ilustrar una suerte de panorama de los orígenes de la violencia y sus casos específicos en la contemporaneidad.

Anotaciones sobre el modelo patriarcal-colonial de feminidad y maternidad

A lo largo del desarrollo de las teorías feministas y los estudios de género, la cuestión del mandato de la maternidad sobre las mujeres ha sido ampliamente debatida y criticada. Numerosas autoras —a través de arduos estudios— han señalado cómo los cuerpos sexuados como femeninos históricamente han sido socializados, politizados y mercantilizados como inherentemente reproductores: cuerpos-máquina que reproducen seres humanos, que pueden ser intervenidos y administrados, que existen para satisfacer los deseos de un sistema hegemónico

patriarcal, heteronormado, colonial y capitalista. Rita Segato (2016) ha hablado sobre los cuerpos de las mujeres como territorio y rebaño que es administrado por el biopoder del Estado a través de políticas del cuerpo; Angela Davis (1981) ha expuesto cómo el sistema capitalista explota los cuerpos de las mujeres negras a la vez que los deshumaniza y des feminiza; mientras Elsa Dorlin (2020) ha realizado una exhaustiva genealogía sexual y colonial en torno a los cuerpos de las mujeres y la relación del nacimiento de la medicina moderna y el Estado nación con el control de la reproducción por medio de la invención de un modelo de maternidad misógino y racista. Las voces de estas mujeres (haciendo eco con muchas otras), de diferentes épocas, latitudes y etnicidades, forman parte de una discusión en torno al significado de la feminidad y la maternidad: ¿qué es una mujer?, ¿ser mujer es imperativo de ser madre?, ¿nuestros cuerpos son importantes cuando no reproducen? Responder estas preguntas resulta indispensable para abordar problemas contemporáneos que involucran directamente nuestra corporalidad, salud, autonomía, sexualidad y reproducción.

En nuestro contexto mexicano, la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes, especialmente por nuestro derecho al aborto seguro y gratuito, ha sido cubierta ampliamente en diversos ámbitos, desde lo jurídico, lo académico y, más que nada, lo colectivo. Las mujeres y personas con capacidad de gestar tenemos autonomía sobre nuestro cuerpo, eso es evidente. Históricamente hemos conocido diversas formas para gestionar nuestra reproducción, desde métodos anticonceptivos hasta abortos inducidos fuera de una institución médica (cabe señalar que dichas formas nacieron de los saberes comunitarios). Sin embargo, esa autonomía también ha sido vigilada, controlada y censurada por los sistemas que nos oprimen. La lucha por los derechos sexuales y reproductivos es una lucha por la autonomía de nuestros cuerpos, es una lucha por separar nuestra sexualidad y reproducción de los intereses políticos y económicos del Estado. El poder y control de decidir sobre cuándo, cómo, dónde y cuántos hijos o hijas tener es un derecho que a las mujeres y personas gestantes nos ha costado mucho trabajo —y nuestras vidas— defender, porque siempre ha sido nuestro pero castigado. Esta lucha es histórica, política, económica, filosófica y espiritual. Se basa en el cuestionamiento y confrontación de un sistema heteropatriarcal, colonial y capitalista que vigila, administra y controla las sexualidades, la reproducción y, fundamentalmente, la autonomía corporal (una autonomía *acompañada*).

En el caso de las mujeres, esta lucha sexual y reproductiva se encuentra estrechamente relacionada con la resignificación de la maternidad: ya no es un mandato ni un destino ni una obligación, sino un deseo y una decisión consciente e informada. Nuestras vulvas, úteros y cuerpos no existen porque tengan una función; existen por sí mismos. Sin embargo, esta lucha no es la misma para todas nosotras, pues, si bien el heteropatriarcado se ha encargado de escribir una narrativa sobre los cuerpos femeninos como cuerpos que valen porque reproducen y cuidan abnegadamente, estos cuerpos también son atravesados por otros sistemas de opresión, ya sea el colonialismo, la heteronormatividad, la gordofobia, el capacitismo o las clases sociales. Estos sistemas se “imbrican” (como lo expresaría Patricia Hill Collins), a veces no todos al mismo tiempo, y a veces, sí.

Continuando con la resignificación de la maternidad, es fundamental recordar que la maternidad no es algo inamovible, universal ni unidimensional. Tanto *maternidad* como *madre* son palabras cuyos significados varían dependiendo del tiempo y el espacio: a veces ser (o la posibilidad de ser) madre es algo sagrado, a veces es un castigo, a veces es un mandato y a veces es algo prohibido; la ramificación de estos destinos está enraizada en la interacción de los sistemas de opresión. Consecuentemente, en el actual sistema (hegemónico) político, económico y simbólico existe un modelo de la *Madre* que contiene numerosos y dicotómicos valores heteropatriarcales, coloniales y capitalistas (Dorlin, 2020; Davis, 1981; Roberts, 1997). En este sistema la madre ideal o buena es una madre blanca que cuida a sus hijos y los ama incondicionalmente, es una madre pura y entregada que criará a los futuros ciudadanos y trabajadores que traerán prosperidad y progreso a la nación. En cambio, las madres *no-blancas* son las malas madres, aquellas que no saben cuidar a sus hijos, las que no demuestran cariño, las que no deberían haber tenido hijos porque serían quienes carguen con la decadencia y potencial degeneración de la sociedad; aquellas irresponsables que traen más crías al mundo sin ser capaces de financiarlas y que costarán altamente a los bolsillos del Estado y los contribuyentes (Roberts, 1997; Dorlin, 2020; Washington, 2006). Este discurso dicotómico sobre las cualidades buenas y malas de las madres sería construido en un momento en la historia en el que el control de la natalidad es una cuestión radicalmente biopolítica.

Entre los siglos XVII y XIX, durante el nacimiento de la medicina moderna, los intelectuales de la época desarrollaron discursos que transformarían a los cuerpos femeninos en máquinas reproductoras, en una propiedad del Estado que podía ser administrada (Dorlin, 2020; Federici, 2019). Estos discursos serían

acompañados de acciones de ultraviolencia: la fase última de la *caza de brujas* (que derivaría en la persecución, represión y exterminio fallido de las mujeres sanadoras con conocimientos comunitarios sobre la salud sexual), la colonización y saqueo de los territorios de América y África, así como el sistema esclavista. En ese momento de la historia, los intelectuales y médicos pertenecientes a las tradiciones de la ilustración y el positivismo se encargaron de escribir tratados médicos y jurídicos que atarían de manos a la autonomía sexual, la sexualidad y reproducción, las cuales serían hasta la fecha vigiladas y controladas por el Estado y las instituciones médicas (Dorlin, 2020; Foucault, 1977). Dichas instituciones serían las encargadas de administrar la vida y la muerte (Foucault, 1977; Mbembe, 2011): decid en quiénes merecen nacer, quienes deben morir y quienes ni siquiera tendrán la posibilidad de existir.

Estas medidas *bio* y *necropolíticas* serían conducidas a través de paradigmas patriarcales, heteronormados, racistas y capacitistas, cuya materialidad se encontraría en aparatos específicos del Estado —educación, Ejército, instituciones de salud— (Foucault, 1977; Mbembe, 2011), los cuales se verían reflejados a principios del siglo XX en los movimientos eugenésicos y de la planificación familiar a lo largo y ancho del continente americano (Roberts, 1997; Davis, 1981). En ese contexto, se difundiría propaganda dirigida hacia las familias empobrecidas, campesinas, trabajadoras y racializadas sobre la importancia de reducir el tamaño de las familias para mejorar la calidad de vida y reducir la pobreza. Sin embargo, resulta importante señalar que la autonomía sexual y reproductiva pertenece —y siempre ha pertenecido— a los individuos; la propaganda sobre la planificación familiar es obra del Estado y sus políticas de salud pública (Davis, 1981; Menéndez, 2006; Ordorica-Mellado, 2014). Dorothy Roberts (1997), en *Killing the black body*, realizó una aguda investigación sobre las políticas que regulan la natalidad y mortalidad de la comunidad negra en Estados Unidos. Roberts argumenta que la comunidad afroamericana históricamente ha contado con los medios e información para gestionar por sí misma la natalidad; sin embargo, el movimiento de planificación familiar (que inició como un movimiento en pro de la autonomía sexual de las mujeres trabajadoras blancas y racializadas), tras ser influenciado por las teorías eugenésicas, se transformaría en un discurso de odio y discriminación hacia las familias racializadas, trabajadoras, empobrecidas y migrantes. Más allá del discurso, esto condujo a la construcción de un sistema de salud enfocado en vigilar y controlar la sexualidad y reproducción de dicha parte de la población.

Las políticas de planificación familiar estadounidense tuvieron una influencia directa en el sistema público de salud mexicano, en el que a principios del siglo XX se fundarían organizaciones de *higiene social*, como lo mencionan Laura Suárez y López-Guazo y Rosaura Ruiz Gutiérrez en su artículo “Eugenesia y medicina social en el México posrevolucionario” (2009):

En 1929 se fundó en la ciudad de México la Sociedad Mexicana de Puericultura, con una sección especial de eugenesia dedicada específicamente a la herencia, enfermedades relacionadas con la reproducción, sexualidad infantil, educación sexual y control de la natalidad; de ella surgen los promotores de la eugenesia en nuestro país. (pp. 82-83)

Además, en 1931 se fundó la Sociedad Mexicana de Eugenesia para el Mejoramiento de la Raza por los médicos eugenistas Alfredo Correa y Alfredo Saavedra (Suárez y López-Guazo, 2009). Estas instituciones de principios del siglo XX jugarían un papel fundamental en lo que se transformaría en nuestro actual sistema de salud pública en México. Si bien actualmente los discursos sobre la inferioridad de las razas suenan retrógrados, en el sistema de salud mexicano continúan los rastros de aquella política pública que abogaba por la reducción de ciertos estratos sociales, grupos étnicos o corporalidades, ya no bajo la consigna de llevar a la nación al triunfo, sino para “reducir la pobreza”.

Eventualmente los discursos eugenésicos fueron calificados como pseudociencia, además de que las instituciones católicas en México se opusieron también a este movimiento —específicamente contra la frenología— bajo el argumento de que solo Dios puede determinar las cualidades de bondad y maldad de una persona (Velázquez Delgado y Jacinto, 2019). Esto no implica que los discursos del racismo científico hayan quedado como un vergonzoso pasado en la historia intelectual de México; los vestigios de dichos discursos permanecen, están activos y son uno de los factores que influyen en el impedimento del acceso a la salud, al cuidado y a una atención médica respetuosa para las personas racializadas, trabajadoras, campesinas, migrantes, privadas de su libertad y empobrecidas. Sin embargo, identificar y señalar con certeza los factores de discriminación étnico-racial en estos casos resulta difícil, pues en México impera el discurso del mestizaje, que invisibiliza la segregación y marginalización de las comunidades negra e indígena. El hecho de que el núcleo de la identidad mexicana hegemónica sea el supuesto de que *todes les mexicanes somos mestizes*

(lo cual cancela la existencia de una diferenciación étnico-racial) ha llevado a una noción de identidad mexicana que patrocina la igualdad de todos por tener los mismos orígenes étnicos.

Jorge Gómez Izquierdo y María Eugenia Sánchez Díaz de Rivera, en su libro *La ideología mestizante, el Guadalupanismo y sus repercusiones sociales* (2012), realizan un análisis historiográfico de la genealogía de la identidad mexicana, que se remonta al sistema de castas y avanza hasta la crisis identitaria contemporánea, tomando como referencia al movimiento zapatista. Los autores describen la construcción de identidades nacionales como una forma de integrar al individuo en un colectivo nacional para abrirle paso a la expansión del sistema industrial; en el caso de México, la identidad nacional contemporánea surge en un contexto en el que se implementaron políticas eugenésicas en las que se consolidaron:

Estructuras que vinculan higiene mental, regeneración social, criminalidad, indigenismo y eugenesia [...]. El racismo de Estado se reforzó durante la Revolución mexicana con la eugenesia, todo influyó en la conformación de la nueva identidad mestiza nacional-revolucionaria [...]. A través de las ideas de la eugenesia, el color, el género y la raza fueron atados a las políticas de identidad nacional [...]. El culto al mestizo, con provenir de una añeja tradición, alcanzaba en el régimen revolucionario el estatuto de ideología oficial del Estado. El mestizo se convirtió en el símbolo ideológico del nuevo régimen. (pp. 77-79)

Desde principios del siglo XX, la *ideología mestizante* —como la nombran Gómez Izquierdo y Sánchez Díaz de Rivera— se transformó en un discurso nacionalista que obedecía a los intereses de las clases políticas y económicas dominantes. Las políticas eugenistas que se implementaron se encontraron en todos los ámbitos, desde lo ideológico en el sistema de educación, hasta lo biopolítico en las instituciones de salud, dentro de los hospitales y centros de salud mental (Gómez Izquierdo y Sánchez Díaz de Rivera, 2012; Velázquez Delgado, 2019). La idea del mestizo es problemática; si bien a primera vista se vende como un símbolo nacional que representa la igualdad y fraternidad, desde un lente crítico salen a la luz deudas históricas con diferentes comunidades que han sido sistemáticamente segregadas y desatendidas. Claro ejemplo de esto son la comunidad negra y los pueblos originarios que habitan México, que nos enfrentamos al racismo estructural, médico y ambiental, así como a la violencia policial y patriarcal, entre otras tantas de las que nos defendemos en nuestro

día a día. Sí, aunque el *orgullo mexa* es mestizo, esta ideología es una traba que dificulta la visibilización de problemas históricos estrechamente relacionados con el racismo. Ahora bien, al hablar de manera estricta sobre mujeres racializadas, derechos sexuales y reproductivos, derecho al cuidado y derechos humanos, considerar el factor de la discriminación racial en México resulta primordial.

¿De qué manera se entrelazan el racismo, los derechos sexuales y reproductivos y el derecho al cuidado? En las siguientes páginas se realizarán diversas reflexiones en torno a la violencia patriarcal, racista y clasista en el sistema público de salud, que repercute en los derechos humanos de las personas racializadas en México, especialmente de las mujeres miembros de la comunidad afrodescendiente, indígena y migrante.

Mujeres, racialización y acceso a la salud pública: anotaciones historiográficas en torno a la salud sexual y reproductiva

Los sistemas de seguridad social existen con la finalidad de garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de la ciudadanía y de la clase trabajadora en la que interviene directamente el Estado como benefactor-proveedor. Donovan Casas Patiño y Alejandra Rodríguez Torres, en su artículo *La caída de la Seguridad Social en México: caso IMSS (2014)*, realizan un breve recorrido sobre los orígenes de la seguridad social como concepto y práctica. Exponen que tiene sus orígenes a finales del siglo XVIII, cuando fue:

generada por una idea moderna del papel que debería jugar el Estado-Nación respecto a la cantidad de personas que trabajaban sin protección social, además de que la esperanza de vida se acortaba, existiendo aumento en riesgos de trabajo, muerte laboral alta, condiciones de vida atroces; aunado a esto, la industrialización y la transformación de la fuerza de trabajo —y como factor condicionante de este cambio social, el capitalismo— generaron tensas relaciones entre trabajadores y patrones. (p. 86)

Además, la seguridad social surgió de un pensamiento simultáneamente capitalista y socialista, en el que se reconoce a la clase trabajadora como parte de la sociedad y sujeta de derechos que deberían ser resguardados y regulados por el Estado, abarcando diferentes rubros: salud, trabajo, vivienda y una vejez digna, esto, con el interés de continuar reproduciendo la población económica activa dentro del sistema económico hegemónico (en el caso actual, se trata de un sistema capitalista-neoliberal); de esta manera, la seguridad social no

existe por fines altruistas del Estado, sino con un interés político, económico y social (Casas Patiño y Rodríguez Torres, 2014, pp. 86-88). Ahora, refiriéndose específicamente a la historia de la seguridad social y la salud pública en México, puede rastrearse el origen de una de las instituciones más grandes e importantes del país: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que fue fundado durante el gobierno del presidente Manuel Ávila Camacho un 19 de enero de 1943 y se originó como un “organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propio para administrarlo y organizarlo” (CNDH, 2024). Dieciséis años después, el 30 de diciembre de 1959, durante el gobierno de Adolfo López Mateos, sería promulgada la Ley del ISSTE en el Diario Oficial de la Federación, que entraría en vigor el 1° de enero de 1960. El instituto de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE) “surgió para atender a los empleados públicos, burócratas y maestros prestadores de servicios y sus familias en toda la República” (ISSTE, 2020). Tanto el IMSS como el ISSTE son los gigantes de la salud pública mexicana, ya que solo entre los dos acumulan al 62.1% de la población con acceso a servicios médicos, de acuerdo con la interpretación de los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el Censo de Población y Vivienda 2020. Con las décadas se fueron añadiendo y sustrayendo otras instituciones estatales para atender las necesidades de salud de la población; hoy nos encontramos con INSABI o Seguro popular, PEMEX, Secretaría de la Defensa Nacional (SDN), la Secretaría de Marina (SM) y el IMSS Bienestar.

De acuerdo con los últimos datos disponibles hasta el día de hoy del Censo 2020 llevado a cabo por el INEGI, el 97.6% de la población mexicana —con acceso a atención médica— es derechohabiente de los servicios de salud administrados por el Estado: IMSS, con 47 245 909 usuarios (51%); INSABI o Seguro popular, con 32 842 765 usuarios (35.5%); ISSSTE o ISSSTE estatal, con 8 206 698 usuarios (8.8%); PEMEX, SDN o SM, con 1 192 255 usuarios (1.3%), y el IMSS Bienestar, con 958 787 usuarios (1%), sumando un total de 33 801 552 personas con afiliación a servicios de salud por parte del sistema de seguridad social.

Es de suma importancia considerar que este 97.6% es relativo a la población con acceso a servicios de salud; los porcentajes restantes corresponden a “Otras instituciones”, con 1 149 542 usuarios (1.2%), e “Instituciones privadas”, con 2 615 213 (2.8%). Considerando a las instituciones estatales, se llega a la suma de 92 582 812 personas con acceso a cualquier tipo de servicios de

salud. Ahora bien, en el año 2020, cuando se obtuvieron dichas estadísticas, la población total de México era de 126 014 024 personas, de lo que se puede inferir que aproximadamente el 26.5% de la población en México no tenía ningún tipo de acceso a atención médica (profesional/institucional), es decir, 33 431 212 personas.

Con los años, estos números han empeorado y cada vez menos personas pueden acceder a la atención médica. En un artículo de Patricia López Suárez en la Gaceta UNAM, citando a José Nabor Cruz Marcelo, secretario ejecutivo del Coneval, se expone que el “porcentaje de personas con carencia de acceso a los servicios de salud pasó del 16.2 a 39.2 % entre 2018 y 2022, lo cual representa un cambio de 20.1 a 50.4 millones de personas en esa situación” (2023, párr. 6). Matizar la información resulta clave cuando los datos duros son desesperanzadores. Al hablar de atención médica y servicios de salud existe un subtexto relativo a la academia, la universidad, la institucionalidad y el conocimiento profesional, que corresponde a los referidos servicios médicos/de salud. Sin embargo, es esencial recordar que existen técnicas y conocimientos comunitarios de autocuidado. En estas estadísticas hace falta añadir preguntas sobre cómo conservan su salud aquellas personas que no tienen acceso, o tal vez no desean acceder, a la atención médica institucional/profesional (ya sea pública o privada), ya que los conocimientos alternativos para conservar la salud (como la herbolaria, la botánica, la partería, entre otros) están vigentes y juegan roles importantes dentro de numerosas comunidades en México, especialmente en la comunidad afrodescendiente y los pueblos originarios.

Con las estadísticas y datos presentados que confirman la enorme presencia y relevancia del sistema público de salud en México, responsable de cuidar y conservar la salud de la mayor parte de la población mexicana, además, considerando que el sistema de salud pública en México, específicamente la fundación del seguro social, surgió en un momento histórico que buscaba el acceso a una atención médica para la clase trabajadora y mejorar su calidad de vida, no cabe duda de que la realidad no puede ser más diferente, antagónica e irónicamente diferente. Actualmente, es un hecho que existe una sensación general de desconfianza hacia el seguro social y su atención médica por diversos factores: corrupción, falta de financiamiento, sobredemanda de servicios, falta de personal médico, síndrome de desgaste en profesionales de la salud, irregularidades en el sistema de prestaciones, decadentes y desactualizadas infraestructuras y equipamiento, falta de medicamentos, así como malas praxis

médicas ocasionales² (Cota, 2024; Romero-González et al, 2021; Badillo, 2021; Ramírez Alcántara y Torres Sánchez, 2021; Casas Patiño y Rodríguez Torres, 2014; Sánchez Castañeda, 2012). Sin embargo, algunas de estas problemáticas, especialmente la cuestión de la sobredemanda y la mala praxis médica, en numerosas ocasiones se encuentran condicionadas por factores políticos, económicos e ideológicos, como lo son el racismo, la misoginia y la clase social.

¿Por qué existimos personas —de cierto sexo/género, cierto color y cierta clase social— que no podemos acceder a una atención médica de calidad, respetuosa y digna? Harriet A. Washington en su investigación histórica y periodística *Medical Apartheid* (2006) explora el oscuro pasado de la investigación y práctica médica en la comunidad afro estadounidense, que en muchos aspectos hacen eco con la situación actual de México, pues muestra cómo el racismo tiene efectos directos en la conservación de la salud y bienestar de las personas racializadas. De manera curiosa, la autora hace la observación sobre cómo un hombre negro en una institución médica en Harlem, Nueva York (zona sumamente afectada por la segregación étnico-racial) sufre las mismas condiciones paupérrimas de alguien en un país del *tercer mundo*³, comparándolo con Bangladesh. Dicha comparación también podría aplicarse a México, ya que se han normalizado terriblemente la violencia y negligencia médica, especialmente en las instituciones médicas de salud pública.

Como se ha mencionado anteriormente, el origen de las leyes e instituciones de seguridad social en México data de principios del siglo XX. El objetivo de la seguridad social era velar por la seguridad, salud, vivienda y alimentación de la clase trabajadora, para así mejorar su calidad de vida y, por lo tanto, incrementar la natalidad y continuar reproduciendo a la población económicamente activa. Desde una perspectiva histórica, sociológica, antropológica y filosófica, la intervención

2 Recomiendo ampliamente consultar las recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) al IMSS y al ISSTE por numerosos y específicos casos de negligencia médica relacionados con la violación de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, así como derecho al cuidado.

3 La expresión de tercer mundo deja en evidencia la perspectiva de una mujer que habita el norte global. A pesar de que Washington es una académica afro americana consciente de la discriminación, violencia y segregación racista en Estados Unidos, no puede evitar un punto de vista en el que el sur global es un lugar *subdesarrollado*, un *tercer mundo*, aun cuando estas condiciones son consecuencia de una larga historia de colonización, expropiación, saqueamiento e intervención por parte del norte global sobre nuestros territorios, a lo que se suman las malas administraciones, corrupción y ultraviolencia.

del Estado en la natalidad y mortalidad está relacionada con dinámicas de biopolítica, *biopoder* y *necropolítica* —conceptos propuestos por Michel Foucault y Achille Mbembe—, las cuales, en términos generales, se materializan en medidas económicas y políticas para administrar la vida y la muerte de la población, por medio de la vigilancia y control del cuerpo-mente, especialmente de la sexualidad y la reproducción; de esta manera, las instituciones encargadas de dichas medidas de control son las instituciones de atención médica (incluyendo centros de salud mental), carcelarias, educativas, entre otras (Foucault, 1977; Mbembe, 2011; Castro y Erviti, 2015). Con relación a la salud pública en México y el asunto del control y vigilancia de los cuerpos, particularmente en términos de sexualidad y reproducción, son muy evidentes en los casos de violencia ginecobstétrica y, especialmente, anticoncepción forzada, ya que en ambos no solamente entran en juego las dinámicas *bio* y *necropolíticas*, sino que estas se imbrican con otros sistemas de opresión, los ya mencionados colonialismo, heteropatriarcado, gordofobia y capacitismo, así como el capitalismo/imperialismo.

Diversas instituciones y colectivos como la CNDH, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) y Con Ovarios MX definen a la violencia ginecobstétrica como prácticas violentas por parte del personal médico contra las mujeres y personas con capacidad de gestar que pueden consistir en agresiones psicológicas (expresiones denigrantes, humillantes, intimidantes y deshumanizantes; gritos; falta de información oportuna; manipulación, presión y/o engaños para la toma de decisiones; ignorar el malestar de las personas parturientas) y físicas (no respeto de los tiempos del parto, administración innecesaria de medicamentos, cesáreas innecesarias, anticoncepción forzada, pellizcos, tactos sin informar) durante la gestación, parto y/o puerperio, lo cual es una directa violación de los derechos sexuales y reproductivos, el derecho al cuidado, el derecho a la libertad y autonomía reproductiva y, de forma integral, una violación de los derechos humanos. En la investigación que precede a este artículo se reflexiona sobre cómo la violencia ginecobstétrica no se trata de eventos aleatorios, ni de servicios de salud de mala calidad, sino de un problema estructural que tiene sus orígenes en el mero nacimiento de la medicina moderna durante la época de la ilustración, en la que sucedió una “masculinización del conocimiento” que derivó en una mirada patriarcal y colonial sobre los cuerpos denominados femeninos (Aparicio Saavedra, 2023; Dorlin, 2020). Este sistema concibe a los cuerpos de las mujeres como cuerpos-máquina, a la vez que coloca a las mujeres como sujetos de estudio, como un cuerpo sin poder de decisión ni sentimiento.

¿Cómo se entrelaza la discusión sobre racismo, salud pública y violencia ginecobstétrica? Un factor que resulta indispensable discutir es la reificación de los cuerpos femeninos como propiedad, máquina reproductora, rebaño y territorio (Dorlin, 2020; Federici, 2019; Segato, 2016). En la investigación que precede e inspira este artículo, se explora la cuestión de la reificación histórica de los cuerpos sexuados femeninos, consistente en la concepción de nuestros cuerpos vivos y sintientes como objetos-mercancías; a partir del siglo XVII —con el nacimiento de las repúblicas y democracias modernas— comenzaron a concebirse como cuerpos-maquinarias que pueden ser intervenidos y administrados por parte de las instituciones médicas y estatales. Este control se enfocó especialmente en la salud sexual y reproductiva, y fue posible ya que simultáneamente comenzó a establecerse el rol regulador del Estado en torno a las dinámicas de natalidad y mortalidad de la población a través de políticas públicas (Aparicio Saavedra, 2023). Esta reificación histórica de los cuerpos de las mujeres se vería atravesada por paradigmas coloniales que se enraizarían en el modelo de feminidad moderno, el cual fundamentalmente liga a la maternidad con el *ser mujer*. Pero esta maternidad sería racializante: la maternidad deseable sería (y es) aquella maternidad blanca-enriquecida, mientras que la maternidad racializada-empobrecida sería (y es) la indeseable, la que no debería existir, porque, en este modelo moderno (blanco y capitalista) de feminidad que idealiza y racializa la maternidad, las mujeres racializadas no deberíamos tener hijos —porque no sabemos ni podemos cuidar a nuestros hijos—, pero si cuidar a los hijos de otros, porque al final, en este sistema patriarcal-colonial-capitalista, las corporalidades feminizadas y racializadas históricamente han sido forzadas a la explotación sexual y laboral.

Además, fue durante este momento de la historia (entre los siglos XVII y XIX) cuando convergieron diferentes incidentes que jugaron un papel fundamental en la construcción del modelo de feminidad: la expulsión de las mujeres sanadoras de los trabajos de curación-cuidado de los otros junto con el robo de sus saberes ancestrales y comunitarios, la creación de las academias de medicina (espacios hegemónicamente masculinos, blancos y burgueses), el nacimiento de los Estados nación en diversos países europeos y los territorios que fueron colonizados por ellos y la instauración de un sistema esclavista contra los territorios de África y Abya Yala (Dorlin, 2020; Federici, 2019). Para realizar un análisis profundo que permita entender las causas de la violencia ginecobstétrica no basta con llevar a cabo medidas jurídicas y punitivistas contra el personal que ejerce estas violencias ni con hacer informes de casos recientes.

Se necesita hacer un análisis histórico sobre el origen de la medicina moderna —como disciplina e institución— para dimensionar que la violencia ginecoobstétrica no es solamente un problema de derechos humanos, sino también un problema estructural que va más allá de prácticas médicas autoritarias, violentas y negligentes. Es un problema estructural del sistema de salud moderno, cuyos cimientos datan de más de 400 años y que se sustentan de ideologías y políticas patriarcales, racistas, capacitistas e imperialistas, y, que a la vez, interactúan con la cuestión de los cuerpos sexuados (como femeninos), reificados (como máquina-objeto-propiedad) y racializados, cuyas consecuencias son vigentes en nuestro actual sistema de salud en México, en el que el acceso a este y el nivel de trato respetuoso, digno y eficiente se ve condicionado por los factores de género, raza y clase.

Ahora bien, ya que se ha reflexionado brevemente sobre la construcción de los cuerpos sexuados femeninos y racializados en los discursos médicos de los siglos XVII-XIX, resulta necesario situar los orígenes en los casos contemporáneos. Dorothy Roberts en *Killing the black body* (1997) y Harriet A. Washington en *Medical Apartheid* (2006) realizaron amplias y rigurosas investigaciones en torno al problema del racismo y el sistema médico en Estados Unidos, donde encontraron que quienes tienen menos acceso, menor calidad en la atención y que mueren más son las personas racializadas, negras, latinas, nativas americanas y migrantes. Por ejemplo, Washington expone que a las personas negras se les diagnostica de manera tardía enfermedades mortales. En el caso de las mujeres, entre las enfermedades que no son detectadas a tiempo o son mal diagnosticadas, se encuentra el cáncer de mama:

Una mujer negra tiene 2.2 veces más probabilidades de morir de cáncer de mama que una mujer blanca. Las mujeres negras se han sometido a mastografías en la misma proporción que las mujeres blancas, pero tienen más probabilidades de recibir resultados de peor calidad, los cuales pueden no detectar un cáncer a tiempo para una cura. Una mujer negra también tiene más probabilidad de desarrollar cáncer antes de los 40 años, demasiado temprano para la edad recomendada para realizar mastografías, y las mujeres negras son diagnosticadas en etapas más avanzadas en comparación de las pacientes de cáncer de mama hispanas y blancas. Les pacientes negres de cáncer de mama tienen peores pronósticos generales, y un peor pronóstico en cada etapa. (2006, p. 4)

Además, Washington expone que los hombres negros tienen probabilidades más altas de padecer y morir de cáncer de próstata y pulmón, y que, en general, la población negra tiene un 50% más probabilidades de padecer enfermedades del corazón que la población blanca. Igualmente, las personas afroamericanas mueren más por infartos que las blancas y tienen más probabilidades de padecer enfermedades serias del hígado y recibir tratamientos insuficientes. Esto se extiende a la atención de enfermedades de transmisión sexual, especialmente el tratamiento del VIH, y hasta las enfermedades mentales: “las mujeres negras sufren las mayores estadísticas de estrés y depresión en el país, y las estadísticas de suicidio se dispararon en un 200 por ciento entre los hombres jóvenes negros en los últimos 20 años” (2006, p. 5). Estas cifras no se quedan estáticas únicamente entre la comunidad afroamericana, sino que tienen dinámicas muy similares entre la comunidad latina y migrante. Cabe señalar que estas cifras datan de principios de los años 2000 en Estados Unidos y es pertinente tomarlas con reserva, pero resultan sumamente valiosas ya que demuestran la existencia explícita de los efectos de la discriminación racial en el sistema de salud estadounidense: estadísticamente las personas racializadas enferman y mueren más, y esto no tiene que ver con cuestiones biológicas, sino con problemas estructurales de orden político y económico.

En México hacen falta muchos censos y estadísticas con perspectiva antirracista y de género para visibilizar la relación entre el acceso y calidad de la atención médica y el racismo. Por ejemplo, en este país, “en 2020, el cáncer de mama fue la enfermedad más frecuente (15.3%) y la primera causa de muerte en mujeres” (Martínez Sánchez y Medrano Guzmán, 2022, párr. 2), pero ¿quiénes son las mujeres que mueren?, ¿en qué condiciones socio económicas se encontraban?, ¿tuvieron una detección oportuna?, ¿recibieron un tratamiento eficiente y de calidad?, ¿perteneían a determinados grupos que históricamente han sido discriminados, segregados y marginalizados tanto política como social y económicamente?, ¿en dónde y cómo vivían? En el informe Cáncer y Desigualdades en México publicado en el año 2020, los autores realizan numerosas anotaciones en torno a la incidencia y mortalidad de los casos de cáncer (cuatro tipos específicamente: cérvico-uterino, de pulmón, de mama y próstata) en México, tomando en cuenta factores de riesgo sociales e individuales, en las que señalan que:

Si bien hay factores de riesgo asociados con hábitos no saludables elegidos de manera libre por los individuos, también influyen condiciones sociales que las personas no eligen. Se trata sobre todo de las personas cuyas vulnerabilidades disminuyen su capacidad para prevenir el cáncer y para identificarlo tempranamente: viven en hacinamiento, cocinan con estufas de leña, carecen de espacios para la actividad física, no disponen de los recursos y la información necesarios para nutrirse de manera adecuada, entre otras. La posibilidad de buscar y conseguir atención contra el cáncer es también menor para quienes viven con bajos ingresos porque, en general, carecen de seguridad social o viven en regiones donde falta personal y equipo médico especializados. Una de las dimensiones más importantes del fenómeno del cáncer, en suma, es su relación estrecha y compleja con las desigualdades sociales. (Flamand Gómez, Moreno Jaimes y Arraiga Carrasco, 2020, p. 9)

Les autores exponen que entre los factores individuales de riesgo para el padecimiento del cáncer en México se encuentran principalmente el sobrepeso, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo y el sedentarismo —aunque cabe señalar que estas variables poco saludables tampoco son completamente individuales, ya que también existen factores sociales, culturales y biológicos/genéticos (como en los casos de sobrepeso y obesidad) que influyen en ellas—. Sin embargo, el problema de la *desigualdad* es sustancial en cuanto a la incidencia y mortalidad en los padecimientos de cáncer, pues esta condiciona no solamente la toma de decisiones de las personas, sino también el acceso, calidad y eficacia de los tratamientos. Ahondando en la perspectiva de género de este artículo, puedo tomar de ejemplo los casos de atención de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mamá de mujeres mexicanas, en los cuales se evidencian situaciones de desigualdad:

- Mujeres de zonas rurales tienen tres veces más riesgo de morir que las de zonas urbanas.
- Factores ideológicos y culturales alrededor de las infecciones de transmisión sexual profundizan las desigualdades.
- Dificultades de acceso a diagnóstico oportuno se traducen en tratamiento tardío.

- El tratamiento se enfrenta a limitaciones de acceso y mala distribución de recursos, como especialistas (cirujanos oncólogos, por ejemplo) y máquinas de radiación de haz externo y braquiterapia.
- Altos costos de terapias más avanzadas; las tasas de supervivencia por cáncer de mama son generalmente más bajas en países menos desarrollados debido a falta de detección temprana y de servicios de diagnóstico y tratamiento.
- Los estados con mayores grados de marginación son los que tienen mayores tasas de mortalidad.
- Por cada millón de habitantes, México dispone de 9.7 mastógrafos, 2.27 equipos de radioterapia y 4.4 oncólogos certificados, la tasa más baja de los países en la OCDE. (Flamand Gómez, Moreno Jaimes y Arraiga Carrasco, 2020, pp. 20-22)

Si bien estas estadísticas son valiosas e iluminan en torno a la relación entre desigualdad y acceso a la salud, especialmente para las mujeres mexicanas con casos de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama —que entran en el campo de salud sexual y derechos sexuales y reproductivos—, es evidente la necesidad de enriquecer estos informes, ya raros en su tipo, con una perspectiva antirracista, de género y de clase a través de preguntas como: ¿quiénes son aquellas mujeres que viven en zonas rurales y que tienen tres veces más riesgo de fallecer por cáncer cérvico-uterino?; ¿cuál es la relación de las limitaciones de acceso y mala distribución de recursos con la discriminación de género, raza y clase?; ¿quiénes son las mujeres que pueden pagar los altos costos de terapias más avanzadas y que logran sobrevivir al cáncer de mama en las sociedades con más desigualdad socio económica (en las que los factores de discriminación racial son imperantes)?; ¿quiénes son las mujeres que viven en marginación, que no pueden acceder ni costear sus tratamientos y que constituyen aquellas tasas de mayor mortalidad? ¿Por qué un país tan misógino (cuyas políticas de salud pública no muestran interés en la salud sexual ni en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres) tiene la tasa más baja de disposición de equipos para atender el cáncer y detectar concretamente el cáncer de mama? A través de estos cuestionamientos se puede intuir cómo el problema de la racialización, como lo expuso Washington, afecta directamente el acceso y la calidad de la atención médica.

Otro ángulo que se analizará es la cuestión de la vigilancia y control de la reproducción de las mujeres racializadas, así como el castigo simultáneo de su maternidad; son los casos de la violencia ginecobstétrica y la anticoncepción forzada. Si bien antes se reflexionó brevemente sobre la relación de la segregación étnico-racial y socio económica con el acceso a la atención médica, especialmente en los casos de cáncer de mama y cérvico-uterino, también existe un factor de raza y clase que impacta la manera en que las mujeres parimos y nos reproducimos. Para esto, me basaré en el trabajo de la pensadora afro estadounidense Dorothy Roberts, quien enfoca su investigación completamente en el poder del Estado sobre la reproducción, natalidad y mortalidad de la comunidad negra en Estados Unidos a través del control y vigilancia de los cuerpos de las mujeres negras, latinas y migrantes, por medio de la esterilización y la anticoncepción forzada. La autora realiza una crítica al enfoque feminista que se le da al género y la identificación de la dominación masculina como el origen de la represión reproductiva, la cual deja de lado el papel importante del racismo en moldear nuestro entendimiento de la libertad reproductiva y el grado de libertad que las mujeres realmente tenemos. El patriarcado y la dominación masculina no son los únicos que reprimen la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres; también lo hace el racismo (inherentemente entrelazado con la desigualdad socioeconómica). No todas las mujeres tenemos el mismo nivel de libertad, pues la opresión colonial ha influenciado en las nociones generales de la autonomía reproductiva.

En el capítulo dos, “The dark side of birth control”, de *Killing the black body*, Roberts (1997) hace un recuento sobre el origen del movimiento del control de natalidad y planificación familiar en Estados Unidos, que tuvo una enorme influencia en cuestiones de política pública. La mujer que acuñaría por primera vez el término *birth control* (“control de natalidad”) sería Margaret Sanger, quien dedicó su vida a la lucha por el derecho de las mujeres a ejercer la anticoncepción navegando a contracorriente de las leyes de la época (la segunda década de 1900), las normas sociales y la iglesia católica. En 1921 fundó la *American Birth Control League* (Liga Estadounidense de Control de Natalidad), que para 1939 se transformaría —junto con otros grupos— en la *Birth Control Federation of America* (Federación Estadounidense de Control de Natalidad), la cual fue en su tiempo la organización líder de derechos reproductivos en Estados Unidos (Roberts, 1997, p. 57). La defensa de Sanger del control de natalidad y los derechos reproductivos de las mujeres era explícitamente feminista y socialista (Roberts, 1997; Davis, 1981); creía en la emancipación de las mujeres y que el

acceso a la planificación familiar les permitiría expresar libremente su sexualidad sin miedo al embarazo; además, buscaba independizar al placer sexual femenino de los valores conservadores de la época, es decir, maternidad, matrimonio y una moral puritana (Roberts, 1997, p. 57). Sin embargo, el movimiento encabezado por Sanger pronto tomo un camino más oscuro, ya que después de 1918 la retórica en torno al control de natalidad tendría menos tintes feministas y más inclinados hacia la eugenesia (Roberts, 1997; Davis, 1981), ideología que surgió a finales del siglo XIX y que defendía el mejoramiento de la raza humana administrando la reproducción de las personas, impulsando la reproducción de las personas con una supuesta superioridad en intelecto y belleza —de acuerdo con los cánones occidentales— y restringiendo la reproducción de aquellas personas de clases, razas y condiciones indeseables, cuyas crías traerían decadencia a las sociedades. Por ejemplo, personas racializadas, con discapacidad, con enfermedades mentales y recluidas en prisión o en centros psiquiátricos.

A pesar de que las teorías eugenésicas surgieron y tuvieron mayor auge en los países europeos y norteamericanos, en México también hubo intelectuales porfiristas influenciados por la eugenesia, como Francisco Pimentel y Francisco Bulnes, quienes argumentaban que el mexicano era inferior a la raza europea blanca y que, para mejorar racialmente al país, tendría que reproducirse con ellos, por lo que había que fomentar la inmigración europea a México. Adicionalmente, a través del poder ejecutivo, Porfirio Díaz llevaría a cabo medidas de exterminio contra mayas, otomíes y yaquis (Báez-Jorge, 1997, pp. 38-39). De esta manera, queda muy claro que la eugenesia no era más que ideologías y prácticas coloniales —escudadas bajo un discurso científico entintado de darwinismo social y teorías catastróficas maltusianas— que se justificaban así mismas como buscadoras del progreso y mejoramiento (racial) de la nación.

Influenciada por la ideología eugenésica, Sanger argumentó que el control de natalidad beneficiaría a los intereses de la nación, pues este no solamente promovía la salud y libertad de las mujeres, sino que también era fundamental para el mejoramiento racial de Estados Unidos. De esta manera, el vocabulario eugenista se entrelazó con las ideas de salud pública y bienestar nacional (Roberts, 1997, p. 72). En este contexto, en Estados Unidos se llevaron a cabo campañas de *planificación familiar* dirigidas especialmente hacia las comunidades negras, latinas, nativo americanas y migrantes, practicando esterilizaciones forzadas y otros métodos anticonceptivos (como el uso de Norplant, vacunas anticonceptivas y dispositivos intrauterinos) sin consentimiento y sin información previa, especialmente a partir de 1970.

Si bien Sanger en un inicio parecía estar motivada por un genuino deseo y preocupación por la salud de las madres jóvenes empobrecidas, debido a la influencia de las teorías eugenésicas, también fue difusora de sus postulados más peligrosos: por una parte, que los problemas sociales son causados por la reproducción de los más desventajados, y, por otra, que la procreación de estas personas debería impedirse. Cuando discursos como estos se reproducen en sociedades regidas por las jerarquías raciales —como en muchos territorios en el mundo—, la implementación de políticas para reducir la reproducción de las personas negras es predecible (Roberts, 1997, p. 81). Estas políticas de salud pública implementadas inicialmente en Estados Unidos serían exportadas a los territorios de América Latina. En el contexto mexicano, en la década de 1930 se fundaron instituciones dedicadas a la eugenesia, y si bien cuando finalizó la segunda guerra mundial los discursos eugenésicos perdieron valor, ya que su carga fascista era más que evidente, su influencia en el sistema de salud y políticas públicas continuaron vigentes tanto en Norteamérica como en Latinoamérica. A pesar de que los principios de *mejoramiento racial* e *higiene social* ya no eran considerados válidos, el papel regulador del Estado en el control de natalidad y su intervención directa en la reproducción de la población continúan vigentes en pleno siglo XXI, junto con sus medidas necropolíticas de limitar la natalidad de determinados grupos sociales.

Si hace unos momentos meditamos sobre el fundamento eugenésico de las compañías de planificación familiar implementadas por los Estados, cabe señalar que, a pesar de que actualmente son reprobables socialmente los discursos de tintes fascistas que buscan eliminar a comunidades específicas, aún continúan reproduciéndose políticas públicas que buscan intervenir directamente en la reproducción de la población, enfocándose especialmente en grupos marginados y con un acceso a la justicia limitado. En el año 2002 la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, promovió un Programa de Acción de Salud Reproductiva que llevó por nombre Anticoncepción Posparto, Transcesárea, Poscesárea y Posaborto, en el que explícitamente se enlistaron los grupos prioritarios de la población a los que fue dirigido dicho programa: rurales, urbanas marginadas, comunidades indígenas, personas con discapacidad y adolescentes. El argumento principal de la creación de dicho programa fue la búsqueda de la garantía en el acceso a la salud sexual de las mujeres de los grupos vulnerables en México, ya que:

La imposibilidad de obtener opciones anticonceptivas modernas durante el posparto, expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportunos o no deseados, que frecuentemente concluyen en abortos en condiciones de riesgo. Los embarazos con un período intergenésico corto plantean mayores riesgos para la salud de las madres y sus hijos. Aunque se han logrado grandes avances en la accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de planificación familiar, siguen existiendo necesidades insatisfechas de información y servicios sobre anticoncepción posparto y posaborto, especialmente entre las y los adolescentes, así como en las mujeres que habitan en las comunidades del área rural [...].

La prestación de servicios con calidad en planificación familiar en el período del posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto es una condición fundamental, donde el personal de salud debe practicar mejores formas de cubrir las necesidades de las usuarias y utilizar los recursos de una manera más eficaz, con el fin de contribuir de forma significativa a reducir la mortalidad y morbilidad materno-infantil y a prevenir abortos futuros. (Secretaría de Salud, 2002b, p. 9)

La planificación familiar es un derecho humano y “se sustenta en las garantías internacionales a la vida, a la salud, a la intimidad y a la no discriminación” (*Center for Reproductive Rights*, 2010); no hay debate sobre la libertad de las personas para decidir cuántos hijos tener, cómo, cuándo y dónde o el no tenerles. Sin embargo, cuando se establecen programas gubernamentales que buscan velar por la salud sexual de las mujeres, como el de Anticoncepción Posparto, Transcesárea, Poscesárea y Posaborto, explícitamente dirigidos a determinados grupos de la población —mujeres que viven en zonas rurales y urbanas marginalizadas, racializadas, con alguna discapacidad o jóvenes—, tomando en cuenta el origen eugenista (que tenía por objetivo los mismos grupos poblacionales) de la planificación familiar, es necesario mirarlos con ojos críticos. Así, por muy benefactoras que parezcan sus propuestas, por ejemplo, proteger la vida de las mujeres y de les niños, ofrecer mayores oportunidades a las mujeres, promover prácticas sexuales de menor riesgo, así como un crecimiento controlado de la población (Secretaría de Salud, 2002, p. 15), la anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto —también nombrada “anticoncepción posevento obstétrico”—, si no son practicadas de manera adecuada, pueden derivar en anticoncepción forzada, que es una forma de violencia ginecobstétrica.

Asimismo, el simple hecho de haber nacido como un ser con útero automáticamente implica el riesgo de padecer violencia ginecobstétrica. Ahora bien, enfocándonos en la cuestión de la atención digna de la gestación, parto y puerperio, es importante recordar que en México 7 de cada 10 mujeres (de 15 años en adelante) son madres. Esto representa un sector enorme de la población propenso a sufrir los tratos más inhumanos, por lo que la perspectiva de género resulta indispensable. El movimiento de las mujeres no puede continuar su agenda en derechos sexuales y reproductivos si no se mira a las mujeres que gestan, paren y cuidan. En la última Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), llevada a cabo por el INEGI en el año 2021, se demostró que el 31.4% de las mujeres que parieron sufrieron violencia ginecobstétrica en los últimos cinco años; además, de ese porcentaje, al 14% las presionaron para que aceptaran que les pusieran un dispositivo o las operaran para ya no tener hijos y les fue colocado algún método anticonceptivo o las operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) sin preguntarles o avisarles (Aparicio Saavedra, 2023).

En la primera edición de Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México, publicada en 2022, se deja en claro que el propósito principal de dichos lineamientos es que “sea[n] la principal referencia para profesionales de la salud que tienen la responsabilidad de garantizar el consentimiento informado y la libre decisión de las personas sobre la aceptación y el uso de un método anticonceptivo” (Secretaría de Salud, 2022a, p. 10). El contraste entre el 14% de mujeres parturientas que sufrieron anticoncepción forzada y los lineamientos que enfatizan en la responsabilidad de los profesionales de la salud de garantizar el consentimiento informado y libre sobre el uso de métodos anticonceptivos es evidente. Además, es de suma relevancia señalar que la mayoría de mujeres que sufrieron de esta violencia son mujeres racializadas (especialmente de comunidades afrodescendientes e indígenas) y/o que viven en situaciones de pobreza y marginación (GIRE, 2015; Castro y Erviti, 2015; Aparicio Saavedra, 2023). Nuevamente, queda en evidencia la continuidad de un sistema que administra las vidas, la reproducción y los cuerpos de las mujeres; un sistema alimentado del *bio* y *necropoder*, así como de un pensamiento patriarcal, racista y capitalista que prioriza ciertas vidas y busca reproducirlas, mientras que otras son prescindibles excedentes que deben ser regulados.

Cuando a una mujer la esterilizan o le practican algún método anticonceptivo sin su consentimiento, es esencial recordar que actos como estos tienen sus

raíces en políticas públicas de principios del siglo XX incentivadas por el Estado. Asimismo, cualquier manifestación de violencia ginecobstétrica es consecuencia de un sistema que concibe los cuerpos femeninos como cuerpos-territorio que pueden ser intervenidos y lastimados; sistema cuyos orígenes datan del siglo XVIII, con el nacimiento de la medicina moderna y de la figura del médico como autoridad y como personaje que posee un conocimiento que incluso se impone al propio sentir y autoconocimiento de les pacientes.

Conclusiones

Como apunté al comienzo de este artículo, la intervención de un estudio interdisciplinar en derechos aporta matices pertinentes que sitúan los casos analizados en un tiempo y espacio. Si bien los trabajos de índole jurídico aportan miradas sobre cómo reestructurar y adaptar el sistema a las necesidades y exigencias de les individuos, la mirada de las humanidades y ciencias sociales da una profundidad y complejidad a las problemáticas tratadas. Igualmente, la perspectiva interseccional permite tomar en cuenta factores y circunstancias que limitan el acceso de determinados grupos poblacionales a servicios básicos, como en el caso de la salud, abordado en este artículo, para satisfacer sus necesidades de vida. A lo largo de este trabajo se hizo énfasis en la relación de la vulneración de la salud sexual de las mujeres racializadas en México con determinados sistemas de opresión, además de que se resaltó en numerosas ocasiones el factor de la violencia colonial y su influencia en el acceso a una atención médica digna, oportuna y eficaz. Se puso un especial énfasis en la atención ginecobstétrica y la atención y detección del cáncer de mama y cérvico-uterino, los cuales guardan una inherente relación con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En el informe Cáncer y Desigualdades en México 2020 se hace especial énfasis en factores sociales que pueden interferir en el acceso a la salud, en los que la cuestión socio económica y étnico-racial son imperantes:

[E]xisten diferencias en el estado de salud de los individuos y grupos poblacionales. Sin embargo, esas diferencias pueden significar desigualdades cuando reflejan una distribución injusta de los determinantes sociales de la salud: el acceso a trabajos estables y seguros, servicios educativos y de salud de calidad, la discriminación por etnia, género o nivel de ingresos, la condición migratoria, entre otros. Estas desigualdades en salud son innecesarias, evitables e injustas. En el caso del cáncer, las desigualdades

atraviesan todo el continuum de la enfermedad: prevención, incidencia, diagnóstico, tratamiento, supervivencia, calidad de vida y mortalidad por cáncer. En suma, reflejan una distribución injusta de los determinantes sociales de la salud.

Como detallamos a continuación, numerosos estudios han concluido que, en términos generales, cuando las condiciones sanitarias son peores, la mortalidad por cáncer aumenta y la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes disminuye. Este fenómeno se presenta tanto en los países en desarrollo como en los industrializados y se acentúa entre los grupos de personas con condiciones socioeconómicas desfavorables o que históricamente han sufrido carencias como minorías étnicas y raciales, así como poblaciones indígenas.

Las desigualdades en ingresos, educación, vivienda, empleo, dieta, cultura, género, grupo étnico y medio ambiente pueden traducirse, como ya mencionamos, en diagnósticos tardíos o en acceso inadecuado al tratamiento. (Flamand, Moreno Jaimes y Arraiga Carrasco, pp. 15-16)

Como se ha señalado numerosas veces en este artículo, para garantizar el derecho al cuidado, derecho a salud, derechos sexuales y reproductivos, y en general, los derechos humanos de las mujeres racializadas dentro del sistema de salud en México, resulta fundamental la presencia de perspectivas antirracistas, de género y de clase para atender las problemáticas que nos atañen. De esta manera, el camino hacia el acceso a la justicia y reparación de daños podrá llevarse a cabo de una manera integral y pertinente. En México existen numerosos casos de mujeres indígenas, afrodescendientes, migrantes, empobrecidas, con discapacidad o privadas de su libertad cuyos derechos sexuales y reproductivos son violentados y poco (o nada) resguardados. Mujeres indígenas que murieron en sus partos aun cuando la muerte materna está considerada por la OMS como un problema de salud público, porque es prevenible; mujeres afrodescendientes que reciben tratos denigrantes —que casi castigan— durante la atención de su parto, como en el caso de mi madre en su momento; mujeres que murieron por cáncer de mama o cérvico-uterino porque no fue detectado a tiempo o mal tratado; casos como estos, si son analizados desde esta perspectiva interseccional, pueden ser entendidos como reflejo de un sistema de salud cuyos cimientos están en los sistemas de opresión patriarcales, racistas y capitalistas que priorizan ciertas vidas sobre otras.

Así, el considerar las circunstancias de vida de las víctimas, tomando en cuenta los factores de género, raza, clase o discapacidad, abre toda una ventana de interpretación de los hechos. La mirada interseccional, además, deja en evidencia que las medidas punitivistas hacia ciertas personas (por ejemplo, el personal médico) no son suficientes cuando el verdadero problema está en las estructuras de poder, en las estrategias políticas-económicas que implementa el Estado a través del *bio y necropoder*. Asimismo, la mirada interdisciplinar, como la que se procuró en este artículo de reflexión, ofrece acercamientos que enriquecen el análisis de los problemas estructurales de una manera histórica, política y situada. Esta mirada es fundamental al momento de reflexionar sobre derechos humanos, pues, si bien la perspectiva jurídica es fundamental, cuando se complementa con la interdisciplinariedad de las humanidades y ciencias sociales, permite analizar los casos con mayor profundidad; cuando se buscan los orígenes de las opresiones, resulta más sencillo comprender por qué hoy ciertas violencias resultan tan normalizadas, impunes o incluso pasan desapercibidas. Realizando un diálogo entre la historia, la filosofía y los datos estadísticos se ha procurado demostrar que los fallos del sistema de salud en México no son responsabilidad directa del personal médico ni de los pacientes, sino de toda una estructura, de todo un modo de concebir la vida, la muerte y los cuerpos. Se trata de un modelo patriarcal, colonial y capitalista que valora las vidas de las mujeres por nuestra capacidad reproductiva, y, a la vez, nuestros cuerpos no son cuidados ni respetados, puesto que, a partir del nacimiento de la medicina moderna en el siglo XVII, pasaron a ser concebidos y tratados como cuerpos-máquina, cuerpos-propiedad.

Con el fin de concluir este texto, solamente deseo añadir que, en la cuestión de atención y cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres racializadas, México aún tiene muchos pasos por delante, empezando por la visibilización de un problema estructural e histórico con fundamentos racistas. Por más que le duela al orgullo mestizo, la discriminación étnico-racial existe, y esta no se manifiesta únicamente en aspectos de discriminación por color de piel, textura del cabello, o usos y costumbres, sino que el racismo está enraizado en nuestro sistema político, en el sistema de salud, y, como ya se ha demostrado en este texto, el racismo cobra vidas. El racismo está presente en las estadísticas de aquellas mujeres que no pudieron atender su cáncer a tiempo, que no pudieron costear sus tratamientos o que ni siquiera tuvieron la oportunidad de acceder a atención médica. El racismo está presente en las muertes maternas, en las esterilizaciones forzadas y en los tratos crueles en las salas de parto.

Referencias

- Aparicio Saavedra, A. (2023). *Matrices indignas: Sobre la anticoncepción forzada contra mujeres racializadas en México. Un acercamiento histórico-filosófico*. Independiente.
- Badillo, D. (2021, enero 31). Déficit de personal, “talón de Aquiles” del sistema de salud mexicano. *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Deficit-de-personal-talon-de-Aquiles-del-sistema-de-salud-mexicano-20210131-0003.html>
- Báez-Jorge, F. (1997). Racismo y etnocentrismo en el pensamiento político del Porfiriato a la Revolución Mexicana (apuntes para el Memorial del Etnocidio). *Sotavento*, 1(1), 35–66. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/8732/sotav1-Pag35-66.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Casas Patiño, D. y Rodríguez Torres, A. (2014). La caída de la seguridad social en México: caso IMSS. *Archivos De Investigación Materno Infantil*, 6(2). <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2014/imi142h.pdf>
- Castro, C. P. y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Center for Reproductive Rights (2010). La planificación familiar es un derecho humano: El deber de los Estados de garantizar acceso a servicios e información sobre anticoncepción. <https://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/BRB-Planificacion.pdf>
- CNDH (2024). Se promulga la Ley de Seguridad Social, base del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Comisión Nacional De Derechos Humanos*. <https://www.cndh.org.mx/noticia/se-promulga-la-ley-de-seguridad-social-base-del-instituto-mexicano-del-seguro-social#:~:text=El%2019%20de%20enero%20de,la%20Ley%20del%20Seguro%20Social>
- Cota, I. (2024, mayo 28). Rafael Gual, director de Canifarma: “El desabasto de medicamentos le explotará al próximo Gobierno”. *El País*. <https://elpais.com/mexico/economia/2024-05-28/rafael-gual-director-de-canifarma-el-desabasto-de-medicamentos-le-explotara-al-proximo-gobierno.html>

- Davis, A. (2022). *Mujeres, raza y clase*. Akal. (Trabajo original publicado en 1981).
- Dorlin, E. (2020). *La matriz de la raza: Genealogía sexual y colonial* (1ra ed.). Txalaparta.
- Federici, S. (2019). *Calibán y la Bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños.
- Flamand Gómez, L., Moreno Jaimes, C. y Arriaga Carrasco, R. (2020). Cáncer y desigualdades sociales en México 2020. Biblioteca CLACSO. Colegio de México; ITESO; De Alba Fundación; Salvati. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20210218044916/informe-cancer-desigualdades.pdf>
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI.
- Gaussens, P. (2020). Esterilización forzada de hombres indígenas: una faceta inexplorada. *Revista Interdisciplinaria De Estudios de Género de El Colegio de México*, 6(1), 1–37. <https://doi.org/10.24201/reg.v6i1.639>
- GIRE (2015). Niñas y mujeres sin justicia: Derechos reproductivos en México. <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-GIRE-2015.pdf>
- IMSS (2022, octubre 24). Epidemiología del cáncer de mama. *Gobierno de México*. <https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-de-mama-318014>
- INEGI (2020a). Demografía y Sociedad. Derechohabiencia: Población total según condición de derechohabiencia. INEGI, *Instituto Nacional De Estadística Y Geografía*. https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/#informacion_general
- INEGI (2020b). Número de habitantes. Cuéntame de México. INEGI, *Instituto Nacional De Estadística Y Geografía*. <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx>
- INEGI (2020c). Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución, 2020. INEGI, *Instituto Nacional De Estadística Y Geografía*. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64

- INEGI (2021). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. INEGI, *Instituto Nacional De Estadística Y Geografía* https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf
- INEGI (2023, julio 26). Estadísticas de defunciones registradas (edr). <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>
- INEGI (2024, mayo 7). Estadísticas a propósito del día de la madre. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_10Mayo24.pdf
- ISSTE (2020, enero 14). ¡60 años de actividad ininterrumpida! ISSTE, *Instituto De Seguridad Y Servicios Sociales De Los Trabajadores Del Estado*. <https://www.gob.mx/issste/es/articulos/60-anos-de-actividad-ininterrumpida?idiom=es>
- Izquierdo, J. J. G. y De Rivera, M. E. S. D. (2012). *La ideología mestizante, el guadalupanismo y sus repercusiones sociales: Una revisión crítica de la "identidad nacional"*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; Universidad Iberoamericana Puebla.
- López Suárez, P. (2023, septiembre 18). Persisten en México rezago educativo y falta de acceso a servicios de salud. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/persisten-en-mexico-rezago-educativo-y-falta-de-acceso-a-servicios-de-salud/#:~:text=Cruz%20Marcelo%20precis%C3%B3%20que%20el,de%20personas%20en%20esa%20situaci%C3%B3n>
- Martínez Sánchez, Y. L., Medrano Guzmán, R. y IMSS. (2022, octubre 24). Epidemiología del cáncer de mama. *Gobierno de México*. <https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-de-mama-318014#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20en%202020%2C%20el,de%2010.6%20por%20100%20mil>
- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*. Melusina.
- Menéndez, E. L. (2009). De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas. *Salud Colectiva*, 5(2), 155. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.258>
- Ordorica-Mellado, M. (2014). 1974: momento crucial de la política de población. *Papeles De Población*, 20(81). <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v20n81/v20n81a2.pdf>

- Ramírez Alcántara, H. T. y Torres Sánchez, A. T. (2021). La corrupción en el sector salud de México ante la pandemia: perspectiva de la confianza. *Gestión y Estrategia*, 60, 7–24. <https://doi.org/10.24275/uam/azc/dcsh/gye/2021n60/ramirez>
- Roberts, D. (1997). *Killing the black body: Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty*. Vintage.
- Romero-González, A., Aldrete-Velasco, J., Pedraza-Chávez, J., Reyes-Zavala, C., Treviño-Lozano, F., Barrel, A., Rodríguez-García, J., Gallardo-Tenorio, A. J., Camacho-Silva, B. y Aldrete Audiffred, J. C. (2021). Síndrome de desgaste en profesionales de la salud mexicanos. Médicos: ¿mártires o víctimas de su profesión? *Med Int Mex*, 37(3), 343–358. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2021/mim213e.pdf>
- Sánchez-Castañeda, A. (2012). *La seguridad y la protección social en México: su necesaria reorganización*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.
- Secretaría de Salud. (2022a). Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México [Diapositivas]. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/62e/d55/612/62ed55612aa1b145827553.pdf>
- Secretaría de Salud (2002b). Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. Secretaría de Salud; Dirección General de Salud Reproductiva. <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7204.pdf>
- Segato, R. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños. https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map45_segato_web.pdf
- Suárez y López-Guazo, L. y Ruiz Gutiérrez, R. (2009). Eugenesia y medicina social en el México posrevolucionario. *Ciencias*, (060). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/cns/article/view/11753>
- Velázquez Delgado, G. y Jacinto, L. (2019). Estereotipando el alma a través del cuerpo: Los discursos frenológicos y anti frenológicos en el México del siglo XIX. *Racismo, cuerpo y violencia en América latina*. Del Lirio Ediciones; Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Washington, H. A. (2008). *Medical apartheid: The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans from Colonial Times to the Present*. Vintage.

Copyright of Precedente is the property of Universidad ICESI and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.