

**DESIGUALDAD,  
OPRESIONES DE PODER Y  
SALUD REPRODUCTIVA**



**BRENDA BIAANI LEÓN GÓMEZ**

**TESIS DOCTORAL UPF/2020**

**POMPEU FABRA UNIVERSITY. EXPERIMENTAL AND  
HEALTH SCIENCES DEPARTMENT.**





## Desigualdad, opresiones de poder y Salud reproductiva

O cómo las opresiones de poder generan  
desigualdades en la salud reproductiva de las  
mujeres.

**Autora: Brenda Biaani León Gómez**

---

TESIS DOCTORAL UPF / AÑO 2020

### DIRECTORAS

Gloria Perez (Agència de Salut Pública de Barcelona)

Mireia Jane Checa (Agència de Salut Pública de Catalunya)



UNIVERSITAT POMPEU FABRA 2020

PARA MÁS INFORMACIÓN: [ORCID](#) O [WWW.LINKEDIN.COM/IN/BIAANI/](http://WWW.LINKEDIN.COM/IN/BIAANI/) O

TWITTER: @BIAANI

Portada: Tehuanas viendo a la eternidad, Ndaniguia, nación zapoteca, 1950. De izquierda a derecha: las tías abuelas (Elena, Adela, Raymunda) y mi abuela Angelina. Reconocimiento-  
No Comercial CC BY-NC This license lets others remix, adapt, and build upon your work non-commercially, and although their new works must also acknowledge you and be non-commercial, they don't have to license their derivative works on the same terms.

*Julio 2020*



## **Supervisoras de tesis**

Gloria Pérez

Agència de Salut Pública de Barcelona

**C S B** Consorci Sanitari  
de Barcelona



Mireia Jane Checa

Agència de Salut Pública de Catalunya



Generalitat de Catalunya  
**Agència de Salut Pública  
de Catalunya**

## **Cita suggerida:**

León-Gómez BB, Jane Checa M, Pérez, G. (2020) Desigualdad, opresiones de poder y salud reproductiva (Tesis doctoral). Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.









# Contents

<b>1</b>	<b><i>Preámbulo</i></b> .....	<b>21</b>
1.1	<b>Prefacio</b>	<b>21</b>
1.2	<b>Agradecimientos</b>	<b>24</b>
1.3	<b>Dedicatoria:</b>	<b>27</b>
1.4	<b>Epigrafe</b>	<b>28</b>
1.5	<b>Resumen</b>	<b>29</b>
1.5.1	Palabras clave: .....	29
1.6	<b>Abstract</b>	<b>30</b>
1.6.1	Key words: .....	30
1.7	<b>Resum</b>	<b>31</b>
1.7.1	Paraules clau: .....	31
1.8	<b>Resumo</b>	<b>32</b>
1.8.1	palavras chave: .....	32

<b>1</b>	<b><i>Introduciéndonos en la salud reproductiva de las mujeres</i></b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b><i>Epistemologías de la reproducción</i></b> .....	<b>3</b>
2.1	Epistemología del estudio de la salud reproductiva	3
<b>3</b>	<b><i>Reproducción, desigualdades y salud pública</i></b> .....	<b>13</b>
3.1	¿Cómo se aborda el estudio de la reproducción desde las ciencias de la Salud?	13
3.2	¿Cómo se aborda el estudio de la reproducción desde la salud Pública?	16
3.3	El estudio en desigualdades en salud Reproductiva	21
<b>4</b>	<b><i>Opresión, desigualdad y reproducción</i></b> .....	<b>29</b>
4.1	Contexto sociopolítico-histórico, opresiones y reproducción.	30
4.2	Prácticas de la sexualidad no occidental	31
4.3	Sexualidad y reproducción occidental	33
4.4	Capital herencia, reproducción y sexualidades	41
4.5	Opresiones de poder y salud reproductiva	44
4.5.1	Poder .....	45
4.5.2	Opresión .....	46
4.6	Sistemas de opresión	48

4.7	Determinantes estructurales, sexualidades y reproducción	49
4.8	Ejes, desigualdad, interseccionalidad y ciclo de vida	51
4.9	Determinantes intermedios	53
4.10	Resistencias y disidencias colectivas e individuales	54
4.11	Síntesis del marco conceptual sexualidades y reproducción	55

## II *Analizando las desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres* 65

### 5 *Porqué estudiamos la opresión y la reproducción* ..... 67

5.1	Justificación del estudio de las opresiones y las desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres	67
-----	---	----

### 6 *Comó estudiamos la opresión y la reproducción* ..... 73

6.1	Objetivos e hipótesis	73
6.1.1	Objetivos	73
6.1.2	Hipótesis	75
6.2	El dilema del estudio de las opresiones: ¿Cómo se estudiaron las opresiones?	76

<b>7</b>	<b><i>Modelo de estudio I</i></b> .....	<b>77</b>
<b>7.1</b>	<b>Women's sexual and reproductive health policies:</b>	
	<b>Mapping a case from Cairo to the Millennium Goals</b>	<b>77</b>
<b>7.2</b>	<b>Introduction</b>	<b>79</b>
<b>7.3</b>	<b>Materials and methods</b>	<b>80</b>
7.3.1	Protocol and eligibility criteria .....	80
7.3.2	Eligibility criteria .....	80
7.3.3	Information sources and search strategy .....	81
7.3.4	Data collection process .....	84
<b>7.4</b>	<b>Result</b>	<b>85</b>
7.4.1	Screening process results .....	85
7.4.2	Evolution of publication .....	87
7.4.3	SRH policies .....	88
7.4.4	SRH programs .....	90
7.4.5	Evaluations of SRH policies and programs .....	92
<b>7.5</b>	<b>Discussion</b>	<b>93</b>
7.5.1	Sexual and reproductive health in the policies .....	94
7.5.2	Policies at federal level and sexual and reproductive health .....	94
7.5.3	Policies at state level and sexual and reproductive health .....	95
7.5.4	The millennium goals and Cairo agreements, their influence and limitations. ....	95
7.5.5	Sexual and reproductive health in the government programs .....	96
7.5.6	Sexual and reproductive health and the NGO's .....	96
<b>7.6</b>	<b>Limitations</b>	<b>98</b>

<b>7.7</b>	<b>Conclusions</b>	<b>98</b>
<b>7.8</b>	<b>Acknowledgments</b>	<b>99</b>
<b>8</b>	<b><i>Modelo de estudio II</i></b> .....	<b>105</b>
<b>8.1</b>	<b>Bayesian smoothed small-areas analysis of urban inequalities in fertility across 1999-2013</b>	<b>105</b>
<b>8.2</b>	<b>Introduction</b>	<b>107</b>
<b>8.3</b>	<b>Materials and methods</b>	<b>108</b>
8.3.1	Design, unit of analysis and study population .....	108
8.3.2	Information sources .....	111
8.3.3	Description of the variables .....	111
8.3.4	Statistical analysis .....	112
<b>8.4</b>	<b>Results</b>	<b>113</b>
8.4.1	Fertility Rates .....	113
8.4.2	Distribution of fertility rates and deprivation index across small-areas ..	113
8.4.3	Differences in fertility between small-areas among Spanish women ...	115
8.4.4	Differences in fertility between small-areas among women from LIC ...	116
<b>8.5</b>	<b>Discussion</b>	<b>119</b>
<b>8.6</b>	<b>Conclusions</b>	<b>121</b>
<b>8.7</b>	<b>Declarations</b>	<b>122</b>
8.7.1	Ethics approval and consent to participate .....	122
8.7.2	Competing interests .....	122
8.7.3	Funding .....	122
8.7.4	Authors' contributions .....	122

8.7.5	Acknowledgements .....	122
<b>8.8</b>	<b>Annex</b>	<b>128</b>
8.8.1	Statistical annex .....	128
<b>9</b>	<b><i>Modelo de estudio III</i></b> .....	<b>131</b>
<b>9.1</b>	<b>Ethnicity, deprivation and maternal mortality relations in Mexico</b>	<b>131</b>
<b>9.2</b>	<b>The known</b>	<b>133</b>
<b>9.3</b>	<b>The new</b>	<b>133</b>
<b>9.4</b>	<b>The implications</b>	<b>133</b>
<b>9.5</b>	<b>Background</b>	<b>133</b>
<b>9.6</b>	<b>Materials and methods</b>	<b>136</b>
9.6.1	Design, unit of analysis and information sources .....	136
9.6.2	Description of the variables .....	136
9.6.3	Statistical Analysis .....	138
<b>9.7</b>	<b>Results</b>	<b>139</b>
<b>9.8</b>	<b>Discussion</b>	<b>142</b>
9.8.1	Indigenous composition and maternal mortality .....	145
9.8.2	Indigenous community manifestations of oppression and maternal mortality .....	145
9.8.3	Deprivation and maternal mortality .....	147
9.8.4	Community deprivation manifestations of oppression and maternal mortality .....	147

9.8.5	Indigenous composition and deprivation and the Mexican context .....	148
<b>9.9</b>	<b>Limitations and strengths</b>	<b>149</b>
<b>9.10</b>	<b>Conclusions</b>	<b>151</b>

### **III *Discutiendo las desigualdades en la salud reproductiva y la opresiones de poder*** 159

## **10 *Opresión patriarcal y reproducción*** ..... 161

10.1	¿Qué es el sistema patriarcal?	161
------	--------------------------------	-----

10.2	¿Qué papel juega la opresión del sistema cis-hetero patriarcal en la génesis de las desigualdades de salud entre hombres y mujeres?	163
------	---	-----

10.3	<b>Mecanismos estructurales: la influencia de la opresión patriarcal en los determinantes estructurales de las desigualdades en Salud Reproductiva</b>	<b>164</b>
------	--	------------

10.3.1	Las políticas reproductivas y las opresiones patriarcales .....	164
--------	---	-----

10.4	<b>Mecanismos Intermedios: la influencia de la opresión patriarcal en los determinantes intermedios de las desigualdades en Salud Reproductiva</b>	<b>167</b>
------	--	------------

10.4.1	La reproducción y el control reproductivo del sistema patriarcal .....	168
--------	--	-----

## **11 *Opresión capitalista y reproducción* ..... 173**

**11.1 ¿Qué es el sistema capitalista? 173**

**11.2 ¿Qué papel juega la opresión del sistema capitalista en la génesis de las desigualdades en Salud Reproductiva? 174**

**11.3 Mecanismos estructurales:  
la influencia de la opresión capital en los  
determinantes estructurales de las desigualdades  
en salud seproductiva 175**

**11.4 Mecanismos Intermedios:  
la influencia de la opresión capital en los  
determinantes intermediosde las desigualdades  
en Salud Reproductiva. 180**

## **12 *La opresión colonial y reproducción* ..... 185**

**12.1 ¿Qué es el sistema colonial? 185**

**12.2 El racismo y la dinámica de la opresión del sistema colonial 186**

**12.3 Sistema colonial, racismo y salud reproductiva 187**

**12.4 Mecanismos estructurales:  
la influencia de la opresión colonial en los  
determinantes estructurales de las desigualdades  
en salud reproductiva 188**

**12.4.1 Metodologías de opresión del sistema colonial  
en territorio de excolonias ..... 189**



12.4.2 Metodologías de opresión del sistema colonial en territorios no coloniales .....	191
<b>13 <i>Entrecruzamiento y reproducción</i> .....</b>	<b>195</b>
<b>13.1 Entrecruzamiento de los sistemas de opresión</b>	<b>195</b>
<b>13.2 ¿Qué papel juega el entrecruzamiento de los sistemas de opresión en la génesis de las desigualdades en salud reproductiva de las mujeres?</b>	<b>196</b>
<b>13.3 Mecanismos estructurales: el entrecruzamiento de los sistemas de opresión y los determinantes estructurales</b>	<b>199</b>
13.3.1 Filantropocapitalismo: capitalismo, colonialismo y patriarcado .....	199
<b>13.4 Mecanismos intermedios: el entrecruzamiento de los sistemas de opresión y los determinantes intermedios</b>	<b>202</b>
13.4.1 Esterilizaciones coaccionadas o forzadas en mujeres .....	202
<b>14 <i>Limitaciones y fortalezas</i> .....</b>	<b>209</b>
<b>14.1 Limitaciones y fortalezas de los modelos de estudio</b>	<b>209</b>
14.1.1 Limitaciones y fortalezas del Modelo de estudio I .....	209
14.1.2 Limitaciones y fortalezas del Modelo de estudio II .....	210
14.1.3 Limitaciones y fortalezas del Modelo de estudio III .....	210
<b>14.2 Limitaciones y fortalezas globales</b>	<b>212</b>

<b>15</b>	<b><i>Conclusiones</i></b> .....	<b>217</b>
15.1	conclusiones derivadas de los modelos de estudio	217
15.2	Conclusiones globales de la tesis	219
<b>16</b>	<b><i>Recomendaciones</i></b> .....	<b>221</b>
16.1	Recomendaciones derivadas de los modelos de estudio	221
16.2	Recomendaciones globales de la tesis	223







# 1. *Preámbulo*

## 1.1 Prefacio

Mánigunaa, 2019

Años después, en la sala de espera de aquel aeropuerto, la mente de Mánigunaa', evoco las palabras que el primer humano que conoció le dijo: “ustedes, los otros, los condenados y condenadas de la tierra crecerán y morirán sin pena ni gloria, ¡sépanlo! aun ustedes, los animales educados, blancos por dentro, pero con escamas por fuera, no pueden ser humanos ¡son animales! Solo basta ver cómo en nuestras tierras humanas todo se resuelve en paz, lo humano, es algo a lo que ustedes aspirarán, pero nunca serán.” En aquel preciso instante, Manigunaa' recuerda haberse notado las pezuñas por primera vez. Ella nunca había sido consciente de tener escamas en la piel tampoco. Pero a los cinco años y recién aprendida a hablar, entendió perfectamente aquellas palabras. Ese, día Manigunaa' llevo a casa llorando y le contó a su abuela –Abuela, Abuela ¿por qué hablamos diferente a ellos? ¿Por qué tengo escamas? - la abuela no supo qué contestar. Hija, al menos tienes escamas un poco más claras, casi no se ven, si no hablas, no notarán que no eres humana. Le dijo la abuela como

intentando consolar a un pequeño animal en plena crisis existencial. Ese día Mánigunaa' decidió entonces, estudiar a los humanos de cerca. Algún día viajaré a sus tierras a entender por qué no tienen escamas y solo tienen piel blanca ¿Por qué son mejores? ¿Por qué hay paz? ¿Porque no se matan? ¿Por qué me desprecian aun siendo yo blanca?

Algunos años después de ese evento, Mánigunaa' tomaba un avión hacia las tierras humanas. Nunca le habían sudado tanto las axilas, pero ese día sus poros regaban a mares todo su cuerpo veloso. Al aterrizar el avión, Mánigunaa', aquel ser pálido, de ojos grandes hundidos y que rondaba ya los 25 años, se bajó tiritando de frío y angustia por no saber dónde estaba y si los humanos la aceptarían. Aun confusa, se acercó a la frontera. Mánigunaa' divisó a lo lejos un horizonte invisible con el cual otras y otros como ella se topaban de frente. Sin embargo, los humanos cruzaban como si de la nada se tratase esa línea divisoria. Ese ser se arrastró hacia un banco cercano a respirar y calmarse un poco. Hacía varios años que soñaba con cruzar esa línea, aunque no tenía claro el por qué. Quizás en sus adentros, Mánigunaa' creía que sería más humana si lo hacía, quizás en sus adentros pensaba que sus garras o sus pelos largos o su piel escamosa o sus manos grandes y tozudas, transmutarían hasta parecerse cada vez más a las de los humanos. Poco a poco, Mánigunaa' se calmó, tomó aire y se estiró, hasta escucharse el crujir de su columna vertebral y pasó al baño, donde intentó remojarse las axilas velosas y hedorosas que desprendían olor a animal de rancho. Mánigunaa' entonces, se puso de pie y caminó hacia la frontera.

Al cruzar, Mánigunaa' no lloró, ni tembló, se mantuvo firme, aun cuando estando del otro lado ya le pidieron sus identificaciones y aun cuando le incrustaron el sello en lo más profundo del culo para identificarla. Mánigunaa' solo recuerda sentir rabia cuando estando agachada y mientras le sellaban el culo, vio a lo lejos a los humanos cruzar como sin nada por aquella línea invisible que llamaban frontera. Mánigunaa' centro entonces su

---

mirada en la pezuña más larga que tenía. Le sobresalía de los zapatos y era filosa y oscura con pequeñas manchas blancas. Era la pezuña que más le daba vergüenza, porque era el símbolo por el cual la identificaban como un ser no-ser. Uno de esos animales disfrazados de humanos, que a veces, si no le mirabas con cuidado podrían llegar a confundirte, y quizás por un momento podrías llegar a pensar que Mánigunaa' era humana. Hasta que le veías la pezuña del pie derecho. Siempre pensó que, si cuando cruzase la línea, tan solo esa pezuña desapareciese, ella podría ser humana. Pero la pezuña no desapareció, sino todo lo contrario, mirando detenidamente en ese momento se dio cuenta de que al contrario de lo que pensaba que sucedería, lo que sucedió fue que las otras pezuñas le crecieron. Ahora todas las pezuñas eran más grandes y notorias en ambas extremidades. A pesar de ello, a Mánigunaa' no le molestó, como hubiese pensado la Mánigunaa' del pasado, por extraño que parezca, ¡a Mánigunaa' le gusto! Mientras pensaba esto, los humanos que le hacían la yerra fronteriza la pusieron de pie y le dieron una nalgada para que entrara a la tierra de los humanos. Mánigunaa' ahora caminando un poco más encorvada por el efecto de sus nuevas pezuñas terminó de cruzar la frontera, más animal, más bestia, más ella. En aquel preciso instante Mánigunaa' se dio cuenta, de en qué las tierras humanas no todo se resuelve en paz y que lo humano es algo que ella no desearía ser.

## 1.2 Agradecimientos

Esta tesis no fue un proceso solitario. Esta tesis ha sido abordada a través de la teoría, bibliografía y estudios con metodologías diversas desarrolladas y pensadas durante los últimos años por un equipo de personas en la Agencia de Salud Pública de Barcelona y la Universidad Pompeu Fabra que durante los últimos años han colaborado directamente en la reformulación y replanteamientos de las visiones vertidas en esta tesis. Así mismo, la tesis ha sido influenciada por visiones de activistas que me han permitido moldear mi forma de pensar situación que ha sido clave en la deconstrucción no solamente de forma de pensar y persona si no de la deconstrucción de la concepción de la salud reproductiva en esta tesis. Durante estos años he tenido el privilegio de coincidir con un movimiento de mujeres que desde abajo han traído al foco el tema de los feminismos. Mujeres como las compas de Cine migrante, como Daniela Ortiz, el espacio del migrante, el espacio colectivo de escritoras latinoamericanas de En Palabras y sus múltiples profesoras, los grupos de chilenas feministas, las nicas, las latinas, mexicanas y múltiples compañeras que me han acompañado en el día a día en manifestaciones o debates a nivel calle y academia.

A todo esto, le sumamos que durante estos años he podido tener contacto y/o influencia. Filósofas y pensadoras como Angela Davis, Boaventura de Sousa Santos, Ramon Grosfoguel, Frantz Fanon, Silvia Federicci o Françoise Vergès también gracias por su divergencia. Por último, gracias a los movimientos sociales tanto feministas, anticapitalistas como decoloniales de los cuales me siento participe, han sido clave para moldear y redirigir esta tesis por completo, desde su conceptualización hasta su redacción en capítulos.



Más a nivel personal y por reconocer a algunas, porque son infinitas las personas que me han influenciado y ayudado en estos años: Carla Rebelo, Patricia González Marín, Hugo Vázquez, Helena Ribas, Miguel Alarcón, Roció Casañas, Verónica Espinel, Laura Oliveras, Vania Condeza, Natalia López, Alexia Reyes, Catherine Pérez, Celia Sanchez del Baño, Clara Torreblanca Yerpas, Constanza Vazquez Vera, Esther Sanchez Ledesma, Marc Mari, Juli Carrere, Laia Palencia, Laura Bordera, Lluís Forcadell, Mar Bosc, Marta Olabarria, Elena Santamarina, Sara Valmayor, Xavier Bartoll, Maica Rodríguez, Carmen Gallego, Alejita, Martina Bernabai, Áurea Martín, Kenia Castaldo, Gabriele D'Adda, Anna Alié Zanini, Gigi, Diego, Fabiana Scornik, Magaly Castillo, entre otras muchas.

Catherine y Laia les he aprendido mucho en estos años a nivel laboral y personal, de corazón muchas gracias. Muchas de las cosas que les he aprendido laboral y emocionalmente me permiten hoy tener este producto y ser mejor persona.

A Gloria Pérez y a Mireia Jané por confiar en mí y en este proyecto desde el principio. A Gloria también por su comprensión, tiempo, apoyo, sororidad y fortaleza, te lo agradezco muchísimo. La forma en la que me apoyaste durante estos años fue fundamental para terminar esta tesis. Si esta tesis se termino fue gracias a tí. No sabes cuanto te lo agradezco.

A Merce Gotsens por implicarse en cuanto marrón la he metido gracias por ese y muchos mas apoyos Merce. A Andrés Peralta, Laura de Manuel, Ana Fernández, Vanesa Puig, Constanza Jaques, la mamá de Anna y de Contanza por hacerme creer que sí podía terminar la tesis. Además, por regresarme la esperanza de que todo podía ir bien algún día.

Karen aunque en la recta final, muchas gracias por el apoyo moral y confianza vertida en mí te lo agradezco infinitamente. Un placer haberte conocido.

Vane y Nani a veces en mi más profunda oscuridad aparecen para darme un abrazo y sacarme de esa oscuridad, nunca habría terminado la tesis sin ustedes.

Laura, gracias por creer en mi, por apoyarme no lo hubiera hecho sin tí.

Andrés, muchas gracias por estar ahí siempre.

A mi familia por soportar la distancia eterna de más de 2500 días y 7 horas de diferencia horaria al otro lado de un océano. Silvia, Eduardo, gracias papá, mamá, gracias Violet, gracias Lalo, gracias Zuilma, gracias Tía Evi, gracias Evilia por todo, Tía Virgen, Yuri, Ninel, Ninelita, Ivana, Carla, Carini, Carlos Manuel, Carlos, Manuel ahora que los tengo vivos decirles cuanto los quiero y aprecio que estén ahí.

Y a todas las que ya cerraron los ojos, decirles que aún están aquí conmigo influenciándome todas y todos. Abuelita, abuelito y Tío Manuel el “General” han sido parte de la crianza de una mujer fuerte que los quiere y que los ama desde lo más profundo de sus recuerdos.

### **1.3 Dedicatoria:**

A toda mi familia extendida,  
pero en especial a mi padre  
Eduardo,  
mi madre Silvia  
y al recuerdo de la abuela Angelina,  
pieza angular de esta tesis.

## 1.4 Epigrafe

“Descolonizar el conocimiento significa descender del punto cero y hacer evidente el lugar desde el cual se produce ese conocimiento.”

Santiago Castro-Gómez

## 1.5 Resumen

Podrán cuestionarse históricamente la existencia de un vínculo entre las opresiones de poder, la reproducción y la salud en general sin embargo no cabe la menor duda que punto y aparte de nuestras diferencias genéticas o nuestras diferencias conductuales las decisiones personales en el mundo no son tan personales y se realizan a nivel poblacional. Es en este sentido en el cual se plantea que los sistemas en que vivimos como sociedad permean en nuestros determinantes más proximales y distales. Y si los sistemas permean a tal punto y generan desigualdad sistémica ¿Por qué no podemos darnos la oportunidad de cuestionarnos como los sistemas, sus opresiones y privilegios sistémicos permean en nuestra sociedad, nuestro conocimiento, nuestros haceres y a su vez en nuestra reproducción, nuestra sexualidad, nuestra salud?

### 1.5.1 Palabras clave:

Desigualdad; Opresiones de poder; Salud reproductiva; Equidad; Genero; Salud; Desigualdades en salud

## 1.6 Abstract

The existence of a link between the oppressions of power, reproduction and health in general may be questioned historically, but there is no doubt that apart from our genetic differences or our behavioural differences, personal decisions in the world are not so personal and are made at the population level. It is in this sense that the systems in which we live as a society permeate our most proximal and distal determinants. And if the systems permeate to such an extent and generate systemic inequality, why can't we give ourselves the opportunity to question how the systems, their systemic oppressions and privileges permeate our society, our knowledge, our actions and in turn our reproduction, our sexuality, our health?

### 1.6.1 Key words:

Inequality; Power oppression; Reproductive health; Equity; Gender; Health; Health Inequalities

## 1.7 Resum

Podran qüestionar-se històricament l'existència d'un vincle entre les opressions de poder, la reproducció i la salut en general no obstant això no hi ha cap mena de dubte que punt i a part de les nostres diferències genètiques o les nostres diferències conductuals les decisions personals en el món no són tan personals i es realitzen a nivell poblacional. És en aquest sentit en el qual es planteja que els sistemes en què vivim com a societat permean en els nostres determinants més proximals i distals. I si els sistemes permean a tal punt i generen desigualtat sistèmica Per què no podem donar-nos l'oportunitat de qüestionar-nos com els sistemes, les seves opressions i privilegis sistèmics permean en la nostra societat, el nostre coneixement, nostres haceres i al seu torn en la nostra reproducció, la nostra sexualitat, la nostra salut?

### 1.7.1 Paraules clau:

Desigualtat; Opressions de poder; Salut reproductiva; Equitat; Genero; Salut; Desigualtats en salut

## 1.8 **Resumo**

A existência de uma relação entre as opressões de poder, a reprodução e a saúde em geral pode ser questionada historicamente. Porém, é indiscutível que, mais além das nossas diferenças genéticas e comportamentais, as decisões pessoais no mundo não são tão pessoais e se realizam no âmbito populacional. É neste sentido que se considera que os sistemas em que vivemos como sociedade influenciam os nossos determinantes mais proximais e distais. E se os sistemas permeiam de tal forma e geram desigualdade estrutural, por que não nos podemos dar a oportunidade de questionar de que forma os sistemas, as suas opressões e privilégios estruturais afetam a nossa sociedade, o nosso conhecimento, os nossos afazeres, assim como a nossa reprodução, a nossa sexualidade, a nossa saúde?

### 1.8.1 **palavras chave:**

Desigualdade; Opressões de poder; Saúde reprodutiva; Gênero; Saúde; Desigualdades em saúde



# **Part I**

## ***Introduciéndonos***

### ***en la salud reproductiva de las mujeres***





## 2. *Epistemologías de la reproducción*

### 2.1 **Epistemología del estudio de la salud reproductiva**

Antes de entender la importancia del porqué habríamos de cuestionarnos la visión actual del abordaje del estudio de la reproducción en el área de salud, habría al menos que introducir una visión actual de ciencia. Según el diccionario Cambridge, la ciencia es el estudio de la estructura de las cosas naturales y el modo en que se comportan (1). La ciencia según el empirista clásico Locke (6) debe razonarse cuidadosamente basado en los datos para construir un conocimiento seguro que no esté distorsionado por la fantasía o la pasión. La ciencia conserva como ideal la noción de que el conocimiento científico es demostrativo y cierto(6). Cuando consultamos algunos libros de texto utilizados en la universidad las definiciones actuales de ciencia se encuentran empapadas de la percepción de Locke: ¿Qué es la cosa llamada ciencia? De Alan F. Chambers(3) define ciencia y distingue tres componentes en lo que se supone son la base de la ciencia.

Estos componentes son:

- Los hechos se dan directamente a observadores cuidadosos y desprejuiciados por medio de los sentidos.
- Los hechos son anteriores a la teoría e independientes de ella.
- Los hechos constituyen un fundamento firme y confiable para el conocimiento científico.

Un primer enfoque epistemológico que se puede separar es el enfoque de los empiristas británicos (Locke, Hume y Berkeley) para quienes la experiencia sensible (“como lo vimos”) es el fundamento del conocimiento a partir del cual se forman nuestras ideas. Un problema del empirismo es suponer que los hechos son accesibles de manera no problemática, y que la mente no presenta ideas previas. El fundamento del conocimiento en la experiencia también es compartido por el positivismo y el empirismo lógico. Sin embargo, estas corrientes prestaron más atención a la forma lógica de la relación entre el conocimiento y los hechos de la experiencia. Según estas teorías un enunciado es cognitivamente significativo solo si posee un método de verificación empírica o es analítico. El problema es que este mismo enunciado no es verificable. Tampoco era posible verificar la existencia de entidades no observables pero que permitían explicar fenómenos como los presentes en la física cuántica. Además, a partir de los hechos no es posible deducir teorías, es decir, no es posible excluir una excepción que invalide la teoría. Como respuesta, Popper y los falsacionistas admitieron de entrada la existencia de la teoría. Sin embargo, ellos insisten en que el método científico consiste en la posibilidad de que la teoría sea falsa, entonces sea eliminada o reemplazada, por medio de la observación y la experimentación.

Otros aspectos relacionados con la epistemología es la justificación epistémica, la naturaleza de las teorías, la concepción semántica de la verdad. El realista epistémico concibe el conocimiento como creencias justificadas generadas por mecanismos que han funcionado de forma adecuada sobre fenómenos externos independientes de ser o no percibidos. Por contrario el internismo concede prioridad subjetiva al acceso de conocimiento. El realismo ontológico afirma la existencia de entidades postuladas por las teorías cognoscibles a través de mecanismos y efectos en los entes. Esta entonces, se diferencia de la concepción instrumentalista de las teorías, según la cual las teorías tienen utilidad predictiva pero no deben interpretarse literalmente, también se diferencia de la concepción constructivista según la cual las entidades teóricas son construidas socialmente. Según el realismo semántico las teorías son verdaderas o falsas según su correspondencia con la realidad y se opone al pragmatismo, la verdad o falsedad está en relación con las capacidades humanas cognitivas, diferente al “coherentismo”. La verdad es relativa a un sistema de creencias previamente aceptado, y al relativismo, la verdad o falsedad es relativa al contexto donde surgen. Estas cuestiones son relevantes especialmente para las ciencias sociales, de las que la epidemiología social es parte. En esta tesis la epistemología puede definirse como el estudio del conocimiento y de la justificación de la creencia, por lo que toda área que pueda jactarse de ser científica estará orientada por su propia epistemología(4).

La epistemología en el área de salud parece estar orientada por la epistemología empirista clásica de Locke (como ya lo hemos visto en los párrafos anteriores) jactándose por ejemplo de la “neutralidad” en el estudio de las ciencias de la salud. Lo anterior es algo que vale la pena cuestionarse, así mismo en esta tesis intentamos replantearnos la visión y percepción desde la cual entendemos la salud, la salud pública y la salud reproductiva. Estas y algunas otras preguntas como ¿si entendemos y conceptualizamos las ciencias de la salud en el mundo occidentalizado desde la visión hegemónica según un empirista clásico como Locke? ¿si la influencia de un concepto tan grande permea en todas las ciencias habidas? Estas

son preguntas que vale la pena hacer y rehacerse más allá de esta tesis. En el área de las ciencias de la salud nos preguntamos cómo pudo influenciar un concepto como el de la ciencia empirista pensado y conceptualizado desde la esfera de una visión de un hombre como Locke o de hombres como Locke. Lo cierto es que por ejemplo, la física cuántica ya ha corroborado que los hechos no constituyen un fundamento firme y confiable para el conocimiento científico debido a que los hechos pueden estar influenciados por el observador(8).

Por otro lado, en la actualidad vivimos y convivimos en sistemas de distribución social del poder establecidos y determinados por ideologías. De estos sistemas de distribución social de poder ahondaremos más adelante pero ya podemos adelantar que todos estamos embebidos en las dinámicas de distribución de poder de estos sistemas. Por lo tanto, ¿cómo podemos afirmar que “los hechos se dan directamente a observadores cuidadosos y desprejuiciados por medio de los sentidos”? sin embargo, no existe un “observador u observadora desprejuiciado” debido a que nacemos y crecemos influenciados por la sociedad. ¿Entonces, es posible que la orientación del estudio de la reproducción y la salud reproductiva haya estado y esté actualmente embebida de la ideología de las y los observadores? ¿Qué nos garantizaría que no se esté siendo reduccionistas al centrar los temas reproductivos en las mujeres ignorando responsabilidades de la contraparte masculina? ¿Qué nos garantiza que nuestro enfoque en la salud reproductiva sea un enfoque que “ayude” (aun inintencionadamente) a alimentar discursos convenientes al sistema o sistemas? Por ejemplo, discursos que pudiesen “ayudar” al capital a regular la “mano de obra barata” ¿que nos garantiza que los temas y las formas que abordamos estos mismos temas sigan reforzando y estigmatizando grupos sociales per se marginalizados por el sistema?

Estas y otras son preguntas que nos han auxiliado en el entendimiento del porque replantearnos la visión sobre la cual trabajamos los temas de salud y en específico de salud reproductiva. Así mismo son preguntas que nos han ayudado a entender la poca viabilidad de la realización de esta tesis bajo el formato tradicional de “tesis”. Debido a la importancia del entender y replantear las formas epistemológicas de abordar la reproducción en el área de las ciencias de la salud y la salud reproductiva y de que la lectora o el lector/a comprenda algunos de nuestros argumentos para reformularnos la forma de redactar y la forma de abordar una tesis en “biomedicina” o de “salud pública” señalaré algunas de las razones más específicas del porqué:

- 1) Las definiciones y planteamientos epistemológicos de todas las ciencias se deben cuestionar dado los recientes conocimientos y hallazgos (por ejemplo, en física cuántica antes mencionados o la tecnología y cambios en las formas de interrelacionarse debidos a la tecnología, etc.).
- 2) Las formas y los haceres de la ciencia están y viéndose modificadas también en su metodología dada la injerencia de la tecnología en la ciencia [bases de datos gigantescas que podrían conllevar a una despersonalización al hacer ciencia por parte de los científicos dado que pueden perder el contacto con la realidad. Esta pérdida de contacto también genera el riesgo de que se trate a los seres humanos como cifras y esto a su vez conlleve a hacer asunciones no tan “desprejuiciadas”].
- 3) Las actitudes hacia diversos tipos de información cambian con el tiempo(5). Por ello la sociedad y la ideología cambia y ante ello la filosofía de la ciencia habría de moldearse en conjunto con la sociedad. La realidad social ha cambiado y con ella las formas y haceres reproductivos, por lo que las visiones de estudio de la reproducción y la salud reproductiva no pueden ser estáticas. Con ello, existe la necesidad de un replanteamiento de fondo de las visiones de reproductivas dado que hay temas reproductivos (por ejemplo, a nivel indicadores) que no mejoran y parecen haberse

quedado estáticos.

- 4) Las relaciones de poder existentes de forma “innata” desde hace siglos en la sociedad y su injerencia en el estudio y las formas de estudio de la salud reproductiva han sido obviadas por las ciencias de la salud.
- 5) La importancia de la diversificación de las posturas del pensamiento científico y la no instauración del pensamiento único dentro de la ciencia es imprescindible. La diversidad de pensamientos provee fuentes de crecimiento y de evolución dentro de la ciencia. En la actualidad la ciencia insta al pensamiento único.
- 6) El conocimiento considerado como la base del poder por lo que la traslación del conocimiento al pueblo es muy importante también. Sin embargo, la existencia de la traslación intuye ya que no hay un canal abierto entre la sociedad y la academia y esto es parte de la ideología. Por ejemplo, formas y leguajes utilizados en la academia o tan solo las formas y estructuras de aproximación a la población pueden resultar poco familiares, accesibles o amigables. Quizás nuestro trabajo deba replantearse y replantearse en cuanto a las estructuras y conexiones de la academia al pueblo o ¿quizás la academia tendría que ser poco a poco pueblo?
- 7) Todos los y las científicas tienen ideología que refleja en su filosofía sin saber que lo hacen por lo que al no cuestionarse este hecho terminan replicando la filosofía del sistema o la filosofía con la que han sido educados sin cuestionarse esto último. Ejemplo de esto último, tenemos el artículo filosofía para médicos [Philosophy for physicians](11) que nos describe la filosofía que debiese tener un médico. Según el autor, la mejor filosofía para un médico es no tener filosofía alguna. Sin embargo, otros autores como Nijhuis y Van der Maesen(7), argumentan lo contrario. Ellos consideran que los debates sobre los pros y contras de la salud pública a menudo se limitan al nivel científico metodológico, descuidando así las nociones ontológicas implícitas que se esconden detrás e influyen presumiblemente en los argumentos y en



los resultados de la investigación. Así la ideología del sistema ¿está haciendo de la ciencia una ciencia hegemónica aun no queriendo hacerla? Por ende, la intencionalidad en la ciencia, de la ausencia de filosofía nos hace profesionales alta y fácilmente manipulables.

Por todo lo anterior en esta tesis intentaremos utilizar visiones alternas de las definiciones y las formas de definir no solo la reproducción sino los conceptos básicos inherentes a la reproducción. Inspiradas un poco en el trabajo vertido en la teoría que Rita Segato (10) (9) utiliza en temas antropológicos como lo es la antropología por demanda que Castro Gómez ha propuesto llamar la “hybris” del punto cero (2). La antropología por demanda y la “hybris” del punto cero producen conocimiento como respuesta a preguntas que les son colocadas por quienes de otra forma serian sus objetos de observación desde una perspectiva clásica (siendo yo parte del sujeto de observación de una forma clásica) y estudio primero de una forma inadvertida y después teorizada.

En este caso las múltiples preguntas que han sido colocadas en esta tesis para el estudio de la salud reproductiva han sido vertidas a través experiencias tanto personales como experiencias de compañeras y no solo tanto de la propia lectura o de la propia enseñanza en el mundo académico. Estas preguntas han permitido explorar lo más profundo posible la estructuración de la salud reproductiva. En conjunto con ello se ha recurrido a otras visiones, formas de pensamientos, y autoras que van más allá de la visión de la medicina hegemónica. De esta forma me permití la libertad de también a obtener inspiración en múltiples ciencias que van desde la medicina, psicología, filosofía hasta la economía, así como de movimientos sociales.

**Bibliography**

- [1] CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. Diccionario Cambridge, 2019.
- [2] CASTRO, R. Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica Gender norms and the development of the medical habitus in the years of medical schooling and residency. *La perspectiva de género en la salud* 10, 3 (2014), 339–351.
- [3] CHALMERS, A. F., AND PEREZ SEDENO, E. *¿Que es esa cosa llamada ciencia? : una valoración de la naturaleza y el estatuto de la ciencia y sus metodos*. Siglo XXI de Espana, 1982.
- [4] DANCY, J. *Introduccion a la epistemologia contemporanea*. Tecnos, 1993.
- [5] EGILMAN, D. S. Public health and epistemology. *American Journal of Industrial Medicine* 22, 3 (1992), 457–459.
- [6] LOCKE, J., AND WOOLHOUSE, R. S. *An essay concerning human understanding*. New York, 1997.
- [7] NIJHUIS, H. G., AND VAN DER MAESEN, L. J. The philosophical foundations of public health: an invitation to debate., feb 1994.
- [8] PROIETTI, M., PICKSTON, A., GRAFFITTI, F., BARROW, P., KUNDYS, D., BRANCIARD, C., RINGBAUER, M., AND FEDRIZZI, A. Experimental test of local observer independence. *Science Advances* 5, 9 (sep 2019), eaaw9832.
- [9] SEGATO, R. L. El sexo y la norma: Frente estatal, patriarcado, desposesión, colonidad. *Revista Estudios Feministas* 22, 2 (2014), 593–616.
- [10] SEGATO, R. L. La guerra contra las mujeres. *Traficantes de Sueños* (2016), 188.

- 
- [11] TEN HAVE, H., AND GORDIJN, B. Medical epistemology. *Medicine, Health Care and Philosophy* 20, 4 (2017), 451–452.





### **3. Reproducción, desigualdades y salud pública**

#### **3.1 ¿Cómo se aborda el estudio de la reproducción desde las ciencias de la Salud?**

Consideramos fundamental antes de entrar en temas de salud reproductiva señalar que hegemónicamente las sexualidades y la reproducción se trabaja como un compuesto: la salud sexual y reproductiva (SSR) (28). En este sentido, la definición de salud reproductiva de forma independiente a la de salud sexual es relativamente nueva. Aunque en la actualidad [2019] organizaciones como United Nations Population Found(23) (UNFPA) aun considera a la salud sexual y reproductiva como eventos conjuntos. Según la UNFPA: “La buena salud sexual y reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social en todas las cuestiones relacionadas con el sistema reproductivo. Implica que las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si lo desean, cuándo y con qué frecuencia”. Recientemente (2018), la Organización Mundial de la Salud (OMS)(17) diferenció las definiciones de la salud reproductiva y salud sexual.

Estas definiciones consideraron a la salud reproductiva como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva implica que las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si desean hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Así la salud sexual se la considera “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”.

A pesar de la interrelación entre los conceptos de salud sexual y salud reproductiva, es necesario el reconocimiento y la diferenciación entre ambas. Así mismo, el reconocimiento de la relación que tienen estos temas con la sociedad. Un momento clave fue la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo que abordaron “temas poblacionales” y donde por primera vez se definió la salud reproductiva y la salud sexual desde 1994, marcando un hito en el tema a nivel mundial (18) (4). En donde se observó cómo la regulación demográfica y la economía tienen influencia directa sobre las políticas de salud sexual y reproductiva. En este sentido, durante mucho tiempo han existido (y continúan existiendo) una priorización hacia los temas reproductivos dentro del área de la salud (18) (4). Es sin duda a nivel de políticas globales un tanto obvio el peso que tiene la reproducción por sobre las sexualidades. De esta forma, los marcos teóricos mayoritariamente presentan una visión de la salud sexual y la salud reproductiva en la que la sexualidad y la reproducción se encuentran unidas (1) a pesar de que esto no es necesariamente cierto. Podemos cuestionarnos si la importancia de la regulación poblacional se refleja a través de la regulación de la reproducción (planificación familiar) y también a través de las formas de estudiar qué y cómo se estudia la salud sexual y la salud reproductiva. Federicci y Hartmann

por ejemplo sugieren que la regulación de la reproductividad femenina es un componente esencial que trasciende las estructuras económicas históricas(7) (11). "La fuerza de trabajo de los infantes es de beneficio inmediato para sus familias, es sin embargo una tarea crucial para perpetuar el patriarcado como sistema. Así como la sociedad de clases debe ser de consumo, etc., así como las normas patriarcales de la sociedad civil y relaciones sociales" (8) (6) (11). En este sentido ¿es posible que esta metodología de trabajo en el área de salud como en muchas áreas haya formado parte de un sistema que haya subyugado a poblaciones inintencionadamente ignorando la importancia de las sexualidades para la construcción de un ambiente sano y equitativo? ¿es posible que las intervenciones que aumentan la salud aumenten las desigualdades? (24).

En un contexto de desigualdad socioeconómica mundial, las desigualdades en el campo de la salud reproductiva y los derechos sexuales no son la excepción el modelo de pensamiento actual en el campo de la ciencia que abarca la salud reproductiva y las sexualidades parecen reproducir el patrón global. Entonces, ¿existe la posibilidad de repensar el enfoque de la reproducción y de las sexualidades? Para la sociedad es importante también cuestionarnos y replantearnos formas de ver y pensar la ciencia en pro de un cambio que nos ayude a encontrar alternativas de mejora de las condiciones y la salud de las sociedades.

Existen en la actualidad varias perspectivas científicas involucradas en el estudio de la salud reproductiva. Estas son principalmente la economía, la demografía, la sociología, la antropología, la psicología, la biología, la medicina y la salud pública. Esta tesis intentara analizar la salud reproductiva desde múltiples perspectivas, pero cuestionando la perspectiva científica hegemónica utilizando múltiples metodologías de diversos campos científicos, pero siempre analizando la salud reproductiva a nivel poblacional.

Por otro lado, más allá de estas definiciones “establecidas” por organismos como la OMS la

sexualidad y la reproducción desde su trasfondo engloban puntos clave para la salud de las personas. La sexualidad [por ejemplo y utilizando una definición de Nancy Krieger(13)] se refiere a convenciones, roles y comportamientos vinculados a la cultura que involucran expresiones de deseo sexual, poder y emociones diversas, mediadas por el género y otros aspectos de la posición social (por ejemplo, clase, etnia, etc.). Los componentes distintivos de la sexualidad incluyen: identidad sexual, comportamiento sexual y deseo sexual. Las categorías 'occidentales' contemporáneas por las cuales las personas se identifican a sí mismas o pueden ser etiquetadas incluyen: heterosexuales, homosexuales, lesbianas, homosexuales, bisexuales, 'queer', transexuales y asexuales<sup>1</sup>. Mientras que la reproducción es un proceso biológico que crea un nuevo organismo al combinar el material genético de dos organismos en un proceso que comienza por la división celular (21) (16). En biología propiamente la reproducción sexual es la formación de descendientes que son distintos de sus familias desde el punto de vista genético; normalmente dos padre-madre aportan los genes para su descendencia. En las personas, la reproducción sexual va más allá del mero acto biológico de reproducción. La reproducción humana engloba una amplia gama de derechos reproductivos reconocidos recientemente (22) (3) (27). Estos derechos conocidos como derechos reproductivos que incluyen el derecho a las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número, el espaciamiento y el momento de nacimiento de sus infantes/os y a disponer de la información y los medios para hacerlo o no.

### **3.2 ¿Cómo se aborda el estudio de la reproducción desde la salud Pública?**

La salud pública se define en el diccionario de salud pública por John M. Last como la actividad organizada de la sociedad para promover, proteger, mejorar y, cuando sea necesario, restaurar la salud de individuos, grupos específicos o de toda la población (14). Es



una combinación de ciencias, habilidades y valores que funcionan a través de actividades sociales colectivas e involucran programas, servicios e instituciones dirigidos a proteger y mejorar la salud de todas las personas. El término "salud pública" puede describir un concepto, una institución social, un conjunto de disciplinas y tecnologías científicas y profesionales, y una forma de práctica. Abarca una amplia gama de servicios, instituciones, grupos profesionales, oficios y ocupaciones no calificadas. Es una forma de pensar, un conjunto de disciplinas, una institución de la sociedad y una forma de practicar. Tiene un número y una variedad cada vez mayores de dominios especializados, y exige de sus profesionales una gama cada vez mayor de habilidades y experiencia. Líderes políticos, como Otto von Bismarck, Benjamin Disraeli, Lloyd George, Franklin D. Roosevelt y John F. Kennedy, han reconocido y declarado durante más de 150 años que la protección y el mejoramiento de la salud de la población de su país es su responsabilidad más importante.

La salud pública es también considerada el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad. Las actividades para fortalecer las capacidades y los servicios de salud pública tienen por objeto proporcionar condiciones en las que las personas puedan mantenerse sanas, mejorar su salud y bienestar o prevenir el deterioro de su salud. La salud pública se centra en todo el espectro de la salud y el bienestar, no sólo en la erradicación de determinadas enfermedades. Muchas actividades están dirigidas a poblaciones como las campañas de salud. Los servicios de salud pública también incluyen la prestación de servicios personales a personas individuales, como vacunas, asesoramiento sobre el comportamiento o asesoramiento en materia de salud. Al igual que la salud sexual, la salud reproductiva es una cuestión de salud pública con repercusiones sociales y económicas de gran alcance. En este sentido para las salubristas una mala salud reproductiva a en la población genera un gran impacto social. A su vez, al ser parte fundamental de la composición social (el inicio de una vida) las consecuencias de

## Chapter 3. *Reproducción, desigualdades y salud pública*

18

una mala salud reproductiva pueden verse en la madre y/o en infante. En este sentido para la salud pública actual no existe un estándar de los que es ser “sano” a nivel reproducción poblacional más grande que los indicadores “proxy” de mortalidad materna. De esta forma la ciencia utiliza indicadores “proxy” para medir temas complejos como la reproducción a través de la salud reproductiva que es un tema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, tiene un conjunto de indicadores de salud reproductiva, así como directrices claras para la vigilancia mundial de estos indicadores reproductivos<sup>17</sup>. Estos indicadores van desde la tasa de fecundidad total hasta el conocimiento de las prácticas de prevención del VIH (todos los indicadores de la guía se resumen en la siguiente tabla) (31).

Figure 3.1: Principales indicadores de salud reproductiva de la OMS.

Indicador	Descripción básica	
A	Prevalencia de utilización de anticonceptivos	La proporción de mujeres en edad reproductiva que utilizan (o cuya pareja utiliza) un método anticonceptivo en un momento dado.
A	Porcentaje de ingresos obstétricos y ginecológicos debidos a abortos	Porcentaje de ingresos por complicaciones relacionadas con el aborto (espontáneo o inducido) en los centros de prestación de servicios que prestan servicios obstétricos y ginecológicos a pacientes hospitalizados, entre todos los ingresos (excepto los correspondientes a la interrupción planificada del embarazo).
H	Incidencia reportada de uretritis en hombres	El porcentaje de hombres de 15 a 49 años de edad, entrevistados en una encuesta comunitaria, que reportaron haber tenido uno o más episodios de uretritis en los últimos 12 meses.
G	Tasa de fecundidad total	El número de nacimientos que una mujer tendría al final de su vida reproductiva si experimentara las tasas de fecundidad por edad que prevalecen en la actualidad, de los 15 a los 49 años de edad.
G	Prevalencia de la infertilidad en las mujeres	El porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) en riesgo de quedar embarazadas (no embarazadas, sexualmente activas, sin usar anticonceptivos y sin lactancia) que reportan haber intentado un embarazo durante dos años o más.
G	Conocimiento de las prácticas de prevención del VIH	Porcentaje de encuestados que identifican correctamente las tres formas principales de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan los tres conceptos erróneos más importantes sobre la transmisión o prevención del VIH.
G	Prevalencia de la anemia en las mujeres	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva examinadas para detectar niveles de hemoglobina que tienen niveles inferiores a 110 g/l (mujeres embarazadas) y 120 g/l (mujeres no embarazadas).
G	Prevalencia comunicada de mujeres con mutilación genital	Porcentaje de mujeres entrevistadas en una encuesta comunitaria que afirman haber sido sometidas a mutilación genital.
P	Disponibilidad de atención obstétrica esencial integral.	El número de centros con atención obstétrica esencial completa en funcionamiento por cada 500.000 habitantes.
P	Tasa de mortalidad materna	El número de muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos.
P	Disponibilidad de atención obstétrica básica esencial	Número de centros con atención obstétrica básica esencial en funcionamiento por cada 500.000 habitantes.
P	Prevalencia de la infección por el VIH en mujeres embarazadas	Porcentaje de muestras de sangre tomadas de mujeres de 15 a 24 años que dan positivo en la prueba del VIH durante la vigilancia centinela de rutina en clínicas prenatales seleccionadas.
P	Prevalencia de serología positiva para la sífilis en mujeres embarazadas	Porcentaje de mujeres embarazadas de 15 a 24 años que acuden a clínicas prenatales con serología positiva para la sífilis.
P	Partos asistidos por personal sanitario cualificado	Proporción de partos asistidos por personal sanitario cualificado.
RN	Tasa de mortalidad perinatal	El número de muertes perinatales por cada 1000 nacimientos.
RN	Prevalencia de bajo peso al nacer	El porcentaje de bebés nacidos vivos que pesan menos de 2500 G.
RN	Cobertura de atención prenatal	La proporción de mujeres atendidas, al menos una vez durante el embarazo, por personal sanitario cualificado por motivos relacionados con el embarazo.

Fuente: elaboración propia con basado en Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. A Indicadores asociados a la anticoncepción y/o aborto H Indicadores medidos en Hombres G Indicadores asociados a mujeres en edad reproductiva no embarazadas P Indicadores asociados a la salud del embarazo y/o parto RN Indicadores asociados al recién nacido

Es oportuno considerar esta área a través de un lente de salud pública y entender mejor las muchas influencias sobre el bienestar reproductivo, yendo más allá del modelo médico de simplemente proporcionar anticonceptivos y reaccionar a los síntomas reproductivos. Sin embargo, usualmente se consideran las opciones reproductivas de los individuos como asuntos “privados” y se imponen cargas significativas de salud pública en el embarazo. Un ejemplo de estas cargas significativas de salud pública en el embarazo lo podemos ver en los principales indicadores de salud reproductiva señalados por la OMS. En donde los indicadores asociados al embarazo o al recién nacido son predominantes. Como hemos visto con los principales indicadores de salud reproductiva de la OMS antes mencionados, los aspectos de estudio de la reproducción humana en la salud pública se centran (predominantemente) en indicadores reproductivos biologicistas y normativos y no necesariamente indicadores reproductivos que nos den idea de la realidad. Por ejemplo, Merry<sup>12</sup> en su libro “The Seductions of Quantification: Measuring Human Rights, Gender Violence, and Sex Trafficking” (15) cuestiona como la producción y el uso de los indicadores globales están conformados por desigualdades de poder y experiencia. En este sentido estos indicadores logran una falsa especificidad que oscurece las innumerables decisiones interpretativas que se tomaron en su creación. Merry explica también como la mayor experiencia, preparación e inversión en los sistemas de medición en el norte global lleva a una participación desigual del Sur Global en la construcción de indicadores que se utilizarán para clasificar países. Todo esto dentro de la lógica mental del desarrollo de donde surgen los indicadores. La inercia de los datos magnifica esta desigualdad porque lo que se ha medido antes es predictivo de lo que se volverá a medir. Esto permite que ciertas categorías asuman una validez supuestamente universal, marginando el conocimiento local y las epistemologías alternativas como formas “culturalmente ligadas” de conocer el mundo. Así mismo, Merry describe utilizando el concepto de caja negra (2) (el camino mediante el cual el trabajo científico se vuelve invisible a causa de su propio éxito) de Bruno Latour la dinámica de poder de

lo que debe ser contado. Una de las reflexiones de Merry es tomar en cuenta la historia y sus efectos en el marco teórico de la interpretación y selección de cada indicador utilizado de esta forma intentar cambiar el bucle ¿Se trata de evidencia basada en indicadores o de indicadores basados en evidencia?

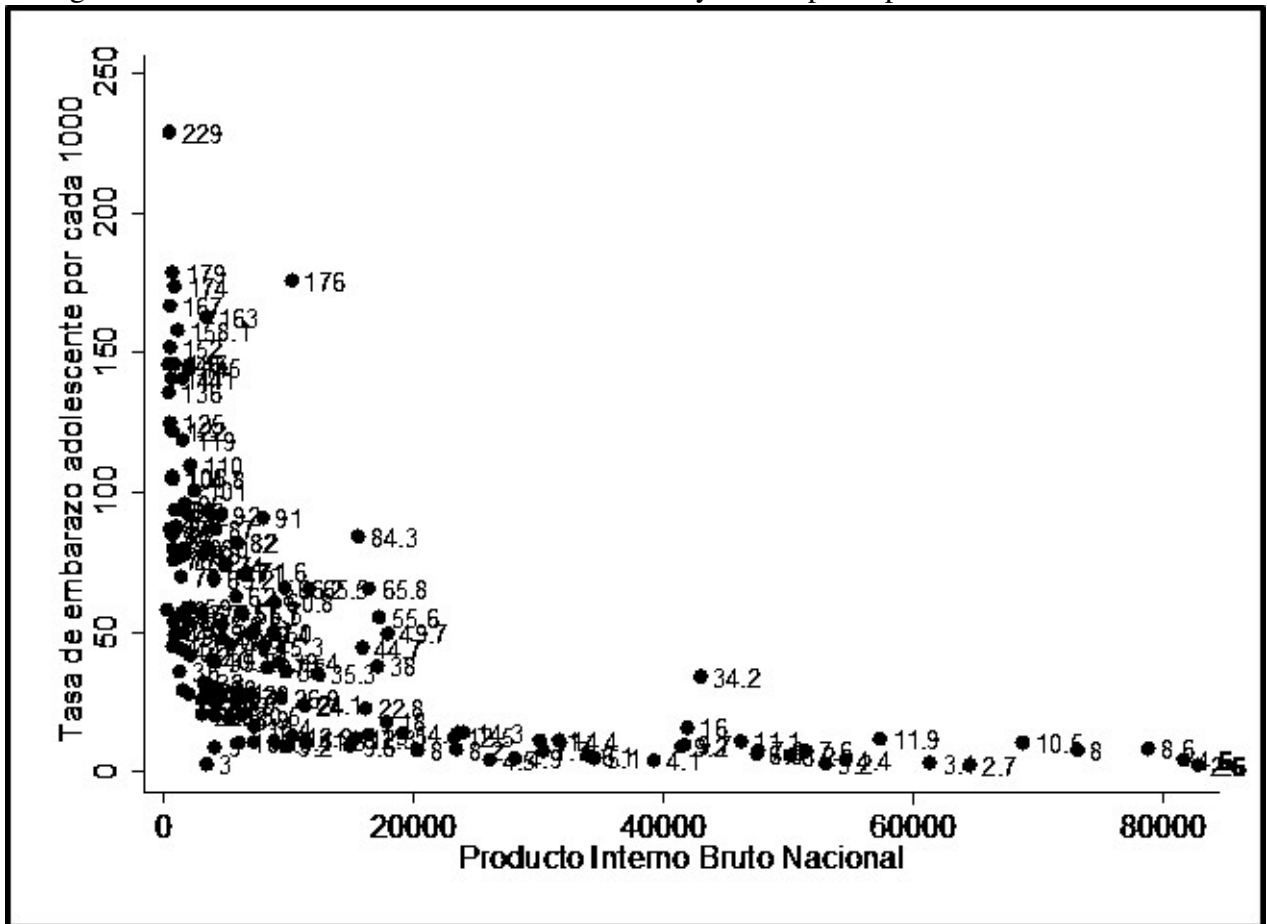
Por otro lado, La expresión "inercia de los datos" que Merry menciona hace también referencia a como los indicadores proporcionan sistemáticamente solo un tipo de datos excluyendo otros. Por ejemplo, como lo menciona Williams (29) en la salud materna, no hay un indicador para determinar la calidad de un nacimiento más allá de determinar si el recién nacido está vivo/no vivo. Tampoco se calculan las "casi muertes" o no existe un sistema de clasificación internacional que investigue las experiencias cualitativas de las mujeres en materia de atención prenatal, puerperal o posparto. En el ejemplo que describe Williams estos indicadores (como el de mortalidad materna) se han convertido en un sustituto no sólo de las medidas de la eficacia de la Secretaría de Salud, sino del compromiso del estado de cumplir con su imperativo constitucional de proporcionar asistencia sanitaria biomédica a sus ciudadanos. El establecimiento de estos estándares ha generado una presión que el estado traspasa no solo a los servicios de salud por cumplir con los niveles de los indicadores, sino que también a su personal y a las madres. En donde el cumplimiento de la atención obstétrica proporcionada por el estado es un componente necesario para ser considerada una "buena madre". Este cumplimiento pasa a convertirse en parte fundamental de un régimen moral que sostiene "que, para ser buenas madres, las mujeres deben dar a luz bajo el cuidado de expertos médicos, y que salir con vida de este hecho es lo que constituye un "buen parto" (19).

### 3.3 El estudio en desigualdades en salud Reproductiva

Las desigualdades en salud son consideradas diferencias en salud injustas y evitables fundamentadas en sus aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos entre poblaciones (26). La importancia de las desigualdades es extensa ya que en la actualidad existen grandes desigualdades en salud tanto entre naciones como entre territorios, barrios o pueblos (20) (5) (13) (12) (25). Estas diferencias se reflejan como peores niveles de salud en las poblaciones menos favorecidas. Por ejemplo, la esperanza de vida (medida como la probabilidad de morir de entre los 15 a 60 años) varía como mínimo de 47 (Malawi) a como máximo 83 años (Japón) –de entre los estados miembros de la OMS, lo que supone una diferencia de 36 años entre estos países(32). Otro indicador ampliamente utilizado en la salud reproductiva es la tasa de embarazo en adolescentes (por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años). En este caso el indicador también nos muestra profundas desigualdades en su distribución al ser contrastado con el producto interno bruto (PIB) nacional. Por ejemplo, en el gráfico siguiente vemos visualizada la distribución de los datos más reciente obtenidos de la tasa de embarazo adolescente de 148 países contrastada con su PIB per cápita (30) (9). En el gráfico se observa como mayor producto interno bruto existe una importante y clara disminución de la tasa de embarazo adolescente.

Sin embargo, y a pesar de la aparente claridad de los datos en el caso de la salud reproductiva es mucho más difícil y complejo saber que son las desigualdades a nivel poblacional. Puesto que para algunos indicadores en salud reproductiva es complejo determinar que son las desigualdades reproductivas. Por ejemplo, en el caso del indicador de mortalidad materna es un claro y obvio indicador de desigualdad. Sin embargo, en el caso de la fecundidad es muy complejo determinar la desigualdad en la fecundidad en el caso de países de alto ingreso o ciudades como Barcelona o Madrid ¿el que poblaciones tengan o no tengan infantes sería considerado desigualdad? Por ello, para esta tesis definiremos estas desigualdades como las diferencias en condiciones y/o aspectos determinantes que puedan

Figure 3.2: Distribución del embarazo adolescente y el PIB per cápita en el mundo.



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial para el producto interno bruto y de la OMS para la tasa de embarazo en adolescentes (por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años). Los indicadores reportados fueron los más recientes al momento de la descarga de datos [22 de diciembre del 2019].

ser sociales, económicos, étnicos, demográficos, geográficos (entre otros) que condicionen a su vez oportunidades injustas y/o derechos entre poblaciones. Por ejemplo, en el caso de la fecundidad las oportunidades injustas podrían condicionar a mujeres a tener hijas sin la libertad de poder decidir si tenerlas o no. Es por ello por lo que hablaremos de oportunidades y derechos injustos al hablar de las desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres.

Por años estas desigualdades reproductivas han sido estudiadas desde un punto de vista hegemónico, de formas epistemológicas paternalistas, racistas y capitalistas puesto que en economía por ejemplo el estudio de la fecundidad estaba condicionado a su función capitalista reguladora de la mano de obra funcional para él capital. Normalizando abordajes reproductivos desde puntos de vista más paternalistas en los que por ejemplo las mujeres no podían decidir sobre sus cuerpos. Un abordaje paternalista en este sentido sería aquel abordaje sanitario que priorice la continuación del sistema reproductivo (social capitalista) por encima del bienestar físico mental y emocional de las mujeres. Un ejemplo clásico es que una medida de salud pública como el aborto no sea un derecho en todos los países. Aunque en la actualidad esto se ha ido modificando esta es una realidad en muchos territorios donde aún se continúan encarcelando a mujeres por la práctica del aborto o en condiciones en las que el aborto es legal pero no existen las condiciones sanitarias para practicarlo. Y de las limitaciones en la diseminación del conocimiento de las herramientas para realizar el aborto en los países donde es legal.

Por último, el estudio de la salud reproductiva y la salud pública múltiples veces han asumido visiones occidentalocentricas para la teorización asociada a la salud reproductiva de las mujeres racializadas. En este ejemplo tenemos una constante invisibilización del racismo institucionalizado vertido en poblaciones migradas o racializadas para las cuales no se considera esta como posible explicación a condiciones y/o aspectos determinantes de

situaciones injustas entre poblaciones como lo podría ser altas tasas de mortalidad materna o el decrecimiento o crecimiento de las tasas de fecundidad en estas poblaciones. Así mismo, se argumenta o se teoriza desde una visión occidental en donde la población migrante sirve por ejemplo para elevar las bajas tasas de fecundidad habidas en países occidentales con argumentos en ocasiones que rayan en argumentos que parecieran no ser racistas, pero con un trasfondo racista como los son: “Necesitamos inmigrantes porque nuestra pirámide demográfica está muy descompensada” dicho por Octavio Granado, secretario de Estado de la Seguridad Social Española(10). Puesto que, si nos ponemos a pensar, el hecho de que se “necesiten” denota el trasfondo solo si son útiles déjenlos entrar.

## **Bibliography**

- [1] BOYER, J. A Time to Lead: A Roadmap for Progress on Sexual and Reproductive Health and Rights Worldwide. Tech. rep.
- [2] CAMBROSIO, A., AND LATOUR, B. *La science en action Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers through Society*, vol. 15. 1990.
- [3] CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS UNFPA. Reproductive Rights: A Tool for Monitoring State Obligations. Tech. rep.
- [4] COHEN, S. A., AND RICHARDS, C. L. The Cairo consensus: population, development and women. *Family planning perspectives* 26, 6, 272–7.
- [5] COMMISSION TO REDUCE SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH IN SPAIN. [A proposal of policies and interventions to reduce social inequalities in health in Spain]. *Gac Sanit* 26, 2 (2012), 182–189.
- [6] FEDERAL, G. Plan Nacional de Desarrollo. *Zhurnal Eksperimental'noi i Teoreticheskoi Fiziki* (2013), 9–175.



- 
- [7] FEDERICI, S. Caliban y la bruja. Tech. rep., 2006.
- [8] FEDERICI, S. Women, gender oppression and science. *Science and Society* 70, 4 (2006), 550–555.
- [9] GLOBAL HEALTH OBSERVATORY. Data, 2019.
- [10] GRANADOS, O. La Seguridad Social dice que necesitamos más inmigrantes y nacimientos.
- [11] HARTMANN, H. Capitalism, Patriarchy, and Job Segregation by Sex. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 1, 3, Part 2 (apr 1976), 137–169.
- [12] KAWACHI, I., SUBRAMANIAN, S. V., AND ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. *Journal of epidemiology and community health* 56, 9 (2002), 647–652.
- [13] KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. *Epidemiological bulletin* 23, 1 (2002), 7–11.
- [14] LAST, J. M. *A dictionary of public health*. Oxford University Press, 2007.
- [15] MERRY, S. E. *The seductions of quantification: Measuring Human Rights, Gender Violence, and Sex Trafficking*. Chicago, 2016.
- [16] NEIL A. CAMPBELL, JANE B. REECE, MARTHA R. TAYLOR, E. J. S. G. L. *Biology: Concepts & Connections*.
- [17] OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo, 2018.

- [18] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. 1995.
- [19] SMITH-OKA, V. *Shaping the Motherhood of Indigenous Mexico*, 1 ed., vol. 1. Vanderbilt University Press, 2013.
- [20] SOLAR, O., AND IRWIN, A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Organización Mundial de la Salud* (2010), 79.
- [21] THOMSON, J. L., LANDRY, A. S., ZOELLNER, J. M., TUDOR-LOCKE, C., WEBSTER, M., CONNELL, C., AND YADRICK, K. Several steps/day indicators predict changes in anthropometric outcomes: HUB City Steps. *BMC public health* 12, 1 (nov 2012), 983.
- [22] UNFPA. Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados. Tech. rep., 2019.
- [23] UNFPA, UNDESA, UN-HABITAT, AND IOM. Population Dynamics in the Post-2015 Development Agenda. Tech. Rep. April 2013, 2014.
- [24] WHITE, M., ADAMS, J., AND HEYWOOD, P. How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? In *Social Inequality and Public Health*. 2009, pp. 65–82.
- [25] WHITEHEAD, M., MARMOT, M., J. ALLEN, J., SOLAR, O., IRWIN, A., ROPER, W. L., BAKER, E. L., DYAL, W. W., NICOLA, R. M., KRIEGER, N., HARDING, G., NETTLETON, S. J., TAYLOR, K., SCAMBLER, G., BORRELL, C., FABRA, U. P., KRIEGER, N., CHEN, J. T., WATERMAN, P. D., REHKOPF, D. H., SUBRAMANIAN, S. V., PHELAN, J. C., LINK, B. G., DIEZ-ROUX, A., KAWACHI, I., LEVIN, B.,

- BAMBRA, C., SMITH, K., KENNEDY, L., KRIEGER, N., IRWIN, A., VALENTINE, N., BROWN, C., LOEWENSON, R., SOLAR, O., BROWN, H., KOLLER, T., VEGA, J., TAYLOR, S., AND MARANDI, A. The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services : planning, administration, evaluation* 22, 3 (1992), 429–445.
- [26] WHO. 10 facts on health inequities and their causes. *WHO* (2017).
- [27] WHO. Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority, 2019.
- [28] WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. European Tobacco Control Status Report 2014. Tech. rep., 2014.
- [29] WILLIAMS, S. A. Narratives of responsibility: Maternal mortality, reproductive governance, and midwifery in Mexico. *Social Science and Medicine*, March (2019), 112227.
- [30] WORLD BANK, AND OECD. GDP per capita (current US\$) | Data, 2018.
- [31] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Tech. rep., 2006.
- [32] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Tech. rep., 2009.





## **4. *Opresión, desigualdad y reproducción***

Primero que nada, nos era imposible la elaboración de un marco teórico que solo abarcara la reproducción sin la sexualidad debido a la intrínseca correlación que hay entre ellas. El marco nos sirve para entender como los sistemas de opresión pueden llegar a influenciar la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres, pero a la vez nos sirve para entender la importancia de diferenciación del estudio de la salud reproductiva y de la salud sexual. La reproducción se encuentra bidireccionalmente relacionada a la sexualidad. Sin embargo, no se encuentran fusionadas. Además, la reproducción puede depender de procesos asociados a la sexualidad o en nuestra actualidad esto último puede ser excluyente. Sin embargo, su relación con la salud es dependiente de las visiones y concepciones que se hacen del cómo se relacionan y conceptualizan. Es por eso que en este marco teórico se tratan procesos asociados a la sexualidad y a la reproducción muchas veces de forma relacional directa. Esto debido a entre muchas cosas a que en momentos históricos esta conformación fue considerada como una unidad.

El saber y conocer la estructuración del cómo es posible que nuestros contextos y realidades hayan sido moldeados hasta llegar a lo que son ahora es importante en cualquier ámbito de la ciencia. Sin embargo, debemos partir de más allá de la historia moderna para entender la realidad desde la cual podemos estudiar la salud sexual o la salud reproductiva de ahora. Las trayectorias del curso de la vida de los individuos, las transiciones y las (des)ventajas acumulativas han de situarse en contextos socio históricos específicos<sup>32</sup>. Sin embargo, no es suficiente el contexto sin tomar en cuenta la historia y el intentar comprender de donde provienen no sólo los términos sino el lenguaje y nuestras formas de hacer y ser como sociedades. A pesar de la diversidad de realidades, culturas e influencias, existen algunos modelos de planteamiento histórico que nos pueden ayudar a replantearnos la forma de estudiar la salud sexual y la salud reproductiva. Por ello, por ejemplo, las sexualidades como conformación social y política se forman de sus orígenes y su historia.

#### **4.1 Contexto sociopolítico-histórico, opresiones y reproducción.**

Si nosotros queremos entender la reproducción y la salud reproductiva actual primero tenemos que entender la sexualidad actual. Pero también tenemos que entender los procesos históricos por los cuales esta se ha modelado. Así mismo, estos procesos históricos son en su mayoría occidentales, debido a que existe un gran desconocimiento de los modelos de sexualidad antes de los procesos colonizadores alrededor del mundo. Por ejemplo, existe un amplio desconocimiento sobre las formas y condiciones asociadas a la reproducción y la sexualidad prehispánica en las Américas (Abya Yala) (47). Por obvias razones (hegemónica en el mundo occidental que ha moldeado en su mayoría a la sociedad actual) nos centraremos en la sexualidad occidental y a forma de ejemplo en México, (donde hemos encontrado fuentes referenciales), pero podríamos centrarnos en cualquier otro patrón sexual de los muchos que existen en las muchas otras sociedades no occidentales del mundo para explicar

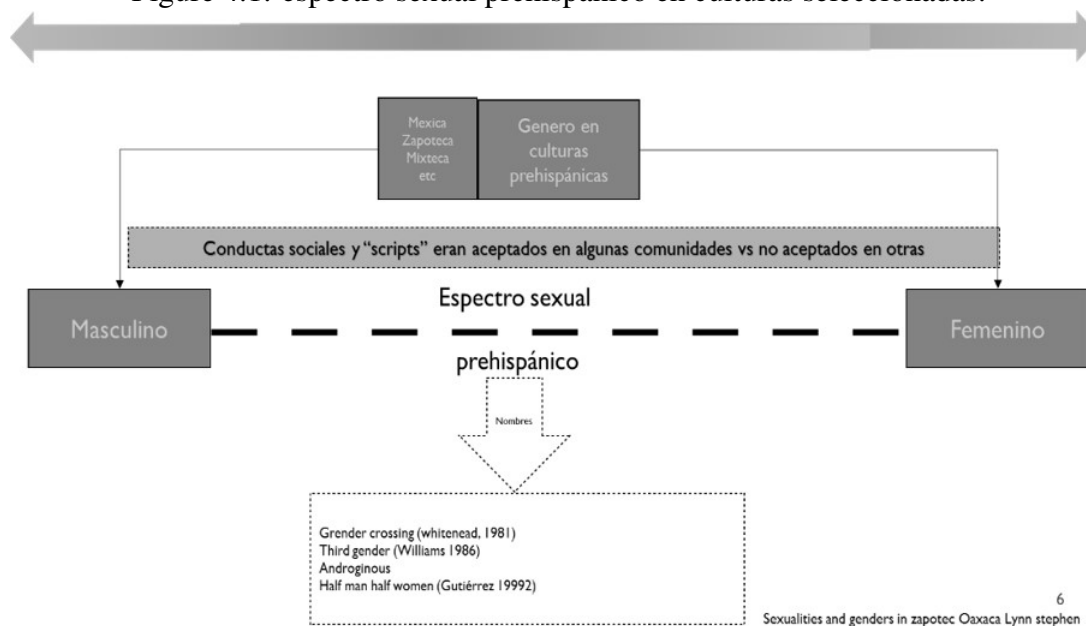
y referenciar las diferencias con respecto a la concepción de la sexualidad y la reproducción en diferentes contextos.

## 4.2 Prácticas de la sexualidad no occidental

Para comenzar, una gran diferencia que se encuentra dentro de los patrones de sexualidad en muchos de estos pueblos que es estas prácticas sexuales no necesariamente estaban asociadas a la reproducción. Además, estas prácticas eran diversas entre diferentes grupos indígenas. En la actualidad, solo en México existen al menos 72 lenguas de diversos grupos indígenas (41) de los cuales investigaciones (29) han demostrado que existe una amplia gama de diferencia en las sexualidades entre algunos de estos grupos. Esto mismo sucedía desde la época prehispánica, como relatan algunos colonizadores (4) (3) (16) (47), la diversidad en los hábitos y costumbres sexuales de las poblaciones indígenas. Lo que parecen ser aseveraciones un tanto obvias sobre la diversidad de los patrones sexuales entre diversos grupos no parece ser obvio en cuanto a las especificidades de los programas de salud pública. Esto significa que el desconocimiento de estos saberes y haceres sexuales conlleva también el desconocimiento a las necesidades en cuanto a programas de salud sexual, o de salud reproductiva por parte de gobiernos. Por otro lado, las concepciones de la sexualidad y de la reproducción en estos pueblos en la actualidad se han modificado principalmente porque la sexualidad entre los pueblos anteriores a la colonización fue un asunto censurado por los conquistadores debido a que consideraron pecaminosa la “sexualidad abierta”. Aunque los primeros cronistas rescataron en sus escritos diversos aspectos de prácticas sexuales que vieron al llegar al nuevo territorio (4) (3) (16). La sexualidad y la reproducción muchas veces se encontraban ligadas fundamentalmente a la espiritualidad y al culto a las deidades prehispánicas o al territorio. Estas nociones poseían para la cosmovisión indígena un acervo cultural cuya significación era más explícita que la europea. Por ejemplo, algunos factores

que definían a algunas sexualidades prehispánicas era la presencia de “sistemas de género” (48)(33) (54) oscilantes entre lo que conocemos como femenino y masculino (al que le llamaremos espectro de género(ver figura 4.1)). El espectro de género: no está presente en todas las culturas, pero en si la propia no definición de lo masculino y femenino. Estos conceptos no existían en la cultura occidental contemporánea. En la actualidad estas concepciones han sido reinterpretadas desde la visión occidental de estos pueblos. Un ejemplo de ello lo podemos observar en la población muxe (personas autodefinidas como muxes de sexo biológico masculino, pero género no definido según patrones occidentales) de la cultura zapoteca del istmo de Tehuantepec (54).

Figure 4.1: espectro sexual prehispánico en culturas seleccionadas.



Fuente: elaboración propia espectro sexual prehispánico en culturas seleccionadas.

Durante siglos estos asuntos no se trataron y numerosos vestigios de temática sexual fueron ocultados al público, entre ellos los falos gigantes de la huasteca o de los mayas, así como imágenes sobre “homosexualidad” y otras alusiones sexuales. Así mismo, el temor o la vergüenza asociados a la desnudez en la actualidad parecían no estar asociados de la



misma forma en algunas culturas (huastecos y tarascos), mientras que en los nahuas los senos tenían otras asociaciones de corte no sexual (como la lactancia)(33) (47).

### **4.3 Sexualidad y reproducción occidental**

Si nos basamos en la definición de sexualidad ya citada con anterioridad en el capítulo anterior (Nancy Krieger(42)) viendo a esta última como un fenómeno social y no como un fenómeno individual podemos darnos cuenta de que la sexualidad gira entorno a las relaciones de poder y que esta se encuentra moldeada históricamente por las opresiones de poder. En este sentido, Foucault (24) identifica históricamente dos momentos que él llama rupturas históricas. Estas rupturas son divisiones claves de mecanismos históricos que han venido moldeando la sexualidad a nivel poblacional y por ende también la reproducción. I) La primera ruptura en el siglo XVII con el establecimiento de las grandes prohibiciones, la evitación obligatoria del cuerpo, silencios y pudores imperativos del lenguaje. II) La segunda ruptura en el siglo XX, o de relajación de los mecanismos de represión en torno a la sexualidad y la reproducción (24). En esta tesis nos ayudaremos de esta clasificación para contextualizar y organizar la historia dentro de nuestro marco teórico.

- Primera ruptura temporal de la sexualidad y la reproductividad.

El comienzo de la primera fase cronológica señalada por Foucault se remonta según él a la estructuración de las metodologías con las que el cristianismo medieval instauró prácticas medievales como la confesión obligatoria. Así mismo Silvia Federicci (21) sitúa en esta época la crisis demográfica de los siglos XVI y XVII, que provocó una crisis en la relación trabajo, la población y acumulación de la riqueza. Esta acumulación de riquezas y poder permitieron el desarrollo de políticas poblacionales y el inicio de un régimen de “biopoder” (24) (22). El “biopoder”, es el poder entendido como la utilización de diversas metodologías para subyugar los cuerpos y controlar la población por parte de los estados/nación (25). Según Federicci (21) una estrategia del estado utilizada en esta época fue orientada a “romper el control que habían ejercido sobre sus cuerpos y su reproducción” las mujeres. Para ello se utilizaron los mecanismos de control sobre las mujeres, su sexualidad y reproducción. Federicci(21) entonces reconoce cuatro mecanismos de control establecidos en esta primera ruptura:

- “La caza de brujas” (siglos XVI-XVIII). Ella conceptualiza esta etapa en específico de la caza de brujas como el proceso de despojar a las mujeres de los derechos y saberes sobre su cuerpo. De forma que si antes las mujeres podían utilizar diversos métodos anticonceptivos ahora esto quedaba vetado debido a que la persecución fue orientada principalmente hacia mujeres con saberes en el tema. A la par que sucedía la caza de brujas se institucionalizaron penas más severas a la anticoncepción, el aborto, el infanticidio y se adoptaron nuevas formas de vigilancia para asegurar que las mujeres no interrumpieran sus embarazos.
- Pérdida de control del proceso reproductivo: Las mujeres pierden el control del proceso reproductivo, incluyendo el protagonismo en el parto, pasando los médicos varones a ser considerados como los cerebros que decidían sobre

los cuerpos de las mujeres. Estos se convirtieron en los ginecólogos célebres estudiosos de la anatomía de la mujer y de las diversas formas de parir.

- División sexual del trabajo: Este proceso estuvo acompañado de una devaluación del trabajo femenino que reducía a las mujeres a no trabajadoras. Se forjaba un nuevo contrato sexual, que definía a las mujeres- madres, esposas, hijas, viudas- en términos que ocultaban su condición de trabajadoras, mientras que daba a los varones libres acceso a los cuerpos de las mujeres, a su trabajo, a los cuerpos y el trabajo de sus infantes (8).
- La consolidación del patriarcado: consecuente a la devaluación de la mujer y su trabajo, las mujeres se convirtieron en bien común. Un recurso natural, disponible para todos, que quedaba fuera de la esfera de las relaciones de mercado. Para finales de siglo XVIII, las mujeres eran vistas como seres salvajes, mentalmente débiles, de apetito inestable, rebeldes e insubordinadas, incapaces de controlarse a sí mismas, daba lugar a mujeres retratadas como seres pasivos, asexuados, más obedientes y moralmente mejores que los hombres, capaces de ejercer una influencia positiva sobre ellos. No es de extrañarse que en torno las relaciones de poder hegemónicas que se mantenían en la época primordialmente las sexualidades e intereses femeninos hubiesen quedado relegados.

Por otro lado, Foucault(24) sitúa en el siglo XVII la expulsión del sexo y sexualidad del lenguaje ya que, para la dominación primero había que controlar el lenguaje imponen el silencio a fuerza de callarse: Censura. Ya desde Austin (1) con la “performatividad” del lenguaje nos muestra como el lenguaje no se limita a describir un hecho, sino que por el mismo hecho de ser expresado se realiza. En nuestra época Chomsky (10) también resalta la importancia del lenguaje en la conformación de nuestro pensar y a su vez de nuestras consecuentes elecciones. Para el siglo XVIII ya se encontraba estructurada una cultura lícita e ilícita de lo que se podía y no podía

hablarse y con quien podía y no podía hablarse (se veta el placer no “normativo”). Así mismo, se expulsa de la realidad las formas de sexualidad no sometidas a la economía estricta de la reproducción y se destina a la irregularidad sexual a todas aquellas formas de sexualidad que no estaban asociadas a la reproducción. Por último, se asocian estas formas de ver la sexualidad a la enfermedad mental. Además, con el afán de abolir estas “perversiones” el poder actuaba de cuatro formas sobre estas perversiones con el fin de abolirlas:

- Combate de la perversión institucionalizado: Pedagogos y médicos habían de combatir estas prácticas especialmente en la infancia [poder adulto céntrico] pedagogizando el sexo del niño/a. La pedagogización de la infancia donde se les enseña de manera formal y regulada como deben ser los hombres y como las mujeres. Así mismo, como debía ser su sexualidad y su relación con la reproducción.
- Prohibición a través de derechos civiles y canónicos que prohibían todas aquellas formas de sexualidad que no estaban asociadas a la reproducción y eran consideradas “perversas”.
- La medicalización de lo insólito: Medicalizar estas “perversiones” por ejemplo con la consideración de la homosexualidad como una enfermedad(11) por Westphal y otros en los finales de los 1800. A esta medicalización de lo insólito Fanon (19)(20) menciona como había una psiquiatrización o penalización social del placer perverso hacia sexualidades desconocidas o consideradas como “inferiores” y hacia conductas culturalmente diferentes [poder colonial].
- Reducción de la sexualidad la de la pareja heterosexual, monógama y, en lo posible, “legítima”.

Algunos procesos de distribución de poder que ocurrieron o se afianzaron en paralelo de estos procesos mencionados en el proceso de la primera ruptura se continuaron en la

segunda ruptura. Un proceso importante que ocurriría en paralelo a la primera ruptura es el afianzamiento y construcción del sistema colonial. Mientras el “biopoder” delimitaba la sexualidad y la reproducción por medio de sistemas de opresiones patriarcales y capitalistas, el sistema colonial se estructuraba desde la base de mantener el poder por parte de los estados. El proceso colonial se caracterizó por no solo colonizar el territorio sino los cuerpos y las mentes dentro de estos territorios (66) (15) (23) (46). Para las personas que sufrían las opresiones de poder del sistema colonial las consecuencias en su salud reproductiva o en sus derechos sexuales fueron diferentes. En este sentido se habla de trata de personas con fines sexuales, esclavitud sexual o la poca consideración que había tan solo a la sexualidad o sexualidades de estos pueblos (62). Mientras así mismo se les castigaba social, legal y moralmente a estos pueblos oprimiéndoseles en todo sentido hasta delimitar la existencia de sus saberes sexuales. Los estándares de familia o de los haceres sexuales fueron impuestos por los colonizadores jerarquizando las relaciones sexuales con otras “razas” o los posibles infantes consecuentes de estas relaciones denigrándolos(59). Un ejemplo, de esto es el sistema de castas(ver figura 4.2) en Latinoamérica (40) implantado por el orden colonial español hace más de 500 años y que aun persiste en los pueblos latinoamericanos(27).

Figure 4.2: Máscaras y rostros de México. Mundo virreinal II: cuadro de castas.



Fuente: Instituto Nacional de Antropología e Historia. Cuadro formado por una serie de recuadros en los cuales se representa una pareja y su descendencia. Debajo de cada recuadro, puede observarse una leyenda con el nombre de la casta. Algunas de ellas son mulato, “tente en el aire” o “no te entiendo”.

- Segunda ruptura

La segunda ruptura es considerada como la inflexión de los mecanismos de la represión en torno a la sexualidad por Foucault (24). Sin embargo, para este momento los mecanismos ya extendidos durante los siglos anteriores ya se consolidaron y normalizaron. Muchos de los mecanismos de control se han reinterpretado y normalizado a través de legislaciones o sistemas que para este punto consideramos como “naturales” y/o “avanzados”. Este proceso se inicia en el siglo XX con algunos agrietamientos en mecanismos de opresión ya establecidos en formas de leyes o de caminos que naturalizan las formas de ser y hacer. Sin embargo, movimientos como el feminismo comienzan a intentar agrietar estos sistemas. En este sentido, el feminismo ha logrado colocar el tema de género y el empoderamiento femenino en las agendas políticas. Sin embargo, esto es un patrón mayormente occidental que no ha funcionado en todo el mundo. Esto puede ser debido a que del modelo colonial también ha venido de la mano de una implantación de violencia extractivista(37) . Esta violencia combinada con el sistema colonial permite dar más poder a los hombres con dinero que controlan los territorios y los cuerpos Esta violencia sobre los cuerpos puede verse expresada a través de formas de opresión que limitan la libertad reproductiva de las mujeres, por ejemplo, fenómenos como el de la esterilización forzada en el Perú de Fujimori(61). En este sentido esta ruptura significa una liberación de la opresión patriarcal impuesta por la cristiandad del hombre colonizador. Esto obliga a buscar otras fórmulas como el feminismo descolonial(74)(45) o ecofeminismos (55) y no solo al feminismo que sirva para las mujeres de clase alta o no racializadas.

En los países occidentales también existen nuevas reformulaciones de estos feminismos ya que tampoco abarca a todas las mujeres a las trabajadoras ni a las racializadas debido a que las legislaciones restrictivas de nuestra época pretenden continuar con el orden colonial. Poco se sabe sobre las consecuencias en la sexualidad y los derechos

reproductivos en nuestros días de las actuaciones sistemáticas de los estados coloniales. Más aun cuando estas opresiones se siguen dando en la actualidad con forma de racismo y divisiones de "razas" o fronteras migratorias o políticas (67) que limitan a esta población a ejercer sus derechos entre ellos los sexuales y/o su libertades de decisión entre ellas la libertad de decisión reproductiva.

Por otro lado, también existen retrocesos en este agrietamiento debido a que el sistema de opresión capital se encuentra en su máxima expresión con una mayor desigualdad en el mundo (14) (39). En esta época existe un cierto "permiso" del ser y hacer sexuales en occidente, pero comenzando con clases sociales privilegiadas diferenciándose con las clases sociales des privilegiadas que parecen diferenciarse claramente en el sentido de tener limitaciones tanto reproductivas como sexuales. Observamos esto por ejemplo con las recientes legislaciones que descriminalizan el matrimonio homosexual(52).



Así mismo, existen fenómenos reproductivos que están asociados a eventos económicos como es el caso de la fecundidad que puede verse influenciada por el desempleo(12)(56) o las crisis económicas(68) (63). Estos cambios socioeconómicos influyen de forma indirecta en las decisiones reproductivas sociales. El sistema colonial al mismo tiempo también se encuentra rasgado por la ilegalización del esclavismo. Sin embargo, en esta época y en combinación con el sistema capital ha encontrado nuevas formas de “esclavismo moderno”. La mayoría son esclavos por deudas, tráfico de personas principalmente para prostitución de mujeres y niños y niñas, pero también son sujetas a estas prácticas las poblaciones migrantes por parte de carteles en las grandes fronteras(59).

Por otro lado, esta época también se ha caracterizado por la apropiación de diversos movimientos de los cuerpos y los placeres como fuente misma de resistencia para el futuro. Emergiendo,divergencias de los campos generativos de poder y del conocimiento. Se desprenden de ahí múltiples y variados movimientos que buscan la apropiación del cuerpo y el placer como arma de resistencia(60) (65) (50).

#### **4.4 Capital herencia, reproducción y sexualidades**

Los seres humanos situamos nuestras vidas personales en macro historias, esto se hace a través de narrativas transgeneracionales. Estas narrativas históricas transgeneracionales tratan simultáneamente micro interacciones, emociones personales y la macro historia a la vez. Además, estas narrativas desempeñan un papel importante en la formación de las identidades étnicas y culturales de los individuos Sakai2009 (7). En este sentido el trauma colectivo (que se refiere a una reacción psicológica social) es un acontecimiento cataclísmico que destruye el tejido básico de la sociedad. El termino trauma colectivo se refiere a la reacción psicológica debida a un evento traumático que afecta a una sociedad

entera(2)(35). La memoria colectiva del trauma es diferente de la memoria individual porque la memoria colectiva persiste más allá de las vidas de los sobrevivientes directos de los eventos, y es recordado por el grupo e incluso miembros que pueden estar muy alejados de los eventos traumáticos en el tiempo y el espacio(6). El trauma es parte de la narrativa histórica transgeneracional y se vive de forma diferente si se está del lado del opresor u oprimidas (perpetradores o víctimas)(32).

Para las personas que hayan sufrido un trauma colectivo según Hirschberger (35) el sentido se lleva a establecer para las personas oprimidas un sentido primero transmitiendo enseñanzas y tradiciones culturalmente derivadas sobre que promuevan la preservación del grupo, para después darle un significado simbólico fomentando un sentido de un yo colectivo que es transgeneracional y también fomentando la creación de un ser colectivo histórico, así como la cohesión de grupo aliviando preocupaciones existenciales. Para Hirschberger el tiempo juega un papel fundamental ya que con el tiempo este trauma logra incluso darles un sentido a las vidas del colectivo perpetuando el recuerdo del trauma y de la reticencia a cerrar la puerta. Por último, el trauma puede llegar entonces a convertirse del epicentro de la identidad de un colectivo una especie de mirada a través de la cual los miembros del grupo logran entender su entorno social.

Para los opresores, la memoria del trauma representa una amenaza para la identidad colectiva que puede abordarse negando la historia, minimizando la culpabilidad por los actos ilícitos, transformando la memoria del suceso, cerrando la puerta a la historia o aceptando la responsabilidad (38)(32). La incapacidad de reconciliar el carácter del grupo en el presente con su carácter en el pasado puede motivar a los miembros del grupo, principalmente a percibir una discontinuidad histórica del grupo que sirve para distanciar a los miembros actuales del grupo de los delincuentes pasados (58). A veces esta discontinuidad se refleja

en la motivación para cerrar la puerta a la historia y nunca mirar atrás 84, y a veces es parte de la creación de una incómoda brecha en la memoria colectiva -una ausencia que sugiere una presencia. Ejemplos claros de esto últimos son brechas históricas que se generaron en la memoria colectiva por la guerra civil española o por el genocidio indígena en 1492.

Comprender el impacto del trauma en el significado colectivo se vuelve aún más complejo cuando se considera lo que Primo Levi definió como la zona gris (43). La zona gris es un área nebulosa donde las diferencias entre víctimas y perpetradores no es clara. En este sentido las víctimas pueden comportarse como perpetradores y los perpetradores como víctimas. Los miembros de los grupos que existen en esta región de la memoria colectiva a menudo están motivados para representar defensivamente su historia de una manera que destaque su sacrificio y minimice sus crímenes.

En este sentido, el capital herencia es un término que nos ayuda a describir aquellas características con las que nacemos pero que pueden definir de formas diversas como el poder nos moldea tanto positiva como negativamente dentro de las sociedades y en el resto de nuestras vidas. Así mismo, nuestra historia nos habrá marcado no solo emocional y mentalmente, sino que nuestros cuerpos también son parte de nuestra historia, nuestras madres y las madres de nuestras madres habrán de haberse alimentado adecuadamente y pasado un embarazo sin eventos relevantemente estresores para que esos embarazos se hayan llevado a término de las formas más adecuadas y nuestros ancestros hayan nacido y se hayan desarrollado de formas más saludables. Es entonces cuando la impronta de esta capital herencia se observa en nosotras desde el nacimiento. Sin embargo, es de resaltar que este capital herencia no son los ejes de desigualdad, sino que son aquellos hilos que de forma invisibles de patrones sociales y memoria histórica que pueden ser claves en la definición de nuestras relaciones de poder y por ende en nuestras conductas sexuales o

nuestra reproducción sin siquiera saberlo: Nuestro “yo” colectivo transgeneracional, esto quiere decir el constructo social de la memoria o nuestra memoria social heredada, es por ende un capital con el que nacemos y es dependiente de como los mecanismos de opresión de poder influyeron en nuestros antepasados y comunidades de antepasados tanto de forma personal como conjunta. ¿Pero cómo el capital herencia puede influenciar la sexualidad y la reproducción? Si teorizamos en este sentido las formas de ser y las actitudes han sido marcadas transgeneracionalmente en un porcentaje ya sea pequeño o elevado, pero entonces la conducta hacia otros y como establecemos nuestras relaciones de poder se ven marcadas por el capital herencia.

#### **4.5 Opresiones de poder y salud reproductiva**

Antes de comenzar a escribir sobre opresiones de poder y entender como estas opresiones de poder generan canales de opresión que delimitan conductas y destinos en las poblaciones y por ende las relaciones de poder como la sexualidad y la reproducción futura hablaremos sobre que es el poder, que es la opresión y como estas opresiones pueden influenciar según los ejes de desigualdad o de los marcadores que tengamos nuestros recursos materiales, determinantes individuales e incluso nuestros determinantes contextuales.

### 4.5.1 Poder

Es importante repasar el término poder para entender cómo este influye en la sexualidad como relaciones de poder que son las interacciones sexuales y a las relaciones reproductivas. Las relaciones generadas y asociadas en torno a la reproducción también son relaciones de poder. En este sentido no es lo mismo ser la figura paterna que la figura materna entorno a la crianza, la reproducción o los respectivos cuidados. En este sentido ya Foucault (25) decía en el siglo pasado que “en las relaciones humanas, ya sea que se trate de comunicación verbal o de relaciones amorosas, institucionales o económicas, el poder está siempre presente: refiriéndose a una relación en la que una persona trata de controlar la conducta de la otra. Así hablaba de relaciones que existen en diferentes niveles, en diferentes formas; éstas son las relaciones de poder móviles, que pueden ser modificadas y no son fijas de una vez por todas.”

El poder y los intereses afectan nuestra experiencia humana, nuestra comprensión de ella, nuestra definición de la misma y nuestros intentos de cambiarla. En este sentido definimos el poder desde una perspectiva occidental como Max Weber(71) lo definía ya el siglo pasado como: “la probabilidad de imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, aun contra toda resistencia y cualquiera sea el fundamento de esa probabilidad” según Weber el poder se puede encontrar con infinitas formas en las sociedades. De ahí que Weber (71) desarrollara el concepto de dominación como una forma de poder más precisa y especializada. De esta forma citando a Weber: “El poder es una fuerza que se ejerce contra algo para algún fin, mientras que la dominación es el control que se tiene de una cosa para un fin, sin ejercer ninguna fuerza. La dominación crea disciplina, obediencia por parte de las personas sin resistencia ni críticas.” Además, como dice Foucault(25) “la política parece no ser lo que determina en última instancia (o la que sobre determina) las relaciones elementales y por naturaleza «neutras». Toda relación de fuerza implica en todo momento una relación de poder (que es en cierto modo su forma momentánea) y cada relación de poder

reenvía, como a su efecto, pero también como a su condición de posibilidad, a un campo político del que forma parte. Decir que «todo es político» quiere decir esta omnipresencia de las relaciones de fuerza y su inmanencia en un campo político; pero además es plantearse la tarea hasta ahora esbozada de desembrollar esta madeja indefinida.”

Las definiciones de poder nos permiten observar un factor relevante del término: uno no puede tener poder en el vacío, sin tener también a alguien o algo sobre el cual ejercer el poder. Las definiciones de poder también nos dejan claro que el poder está latente en la “capacidad” del portador del poder. El portador del poder puede actuar sobre esta habilidad y traducirla en acción, momento en el cual el poder se convierte en influencia. Puede forzar a otros a someterse a su voluntad sin tener en cuenta fuerzas contrarias, momento en el que se convierte en ‘poder coercitivo’. A pesar de esto, la mayoría de los casos el que detenta el poder no necesita traducir su capacidad en acción o fuerza: Cuanto más poder menos explícito es el ejercicio del poder. Cuanto más poder, se da por sentado, en los valores, las normas, el comportamiento e incluso una parte del punto de vista socio-religioso que difícilmente se puede desafiar sin crear una reacción.

#### 4.5.2 Opresión

Existen diversas fuentes de información que estudian como las opresiones que el poder ejerce sobre los cuerpos se encarnan en estos últimos (36) (“embodiment”) y pueden influir por ejemplo en la sexualidad o en la reproducción. Por un lado, estas opresiones de poder podrían beneficiar a ciertos grupos en relación con la sexualidad o la posición con la que se conllevaran las relaciones reproductivas por ejemplo entorno a la crianza, la reproducción o los respectivos cuidados. Las opresiones de además de beneficiar pueden demeritar a otros, un ejemplo clásico es como la opresión de poder patriarcal ejerce opresión en detrimento de las mujeres en relación a los hombres en cuanto a las relaciones de poder (26) (31)(70)

(17). Existen múltiples estudios que han abordado por ejemplo como las opresiones de poder son determinantes para la generación de desigualdades o como estas pueden afectar directamente la salud de las personas(53) (73).

La posición psicopolítica epistémica en la investigación en psicología comunitaria con la que se trata la opresión es a nivel colectivo el hecho de que las opresiones son exploradas por medio del papel de la globalización, colonización y explotación en el sufrimiento de las naciones y comunidades. Así mismo, examina el papel de la política y psicológica del poder en la exclusión y discriminación por diversos ejes de desigualdad como (clase, sexo, edad, raza, educación y capacidad). Sin embargo, a nivel individual se explora la función de la impotencia en el aprendizaje, la desesperanza, el autodesprecio, la opresión interiorizada, la vergüenza, la salud mental. Así mismo también se estudia como la opresión puede condicionar problemas como adicciones, falta de apoyo, violencia horizontal, y fragmentación dentro de los grupos oprimidos(53) (73). Para nosotros la opresión de poder se refiere a un patrón de subyugación social que representa una forma eficaz de manipulación y control de los diferentes grupos poblacionales. La subordinación y las injusticias no afligen a todos, sino que se dirigen a grupos específicos de personas (51)(34) (44).

## 4.6 Sistemas de opresión

Los sistemas de opresión son los canales o caminos que encuentra el poder para difundir opresión en grupos de población “marcados” por la otredad. Al atributo que desacredita y socialmente califica negativamente al portador de una “marca” se le considerara como estigma en esta tesis (19) (30) (28). Los marcadores funcionan como un sistema de identificación para activar alguno o múltiples mecanismos en los grupos o incluso a nivel individual. Un mecanismo que se utiliza es a través de pensamientos y conceptualizaciones asociadas “per se” (estereotipos) a esta marca negativa (estigma) en poblaciones definidas se pueden desencadenar emociones asociadas (prejuicios) a estos estereotipos. Un ejemplo claro de esto puede ser que las personas con un color determinado de piel “no son de fiar” (estereotipo) por lo que cuando veo a una persona con ese color de piel siento una emoción negativa asociada (prejuicio). Sin embargo, el hecho que lleva a otro nivel este mecanismo es el que este prejuicio se traduzca en una acción asociada (discriminación). Esto se traduciría en que, si estoy seleccionando personal para una empresa y se presenta una persona con el color de piel asociado a los estereotipos y prejuicios anteriormente mencionados, es menos probable que le dé el trabajo a esta persona. De esta forma este mecanismo generaría un ciclo entre estigma social-estereotipo-prejuicio-discriminación. Sin embargo, ya hemos comentado anteriormente otros mecanismos más directos (acciones discriminatorias) como la “histerización” de la mujer o la medicalización de lo que el sistema reconoce como “perversiones”. Más allá del estigma-social-estereotipo-prejuicio-discriminación este ciclo se puede complementar con la internalización por parte de los grupos que los sufren. Ante ello, estas personas se pueden sentir:

- Sentirse rechazadas por la sociedad.
- Sentir que necesitan evitar interactuar con la sociedad.
- Negar su propia persona o aquellas características que sean sus marcadores.

Existen muchos marcadores y de diversas índoles además algunos funcionan para activar



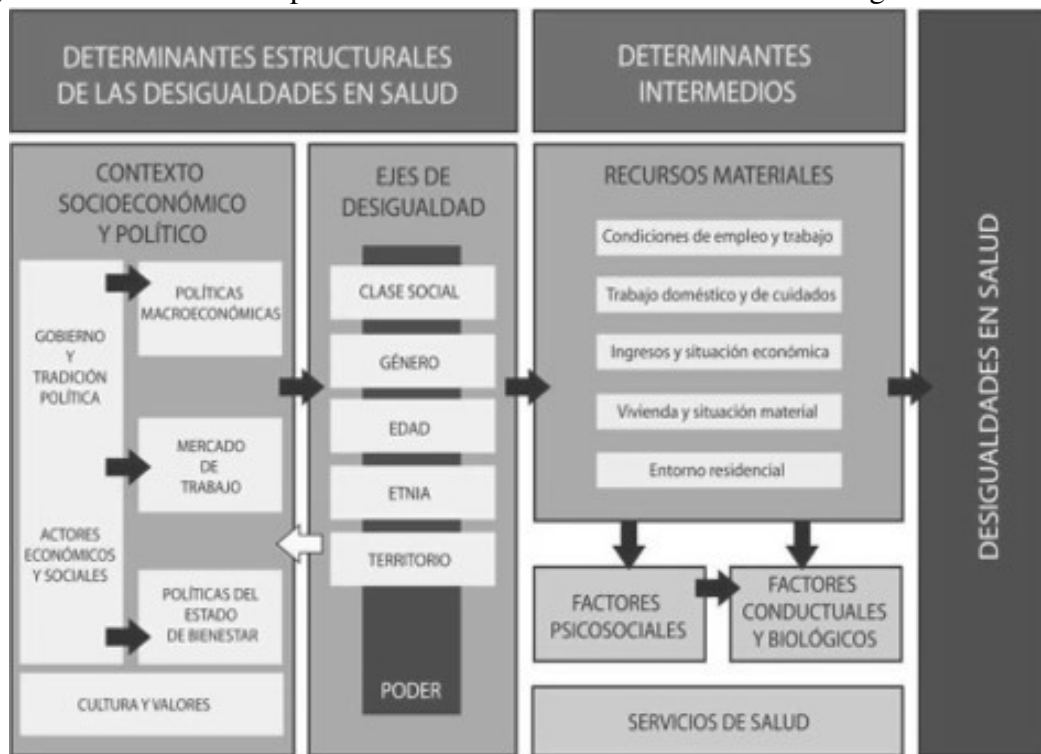
mecanismos de opresión de algunos diversos canales de opresión. Múltiples grupos de personas pueden recibir la opresión del poder a través de los sistemas de poder que tienen que ver con estructuras histórico-políticas a través de agrupaciones de estigmas socio legales. Para esta tesis identificamos principalmente tres centrales en el ejercicio de la opresión sobre las sexualidades y la reproducción. Sin embargo, debemos dejar en claro que no son los únicos y tampoco lo hacen independientemente. Los canales principalmente a estudiar son:

- 1) El canal de opresión cis-heteropatriarcal
- 2) el canal de opresión capitalista;
- 3) El canal de opresión colonial.

## 4.7 Determinantes estructurales, sexualidades y reproducción

Los sistemas de opresión tienen injerencia en la formación y la estructuración de los determinantes estructurales de la salud contenidos en el marco teórico de la OMS (64) o en el de Borrell (ver figura 4.3) et al. (5) Compuestos por el contexto socioeconómico y político, así como los ejes de desigualdad que se encuentran relacionados directamente a los marcadores poblacionales (estigmas propios de diversos grupos) expresados por los grupos. De esta forma el contexto socioeconómico y político se ve influenciado directamente por las opresiones de poder ejercidas sobre estos grupos, países y territorios. Por ejemplo, no es lo mismo el contexto socioeconómico y político en Latinoamérica que en Europa debido a como el sistema de opresión colonial ha influenciado y continúa aun hoy influenciando la historia, la política, la cultura, los aspectos sociales y económicos en los países latinoamericanos. Además de esto, los mecanismos por los cuales actúan los sistemas de opresión capitalistas, cis-heteropatriarcales y coloniales se reproducen incluso internamente y a través de las políticas, los contextos, los estados-naciones y las economías muchas veces refinándose o perdiéndose a través de la historia.

Figure 4.3: Modelo conceptual de los determinantes sociales de las desigualdades en salud



Gac Sanit 2012;26:182-9

Fuente: Gaceta sanitaria 2012;26:182-9

## 4.8 Ejes, desigualdad, interseccionalidad y ciclo de vida

En cuanto a los ejes de desigualdad tradicionales (género, clase, edad, etnia, territorio) y otros, parte de los determinantes estructurales, es la expresión visual y a veces incluso medible de cómo el poder atraviesa a grupos de personas identificadas con alguna de las características contenidas dentro de estos ejes (ver figura 4.3 Modelo conceptual de los determinantes sociales de las desigualdades en salud). Por ejemplo, la distribución de las opresiones de poder no es la misma entre hombres y mujeres, de este mismo modo la distribución de los determinantes intermedios (por ejemplo los recursos materiales o acceso a servicios) no será la misma entre estos grupos (hombres o mujeres) debido a los diversos canales de opresión patriarcal, de esta forma los ejes de desigualdad nos ayudan a categorizar de una forma a veces medible las desigualdades generadas por los diversos mecanismos y en general de las opresiones del sistema. Estas opresiones también generan desigualdades en salud y en el tiempo y calidad de vida de los grupos de personas. La salud reproductiva y la salud sexual no son excepciones en estas desigualdades generadas al final de esta cadena de acontecimientos. Sin embargo, debido a que estas han sido excluidas históricamente por no decir censuradas de la vida diaria de las personas como ya lo hemos visto en anteriormente (24) estas múltiples veces han sido excluidas del foco de atención mediático y social y también socio sanitario pasando a ser parte de una de más de las situaciones medicalizadas y vistas desde una perspectiva biologicista, mercantilista y hasta ser reducida y/o limitada a que la salud sexual es parte de la salud reproductiva y la salud reproductiva es estar sana para poder reproducirse y procrear dentro del sistema. Por ello, cuando estudiamos estos temas no podemos olvidar que, aunque estudiamos ejes de desigualdades para visualizar la distribución de la desigualdad, las personas como seres complejos a nivel individual tenemos múltiples marcas que nos identifican no solo como parte de un solo grupo social, sino que al mismo tiempo podemos pertenecer a un grupo y a múltiples grupos sociales al mismo tiempo. Es por ello que el concepto de interseccionalidad es importante ya que

aborda esta multiplicidad de estigmas que se pueden vivenciar en un mismo cuerpo. La interseccionalidad(57) en la academia actualmente se puede definir como la articulación de opresiones que considera los efectos de las estructuras de desigualdad social en las vidas individuales. Mientras tanto, existe también un concepto cercano a esta que es el de “interlocking systems of oppression”(57), este concepto considera procesos macrosociales e interroga la manera en que están implicados los sistemas de poder en la producción, organización y mantenimiento de las desigualdades(69).

En este sentido a nivel individual no es lo mismo ser mujer, rica, heterosexual, guapa delgada de 35 años, inteligente y con todas las capacidades de movilidad, que ser mujer, migrante, pobre, lesbiana, con alguna limitación de la movilidad, gorda, fea, mujer joven o en la senectud, etc. Además, múltiples marcadores durante nuestra vida pueden cambiar, una mujer puede declararse heterosexual al inicio de su vida sexual, luego sentirse lesbiana y seguidamente bisexual, después lesbiana y terminar sintiéndose heterosexual, teniendo una familia de lo más heteronormativa y sin ningún marcador socialmente atribuidos a ser lesbiana o bisexual. En este sentido no todos los marcadores de opresión son tan fijos como el color de la piel, nuestra historia de vida y nuestro contexto puede cambiar la fuerza o los mecanismos. Por ejemplo, una mujer lesbiana en un contexto en donde el ser lesbiana se encuentre penalizado sufrirá de más opresión que una mujer lesbiana que vivía en un contexto de aceptación y de legalidad. En este sentido, el contexto histórico de opresiones sufridas en el pasado en nuestro curso de vida también impacta a la fuerza que recibimos de las opresiones. De esta forma una lesbiana sometida a terapias de conversión a heterosexualidad en un contexto religioso que haya emigrado para vivir en Barcelona, una ciudad “lesbofriendly” con sus limitaciones, no vivirá la experiencia de una misma forma que una lesbiana que tiene el apoyo de sus padres y que ha vivido toda la vida en Barcelona. Las experiencias de opresión vividas (o no) a lo largo de nuestra vida impactan de forma positiva

o negativa nuestras conductas a nivel individual. Sin embargo, estas experiencias también impactan de forma positiva o negativa nuestros desempeños y conductas a nivel grupal. Formamos colectivos de acuerdo a estas características como lo son los colectivos de mujeres racializadas o colectivos de mujeres migrantes racializadas. De esta forma, los cursos de la vida individual se componen de múltiples trayectorias que ocurren simultáneamente a través de varias dimensiones de la vida (por ejemplo, la familia, el trabajo, la sexualidad). Cada trayectoria se extiende desde el nacimiento hasta la muerte y puede dividirse en una serie de transiciones, como la jubilación en la trayectoria laboral y la pérdida de la virginidad en la trayectoria sexual(9).

## 4.9 Determinantes intermedios

Determinantes intermedios son aquellos determinantes que se encuentran casi al final de la cadena y que casi son producto de como el sistema ha ejercido su engranaje sobre los diversos grupos o grupo de pertenencia de cada una de nosotras y de las resistencias y disidencias tanto individuales como grupales. Estos van desde los recursos materiales hasta muchas de nuestras conductas de la rutina o formas de pensar, de ver la vida, de aceptar o rechazar y decisiones que tomamos como ponerle el azúcar al café cada día, estudiar, salir a correr cada día, tener un infante o decidir si “salir con un chico/a” o no. Estas decisiones son nuestras e individuales, pero son parte de un resultado de interacciones de múltiples factores que ocurren en el engranaje del sistema y múltiples veces son decisiones que se realizan de forma colectiva. Además, estas decisiones se retroalimentan en el sentido de que las conductas pueden llevarnos a mejorar nuestra vida en bucles positivos o negativos. Entre estas se encontrarían también factores dependientes solo de nuestra herencia social como lo son los factores biológicos como los factores genéticos.

#### 4.10 Resistencias y disidencias colectivas e individuales

Existe ante el poder también mecanismos de resistencias desarrollados por los algunos grupos subordinados(60) (65) (50). Estas resistencias, son formas de contraposición a las opresiones de poder y que en ocasiones ayudan a cambiar ciertas situaciones sociales. En este sentido la capacidad de los individuos o colectivos para actuar de forma independiente y tomar sus propias decisiones libres (la agencia) juega un papel determinante(18). La agencia más recientemente (aunque con mucho debate) ha sido considerada como un proceso de compromiso social temporalmente incrustado, formado por el pasado (en su aspecto "iterativo" o de hábitos) pero también orientado hacia el futuro (como una capacidad "proyectiva" de imaginar posibilidades alternativas) y hacia el presente (como una capacidad "práctica-evaluativa" de contextualizar los hábitos pasados y los proyectos futuros dentro de las contingencias del momento). En el ámbito tanto de las sexualidades como de la reproducción (interrelacionadamente) la agencia tiene un papel clave. En estos ámbitos existen formas de reconstruir, reinventar y visibilizar individual y grupalmente. En múltiples países ha habido conquistas legales y reivindicaciones impulsadas por colectivos que a nivel grupal han desarrollado mecanismos de contraposición a las opresiones. A nivel individual algunas disidencias individuales han utilizado al cuerpo y el lenguaje como un campo de lucha contra el sistema a nivel tu campo de batalla(60) (65) (50). En los últimos años coincidente con la "ruptura antes menciona por Foucault" han surgido múltiples movimientos de resistencia y disidencia colectiva.

Un ejemplo claro de estos movimientos que ha impactado directamente tanto el ámbito de las sexualidades como el ámbito de la reproducción es el feminismo. Por temas de factibilidad y organización para esta tesis conceptualizaremos al feminismo dentro de sus olas o etapas. Sin embargo, en la actualidad al igual que múltiples conceptualizaciones "tradicionales del feminismo" están siendo cuestionadas. Dentro de las olas del feminismo

se enmarcan múltiples conquistas de derechos y libertades sociales que han conllevado a la conquista también de derechos reproductivos y sexuales a través de la historia. La primera ola (aprox. 1700-1800) por ejemplo se caracterizó por la indagación acerca de la educación y los derechos de la mujer cuestionando los privilegios masculinos y el estado de degradación al que se ve reducida la mujer(72) (13). La segunda ola (aprox. 1850-1950) retoma conceptos de la primera ola y los lleva a la acción centrándose en la importancia de la participación de la mujer en el sistema político a través del derecho al voto femenino principalmente. Además, se reclaman derechos fundamentales como el acceso educativo y la obligatoriedad del matrimonio. Con la suma de los derechos ganados con el paso de los años y de las olas feministas la tercera ola (aprox. 1960-1990) comienza su auge. La tercera ola centra su atención en temas de política pública. Esta ola reclama derechos tanto de sexualidad como de reproducción básicos como el libre acceso a la anticoncepción(49). La cuarta ola feminista (aprox. 1990-actualidad) plantea el fin de los privilegios establecidos históricamente y el comienzo del reconocimiento de los feminismos. No hay una sola conceptualización de feminismo sino por el contrario el reconocimiento de que hay muchas formas de luchar contra las opresiones de poder como lo son aproximaciones interseccionales, ecofeministas y el feminismo descolonial que toma en cuenta estructuras de los diversos sistemas de poder y que estas son a las estructuras que hay que atacar y no solo el poder patriarcal. También aparecen feminismos centrados en romper con otras áreas de discriminación que afectan a diversas mujeres estigmatizadas por ejemplo el peso (feminismo contra la gordofobia).

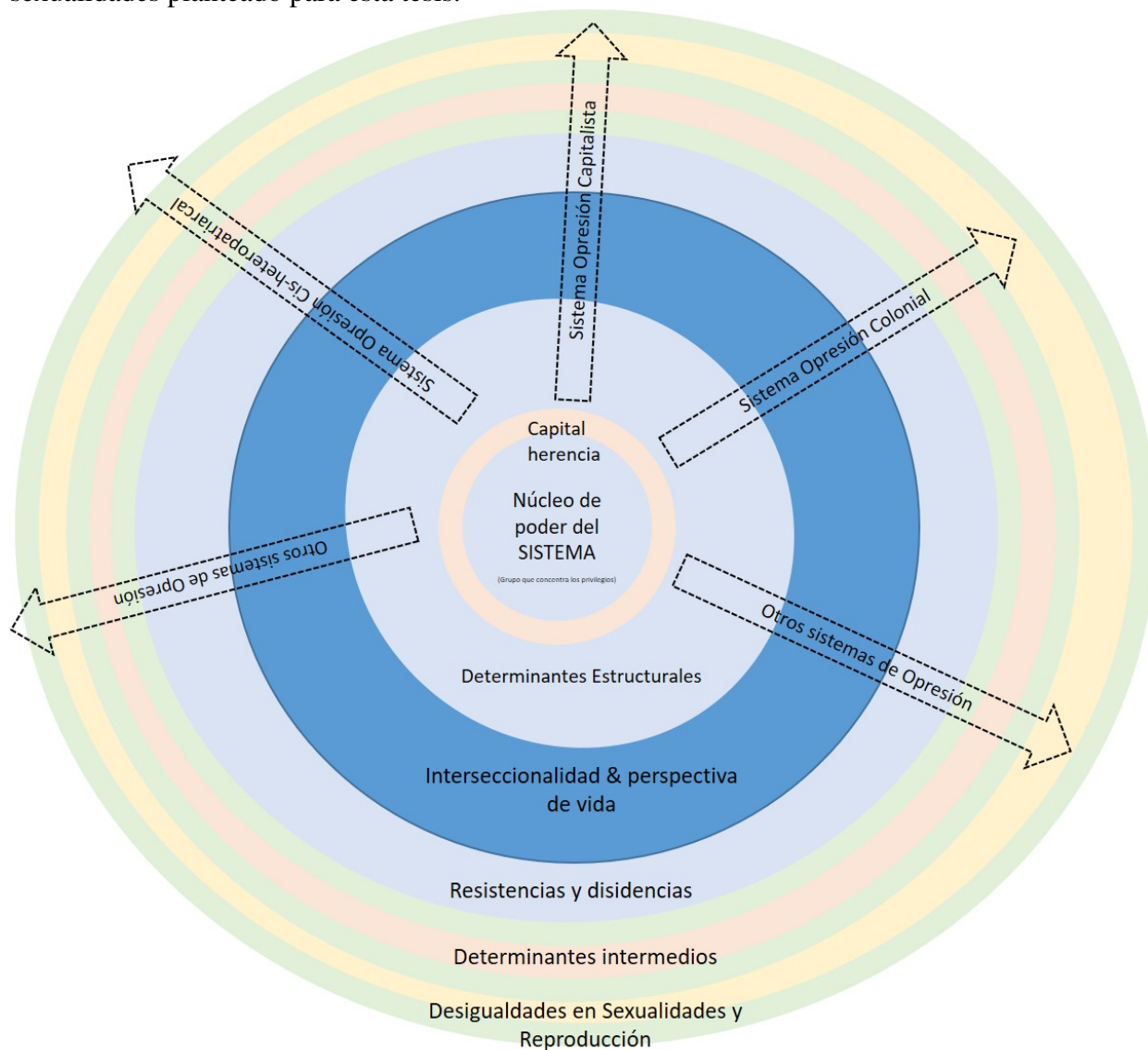
#### **4.11 Síntesis del marco conceptual sexualidades y reproducción**

En este esquema hemos intentado resumir (ver figura 4.4) los principales elementos a influir en la génesis de las desigualdades en la salud reproductiva y sexualidades de las mujeres.

Hemos incluido en el centro del esquema el núcleo de poder del cual se desprende el poder. A partir de ahí el poder se irradia a través de los canales o sistemas de poder hacia los siguientes bloques de circunferencias concéntricas. De este poder también es dependiente la cantidad de poder con la que se nace (capital herencia que es dependiente de la biología, pero también de los procesos históricos y como han forjado al núcleo más cercano que será fundamental en el forjado de la persona). Este mismo poder y procesos históricos forjados por el poder también influyen en moldear directamente los determinantes estructurales. Así mismo, el nivel de opresión se encuentra regulado por la interseccionalidad, el ciclo vital o perspectiva de vida y las resistencias y disidencias. Todo esto condiciona los determinantes intermedios (recursos materiales, factores psicosociales, factores conductuales y biológicos, así como los servicios de salud). Estos determinantes intermedios condicionan las desigualdades en salud reproductiva y sexualidades.



Figure 4.4: Figura: Modelo conceptual de las desigualdades en salud reproductiva y sexualidades planteado para esta tesis.



Fuente: Elaboración propia

## Bibliography

- [1] AUSTIN, J. L., AND URMSON, J. O. .-. *Cómo hacer cosas con palabras : palabras y acciones*. Paidós, 2016.
- [2] BARDI, A., HOLLOWAY, R., LICATA, L., DANIEL, T. A., MCNEILL, A., AND HIRSCHBERGER, G. Collective Trauma and the Social Construction of Meaning.
- [3] BERNAL, D. D. C. *Historia verdadera de la conquista de la Nueva España, por*. 1795.
- [4] BIBLIOTECA DIGITAL MUNDIAL. *Historia general de las cosas de Nueva España por el fray Bernardino de Sahagún: el Códice Florentino. Libro IX: de los mercaderes*. 2014.
- [5] BORRELL, C., AND ARTAZCOZ, L. POLÍTICAS DE SALUD Y SALUD PÚBLICA Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Tech. Rep. 5, 2008.
- [6] BRANSCOMBE, NYLA R. ELLEMERS, NAOMI SPEARS, RUSSELL DOOSJE, B. The context and content of social identity threat. - PsycNET.
- [7] BROCKMEIER, J. Remembering and Forgetting: Narrative as Cultural Memory. *Culture & Psychology* 8, 1 (mar 2002), 15–43.
- [8] CAROLE, P. *El contrato sexual*. Mexico, 1995.
- [9] CARPENTER, L. M. Gendered Sexuality over the Life Course: A Conceptual Framework. *Sociological Perspectives* 53, 2 (jun 2010), 155–177.
- [10] CHOMSKY, N. Language and Mind, Third Edition. Tech. rep.
- [11] CROZIER, I. The Study of Sexual Inversion. In *Sexual Inversion*. Palgrave Macmillan UK, London, 2008, pp. 115–123.

- [12] CURRIE, J., AND SCHWANDT, H. Short- and long-term effects of unemployment on fertility. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 111, 41 (2014), 14734–9.
- [13] DE GOUGES, O. *La declaración de los derechos de la mujer y la ciudadana*.
- [14] DEATON, A. *El gran escape : salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*. Fondo de Cultural Economica, 2015.
- [15] DOUGHERTY, M. L. Complejizando los conflictos ambientales en el altiplano guatemalteco. *Letras Verdes, Revista Latinoamericana de Estudios Socioambientales*, 14 (sep 2013), 160–184.
- [16] DURÁN, D. *Historia de las Indias de Nueva España y islas de Tierra Firme. : Tomo I*. 1867.
- [17] ELIZABETH, M. *Oppression: A social determinant of health*.
- [18] EMIRBAYER, M., AND MISCHE, A. What is agency? *American Journal of Sociology* 103, 4 (1998), 962–1023.
- [19] FANÓN, F. *Piel negra, máscaras blancas*, 1963.
- [20] FANÓN, F. *Los Condenados De La Tierra. Colección Popular Tiempo Presente* (1983), 143.
- [21] FEDERICI, S. *Caliban y la bruja*. Tech. rep., 2006.
- [22] FEDERICI, S. Women, gender oppression and science. *Science and Society* 70, 4 (2006), 550–555.
- [23] FONTAINE, G. *Los conflictos ambientales por petróleo y la crisis de gobernanza ambiental en el Ecuador*. Tech. rep.

- [24] FOUCAULT, M. *DE l-lo*. 1976.
- [25] FOUCAULT, M. *La Microfisica Del Poder*.
- [26] FREE PRESS, PROMOTION MANAGER, SCHOLARLY AND REFERENCE DIVISION, AND UNITED STATES OF AMERICA. *VIOLENCE AGAINST WIVES - A CASE AGAINST THE PATRIARCHY*.
- [27] GIRAUDO, L., AND LAURA. Casta(s), “sociedad de castas” e indigenismo: la interpretación del pasado colonial en el siglo XX. *Nuevo mundo mundos nuevos* (jun 2018).
- [28] GOFFMAN, E. *Estigma. La identidad deteriorada*, vol. 1. Biblioteca de sociología, 2006.
- [29] GOMEZ SUAREZ., A. G. *New perspectives on gender, sexuality and ethnicity [Nuevas miradas sobre el genero, la sexualidad y la etnicidad]*., 1 ed. Andavira, 2013.
- [30] GROSGOUEL, R. La descolonización del conocimiento: diálogo crítico entre la visión descolonial de Frantz Fanon y la sociología descolonial de De Boaventura De Sousa Santos. pp. 97–108.
- [31] HARTMANN, H. Capitalism, Patriarchy, and Job Segregation by Sex. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 1, 3, Part 2 (apr 1976), 137–169.
- [32] HENRI, T., AND JHON, T. An integrative theory of Intergroup conflict.
- [33] HERNÁNDEZ, M. L. Desnudez y pudor entre los nahuas prehispánicos. *INDIANA* 34, 1 (2017), 255–280.
- [34] HERTZBERG, J. F. Internalizing Power Dynamics:. *Women & Therapy* 18, 3-4 (oct 1996), 129–148.

- [35] HIRSCHBERGER, G. Collective trauma and the social construction of meaning. *Frontiers in Psychology* 9, AUG (2018), 1–14.
- [36] HOLLAND, JANET;RAMAZANOGLU, CAROLINE;SHARPE, SUE;THOMSON, RACHEL FEMINIST REVIEW; SPRING 1994; 46, P. A. O. P. . Power and desire: The embodiment of female sexuality.
- [37] HOMAND, J. Berta Cáceres y el mortal costo de defender la tierra y la vida, 2016.
- [38] IMHOFF, R., BILEWICZ, M., HANKE, K., KAHN, D. T., HENKEL-GUEMBEL, N., HALABI, S., SHERMAN, T.-S., AND HIRSCHBERGER, G. Explaining the Inexplicable: Differences in Attributions for the Holocaust in Germany, Israel, and Poland. *Political Psychology* 38, 6 (dec 2017), 907–924.
- [39] INEQUALITY.ORG. Global Inequality.
- [40] INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA. Máscaras y rostros de México. Mundo Virreinal II: Cuadro de Castas.
- [41] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). Main results Intercensal survey 2015 [Principales resultados Encuesta intercensal 2015]. Tech. rep., Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Mexico, 2015.
- [42] KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. *Epidemiological bulletin* 23, 1 (2002), 7–11.
- [43] LEVI, P., WOOLF, S. J. S. J., AND ROTH, P. *Survival in Auschwitz : the Nazi assault on humanity*.
- [44] LORD, J., AND DUFORT, F. Special Issue/Numéro Spécial Introduction Power and Oppression in Mental Health. *Canadian Journal of Community Mental Health* 15, 2 (sep 1996), 5–22.

- [45] LUGONES, M. Hacia un feminismo descolonial. *La Manzana de la Discordia* 6, 2 (mar 2016), 105.
- [46] MARTÍNEZ ALIER, J. Ecología política del extractivismo y justicia socio-ambiental. *INTERdisciplina* 3, 7 (sep 2015).
- [47] MAYA GONZÁLEZ, J. A. *Historia de la sexualidad en México*. No. 76. Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México, 2008.
- [48] MIRANDÉ, A. Hombres Mujeres: An Indigenous Third Gender. *Men and Masculinities* 19, 4 (2016), 384–409.
- [49] MUNRO, E. Feminism: A Fourth Wave? *Political Insight* 4, 2 (sep 2013), 22–25.
- [50] NEVEROW, V. The Politics of Incorporation and Embodiment: Woman on the Edge of Time and He, She and It as Feminist Epistemologies of Resistance, 1994.
- [51] NG, S. H., AND DENG, F. *Language and Power*, vol. 1. Oxford University Press, aug 2017.
- [52] PEW RESEARCH CENTER. Gay Marriage Around the World.
- [53] PRILLELTENSKY, I. The role of power in wellness, oppression, and liberation: the promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology* 36, 2 (2008), 116–136.
- [54] PUBLICATIONS, S. Sexualities and Genders in Zapotec Oaxaca Author ( s ): Lynn Stephen Source : Latin American Perspectives , Vol . 29 , No . 2 , Gender , Sexuality , and Same-Sex Desire in Latin America ( Mar . , 2002 ), pp . 41-59 Published by : Sage Publications , Inc . 41–59.
- [55] PULEO, A. Ecofeminismo: la perspectiva de género en la conciencia ecologista.

- [56] RAATIKAINEN, K., HEISKANEN, N., AND HEINONEN, S. Does unemployment in family affect pregnancy outcome in conditions of high quality maternity care? *BMC public health* 6 (jan 2006), 46.
- [57] RODRIGUEZ, N. M., MARTINO, W. J., INGREY, J. C., AND BROCKENBROUGH, E. *Critical concepts in queer studies*.
- [58] ROTH, J., HUBER, M., JUENGER, A., LIU, J. H., AND LIU, J. H. It's about valence: Historical continuity or historical discontinuity as a threat to social identity. *Journal of Social and Political Psychology* 5, 2 (2017), 320–341.
- [59] SCARPA, S. *Trafficking in human beings : modern slavery*. Oxford University Press, 2008.
- [60] SEOTT, J. C. *Domination and the Arts of Resistance. Hidden Transcripts*, yale unive ed. Ediciones Era, New Haven and Londres, 303.
- [61] SERRA, A. M. Esterilizaciones (Forzadas) en Perú: Poder y configuraciones narrativas. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana* 12, 1 (2017), 31–52.
- [62] SEYMOUR, D. *Abolition: A History of Slavery and Antislavery - Seymour Drescher - Google Libros*.
- [63] SOBOTKA, T., SKIRBEKK, V., AND PHILIPPOV, D. Economic recession and fertility in the developed world: A literature review. *Population and Development Review* 7 (2010), 36.
- [64] SOLAR, O., AND IRWIN, A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Organización Mundial de la Salud* (2010), 79.
- [65] SUTTON, B. Poner el Cuerpo: Women's Embodiment and Political Resistance in Argentina. Tech. rep.

- [66] TORRES, B. M. P. Conflictos ambientales y respuestas sociales: el caso de reetnificación de la comunidad de Quillagua. *Revista Mad*, 22 (2010), 42–55.
- [67] UNAITED NATIONS. International Migration Policies Data Booklet. Tech. rep.
- [68] VERICK, S. Who Is Hit Hardest during a Financial Crisis ? The Vulnerability of Young Men and Women to Who Is Hit Hardest during a Financial Crisis ? The Vulnerability of Young Men and Women to Unemployment in an Economic Downturn. Tech. Rep. 4359, 2009.
- [69] VIVEROS VIGOYA, M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista* 52 (oct 2016), 1–17.
- [70] WALBY, S. Theorising Patriarchy. *Sociology* 23, 2 (may 1989), 213–234.
- [71] WEBER, L. A conceptual framework for understanding race, class, gender and sexuality, mar 1998.
- [72] WOLLSTONECRAFT, M. *A vindication of the rights of woman: with strictures on political and moral subjects*. By Mary Wollstonecraft. 2015.
- [73] WUEST, J. Institutionalizing women’s oppression: The inherent risk in health policy that fosters community participation. *Health Care for Women International* 14, 5 (sep 1993), 407–417.
- [74] YUDERKYS, E.-M. Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. *El Cotidiano*, 184 (2014).



## **Part II**

*Analizando las desigualdades en la salud  
reproductiva de las mujeres*





## **5. *Porqué estudiamos la opresión y la reproducción***

### **5.1 Justificación del estudio de las opresiones y las desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres**

A pesar de la mejora de la esperanza de vida tanto en hombres como en mujeres en los últimos 100 años, la humanidad ha sido testigo del aumento acelerado de las desigualdades socioeconómicas y con ellas las desigualdades en salud(1). Recientemente, el nobel de Economía Angus Deaton en su libro “El gran escape: la salud, la riqueza y los orígenes de la desigualdad”(1) nos muestra como a pesar de un siglo de mejoras socioeconómicas, la desigualdad no solo persiste sino que se acentúa. Las desigualdades en salud se han descrito tradicionalmente en términos de enfermedad, factores de riesgo de comportamiento experimentados por subgrupos de la población o esperanza de vida. La salud reproductiva no es ajena a estas tendencias como lo hemos visto en la introducción, la salud reproductiva esta principalmente descrita en función de indicadores de disfunción enfermedad o muerte que parecen haber disminuido con los años. Sin embargo, como lo vimos en la introducción estas desigualdades parecen persistir o incluso en algunos casos aumentar.

La persistencia en las desigualdades en salud reproductiva son clave en la reticencia y persistencia de “problemas” en el área de la salud reproductiva como la mortalidad materna o el embarazo adolescente. A su vez esto último es clave en el aumento de la desigualdad en el mundo, un bucle que parece continuarse desde décadas atrás. Ante ello parece lógica la necesidad de nuevas perspectivas para el estudio de la salud reproductiva. Así mismo, parece lógica la necesidad también de centrarse en el estudio de temas que tradicionalmente solo han concernido a las mujeres y que por ello quizás también no han recibido su peso específico en el campo de salud. Ante ello y ante los cambios sociales y tecnológicos la epistemología del estudio de la salud reproductiva parece necesitar nuevas visiones, nuevas propuestas que permitan a las y los profesionales repensar las formas y de los haceres en su “rutina diaria” del cómo, cuándo y porqué del estudio de la salud reproductiva en especial la de las mujeres en pro de una deconstrucción de esta ciencia. Parte fundamental de ello es el entendimiento de cómo los mecanismos de poder influyen, pero más importante quizás el cómo se articulan generando desigualdad en las mujeres. A pesar de existir desde múltiples

años atrás muchas investigaciones, que muestran el problema de las exclusiones, creadas por la utilización de marcos teóricos que ignoran la imbricación de las relaciones de poder existentes estos continúan siendo los predominantes. En este sentido mucha teoría ha sido generada concerniente a la desigualdad económica, étnica o de género afectan a la salud reproductiva de las mujeres . Sin embargo, existe un hueco con respecto al cómo las relaciones de poder sistémico se imbrican en la sociedad de tal forma que generan desigualdad económica, étnica o de género afectando la salud reproductiva de las mujeres. Ya años atrás Silvia Federicci(3) señalaba como la reproducción como clave en las diferencias de poder. Además, como hemos explicado previamente la salud reproductiva en la actualidad es una de las consecuencias de la distribución del poder.

En este sentido, existen diferencias de género en determinantes sociales de la reproducción que condicionan distribuciones desiguales en derechos reproductivos en hombres que en mujeres. El poder patriarcal, colonial y capitalista oprime a las mujeres limitando el derecho a decidir sobre su cuerpo o condicionando negociaciones de poder en las relaciones como si utilizar o no métodos anticonceptivos o no al momento de tener relaciones y condicionando su salud reproductiva. Decisiones como no acudir a visita ginecológica o se encuentran de esta forma influenciadas por la distribución del poder. Por ejemplo, el temor a la violencia con la que se tratan los temas ginecológicos en la sanidad o la obligación de tolerar el dolor que impone el sistema patriarcal son algunos condicionantes influyen en la calidad de vida. Estos cuestionamientos y reflexiones tienden a no realizarse debido a que el tema reproductivo es un tema poco estudiado y explorado. Se sabe que en general los temas que atañen a las mujeres son temas poco abordados por la ciencia(2). La ciencia determina los parámetros normales midiéndolos en su mayoría de veces en hombres (sesgo de género(5) (6)), pero no sabemos si son parámetros normales también en mujeres y en mujeres adolescentes o adultas o en pre o en post menopausia, etc.(4) Estos mecanismos generan desigualdades profundas en la vivencia de la salud reproductiva de las mujeres si las comparamos con la salud reproductiva de los hombres e incluso entre mujeres privilegiadas y no privilegiadas. Las decisiones reproductivas de los hombres y de las mujeres tendrían que tomarse con las mismas libertades y consenso, pero no lo son.

En esta tesis intentaremos desenmarañar, explorar e intentar entender y organizar algunos de los mecanismos por los que el sistema de opresión global actual a través de los canales de opresión ejerce la opresión sobre los grupos marcados que generan los ejes de distribución desigual del poder. Además, de discutir sobre cómo esta distribución desigual del poder afecta la distribución de derechos reproductivos o sexuales que a su vez son partícipes de la generación de desigualdades en la salud de las poblaciones; resaltando la importancia de la contextualización de nuestra propia historia y de la estructura social dentro de la ideología dominante del sistema.

## Bibliography

- [1] DEATON, A. *El gran escape : salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*. Fondo de Cultural Economica, 2015.
- [2] FEDERICI, S. *Caliban y la bruja*. Tech. rep., 2006.
- [3] FEDERICI, S. Women, gender oppression and science. *Science and Society* 70, 4 (2006), 550–555.
- [4] PRITLOVE, C., JUANDO-PRATS, C., ALA-LEPPILAMPI, K., AND PARSONS, J. A. The good, the bad, and the ugly of implicit bias. Tech. rep., 2019.
- [5] SUGIMOTO, C. R., AHN, Y.-Y., SMITH, E., MACALUSO, B., AND LARIVIÈRE, V. Factors affecting sex-related reporting in medical research: a cross-disciplinary bibliometric analysis. *www.thelancet.com* 393 (2019).
- [6] YOON, D. Y., MANSUKHANI, N. A., STUBBS, V. C., HELENOWSKI, I. B., WOODRUFF, T. K., AND KIBBE, M. R. Sex bias exists in basic science and translational surgical research. *Surgery (United States)* 156, 3 (sep 2014), 508–516.







## **6. *Comó estudiamosla opresion y la reproducci3n***

### **6.1 Objetivos e hip3tesis**

#### **6.1.1 Objetivos**

- Objetivo general:

El objetivo general de esta tesis es estudiar los mecanismos por los que las opresiones de poder generan desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres.

- **Objetivos espec3ficos:**

Para poder desarrollar el objetivo general la tesis se centra en tres objetivos espec3ficos a trav3s de tres ejemplos:

- Recopilar y analizar informaci3n sobre las principales pol3ticas que se ocupen directa e indirectamente de la salud sexual y de la salud reproductiva, que pudiesen haber sido implementadas en los 3ltimos 25 a3os en Oaxaca, M3xico.
- Analizar los efectos de la crisis econ3mica en la fecundidad en poblaci3n nativa y migrante durante tres per3odos temporales (1999-2013) en los entornos urbanos de Espa3a.
- Describir y analizar las desigualdades geogr3ficas, 3tnicas y socioecon3micas en la mortalidad materna en los municipios de M3xico entre 2002 y 2016.

### 6.1.2 Hipótesis

- Basándonos en la evidencia revisada se espera encontrar un aumento en el abordaje de temas de salud sexual y étnicos en las políticas de salud sexual y reproductiva.
- Se espera encontrar una mayor mortalidad materna entre los grupos poblacionales de clase social más desprivilegiada y entre las poblaciones indígenas mostrando desigualdad territorial y étnica en la mortalidad materna.
- Basándonos en la evidencia previa se espera encontrar una disminución en la fecundidad entre los grupos de mujeres migrantes en las principales ciudades de España además de una distribución desigual de la fecundidad entre mujeres nativas y migradas en España.

## **6.2 El dilema del estudio de las opresiones:**

### **¿Cómo se estudiaron las opresiones?**

Los mecanismos de opresión de poder se estudiarón a partir de la generación de un marco conceptual que nos permitió entender como las opresiones de poder generan desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres. El marco conceptual a su vez nos permite el abordaje de los objetivos específicos. El marco conceptual se desprende de un amplio trabajo realizado en los últimos cuatro años de recopilación teórica, bibliográfica, así como de amplios debates teóricos que han permitido reflexionar sobre las formas y visiones que abordan la reproducción en el campo de la salud. Además, la teorización planteada sobre la opresión y mi experiencia de vida me ha permitido reflexionar sobre mis propios trabajos y artículos hasta llegar a esta fórmula de planteamiento de la salud reproductiva y el cómo las opresiones de poder inciden sobre ella generando desigualdades. Para poder llegar al estudio de las opresiones se ha adoptado a su vez una visión de estudio que explora, evidencia y expone “las causas de las causas de las causas”. Por ejemplo, a nivel comunicacional importancia de exponer la información de forma explícita es incuestionable.



## **7. *Modelo de estudio I***

### **7.1 Women's sexual and reproductive health policies: Mapping a case from Cairo to the Millennium Goals**

## Revista de Salud Pública

La Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia

### **Women´s sexual and reproductive health policies: Mapping a case from Cairo to the Millennium Goals.**

León-Gómez Brenda Biaani MD, MPH<sup>1, 2\*</sup>

Bosch Aris Mar <sup>1,2</sup>

Espinel-Flores Verónica MPH<sup>1, 2</sup>

Jane Checa Mireia MD, PhD <sup>2,3</sup>

Pérez Gloria MD, PhD <sup>1, 2</sup>



Artículo científico enviado. Estatus: en revisión

## 7.2 Introduction

Women's Sexual and Reproductive Health (SRH) relies on social and political traditions. Since the Cairo Conference (25) in 1994 the recognition of women's rights movements over their reproduction and sexuality was defined as part of human rights in many countries. On the other hand, the Millennium Development Goals (32) (MDGs) aimed to strengthen political commitment and increase resources to improve maternal health and promote gender equality to empower women (26) (44). Mexico has developed and oriented policies and programs to improve women's SRH (31). Mexico has one of the highest rates of adolescent mothers among the countries in the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), registering around one born child for every 15 girls aged 15-19 (28).

Some reports found territorial differences in SRH between states in Mexico. An example is the maternal mortality (MM) and adolescent pregnancy (37) (28) (27)(35). From 2005 to 2014 Oaxaca was one of the three states (out of 32 states) with a higher ratio of maternal deaths (54.6 per 100 000 births). The national ratio in the same period was 41.6 per 100 000 births. However, this was far higher than other states such as Nuevo Leon (21.7 per 100 000 births) or Colima (23.9 per 100 000 births) (8). These differences show social and economic inequalities in SRH between states, because richest states show lower rates of maternal deaths than poorer ones. The state of Oaxaca is one of the states with higher socioeconomic and maternal mortality lags (9) (29). In addition, Oaxaca has the highest density of indigenous speakers (proxy of indigenous population), a population with high privation. Some reports also showed differences in the MM across indigenous language speakers (20).

International organizations targeted Oaxaca to improve the SRH indicators without achieve the goal (19). In this sense, reports showed that Mexico did not reach the Millennium goal V (44). The indicators are still highlighting a lag concentrated in the southeastern states. This lag is present in a context in which the Mexican federal government has certain control

of states' sovereignty. Federal powers are essential to guarantee political and economic national unity. Yet, each of the states are competent in each of their territories. Then, states reserve for themselves all faculties not transferred to the federal authority (1). Then, Oaxaca has the political potential to address local issues. Therefore; it is important to question local governments to understand the benefits (or not) of the policies on women's SRH.

Oaxaca, as a targeted state has had many policies and programs implemented across the last years. Yet, gender and SRH policies have evolved across time to in an effort to reach gender equality. To understand the SRH "adverse" outcomes observed in Oaxaca. We tried to map the policies and programs across those years (1990-2015) implemented in Oaxaca. We scoped the existing literature or evidence on the women's SRH related programs and policies from 1990 to 2015.

## **7.3 Materials and methods**

### **7.3.1 Protocol and eligibility criteria**

In our study, an exploratory scoping instead of systematic review (2) was used to identify the potential needs for more detailed research. This study also explores the extent of the literature in the particular domain of sexual and reproductive health policies in Oaxaca without describing findings in detail (30). Scoping reviews have been described as a process of mapping the existing literature or evidence base (39) (4) which matched with our aim to scope literature in the Mexican setting.

### **7.3.2 Eligibility criteria**

The literature must contain or mention national, state or municipal policies that directly or indirectly addressed women sexual and reproductive health in Oaxaca. As a criterion for the



search and selection of the policies, the WHO definition on sexual and reproductive health indicators was used (31). This is a list of proposed indicators for reproductive health and contained a WHO proposed short list of reproductive health indicators. In addition, to cover a wider extent of documents, those programs and evaluations from policies on SRH were included. Inclusion criteria were all documents included gray literature and peer-reviewed journals, published from 01/01/1990 to 01/01/2015. In addition, papers that approached policies or programs implemented at state level (Oaxaca). Those papers must reference at least one of the women's sexual or reproductive indicators described by the WHO (32). Only papers in English and Spanish were included.

We grouped the mentioned documents according to the contents in three sections:

- 1) Policies,
- 2) programs implemented,
- 3) evaluations.

The documents include (see figure 7.1) gray and scientific research papers that were published from 1990 to 2015.

### 7.3.3 Information sources and search strategy

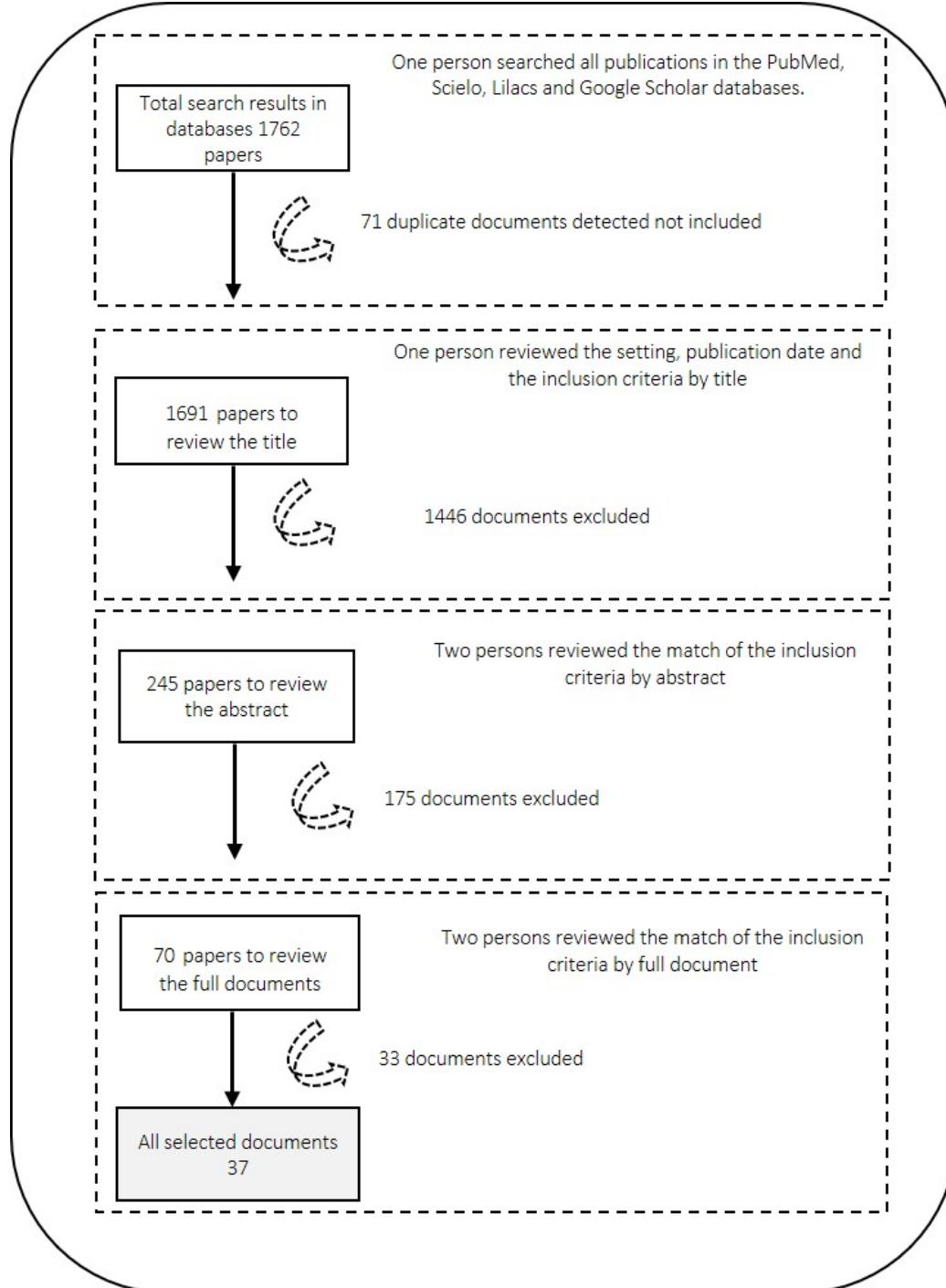
For this study, we used PubMed, Scielo, Lilacs and Google Scholar as a sources database. Those were used to build the search equation, key terms with variants of the search syntax according to each database or repository. For the construction of the tree of search terms, we combined trees based on mixing reproductive health related MESH terms and policies MESH terms –see figure 7.1. Researchers integrated these terms (See figure 7.1) with all possible word variations and synonyms. The search strategy was restricted to articles published from 01/01/1990 to 01/01/2015. The scope considered documents written in English and Spanish. The database management software Mendeley© allowed us to store the citations identified in the search, to keep track of them, and to detect duplicates.

Figure 7.1: Table Search strategy applied in databases.

<b>Table Search strategy applied in databases</b>	
	State (Oaxaca) implemented level <sup>1</sup>
<b>Inclusion criteria</b>	<p>Papers published from 1 January of 1990 to 1 January 2015</p> <p>All documents included gray literature and peer-reviewed journals</p> <p>Papers on women's policies that referenced at least one of the sexual or reproductive indicators described by the world health organization (7).</p> <p>Papers on women's programs that referenced at least one of the sexual or reproductive indicators described by the world health organization (7).</p> <p>Papers in English and Spanish</p>
<b>Exclusion criteria</b>	<p>Theoretical papers policies or programs on sexual and reproductive health</p> <p>Papers that only talk about those programs or policies on their conclusions and recommendations</p> <p>Women*</p> <p>Pregnant Women [MeSH]</p> <p>Reproductive Health Services [MeSH]</p> <p>Family Planning Services [MeSH]</p> <p>Maternal Health Services [MeSH]</p> <p>Maternal Health [MeSH]</p> <p>Maternal Welfare [MeSH]</p> <p>Community Health Services [MeSH]</p> <p>Counseling [MeSH]</p>
<b>Related MeSH terms</b>	<p><b>Reproductive health terms</b></p> <p>Sex Counseling [MeSH]</p> <p>Maternal-Child Health Services [MeSH]</p> <p>Perinatal Care [MeSH]</p> <p>Postnatal Care [MeSH]</p> <p>Preconception Care [MeSH]</p> <p>Pregnancy [MeSH]</p> <p>Prenatal Care [MeSH]</p> <p>Abortion [MeSH]</p> <p>Pregnancy in Adolescente [MeSH]</p> <p>Pregnancy, Unplanned [MeSH]</p> <p>Pregnancy, Unwanted [MeSH]</p> <p>Politics [MeSH]</p> <p>Policy [MeSH]</p> <p>Family Planning Policy [MeSH]</p> <p>Health Policy [MeSH]</p> <p><b>Policy related terms</b></p> <p>Health Care Reform [MeSH]</p> <p>Government Programs [MeSH]</p> <p>National Health Programs [MeSH]</p> <p>Regional Medical Programs [MeSH]</p> <p>Program Evaluation [MeSH]</p>

<sup>1</sup>National policies or programs implemented at Oaxaca state level.

Figure 7.2: Literature review and data abstraction flow chart



#### 7.3.4 Data collection process

First, researchers extracted the following data (see supplementary file) from publication: reference, year of the publication, source of the document, type of document, peer-reviewed research design and study population and related outcomes or topics (for gray documents). Then, researchers fulfilled a matrix organized by the three sections of policies, programs and evaluations with a brief explanation of the contents. The first section was for policies describing information about norms, laws or policies related to sexuality, reproductive health and women's health. This included a small explanation of how the article related the policy with at least one WHO SRH indicator. Secondly, in the program section, researchers described the information about located programs, year of the implementation, and the program relation with sexuality and reproductive health. Lastly, the evaluation section localized evaluation, author, year of the evaluation, and policy or program evaluated.

After the extraction, we classified programs and evaluations according to the year of the implementation or performance of the evaluation. Then, we listed and classified SRH related programs according to the main related SRH subjects in the documents. The main SRH key subjects were identified in the documents. Then, we listed the most mentioned policies programs and evaluations. We searched the year of the publication and the governmental level of emission of the policies, evaluations and programs. We grouped the documents selected according to the range of the year of reference. This was in order to compare the production across the study time –1990-1999; 2000-2009; 2010-2015.

After that, we searched the general objectives of the addressed policies. Then, we classified those in SRH policies and programs according to their connection with SRH. Program and policies evaluations were classified according to the type of evaluations described before by Nebot et. al (30). This classification was set in four levels. The

first level was the level of structure (according to the resources). The second level was the process level (according to the adaptation of activities based on the objectives of the protocol). The third level was the results (according to the achievement of the program). Finally, the level was that of strategic evaluations (according to its objectives and relevance).

## 7.4 Result

### 7.4.1 Screening process results

Researchers carried out the literature review on 03/30/2016. They identified 1762 papers (Figure 7.2) and detected 71 duplicated documents. Then, one author (BL) systematically screened and evaluated all citations to exclude irrelevant publications. This process was according to the inclusion criteria resulting in 245 abstracts selected. Afterwards, two reviewers (BL, MB) independently screened these 245 abstracts and selected 70 papers to complete the review phase. A third reviewer (GP) (sexual and reproductive health expert) resolved the disagreement between the two reviewers regarding five documents. Finally, 37 of these papers were included in the study.

The vast majority (see figure 7.3) of the outcomes of the peer-reviewed journal articles were related to maternal health (11 studies, 50 % ), followed by health services research (3 studies, 14%). The least common were abortion (2 studies, 9%), cervical screening (2 studies, 9%), reproductive services (2 studies, 9%), acquired immunodeficiency syndrome (1 study, 5%), and sexual education (1 study, 5%). On the other hand, the gray literature main topic was maternal health (8 documents, 53%). Gray literature also contained family planning (5 documents, 33%), cervical screening (1 document, 7%), and abortion (1 document, 7%) topics.

Most of the documents (22 documents, 59%) were from peer-reviewed journals and 15 (41%) from gray literature sources. Most of the documents were index journals articles from

Figure 7.3: Table Descriptive characteristics of the 37 papers obtained classified by type of documents extracted.

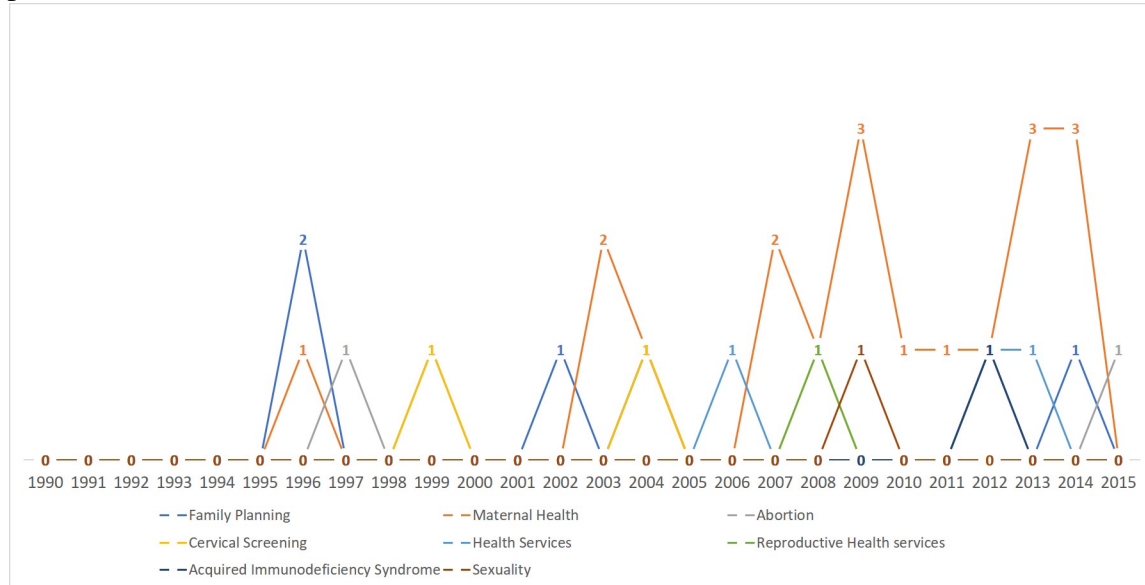
	<u>n</u>	<u>%</u>
<b><u>Papers from peer-reviewed journals</u></b>	22	59%
<b><u>Study design</u></b>		
Experimental	1	3%
Policy brief	4	11%
Observational	8	22%
Qualitative	9	24%
<b><u>Papers from gray literature total</u></b>	15	41%
<b><u>Related outcomes and topics</u></b>		
Maternal Health	19	51%
Family Planning	5	14%
Abortion	3	8%
Cervical Screening	3	8%
Health services	3	8%
Reproductive services	2	5%
Acquired Immunodeficiency Syndrome	1	3%
Sexuality	1	3%
<b><u>Related outcomes of peer-reviewed journals</u></b>		
Maternal Health	11	50%
Health services	3	14%
Cervical Screening	2	9%
Abortion	2	9%
Acquired Immunodeficiency Syndrome	1	5%
Reproductive services	2	9%
Sexuality	1	5%
<b><u>Related main topics of gray literature</u></b>		
Maternal Health	8	53%
Family Planning	5	33%
Cervical Screening	1	7%
Abortion	1	7%
<b><u>Year of publication</u></b>		
1990-1999	6	16%
2000-2009	17	46%
2010-2015	14	38%

different methodological approaches. In conclusion, 9 papers (24%) from peer-reviewed journals contained mostly qualitative methodologies. In addition, 8 papers (22%) contained observational studies, 4 (11%) papers policy brief studies, only 1 (3%) paper was an experimental study. Although publications on SRH policies or programs seemed to increase over the past 25 years, the number of documents remained small across time. From the 37 documents selected, we identified 6 documents (16%) from 1990 to 1999. In fact, between 2000 and 2009 we identified 17 of the documents (46%), whereas from 2010 to 2015 we located 14 (38%) documents.

#### 7.4.2 Evolution of publication

Figure 7.4 shows the evolution of the outcomes of peer-reviewed journal articles and the main topics of gray literature across 25 years of study. Before 1996, we did not find an article or gray literature. At that time, family planning was the most mentioned outcome. Overall, we found an increase of the maternal health care outcome in the 2000s. Cervical cancer screening was mentioned constantly during the late 90's and year 2000. Abortion was mentioned separately in the late 90's and in 2015. After 2005, health services and reproductive health services were a subject of study. Acquired immunodeficiency syndrome (2012) and sexual education (2009) were mentioned once.

Figure 7.4: Figure Evolution of the SRH main related outcomes and topics across the study period.



### 7.4.3 SRH policies

The identified policies were separated into 5 federal laws, 5 national norms, 2 international statements, and 1 Oaxaca state law (figure 7.5). The first federal law we found was included in the penal code (it penalized abortion nationwide since 1931). This federal penal code contains punitive legal articles in chapter VI (abortion, articles 329 to 334). The second federal law was the general population law. It regulates volume, structure, dynamics and distribution of the population. This law is also to maintain an economic and social development that is equitable. This law has been current since 1974. The policies contained in this law include policies to limit population growth, and support family planning. The third federal law was the general health law that establishes the bases and ways to access health services since 1984.

After 1990, the federal government implemented two more laws. The first one, implemented in 1993, was the General Education Law that regulates the education imparted by the government, states and municipalities. This law presents within its content policies (7o, section



Figure 7.5: Table Year and relation of the sexual and reproductive policies with legislation level.

Year	Legislation	SRH relation	Federal Laws	National Norms	International Agreements	State Laws
1931	Federal Penal Code (national penalization of abortion)	National level abortion penalization.	φ	/	/	/
1974	General Population Law	The policies contained in the law included policies to limit population growth, reduce mortality, improve the status of women, and support family planning.	φ	/	/	/
1984	General Law on Health	Principal legislation on health (including SRH). For example, this law grants contraceptives to public health institutions.	φ	/	/	/
1993	General Law on Education	Regulates the amount of sex education received by students who attended elementary education.	φ	/	/	/
1993	Official Mexican Standard NOM-007-SSA2-1993 for Care for women during pregnancy, delivery and puerperium and newborn	It establishes the criteria to attend and monitor the health of women during pregnancy, delivery and puerperium and normal newborn care.	/	φ	/	/
1993	Official Mexican Standard NOM-005-SSA2-1993 for family planning service delivery	Addresses appropriate service delivery standards, presents a wide range of contraceptive methods, and mandates information and counseling as integral components of family planning care.	/	φ	/	/
1994	The United Nations coordinated an International Conference on Population and Development in Cairo, Egypt	Pioneering efforts in Oaxaca to sensitize health administrators to the Cairo agenda began to privilege instead the adoption of a gender perspective in health care and the promotion of reproductive rights.	/	/	φ	/
2005	Official Mexican Standard NOM-046-SSA2-2005. Family violence, sexual violence and against women. Criteria for prevention and care	Established the criteria in the detection, prevention, medical attention and guidance provided to who are involved in situations of family or sexual violence, as well as in the notification of cases.	/	φ	/	/
2000	Millennium development goals	Highlighted targeted goals in Oaxaca: Promote gender equity and empower women, in part through education parity. Then, reduce the maternal mortality rate by three fourths between 1990 and 2015.	/	/	φ	/
1994	Official Mexican Standard NOM-014-SSA2-1994, For the prevention, detection, diagnosis, treatment, control and epidemiological surveillance of cervical cancer	Standardized the principles, policies, strategies and operating criteria for the prevention, diagnosis, treatment, control and epidemiological surveillance of cervical cancer.	/	φ	/	/
2001	Official Mexican Standard NOM-010-SSA2-2010 for the prevention and control of Infection by Human Immunodeficiency Virus	Decentralized regional agencies (State Council for Prevention and Control of HIV/AIDS [Consejo Estatal para la Prevencion y el Control del VIH/SIDA or COESIDA]) in each of the Mexican provinces. The role of these agencies is to take leadership in the prevention and treatment of HIV throughout Mexico. COESIDA, headquartered in the city of Oaxaca, provides comprehensive prevention and treatment services to the six districts of the State of Oaxaca.	/	φ	/	/
2007	General Law Guaranteeing Access to All Women to a Life Free of Violence	Punishes psychological, physical, and patrimonial violence against women. Then, mandates the immediate arrest of the presumptive aggressor and the protection of the victim.	φ	/	/	/
2009	Local Constitution of Oaxaca (penalization of abortion)	Legislation that Protects Life from the Moment of Conception was included in the constitution of Oaxaca state in 2009.	/	/	/	φ

X) the responsible exercise of sexuality and family planning. The second law, implemented in 2007, was the law on women's access to a life free of violence that prevent, punishes and eradicates violence against women.

Overall, we found four Official Mexican statutes, known as "NOM". The first one, NOM-005-SSA2-1993 talks about the implementation of family planning services. The second one, the Official Mexican law NOM-007-SSA2-1993 focused on care of women during pregnancy, childbirth, puerperium, and the newborn. Third, there was the Official Mexican law NOM-190-SSA1-1999 regarding access of health services and its modification, which is NOM-046-SSA2-2005. The latter focused on the prevention and attention to sexual violence and violence against women. Then, NOM-014-SSA2-1994 (which was about prevention, treatment and control of cervical and mammary cancer in primary care) changed to focus on prevention, detection, diagnosis, treatment, control and epidemiological surveillance of cervical cancer. The last statute, NOM-010-SSA2-2010, is related to the control of the

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). It also encompasses the creation of a center for prevention and control of AIDS in Oaxaca in 2002.

There were two international level agreements mentioned. First, the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo, Egypt (1994). At the state and national level, this was an incentive to increase the women's access to quality services. This was with the commitment to broaden the scope of services directed by the Cairo agenda. This was an incentive to adopt a gender perspective in health care and the promotion of reproductive rights in the state of Oaxaca. Second, the Millennium development goals as initiative started in 2000. Documents mentioned that the highlighted goals in Oaxaca were the goal 5 and 3. Goal 5 reduces the national maternal mortality rate by three fourths between 1990 and 2015. Moreover, the Millennium development goal 3 promotes gender equality and empowers women through education parity.

The last law was the local state law that protects life from the moment of conception. This law is included in the penal code chapter 7th, Article 315. This was adopted by the constitution of Oaxaca in 2009. It means undermining previous women's rights to abortion in cases of rape and life-threatening situations.

#### 7.4.4 SRH programs

Figure 7.6 shows the 30 programs identified and describes the period of implementation. It also shows the type of the program according of the principal actor in the program, and the classification of the mentioned SRH topics. We observed that human development programs (12, 18%), NGO's programs (11, 16%) and the popular insurance coverage (8, 12%) were the most common programs described in the documents. Most of the programs were primarily federal programs.

Lastly, the most mentioned SRH topics in the documents were maternal Health (26

Figure 7.6: Table Grouped mentioned relation topics in the general objective of the mentioned programs.

Programs	Totals	%	Principal level <sup>1</sup>	Maternal Health	Family planning	Adolescent SRH	Sexual rights	Health Equality	Indigenous Health	General health services
1. Human Development Programs	12	18%	Federal	φ	φ	/	/	φ	φ	φ
1. SRH programs of the NGOs in Oaxaca.	11	16%	International aid	φ	φ	/	φ	φ	φ	φ
1. Popular insurance (coverage of childbirth care and maternal and child health services)	8	12%	Federal	φ	/	/	/	/	/	φ
1. Fair Start in Life initiative	3	4%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. General USAID assistance to Mexico's population program	3	4%	International aid	/	φ	/	/	φ	/	/
1. Mexican national Cervical Cancer-Screening Program	3	4%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. Intervention program to improve post-abortion quality of care (General Hospital of Oaxaca city)	2	3%	International aid	/	φ	/	/	/	/	/
1. The Coverage Extension Program	2	3%	Federal	φ	/	/	/	φ	/	/
1. The Mexico National Safe Motherhood Committee (NSMC)	2	3%	State	φ	/	/	φ	φ	/	/
1. Training courses of midways	2	3%	Private	φ	/	/	/	/	φ	/
1. Adolescent Sexual and Reproductive Health program	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. Comprehensive Strategy to Accelerate the Reduction of Maternal Mortality	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. Family Planning and Contraception program	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. General Collaboration Agreement for the Attention of the Obstetric Emergency	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. Health Sector Reform Program: Reproductive Health and Family Planning Program, 1995-2000	1	1%	Federal	φ	φ	φ	/	/	/	/
1. Prevention and Attention to Family and Gender Violence	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. The National Reproductive Health program	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. Breast Cancer Mexican Program	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. Comprehensive Quality System	1	1%	State	φ	/	/	/	/	/	/
1. Gender Equality in Health	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. Health care "Caravans of Health" program	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. Healthy Communities program	1	1%	Federal	φ	φ	/	/	/	/	/
1. Program 100 for 100 Strategy (Strategy 100 x 100)	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. Program of Food Support and Rural Supply	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. Support Program for Health Services for the Open Population	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	φ
1. Basic Infrastructure Program for the Attention of Indigenous Peoples	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. Migrant Health Program	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/
1. National Health Program	1	1%	Federal	/	/	/	/	/	/	φ
1. National Population Program	1	1%	Federal	/	φ	φ	/	φ	φ	/
1. Liconsa Milk Supply Program	1	1%	Federal	φ	/	/	/	/	/	/

<sup>1</sup> Selected only the principal level of the generation of the program.<sup>2</sup> Total number of times the documents referred to the program. \* One document could have cited one or twice any of these programs. φ Presence of the topic / Absence of the topic

mentions), family planning (7 mentions), adolescent SRH (2 mentions), sexual rights (1 mentions), health equality (6 mentions), indigenous health (4 mentions), and general women's health services (4 mentions). From all related programs, the group of human development programs such as ["Solidaridad" Program (1988 to 2002), "Progresas" Program (2002 to 2007), and "Oportunidades" Program (2007 to 2014)] were the most cited programs in our documents. These social programs were associated with maternal health, family planning, health equality, indigenous health, and general health services. Then, the SRH programs of the NGOs in Oaxaca were oriented to maternal health, family planning, sexual rights, health equality, and indigenous health subjects. The other relevant program was the Popular Insurance Program (SP) that was related to maternal health and general health services.

#### **7.4.5 Evaluations of SRH policies and programs**

Figure 7.7 shows the evaluations identified, their classification according to the evaluation body and the year of the evaluation. The evaluations identified were mostly results evaluations (11, 85%), but we identified (2, 15%) strategy evaluations. The most evaluated programs are the popular insurance (coverage of childbirth care and maternal and child health services) and the human development programs. Also, the aid given by USAID to Mexico's population program, the intervention of the Foundation John D. and Catherine T. MacArthur in maternal mortality. Additionally, the Millennium Development Goals, the Comprehensive Strategy to accelerate the reduction of maternal mortality, and the Casa NGO project. Finally, the redefined Service-Delivery Model implemented in the General Hospital of Oaxaca City. The latter was done with advice and support of the Population Council and funds from the European Union.

Figure 7.7: Table Identified evaluations, type, evaluating body and year of evaluation.

Policy/ Program Evaluated	Evaluation body	Evaluation according level*	1996	2002	2003	2004	2007	2008	2010	2011	2013	2014
The U.S. Agency for International Development (USAID) assistance to Mexico's population program.	The U.S. Agency for International Development (USAID) (Consultants)	Results				x						
Popular insurance (coverage of childbirth care and maternal and child health services)	National Bureau of Economic Research	Results					x					
Delivery care coverage in Mexico	Center for Population Health Research, National Institute of Public Health. IPAS Mexico. Project Management Unit of the Global Fund, FUNSALUD. University of Washington. National Center for Gender Equity and Reproductive Health, Ministry of Health.	Results										x
	Faculty of Medicine, National Autonomous University of Mexico	Results										x
Human Development Programs <sup>1</sup>	Mexican institution "El Colegio de México"	Results		x								
	Population Research Center, The University of Texas	Results				x						
	Health Economics Division, Mexican School of Public Health/National Institute of Public Health	Results									x	
Service-Delivery Model at General Hospital of Oaxaca City. Advice and support: Population Council/European Union	General Hospital of Oaxaca	Results	x									
Millennium Development Goals	World Bank	Strategy			x							
Comprehensive Strategy to Accelerate the Reduction of Maternal Mortality	Government modernization and public policies	Strategy								x		
Foundation John D. y Catherine T. MacArthur in maternal mortality	IPAS Mexico	Results						x				
Casas project (NGO)	National Institute of Public Health	Results and Process										x

\*Based on Nebot et. Al. [Evaluation of public health effectiveness: conceptual and methodological foundations.] <sup>1</sup>Includes previous formats: Solidaridad (1988 to 2002) Progresá (2002 to 2007) and Oportunidades (2007 to 2014) PROSPERA (currently implemented)

## 7.5 Discussion

This study identified SRH related policies and programs implemented in the state of Oaxaca from 1990 to 2015. In general, we observed an increase in SRH attention over the years. The vast majority of policies identified were federal level policies and we only found one relevant state level SRH policy. In general, those were penal laws (on abortion) (4) (10) general laws (17) (11) (42) , official Mexican norms, and international statements. Different programs were identified (total 30). Human development programs, SRH programs of the NGO's and the popular insurance coverage were the principal described programs. The most evaluated program was the popular insurance (coverage of childbirth care and maternal and child health services) and the human development programs.

### 7.5.1 Sexual and reproductive health in the policies

This work showed how existing evidence on the evolution of the SRH related programs and policies in this context was principally oriented to reproductive health topics such as maternal mortality or family planning. Therefore, this seems to be inconsistent with current directions in which reproductive rights and gender are getting more and more attention (41). This implies people's empowerment with respect to certain aspects of their lives, including their sexual and reproductive health. In this sense, people should be able to have a satisfying and safe sexual life. Thus, it implies that they have the capability and freedom to decide whether to reproduce themselves or not (41) (40). Theoretical backgrounds have discussed the importance of the social, historical context and related policies in SRH (24) (5). The monitoring of those policies and programs are key to understand why those geographical regions are being left behind. The surveillance and monitoring are of major importance in situations with suboptimal SRH indicators such as Oaxaca.

### 7.5.2 Policies at federal level and sexual and reproductive health

In the study period we observed that the policies in Oaxaca 65 seemed to rely mostly in federal policies (10) (17) (11) (16) (15) (14) (12) (13). The Cairo consensus seemed to draw a route of guidelines in the SRH policies contained in federal statements especially in the Official Mexican Standards (36). However, those policies seemed mainly to be oriented through reproductive health. For example, reproduction during adolescence relies directly in several variables such as sexual education (18). In this scope, we were not able to identify a Mexican law oriented to tackle sexual education in their main objectives. By contrast, the documents mentioned the relation with the Mexican general law that had a transversal relation with SRH. For example, the Mexican General Law on education (14) tries to provide SRH basic education to adolescents since 1993.

### **7.5.3 Policies at state level and sexual and reproductive health**

We found only one local statement SRH associated in this research. This was the local punitive abortion law (4) (10). However, abortion penal code has criminal exemptions. In the penal code of Oaxaca, abortion is allowed in the case of: rape, imprudently conduct, risk to the life of the mother, and genetic or congenital malformation. A law that protects life from the moment of conception was included in the constitution of Oaxaca State in 2009. This means protection of the fetus from the moment of conception, thereby undermining previous women's rights to abortion in cases of rape and life-threatening situations. According to the world health organization, abortion in illegal and risky conditions were directly related to maternal death (43). Despite of several efforts to legalize abortion (especially at the federal level) (34), it has not been successful. The safe access and decriminalization of abortion in other countries was a key in improvement of the SRH indicators. For example, U.S. strategies implemented to reduce maternal mortality only showed the expected decline after legalizing abortion in some states in 1967. This caused a drop in the deaths from septic abortion by 89% from 1950 to 1973 (7).

### **7.5.4 The millennium goals and Cairo agreements, their influence and limitations.**

The two international statutes discussed in the documents: the millennium goals and the agreements at the Cairo (6) conferences were alluded as a key to move towards SRH socio-political attention (36). Then, those statutes were presented as an orientation of the contents in the elaborated policies and programs (33). Despite those statutes tried to get attention to SRH in Oaxaca, we noticed they could not achieve attention. In addition, we observed an increase of the attention on SRH subjects after the release of the millennium goals. Both the millennium goals and the Cairo agreements go beyond mere attention to reproduction, trying to address sexual and reproductive health as something more than improving health

for responsible reproduction. Some policies and programs focused introduced content oriented to issues of sexuality, health equality and SRH in the indigenous population in the documents. However, they are a minority in the analysis (46)(45).

### **7.5.5 Sexual and reproductive health in the government programs**

Programs that were focused on improving the quality of life or health services of the population were more likely to occupy functions in topics related to SRH than SRH properly programs. These programs mostly relate to maternal health indicators. Human development programs and the popular insurance coverage were the key programs of the federal government. Documents cited those programs as fundamental due to the coverage of reproductive services. This implies principally the coverage of maternal health services, but also the coverage of the empowerment and sexual education of women in the case of the Human development programs. Despite the close relation with SRH, those programs were principally antipoverty programs instead of SRH. This scope showed primarily that the relation with SRH was interpreted in the programs as a relation with reproductive health and mainly excluding gender and sexuality in to the main scenery. In this sense, the increase of integration of the gender perspective in development activities could help achieve the ultimate goal of gender equality (45).

### **7.5.6 Sexual and reproductive health and the NGO's**

SRH programs of the NGO's are also very relevant in Oaxaca. Several and diverse organizations across the state tackle reproductive health, principally maternal health and family planning. The MacArthur Foundation mainly supported those NGO's (22) (21). After the 2000's, the foundation supported reproductive health initiatives and programs. Those initiatives were related to maternal mortality due to the high maternal mortality rate in Oaxaca (23). Additionally, in the 90's the USAID supported SRH programs, but those were in conjunction with the federal Mexican government (27). The European Union



also supported a program to improve post abortion care in the general hospital in Oaxaca (3).

US foreign policy has been linked with family planning and population fertility control since the 1960's (94). This with the intention to change the demographic structure of foreign countries (38) (47). In this way, the U.S. across USAID investments in family planning could have influenced SRH policies in the 90's. This may explain why before the 2000's, family planning was more relevant in the documents. Therefore, the influence of the millennium goals helped to redefine some of the SRH issues. This led towards more attention to women's health. However, in Oaxaca, maternal care seemed to be addressed in lieu of women's health since the 2000's.

General sexual and reproductive health in programs and their evaluations Most of the relevant programs were programs that are not properly SRH programs or reproductive health programs. Main SRH topics that related the programs to the SRH were reproductive health outcomes such as maternal health and family planning. Adolescent SRH and sexual rights were mentioned, but not relevant. Across all documents, sexuality seemed to be left behind. These results are in the same line that reports that showed that Oaxaca is one of the states with the longest lag in the use of contraceptive methods among sexually active adolescents with 45.8% of usage, in comparison with other states such as the State of Mexico (71.2% of usage) (35).

Additional and promptly mentioned SRH subjects were health equality, indigenous health (in relation with maternal delivery), and other general women's health services. Those are key important subjects given the importance in this context of primarily high indigenous population and high inequality. This is more relevant in Oaxaca due to the high privation (9) and high indigenous population (29) in the state.

The most cited evaluations were evaluations of the SRH subject of the health and antipoverty related programs. Evaluations also were concentrated in result evaluations of reproductive health subjects. The importance of the evaluation of policies and programs is widely documented. Therefore, we have not found assessments of the implementation of policies or statutes.

## 7.6 Limitations

In this scope, we only addressed the broad documents available. It is possible we could not get all the domains and terms that could give us all the information about the policies and programs implemented in the study period. It is also possible that a significant amount of information was not available online due to many documents only being available physically. We must also take into account that these policies and interventions have been published does not necessarily mean they are functioning or effective. Therefore, the main objective was to scope the policies behind a complex background knowing that it would not be possible to cover all the reality. This was done by getting an approach that guided us into a context of extensively unfavorable indicators such as wide inequality mixed with multiple factors like ethnicity and gender.

## 7.7 Conclusions

There has been an increase of the volume of publications in this field in the last years. The publications have not been enough to generate deep changes at the legislative level around issues associated with SRH. Despite the influence of the conferences of Cairo and the millennium goals to improve SRH indicators (such as adolescent SRH or sexuality education), those were addressed poorly. Reproductive health topics were taken into account more than other important SRH topics. There is a need for improved broad approaches in sexuality

policies and programs.

In spite of the effort made by the national government, research of the policies approach is needed in order to understand and improve the policy implementation. Some policies should be updated in order to improve the quality of life of women in an equal way. Health equality and indigenous health could also be targeted topics. New approaches should be developed more oriented to improve the access to sexual education not just reproductive information. The update of the policies may help to improve some reticent indicators such as high maternal mortality in southern Mexico. Local governments should assume greater responsibility on the issue. Then, we recommend increasing the number of evaluations of programs by focusing on letting people know more about the implementation of the programs.

## 7.8 Acknowledgments

This article will be included in the doctoral thesis of one of the authors (BBLG). This thesis is carried at Pompeu Fabra University. We thank MD Eduardo León Gómez for editing the English version of this manuscript.

### Bibliography

- [1] ARKSEY, H., AND O 'MALLEY, L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology* 8, 1 (2005), 19–32.
- [2] ARMSTRONG, R., HALL, B. J., DOYLE, J., AND WATERS, E. 'Scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of Public Health* 33, 1 (2011), 147–150.
- [3] BRAMBILA, C., LANGER, A., GARCÍA-BARRIOS, C., AND HEIMBURGER, A. Improving Postabortion Care with Limited Resources in a Public Hospital in Oaxaca,

- Mexico. In *Population Council*, D. Huntington and N. J. Piet-Pelon, Eds. Population Council, 1999, pp. 80–107.
- [4] CÁMARA DE DIPUTADOS. Código Penal Federal de los Estados Unidos Mexicanos, 2009.
- [5] CARPENTER, L. M. Gendered Sexuality over the Life Course: A Conceptual Framework. *Sociological Perspectives* 53, 2 (jun 2010), 155–177.
- [6] CHOPRA, M., AND MASON, E. Millennium development goals: Background. *Archives of Disease in Childhood* 100, Suppl 1 (2015), S2–S4.
- [7] COHEN, S. A., AND RICHARDS, C. L. The Cairo consensus: population, development and women. *Family planning perspectives* 26, 6, 272–7.
- [8] CONSEJO ACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL. Pobreza municipal 2010-2015, 2015.
- [9] CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. Infografía de la población indígena, 2015. Tech. rep., Consejo Nacional de Población, México City, 2015.
- [10] DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Ley General de población, 1974.
- [11] DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Ley General de Salud, 1984.
- [12] DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Ley General de Educación, 1993.
- [13] DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar., 1993.
- [14] DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio., 1993.

- [15] DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino., 1994.
- [16] DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención., 2005.
- [17] DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007.
- [18] DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, 2010.
- [19] ENRÍQUEZ SOTO, P. A. Régimen constitucional de las entidades federativas.
- [20] FUENTES, R., AND MONTES, A. Mexico and the Millennium Development Goals at the Subnational Level. *Journal of Human Development* 5, 1 (2004), 97–120.
- [21] FUNDACION MACARTHUR. Diagnóstico situacional de la partería profesional y la enfermería obstétrica para la atención a la salud materna en México Informe final. Tech. rep., 2013.
- [22] FOUNDATION, M. Population and Reproductive Health. Tech. rep., [www.macfound.org](http://www.macfound.org) POPULATION, 2009.
- [23] GAY, J., AND BILLINGS, D. Evaluación del Trabajo de la Fundación MacArthur en México para Reducir la Mortalidad Materna. Tech. rep., 2008.
- [24] GHAZI M., F., AND DEGRAFF, D. S. *Fertility and development: An introduction to theory, empirical research and policy issues*. Ginebra, 1989.

- [25] GILL, R., AND STEWART, D. E. Relevance of Gender-Sensitive Policies and General Health Indicators to Compare the Status of South Asian Women's Health. *Women's Health Issues* 21, 1 (2011), 12–18.
- [26] GLASIER, A., GÜLMEZOĞLU, A. M., SCHMID, G. P., MORENO, C. G., AND VAN LOOK, P. F. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet* 368, October (2006), 1595–1607.
- [27] INEGI. La anticoncepción implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Tech. rep., 2014.
- [28] LAZCANO-PONCE, E., SCHIAVON, R., URIBE-ZUNIGA, P., WALKER, D., SUAREZ-LOPEZ, L., LUNA-GORDILLO, R., AND ULLOA-AGUIRRE, A. [Coverage for birth care in Mexico and its interpretation within the context of maternal mortality]. *Salud publica de Mexico* 55 Suppl 2 (2013), S214–24.
- [29] LUNA, M., MUÑOS, J. A., AND FREYERMUTH, G. Numeralia 2015. Mortalidad Materna en México. Tech. rep., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), México, 2015.
- [30] NEBOT, M., LÓPEZ, M., ARIZA, C., VILLALBÍ, J. R., AND GARCÍA-ALTÉS, A. Evaluación de la efectividad en salud pública: Fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gaceta Sanitaria* 25 (jun 2011), 3–8.
- [31] ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. Country Highlights: Mexico. Tech. rep., 2009.
- [32] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna, 2013.

- [33] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. 1995.
- [34] OZIMEK, J. A., AND KILPATRICK, S. J. Maternal Mortality in the Twenty-First Century. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 45, 2 (jun 2018), 175–186.
- [35] PISANTY-ALATORRE, J., AND PISANTY-ALATORRE, J. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. *Salud Pública de México* 59, 6, nov-dic (oct 2017), 639.
- [36] SAY, L., CHOU, D., GEMMILL, A., TUNÇALP, Ö., MOLLER, A.-B., DANIELS, J., GÜLMEZOĞLU, A. M., TEMMERMAN, M., AND ALKEMA, L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health* 2, 6 (jun 2014), e323–e333.
- [37] SELTZER, J. R., LASSNER, K. J., AND YAMASHITA, S. K. Midterm Program Review of the US–Mexico Program of Collaboration on Population and Reproductive Health. Tech. rep., 1996.
- [38] SHARPLESS, J. World population growth, family planning, and American foreign policy. *Journal of policy history : JPH* 7, 1 (1995), 72–102.
- [39] SUBDIRECCIÓN DE INFORMÁTICA JURÍDICA; DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES; COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Oaxaca., 1980.
- [40] UNITED NATIONS. 29 th Session of the Human Rights Council Organised by the United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. In *Launch of*

*the information series on sexual and reproductive health and rights* (Geneva, 2015), United Nations Human Rights, Ed., p. 1.

- [41] UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS. 29 th Session of the Human Rights Council Organised by the United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. In *LAUNCH OF THE INFORMATION SERIES ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS* (Geneva, 2015), United Nations Human Rights, Ed., p. 1.
- [42] UNITED NATIONS POPULATION FUND, UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND, AND UNITED NATIONS. Indigenous women's maternal health and maternal mortality. Tech. rep., 2016.
- [43] VANGUARDIA, L. Ministra de López Obrador buscará despenalizar el aborto en todo México., jul 2018.
- [44] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Monitoring Reproductive Health: Selecting a short list of national and global indicators. Tech. rep., 1997.
- [45] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Millennium Development Goal 3: promote gender equality and empower women, 2010.
- [46] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Millennium Development Goal 5: improve maternal health, 2015.
- [47] WULF, D., AND KLITSCH, M. Population growth and economic development: Two new U.S. perspectives. *International Family Planning Perspectives* 12, 2 (1986), 61–64.





## **8. *Modelo de estudio II***

### **8.1 Bayesian smoothed small-areas analysis of urban inequalities in fertility across 1999-2013**

León-Gómez et al. *Fertility Research and Practice* (2019) 5:17  
<https://doi.org/10.1186/s40738-019-0066-8>

Fertility Research and Practice

RESEARCH ARTICLE

Open Access

# Bayesian smoothed small-areas analysis of urban inequalities in fertility across 1999–2013



Brenda Biaani León-Gómez<sup>1,2</sup>, Mercè Gotsens<sup>1,3,4</sup>, Marc Marí-Dell'Olmo<sup>5</sup>, Ma. Felicitas Domínguez-Berjón<sup>6</sup>, Miguel Ángel Luque-Fernandez<sup>7</sup>, Unai Martín<sup>8</sup>, Maica Rodríguez-Sanz<sup>9</sup> and Gloria Pérez<sup>1,2,3\*</sup>

Research article | [Open Access](#) | Published: 21 December 2019

## Bayesian smoothed small-areas analysis of urban inequalities in fertility across 1999–2013

[Brenda Biaani León-Gómez](#), [Mercè Gotsens](#), [Marc Marí-Dell'Olmo](#), [Ma. Felicitas Domínguez-Berjón](#), [Miguel Ángel Luque-Fernandez](#), [Unai Martín](#), [Maica Rodríguez-Sanz](#) & [Gloria Pérez](#) 

*Fertility Research and Practice* **5**, Article number: 17 (2019) | [Cite this article](#)

**582** Accesses | **2** Citations | **14** Altmetric | [Metrics](#)

Published

## 8.2 Introduction

Fertility refers to the rate of production of offspring and is dependent on several diverse factors: the socioeconomic and political context of the country (government welfare policies); social (ethnicity, age, social class); labor-related (employment status and working conditions); and psychosocial and biological factors, such as infertility or individual choices(17)(6). Health inequalities tend to be more marked in urban areas where deprived and poor populations live (21) (5). Small-area studies can bridge the understanding between social policies and their health implications, as particular clusters and patterns may not be as discernible in larger area studies (12) (14) (8). Within this type of study, area effects refer to physical and social factors that may affect public health. Examples include urban planning and the provision of public and private services, which may be important contributors to health inequalities. Further, demographic trends in small-areas are shaped by several key factors, such as declining fertility rates, an ageing population, migration, and the socioeconomic landscape (15).

Fertility rates in Spain have been decreasing since the 1970s, stabilizing around 2000, and continuing to decrease since 2008 (10) (11) (29) (33). Previous studies have described the influence of the economic crisis on fertility in Spain (29) (33), where the strongest effects of the crisis were felt among the most vulnerable population groups (7) (22). Women and the young population were particularly hard hit by high unemployment rates (20).

The crisis altered the socioeconomic landscape, resulting in various political responses and policy changes (3). Some of these changes weakened the Spanish welfare system, thereby affecting many structural determinants of health. Spanish family policies were also negatively affected, thereby increasing barriers for people to raise children (24).

As far as we are aware, the clusters and patterns of fertility have not been analyzed at the level of small-areas in this country. Following the social changes brought about by the crisis in Spain, there is a need to study fertility at the territorial level, and the role played by associated inequality axes such as income and migration. Therefore, the aim of this study is to explore the effect of the economic crisis on the distribution of fertility across small-areas in urban settings in Spain and to consider the role of mothers' age and nationality.

## 8.3 Materials and methods

### 8.3.1 Design, unit of analysis and study population

As part of the IMCRISES project, we conducted an ecological study of trends during three periods: 1999-2003, 2004-2008 (pre-crisis periods) and 2009-2013 (crisis period), where 2009 was considered as the year when the economic crisis started in Spain (20) (28). The units of analysis were the census tracts of 13 Spanish cities, as defined in the 2001 Spanish Population and Housing Census.

The cities included in the study are located in different geographical regions of Spain: Madrid (the capital, located in the center); Barcelona (the second most populous city, located in north east); eight cities in Andalusia in the south (Seville, Almeria, Cadiz, Cordoba, Granada, Huelva, Jaen, and Malaga); and three cities from the Basque country in the north-west (Bilbao, San Sebastián and Vitoria). The study population comprised reproductive-aged women living in these cities between 1999 and 2013. For more contextual information about Spain see figure 8. and 8.2.

Figure 8.1: Contextual factors of the cities.

Cities	Total area <sup>5</sup>	Population <sup>1</sup>	Population <sup>2</sup> (0-14)	Population <sup>2</sup> (>65)	National population <sup>2</sup>	Immigrant population <sup>2</sup>	Birth rate <sup>3</sup>	Gross Mortality Rate <sup>3</sup>	Unemployment rate <sup>2</sup>	Average annual net income of households <sup>1,4</sup>	Average annual net income per habitant <sup>1,4</sup>
<b>Biggest cities</b>											
Barcelona	102.7	161182					8.7			36477.3	14946.
	6	2	12.36	21.14	82.55	17.45	2	9.54	18.03	9	29
Madrid	604.4	320724					9.6			38539.4	15256.
	7	7	13.62	19.7	85.61	14.39	2	8.34	18.16	1	89
<b>Northern</b>											
Bilbao	40.7	349356	12.21	22.73	91.88	8.12	7.7	8	10.08	39042.5	16291.
							8	10.08	19.52	8	05
San Sebastian	61.82	186500	12.77	21.73	92.93	7.07	7.6	6	9.91	39042.5	16291.
							6	9.91	12.55	8	05
Vitoria	277.0	241386	14.11	18.54	90.46	9.54	9.7	1	7.73	32848.0	16808.
	4						1	7.73	18.71	2	01
<b>Southern</b>											
Almeria	296.0						1.1			25867.6	
	7	192697	16.86	14.39	89.37	10.53	0	7.35	44.13	9	9489.7
Cadiz	12.28	122990	12.48	20.4	97.99	2.01	6.9	1	10.65	29346.1	11131.
							1	10.65	35.45	5	85
Cordoba	1202.						9.5			27242.3	9991.6
	98	328704	15.88	16.84	97.13	2.87	4	7.93	40.1	4	5
Granada	87.98	238818	13.7	19.32	93.06	6.94	8.9	7	9.06	28305.1	11524.
							7	9.06	39.61	9	14
Huelva	156.0	148101	16.25	15.74	94.59	5.41	9.8	8	8.00	25672.4	9652.0
	6						8	8.00	41.22	6	7
Jaen	424.0	116175	16.1	15.84	97.08	2.92	9.2	1	8.02	28837.0	10685.
	1						1	8.02	41.67	1	6
Málaga	395.4	568479	16.15	15.79	91.14	8.86	9.6	4	7.85	28922.4	9471.4
							4	7.85	32.29	3	8
Sevilla	141.4	700169	15.14	17.58	94.39	5.61	9.5	2	8.59	28851.7	10829.
	5						2	8.59	32.08	5	41

Source: National institute of statistics of Spain. General year of reference: 2013. 1 Year of reference: 2015 2 Percentage 3 Per thousand people 4 In Euros 5 In Km<sup>2</sup>

Figure 8.2: City distribution in Spain



### 8.3.2 Information sources

We obtained birth data from the official birth records of the respective cities. Postal addresses, ages and nationalities of the mothers were sourced from the National Institute of Statistics. We geo-coded the postal addresses to obtain the census tract. Data on the number of reproductive-aged women, which was defined as 15 to 49 years(38), were obtained from the city register of inhabitants. We used the socioeconomic index that was formulated and used by the MEDEA project(13). The deprivation index for each city was defined as that from 2001 Population and Housing Census.

### 8.3.3 Description of the variables

The fertility rate was calculated as the number of live births per 1,000 women of childbearing age (15 to 49 years) during each study period. We stratified all analyses by period, age, and nationality of the mother. Five age groups were analyzed: 15-19; 20-24; 25-34; 35-49; 15-49 years. For this study, all citizens with high-income nationality passport were treated as Spanish nationals. This because high-income nationality citizenships possess similar economic and political privileges that resemble those of Spaniards who are also on the list of high-income countries of the World Bank. All other countries of the world were then collapsed into the LIC category. High-income countries were those with a gross national income per capita of \$12,056 or more (see list of high income countries in the World Bank website) (37).

Based on previously described methods, we included the MEDEA deprivation index as a covariate, for which five socioeconomic indicators for each census tract were principal components of the index: (a) Manual workers: percentage of people aged 16 or over, employed, who are manual workers, in relation to the total employed population aged 16 or

over; (b) unemployment: percentage of people aged 16 years or over unemployed or actively seeking a job in relation to the total economically active population; (c) Temporary workers: Percentage of people aged 16 years or over, employed in temporary jobs, in relation to the total employed population aged 16 years or over; (d) Low educational level: percentage of people aged 16 years and over with less than 5 years of schooling or with 5 years of schooling or more who did not complete basic compulsory education, in relation to the total population aged 16 years and over; (e) Low educational level in young people (16–29 years). [20]. Higher index values corresponded to greater deprivation, and vice versa. The index was normalized to a mean of 0 and standard deviation of 1. The index accounted for over 75% of the variability of the indicators in all cities.

#### 8.3.4 Statistical analysis

The dependent variable was fertility rate, as fertility depends on population size. However, fertility variance is inversely proportion to the expected values. Thus, areas with low population tend to have larger estimated variability. We used the hierarchical Bayesian model proposed by Besag, York and Mollié (BYM) to smooth the rate (4). The model considers two types of random effects: spatial and heterogeneous random effects. The former concerns the spatial structure of the data, while the latter deals with non-structural (non-spatial) variability. We estimated the fertility rate for each period, age group and nationality. We used maps to represent the geographical distribution of the smoothed rates and deprivation. All maps were generated using the R statistical package (35). We considered deprived areas as those with the highest deprivation index levels (septiles with the worst deprivation levels) of the MEDEA index in each city.

We used a regression model to analyze the association between fertility and deprivation during the three periods. Deprivation, interactions between periods and their random effects



were also taken into account (see the model in the methodological annex). Regression models provided us with relative risks and their respective intervals. Changes in the deprivation and fertility associations were evaluated through the included interactions. Specifically, we have studied changes between the first and second periods, and the second and third periods. The p-value resulting from the BYM models was used as the measure of significance. All analyses used the Integrated Nested Laplace Approximations (INLA) method (INLA package) from the R (R.3.1.1) (31). Details of the method can be found in the supplementary methods.

## 8.4 Results

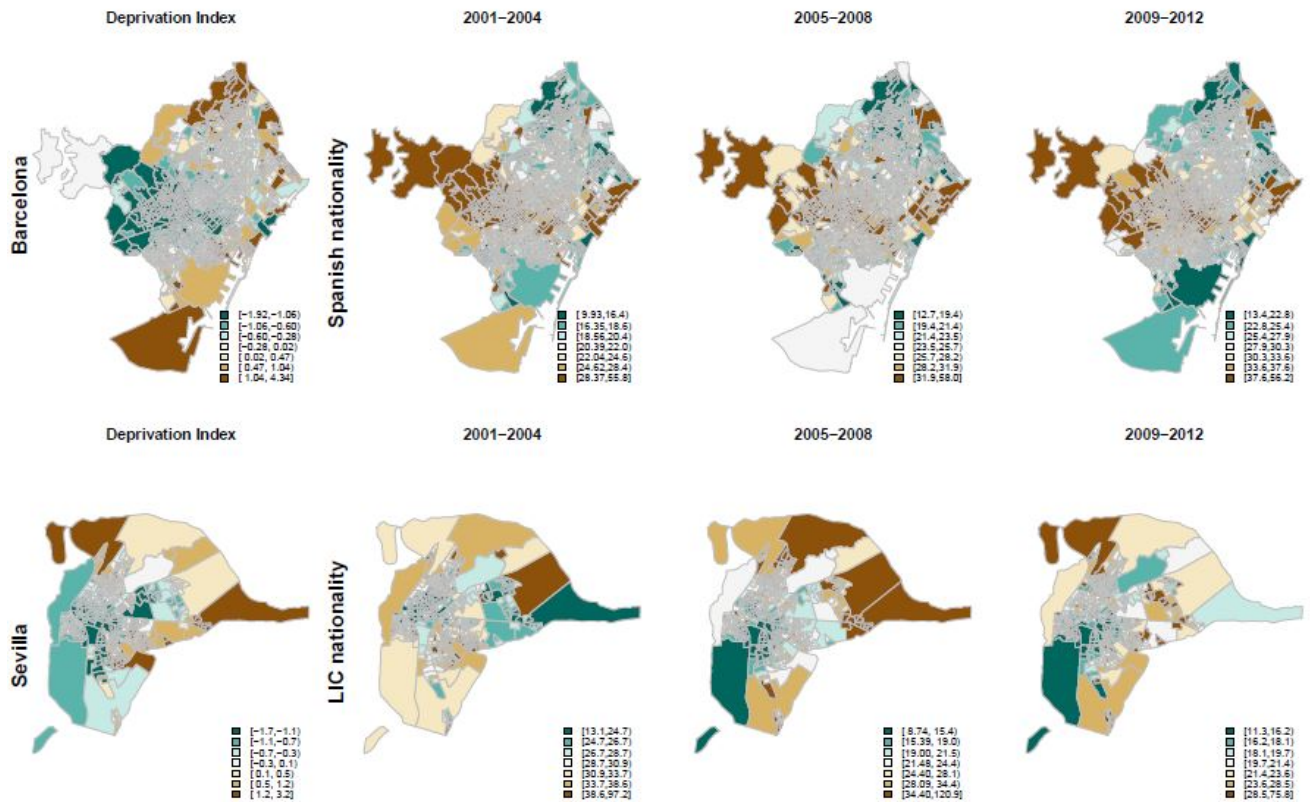
### 8.4.1 Fertility Rates

Raw fertility rates table (to see Table [click here](#)) shows fertility rates among Spanish and LIC women for each age group, time period, and city. Fertility rates among Spanish women in most cities declined between the second pre-crisis period to the crisis period, except in the 35-49 years group. Between the same periods, global (15-49) fertility rates in Vitoria and San Sebastián did not decline. While LIC women had the highest fertility rates, global (15-49) decreases were observed in Madrid and all cities in Andalusia from the second pre-crisis period to the crisis period. Meanwhile, from the second pre-crisis period to the crisis period rates remained stable in Barcelona and the Basque country.

### 8.4.2 Distribution of fertility rates and deprivation index across small-areas

Figure 8.3 shows the distribution of the deprivation index in small-areas, as well as fertility rates of 35- to 49-year-old Spanish women (e.g. Barcelona) and LIC women (e.g. Seville). Among Spanish women, there was a general pattern of lower fertility in deprived areas and

Figure 8.3: Figure Smoothed fertility rates in small-areas (35- to 49-year-olds) among women from Spain living in Barcelona and women from low income countries (LIC) living in Seville, 1999-2013.



Abbreviations and symbols in figure 1.\* According to nationality LIC: Women with a nationality from low-income countries.

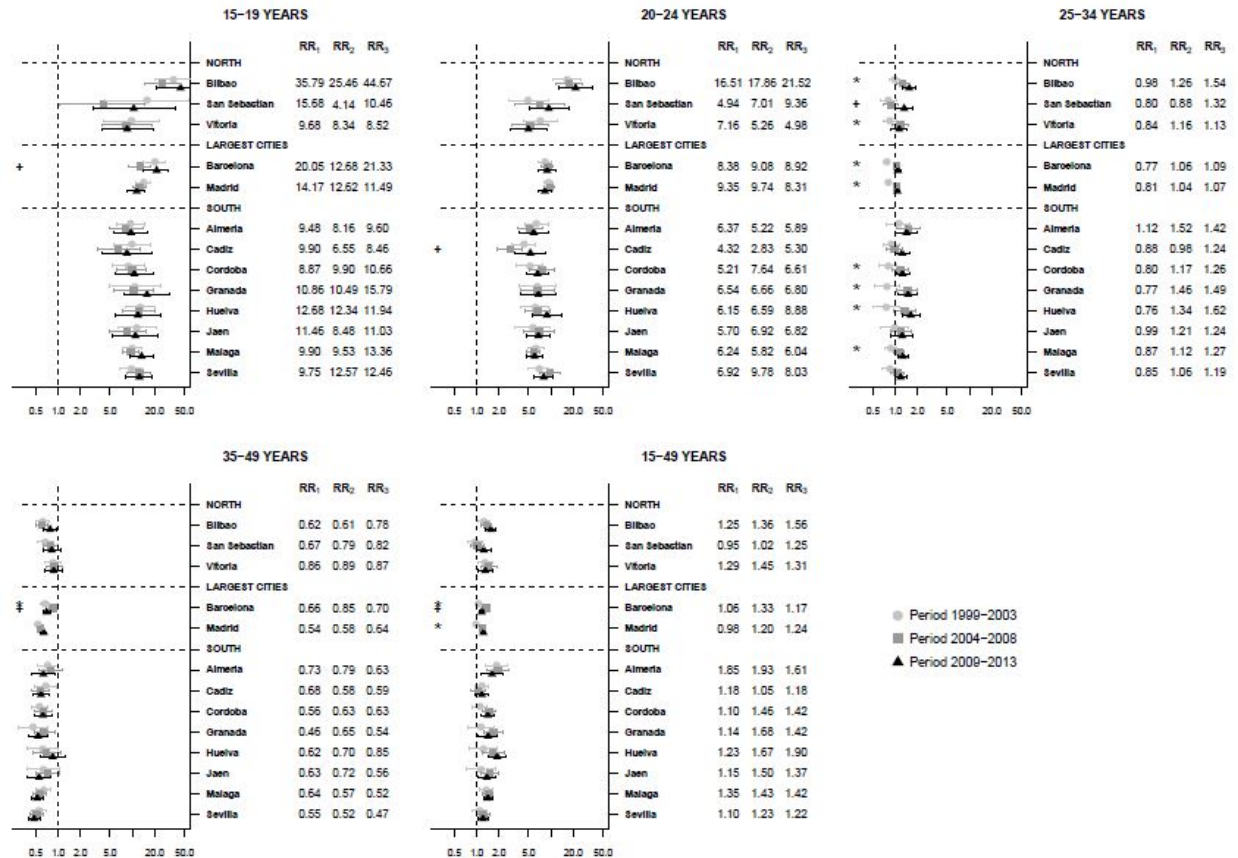
higher fertility in affluent areas, for example, it happened in Barcelona. In contrast, fertility rates among LIC women showed the inverse pattern: higher fertility in deprived areas and lower fertility in affluent areas, such as in Seville. These patterns did not change markedly during the crisis period. Stratified maps of other cities are shown in the supplementary results.

### 8.4.3 Differences in fertility between small-areas among Spanish women

Figure 8.4 shows the association between fertility rates and the deprivation index among Spanish women, stratified by age, city and time period. There was a general positive association between fertility rate and the deprivation index among younger individuals, i.e. higher fertility among more deprived groups. This association appeared stronger among adolescents during the crisis. This was especially apparent in Barcelona (relative risk for the second pre-crisis period (RR2) 12.68; relative risk for the crisis period (RR3) 21.33), and could indicate a rise in inequality in certain areas.

In global across cities, the crisis did not appear to modify the association among 20- to 24-year-olds, whereas among 25-to-34-year-olds. Therefore, the differences in fertility rates between deprived and affluent areas increased from the first to the second pre-crisis period. This positive association decreased or remained stable during the crisis. In contrast to the 15-19 years group, there was a negative association among 35-49-year-olds, i.e. fertility was higher in privileged areas and remained so throughout the crisis. The negative association remained stable during the crisis, except in Barcelona (RR2 0.85 to RR3 0.70) where it decreased further. There was no change in fertility inequalities across the three periods in the southern and northern regions. In Barcelona, however, the associations between fertility and deprivation became weaker during the crisis (from RR2 1.33 to RR3 1.17). In contrast, there was positive association in Madrid from the first to the pre-crisis periods (RR1 0.98 to RR2 1.20).

Figure 8.4: Figure 2. Association between fertility rate and the MEDEA deprivation index in Spanish women. Relative risk comparing 95th to 5th percentile of deprivation index for each age group, city and period, 1999-2013.



Abbreviations and symbols in figure. RR1= Relative risk of the first pre-crisis period (1999-2003) RR2= Relative risk of the first pre-crisis period (2004-2008) RR3= Relative risk of the first pre-crisis period (2009-2013) \* Statistically significant difference from RR1 to RR2 + Statistically significant difference from RR2 to RR3 † Statistically significant difference from RR1 to RR3

#### 8.4.4 Differences in fertility between small-areas among women from LIC

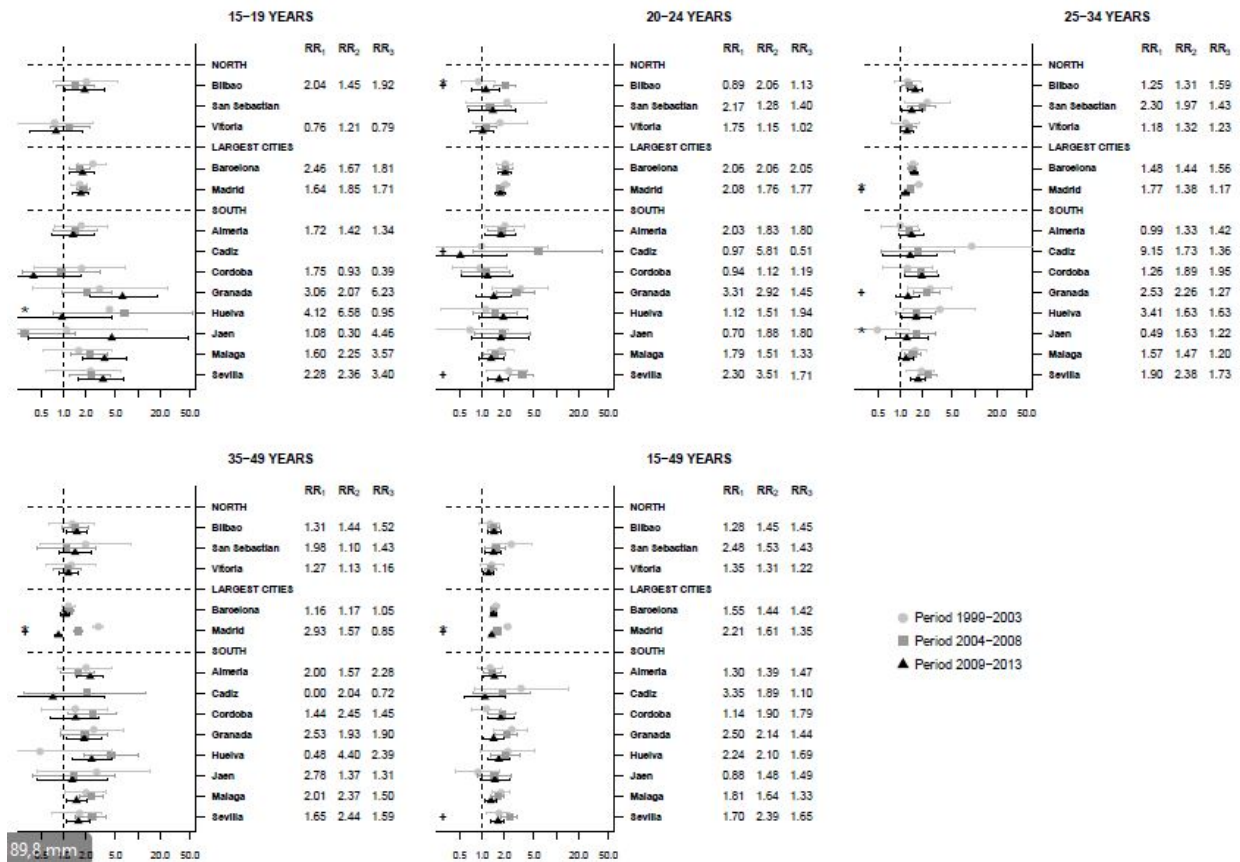
There was a positive association between fertility and deprivation for all LIC women (figure 8.5), among whom fertility increased in deprived areas across all age groups and most cities studied. However, this seemed to decrease during the crisis in almost all cities. Only Madrid and Seville showed significant changes from RR1 to RR2. LIC women aged 35-49 years showed a positive association between deprivation and fertility. However, Madrid was an exception where the association diminished from the first pre-crisis period to the crisis

---

period (RR2 2.93 to RR3 0.85).

The positive association between fertility rate and deprivation index among LIC women was generally consistent in different age groups and in most cities studied. Interestingly, the rate did not change markedly during the crisis. However, the association decreased in LIC women aged 20-24 years in Seville, Cadiz and Bilbao, 25-34 years in Granada, and 25-34 and 35-49 years in Madrid.

Figure 8.5: Figure 3. Association between fertility rate and the MEDEA deprivation index in women from low income countries (LIC). Relative risk comparing 95th to 5th percentile of deprivation index for each age group, city and period, 1999-2013. Abbreviations and symbols in figure 3.



LIC: Women with a nationality from low-income countries. RR1= Relative risk of the first pre-crisis period (1999-2003) RR2= Relative risk of the first pre-crisis period (2004-2008) RR3= Relative risk of the first pre-crisis period (2009-2013) \*Statistically significant difference from RR1 to RR2 + Statistically significant difference from RR2 to RR3

## 8.5 Discussion

This study explores socio-economic inequalities in the distribution of fertility in 13 cities in Spain, where fertility rate was general associated with deprivation. However, the distribution varied according to the age and nationality of mothers. Among Spanish adolescents in disadvantaged areas, fertility appeared to increase during the crisis period, and this was also the case for Spanish women older than 34 years from more affluent areas. LIC women were found to have a stable positive association across the three periods, in which the pattern of higher fertility in more deprived areas remained unchanged.

Previous studies have noted that fertility in Spain may have responded negatively to the economic downturn (27) (33). We observed a change in the distribution of fertility among 25- to 34-years-old Spanish women, the group with the highest fertility. Prior to 2003, the 25-34 years group had the highest fertility rate in affluent areas, after which a decline in fertility in this group during the crisis period. After 2004, the trend shifted and fertility increased in deprived areas. This is consistent with research showing that fertility rates decline with increased unemployment (1)(23)(25)(32)(16)(40) 119–124. As in other European countries with higher fertility rates, this reversal may be linked to reduced availability of assistance for mothers due to difficult socio-economic circumstances(10).

For instance, the distribution of fertility among Spanish adolescents in Barcelona became more unequal during the crisis. We observed variation in the distribution of fertility in small-areas, where Spanish adolescents from more affluent areas had lower fertility rates, while rates increased in more deprived areas. This may be associated with an increase in unintended pregnancies among adolescents in disadvantaged areas. This trend seemed to be present in other cities in this study. The variation also suggests that the decrease in fertility in this group could be greater in affluent areas. In the case of Barcelona, other proxy

indicators suggest the increase in the differences, such as decrease in the use of condoms by adolescents from disadvantaged social classes (2). Pregnancy in adolescents in deprived areas is a concern, as it is one of the main contributors to the circle of disease and poverty (39). Targeted health policies and campaigns could help to reduce adolescent pregnancies.

We found that Spanish women older than 35 years were less likely to have children if they lived in deprived areas, in spite of the economic crisis. Simultaneously, we observed a general trend of delayed childbearing in privileged areas among Spanish women, which is concordant with the overall increase in the average year at conception in Spain (10). This delay may also be mediated by other factors such as unemployment and poor reconciliation between work and maternity leave, which may have been exacerbated by weakened family policies (10) (30)(9). Last, empowerment of women and social changes could be an important influencing factor of delayed childbearing (36).

Immigrant women living in deprived areas were more likely to have children, which may be due to the higher density of immigrant populations in deprived areas. In the south (Andalusia), the region most affected by the recession and unemployment, fertility among immigrants decreased (34). Economic decline and unfavorable working conditions may have been associated with decreased fertility among LIC women. Working conditions in this population may be more difficult due to legal obstacles (such as difficulties in obtaining a work permit). This in turn may be linked to employment instability and diminished health rights. Following reforms of immigration laws in Spain, rights to free healthcare for irregular immigrants were stopped (18) (19). Therefore, it is possible that such policies may affect the reproductive rights of this population. These factors may create uncertainty, which may lead some women to make different pregnancy decisions.



The most susceptible population groups are immigrants without full Spanish citizenship rights. Therefore, in this study it was more meaningful to address nationality rather than country of origin. However, data on nationality were not available for all participants, the limitation being that people from LIC could also hold another nationality (26). We analyzed the available data on double nationality in mothers (these data were only available for Barcelona) and found that 21% of mothers from LIC reported that they also had Spanish nationality, representing 9% of all mothers with Spanish nationality. Ultimately, this is an important strength because it brings us closer to the most vulnerable population (those without all citizens' rights), since women who have already obtained Spanish nationality have probably lived in Spain for longer, with the additional rights that this brings. Another limitation was that we combined women who were not from low- and middle-income countries in one group, thereby combining several and different countries. Last, we determined unequal distribution using area and socioeconomic differences. While this carries important limitations, it was not possible to encompass all determinants of fertility in this current study.

## 8.6 Conclusions

This study observed a general decline in fertility among women in resource-deprived regions in Spain, which may be associated with the economic recession. Southern Spain, the region with the highest rates of unemployment, showed the greatest decrease in fertility after the crisis, especially among immigrant women from LIC. Restrictive immigration policies may have affected the fertility of LIC women. Inequality tended to increase over time and, similarly, the economic crisis appeared to affect socioeconomic inequalities in fertility among Spanish adolescents. Adolescents living in deprived areas had higher fertility rates, due in part perhaps to an increase unintended pregnancies. In contrast, adult Spanish women from all regions tended to delay childbearing. More accommodating pro-family policies and

increased employment will likely help generate improved working and living conditions, to give women in Spain more freedom in deciding when to have a child.

## 8.7 Declarations

### 8.7.1 Ethics approval and consent to participate

Not applicable. Consent for publication Not applicable. Availability of supporting data The data is available through request via email to the corresponding author.

### 8.7.2 Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

### 8.7.3 Funding

Institute of Health Carlos III (ISCIII) by the Strategic Action in Health 2013-2016 (PI13/02292) supported this study, and the program of social determinants of health of the CIBERESP.

### 8.7.4 Authors' contributions

B.B. Leon-Gómez analyzed the results and wrote the drafts. G. Pérez created the concept for the article, designed and revised it, and made contributions. M. Gotsens performed the statistical analysis, reviewed the article and made scientific contributions. The remaining authors provided scientific contributions.

### 8.7.5 Acknowledgements

This article will be included in the doctoral thesis of one of the authors (BBLG) carried out at Pompeu Fabra University. We thank Dr. Gavin Lucas and colleagues at ThePaperMill for critical reading and editing of this paper. ([www.thepapermill.eu](http://www.thepapermill.eu)).

## Bibliography

- [1] ADSERA, A. Changing fertility rates in developed countries. *Journal of Population Economics* 17 (2004), 1–27.
- [2] ALVAREZ-BRUNED, L., GARCIA-CONTINENTE, X., GOTSSENS, M., PÉREZ, A., AND PÉREZ, G. Trends in inequalities in the use of condom by urban teenagers in Spain. *Journal of Urban Health* 92, 6 (2015), 1065–1080.
- [3] BACIGALUPE, A., ESNAOLA, S., MARTÍN, U., AND BORRELL, C. Two decades of inequalities in smoking prevalence, initiation and cessation in a southern European region: 1986-2007. *European journal of public health* 23, 4 (aug 2013), 552–8.
- [4] BESAG, J., YORK, J., AND MOLLIE, A. Bayesian image restoration, with two applications in spatial statistics. *Annals of the Institute of Statistical Mathematics* 43, 1 (mar 1991), 1–20.
- [5] BORRELL, C., PONS-VIGUÉS, M., MORRISON, J., AND DÍEZ, E. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *Journal of Epidemiology and Community Health* 67, 5 (2013), 389–91.
- [6] COMMISSION TO REDUCE SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH IN SPAIN. [A proposal of policies and interventions to reduce social inequalities in health in Spain]. *Gac Sanit* 26, 2 (2012), 182–189.
- [7] CORTÈS-FRANCH, I., AND GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. [The economic-financial crisis and health in Spain. Evidence and viewpoints. SESPAS report 2014]. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S* 28 Suppl 1 (jun 2014), 1–6.
- [8] CUMMING, G., FIDLER, F., AND VAUX, D. L. Error bars in experimental biology. *The Journal of cell biology* 177, 1 (2007), 7–11.

- [9] CURRIE, J., AND SCHWANDT, H. Short- and long-term effects of unemployment on fertility. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 111, 41 (2014), 14734–9.
- [10] DEVOLDER, D. Factores de la baja fecundidad en España [Factors of low fertility in Spain]. In *España 2015: Situación social*, Cristobal Torres Alberto, Ed., 1 ed. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, España, 2015, ch. 3, p. 460.
- [11] DEVOLDER, D., AND CABRÉ, A. Factores de la evolución de la fecundidad en España en los últimos 30 años [Factors of the evolution of fertility in Spain in the last 30 years]. Tech. rep., 2009.
- [12] DIEZ ROUX, A. V. Investigating neighborhood and area effects on health. *American Journal of Public Health* 91, 11 (2001), 1783–1789.
- [13] DOMÍNGUEZ-BERJÓN, M. F., BORRELL, C., CANO-SERRAL, G., ESNAOLA, S., NOLASCO, A., PASARÍN, M. I., RAMIS, R., SAURINA, C., AND ESCOLAR-PUJOLAR, A. [Constructing a deprivation index based on census data in large Spanish cities(the MEDEA project)]. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S* 22, 3 (2008), 179–87.
- [14] ELLIOTT, P., AND WARTENBERG, D. Spatial epidemiology: Current approaches and future challenges. *Environmental Health Perspectives* 112, 9 (2004), 998–1006.
- [15] ENGLAND, K., AND AZZOPARDI-MUSCAT, N. Demographic trends and public health in Europe. *European Journal of Public Health* 27, suppl\_4 (oct 2017), 9–13.
- [16] GALBRAITH, V. L., AND THOMAS, D. S. Birth rates and the interwar business cycles. *Journal of the American Statistical Association* 36, 216 (dec 1941), 465–476.
- [17] GHAZI M., F., AND DEGRAFF, D. S. *Fertility and development: An introduction to theory, empirical research and policy issues*. Ginebra, 1989.

- [18] GOBIERNO ESPAÑOL. Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, 2011.
- [19] GOBIERNO ESPAÑOL. 5403 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, 2012.
- [20] KARANIKOLOS, M., MLADOVSKY, P., CYLUS, J., THOMSON, S., BASU, S., STUCKLER, D., MACKENBACH, J. P., AND MCKEE, M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet* 381, 9874 (2013), 1323–1331.
- [21] KJELLSTROM, T., MERCADO, S., SATTHERTHWAITE, D., MCGRANAHAN, G., FRIEL, S., AND HAVEMANN, K. Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity in urban settings. Tech. rep., 2007.
- [22] LARRAÑAGA, I., MARTÍN, U., AND BACIGALUPE, A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014 [Sexual and reproductive health, and economic crisis in Spain. SESPAS Report 2014 ]. *Gaceta Sanitaria* 28, S1 (2014), 109–115.
- [23] LEE, J. T., GLANTZ, S. A., AND MILLETT, C. Effect of smoke-free legislation on adult smoking behaviour in England in the 18 months following implementation. *PloS one* 6, 6 (jan 2011), e20933.
- [24] LEÓN, M., AND PAVOLINI, E. ‘Social Investment’ or back to ‘Familism’: The impact of the economic crisis on family and care policies in Italy and Spain. *South European Society and Politics* 19, 3 (jul 2014), 353–369.

- [25] MACUNOVICH, D. J. Relative income and price of time: Exploring their effects on US fertility and female labor force participation. *Population and Development Review* 22, May (1996), 223–257.
- [26] MINISTERIO DE JUSTICIA GOBIERNO DE ESPAÑA. Tener la doble nacionalidad [To have dual citizenship], 2017.
- [27] NEELS, K. Temporal variation in unemployment rates and their association with tempo and quantum of fertility: some evidence for Belgium, France and the Netherlands. In *Population Association of America Annual Meeting, Dallas, Texas* (jan 2010), p. 38.
- [28] PÉREZ, G., GOTSSENS, M., PALÈNCIA, L., OLMO, M. M.-D., GANDARILLAS, A., MARTÍN, U., BACIGALUPE, A., DÍEZ, E., RUIZ, M., AND ESNAOLA, S. [Protocol of the study on the effect of the economic crisis on mortality, reproductive health and inequalities in health in Spain]. *Gaceta Sanitaria* 30, xx (2016), 472–476.
- [29] PUIG, V., DOMÍNGUEZ-BERJÓN, M. F., UNAÍ, M., LUQUE, M. A., RODRIGUEZ-SANZ, M., PEREZ, G., AND IMCRISIS PROJECT WORKING-GROUP. Fertility changes in a context of economic crisis in Spain. *Submitted to: Population Health Metrics* (2017), 8.
- [30] PUIG-BARRACHINA, V., RUIZ, M. E., GARCÍA-CALVENTE, M. D. M., MALMUSI, D., SÁNCHEZ, E., CAMPRUBÍ, L., MUNTANER, C., CORTÈS-FRANCH, I., ARTAZCOZ, L., AND BORRELL, C. How to Resist Austerity: the Case of the Gender Budgeting Strategy in Andalusia. *Gender, Work & Organization* 24, 1 (2016).
- [31] RUE, H., MARTINO, S., AND CHOPIN, N. Approximate Bayesian inference for latent Gaussian models by using integrated nested Laplace approximations. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Statistical Methodology)* 71, 2 (2009), 319–392.

- 
- [32] SILVER, M. Births, marriages, and business cycles in the United States. *Journal of Political Economy* 73, 3 (1965), 237–255.
- [33] SOBOTKA, T., SKIRBEKK, V., AND PHILIPOV, D. Economic recession and fertility in the developed world: A literature review. *Population and Development Review* 7 (2010), 36.
- [34] SPANISH STATISTICAL OFFICE. Instituto Nacional de Estadística., 2017.
- [35] THE R FOUNDATION. R, 2016.
- [36] UPADHYAY, U. D., GIPSON, J. D., WITHERS, M., LEWIS, S., CIARALDI, E. J., FRASER, A., HUCHKO, M. J., AND PRATA, N. Women’s empowerment and fertility: A review of the literature. *Social Science & Medicine* 115 (aug 2014), 111–120.
- [37] WORLD BANK. World Bank Country Data, 2016.
- [38] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Tech. rep., 2006.
- [39] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent pregnancy: Fact sheet, 2016.
- [40] YULE, G. U. On the changes in the marriage- and birth-rates in England and Wales during the past half century; with an inquiry as to their probable causes. *Journal of the Royal Statistical Society* 69, 1 (mar 1906), 88.

## 8.8 Annex

### 8.8.1 Statistical annex

Statistical analysis We analyzed fertility rate as the dependent variable. Fertility rate relies on population size. This because its variance is inversely proportional to the expected values. Then, those areas with low population tend to have larger estimated variability. To smooth the fertility rate, we used the hierarchical Bayesian model[1]. Those models assesses two types of random effects: spatial and heterogeneous. The former accounts for the spatial structure of the data. The latter deals with non-structural (non-spatial) variability. We used smoothed models to estimate the fertility rate for each period, mothers' age group and nationality.

$$O_i \sim \text{Poisson}(\text{Pob}_{it} \cdot \varnothing_{it})$$

$$\text{Log}(\varnothing_{it}) = \alpha + S_i + H_i$$

We used maps to represent the geographical distribution of the smoothed fertility rate and the deprivation. All maps were generated using the R statistical package[2]. We analyzed the relationship between fertility rate and deprivation in the three periods. Then, we fitted an ecological regression model that accounts for the deprivation (D), the period (using two dummy variables, P2 and P3), and the interaction between deprivation and the dummy variables, as follows:

$$O_i \sim \text{Poisson}(\text{Pob}_{it} \varnothing_{it})$$

$$\text{Log}(\varnothing_{it}) = \alpha + \beta_{1D_1} + \beta_{2P_2t} + \beta_{3P_3t} + \beta_{4P_2tD_i} + \beta_{5P_3tD_i} + S_{it} + H_{it}$$

In that equation, for each area (i) and period (t) (t = 1 for the first pre-crisis period 1999-2003; t = 2 for the second pre-crisis period 2004-2008 and t = 3 for the crisis period 2009-2013):

Oit represents observed cases; Pobit represents the female population in reproductive age;



$\Theta_{it}$  represents the relative risk with respect to the city;  $S_{it}$  represents the spatial effect, and  $H_{it}$  represents the heterogeneous effect. Lastly,  $P_{2t}$  and  $P_{3t}$  are dummy variables taking values:

$P_{2t} = 1$  for  $t = 2$ , and  $t = 0$  otherwise; and  $P_{3t} = 1$  for  $t = 3$ , and  $t = 0$  otherwise.

In both models, the spatial effect had an intrinsic conditional autoregressive prior distribution (ICAR) [1], which assumes that the expected value of each area coincides with the mean of the spatial effect of the adjacent areas and has variance of  $\sigma^2$ . The heterogeneous effect was represented by independent normal distributions with mean 0 and variance  $\sigma^2$ . The standard deviations  $\sigma_1$  and  $\sigma_2$  were assigned a truncated-normal distribution with mean 0 and precision 0.0001. The parameters  $\alpha$  and  $\beta_1$  to  $\beta_5$  were assigned a vague prior distribution. As the deprivation index scale is non-dimensional and arbitrarily fixed for each period and city, we calculated the increase in risk that corresponds to a change in the deprivation index from its 5th percentile value ( $P_5$ ) (low deprivation) to its 95th percentile value ( $P_{95}$ ) (severe deprivation). This increase was calculated using the formula:

$$RR1 = \exp(\beta(P_{95} - P_5)) \text{ for the first period,}$$

$$RR2 = \exp(\beta_1 + \beta_4)(P_{95} - P_5) \text{ for the second period, and}$$

$$RR3 = \exp(\beta_1 + \beta_5)(P_{95} - P_5) \text{ for the third period}$$

Finally, to address the ratio of RRs between the second period (pre-crisis) and the crisis period we used the equation:  $RR_{23} = \exp(\beta_4)(P_{95} - P_5)$ . To analyze the previous trend in inequalities (before the crisis period) we computed:  $RR_{12} = \exp(\beta_4)(P_{95} - P_5)$

Relative risk (RR) estimates were based on the mean of their posterior distribution, and the corresponding 95% credible intervals (95% CI). These distributions were obtained using the “Integrated nested Laplace approximations” (INLA) method from the R statistical package (R.3.1.1)[3].





## 9. *Modelo de estudio III*

### 9.1 Ethnicity, deprivation and maternal mortality relations in Mexico

 **BMC** Part of Springer Nature

# International Journal for Equity in Health

International Journal for Equity in Health  
Ethnicity, deprivation and maternal mortality relations in Mexico  
--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	IJEH-D-20-00046R1
Full Title:	Ethnicity, deprivation and maternal mortality relations in Mexico

**UNDER REVIEW**

2

## 9.2 The known

Ethnic women's health is improving in Mexico, however inequalities persist.

## 9.3 The new

This study shows why there is a higher risk of maternal mortality among women from indigenous communities than among women from impoverished communities in Mexico. It also analyzes how the historical power relations of the Mexican state with these communities can be related to this risk distribution.

## 9.4 The implications

Analysis of risk distribution patterns and their oppression implications are essential to focus resources on improving the health of deprived or ethnic municipalities and communities. Those could be key in future governmental targeted interventions or in empower communities to generate change. A change of focus in the analysis of inequalities could be important in finding ways and resources to overcome historical social debts.

## 9.5 Background

In the world more than 70% of maternal deaths are currently due to hemorrhage, infection, unsafe abortion, hypertensive disorders of pregnancy, and obstructed labor(19) (4). However, the underlying causes of these deaths are structural and consist of intermediary determinants of health such as poverty or unequal access to resources (52) (35). Maternal deaths are actually avoidable deaths (preventable and treatable) which are indicators that could provide a general "starting point" to assess the effectiveness of public health and health care systems in reducing premature deaths. In this regard, maternal mortality statistics at the population level are the result of the distribution of health determinants, including socioeconomic,

cultural, legal, political and power distribution (12). For this reason, maternal mortality is one of the most important indicators of inequalities in health (19) and is an especially important indicator in a context of social violence against women (49).

Intersectionality theory argues that “inequalities are never the result of single, distinct factors. Rather, they are the outcome of the intersection of different social locations, power relations and experiences” (22). Approaching maternal mortality as the result of power relations shows that some essential social factors are associated with mortality. Two key social factors are acting as determinants of maternal death in Mexico ethnic discrimination and material deprivation. Some reports highlight the importance of ethnicity (36) (16) and deprivation (38) as determinants of inequalities in maternal mortality in Mexico. Therefore, more information is needed to analyze the information at the municipal level. At the municipal level, it is important to understand the reasons for differences in maternal mortality. Ethnicity is a salient factor in Mexico, where there is a convergence of multiple ethnic groups. In 2015, 21.5% of the population (of the total 121.0 million of Mexicans) considered themselves indigenous, given their culture, history and traditions (11).

Little is known about geographical health inequalities among indigenous people in Mexico. A higher ratio of maternal mortality has been reported in some indigenous populations in southern Mexico than at the national level [9], but there is little research on the effects of ethnic composition in Mexico and levels of maternal mortality in the indigenous population. Deprivation refers to a lack of access to resources, whether material (e.g., housing, employment, education, food) or social (employment rights, family activities, community integration, formal participation in social institutions, leisure, and education) (27). The effects of deprivation on maternal health have been widely studied. For example, neighborhood-level deprivation has been linked with maternal psychological distress during pregnancy—an

important factor associated with poor pregnancy outcomes (41) (14) (53). Some studies have found important ecological associations between area deprivation and maternal mortality [13]. Deprivation is a very important determinant in Mexico where 55.6 million people (43.6% of the national population) were living in poverty in 2016 (51). However, little is known about the links between deprivation and maternal mortality in Mexico at the municipal level.

The Mexican maternal mortality ratio (MMR) is similar to the average for Latin America and has decreased in the last 30 years. However, this reduction does not reflect the reality of its 32 states (first-level administrative country subdivisions) or its municipalities (second-level administrative country subdivisions) (20). The regional distribution of the MMR in Mexico is unequal and is higher in the states of southeastern Mexico, which have higher levels of deprivation and a larger indigenous population. For example, In Tamaulipas, one of the richest states in Mexico, there were 17.5 deaths per 100,000 live births in 2011, while in Oaxaca [a state with a high density of the indigenous population (11) and deprivation (10) there were 61.3 deaths per 100,000 live births (23). These figures reveal a background of large inequalities in health. The magnitude of health inequalities has been described as a strong indicator of a good society (32), and therefore closing the gap between and within administrative levels should be a priority.

Concerns about geographical health inequalities indicate the need for analysis of health indicators in small areas to aid the identification of municipalities where coverage of key interventions lags behind neighboring areas (7) (15). These areas can be identified by geospatial analysis, aiding precise allocation of resources and interventions where they are most needed and ultimately leading to effective health programming (5) (40). In this regard, deprivation in geographical areas and its relationships with maternal deaths is also

useful. Also, it is important to understand the maternal health implications of ethnicity and deprivation at the municipal level in Mexico. Analysis of these factors at the municipal level could be helpful to tackle maternal health inequalities. The objective of this study was therefore to analyze geographical, ethnic and socioeconomic inequalities in maternal mortality in the municipalities of Mexico.

## 9.6 Materials and methods

### 9.6.1 Design, unit of analysis and information sources

This ecological study used the maternal mortality data from the 2456 municipalities of Mexico (second administrative level). Data on maternal deaths were available in the Mexican national institute of geography and statistics (INEGI)(23). The corrected maternal deaths registry was available from 2002—the first year of the implementation of the “Reproductive Age Mortality Studies” (RAMOS) method for Mexico (13), which corrects under-registration of maternal mortality across Mexico. This database provided information on maternal deaths in municipalities from 2002 to 2016. Births in each coded municipality from 2002 to 2016 were obtained also from the INEGI (23). For ethnicity, we used the municipality classification of ethnicity from 2010 of the INEGI (23). For deprivation, we used a municipality deprivation index from 2010 maintained by the National Council for the Evaluation of Social Development Policy (CONEVAL) (10).

### 9.6.2 Description of the variables

#### **Maternal Mortality Ratio**

Maternal deaths were studied using the MMR (46). The INEGI defines maternal deaths as all deaths in women while pregnant or within 42 days of the end of pregnancy, irrespective of the length or site of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy



or its management, but not from accidental or incidental causes (23). The place of death was used instead of the place of residence due to the high percentages of missing information on the place of residence in some municipalities. For this study, we did not include maternal deaths in foreign women. Births associated with the place of residence were included. We did not include births not associated with a Mexican municipality. The crude maternal mortality ratio (MMRc) was the number of RAMOS-corrected maternal deaths in each municipality among live births (2002-2016). As denominator we employed the number of live births by municipality (10).

### **Ethnicity**

The percentage of the indigenous population with respect to the total population of each of the municipalities was calculated from the indigenous population estimated by the INEGI in the 2010 census. The total population was also reported by the total population of the 2010 census by municipality. The INEGI calculates the indigenous population as the population in households where the head, spouse, or ancestor speaks a vernacular language (25). We classified ethnicity in four quartiles according to the percentage of the indigenous population in each municipality. Quartile one (Q1) was the quartile of municipalities with the lowest percentage of indigenous population, and quartile four (Q4) was the quartile with the highest percentage of indigenous population (treated as indigenous municipalities).

### **Deprivation**

The CONEVAL deprivation index was constructed using principal components analysis of four social shortcomings of the CONEVAL poverty measurement(10). In this index, higher index values correspond to greater deprivation and vice versa. For the construction of the indicators, CONEVAL used data from 2010 census. The index contained indicators from four dimensions. The first dimension consisted of educational lag indicators: the population aged 15 years and older who were illiterate, that aged 6 to 14 years not attending

school, and that aged 15 and older with incomplete basic education. The second dimension consisted of the percentage of the population with access to health services indicator: the population without the right to health services. The third dimension was composed of living spaces-basic services in dwelling indicators: private homes with dirt floors, private dwellings with no toilet, private dwellings without piped water from the public network, private dwellings with no drainage, and private dwellings without electricity. Last, the fourth dimension consisted of assets in home indicators: the percentage of private dwellings without a washing machine, and the percentage of private dwellings with no refrigerator. In this study, the first quartile (Q1) of distribution indicates the least deprived municipalities, and the fourth quartile (Q4) indicates the most deprived municipalities (treated as deprived municipalities).

### 9.6.3 Statistical Analysis

We calculated the MMRC by municipal ethnicity and deprivation quartiles. Then, we estimated smoothed MMR (MMRs) by employing Bayesian hierarchical models, as the ones proposed by Besag, York and Mollié, which consider both spatial and heterogeneous effects (3) Khana2018. Smoothed MMRs and the municipal distribution of the posterior probability of exceeding the national MMRs levels across all Mexican municipalities were represented through quintile-based maps. In addition, boxplots of smoothed MMRs were plotted according to quintiles of ethnicity and deprivation. Afterwards, ethnicity and deprivation were introduced to the regression model (as quartiles), first separately (model 1; model 2) and then jointly (model 3). This provided a model with ethnicity (model 1), a model with deprivation (model 2), and a model with ethnicity and deprivation (model 3). Each of the models allowed us to estimate relative risks (RR), based on their posterior means, with their 95% credible intervals. In all the models, an intrinsic conditional autoregressive prior distribution (ICAR) was assigned to the spatial effect which assumes that the expected

value of each area coincides with the mean of the spatial effect of the adjacent areas and has variance of  $\sigma^2s$ , while the heterogeneous effect was represented using independent normal distributions with mean 0 and variance  $2h$ . A half-normal distribution with mean 0 and precision 0.0001 was assigned to the standard deviations  $s$  and  $h$  (18) (44). A normal vague prior distribution was assigned to the all other parameters. That was performed using the “Integrated Nested Laplace Approximation” approach via the INLA package (45) in R (44). Finally, we also added the interaction between ethnicity quartiles (principal independent variable) and deprivation quartiles to the model.

## 9.7 Results

Figure 9.1 shows the raw data distribution (mean, SD, minimums and maximum) of the total maternal deaths and births in the 2456 municipalities from 2002 to 2016 included in the study. The geographical distribution of MMRs across Mexican municipalities is shown in Figure 9.2. Then, we identified two areas with higher MMRs. The first area was located in the central region of Oaxaca State (south Mexico). The second area was located in the central Mexico (see figure 9.2). Analysis of the probability of MMRs in the municipalities being higher than the global MMRs for Mexico (Map two, Figure 9.3) showed there were key municipalities (in red) exceeding the national MMRs levels (National MMRs 27.01).

Figure 9.4 shows gradients in which as the percentage of population from minority ethnic groups and deprivation increase, MMRs increase too. A list of the P1 and P99 according to the MMRs distribution in the Mexican municipalities is shown in figure 9.5, showing that some of the municipalities had low MMRs across Mexico. Therefore, some municipalities had higher MMRs than 99% of the municipalities in Mexico. Extreme values were found in the municipality of Matamoros with the lowest MMRs [MMRs 4.63(1.11-11.4)], and Tzompantepec, with highest value [MMRs 621.5(428.1-851.86)]. This represents

Figure 9.1: Table. Descriptive of deaths and births across ethnicity and deprivation quartiles across Mexican municipalities, from 2002-2016.

Ethnicity	Deaths across Municipalities				Births across Municipalities				Municipal population			
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
Q1 (least ethnicity)	3	15	0	247	11246	30670	9	483169	32502	92962	93	1436480
Q2	11	38	0	507	25661	59149	19	631656	80669	187479	131	1559683
Q3	10	40	0	499	19029	47102	32	528324	56298	154492	253	1815786
Q4 (more ethnicity)	3	8	0	123	6346	10755	47	121680	13491	20577	294	198877
<b>Deprivation</b>												
Q1 (least deprivation)	18	54	0	507	37296	76344	110	631656	121972	243773	396	1815786
Q2	3	12	0	195	10952	17854	9	269765	30328	49330	93	789971
Q3	2	6	0	123	7678	9552	19	71471	18257	22806	131	185917
Q4 (most deprivation)	3	6	0	80	6356	10552	31	121680	12401	18006	219	198877

Note: Deaths – Total maternal deaths across all Mexican municipalities from 2002 to 2016. Births – Total births across all Mexican municipalities from 2002 to 2016. Q – Quartiles (1, 2, 3, 4). SD – Standard deviation. \*Municipal population 2010

Figure 9.2: Distribution of smoothed maternal mortality ratio across municipalities in Mexico, 2002-2016

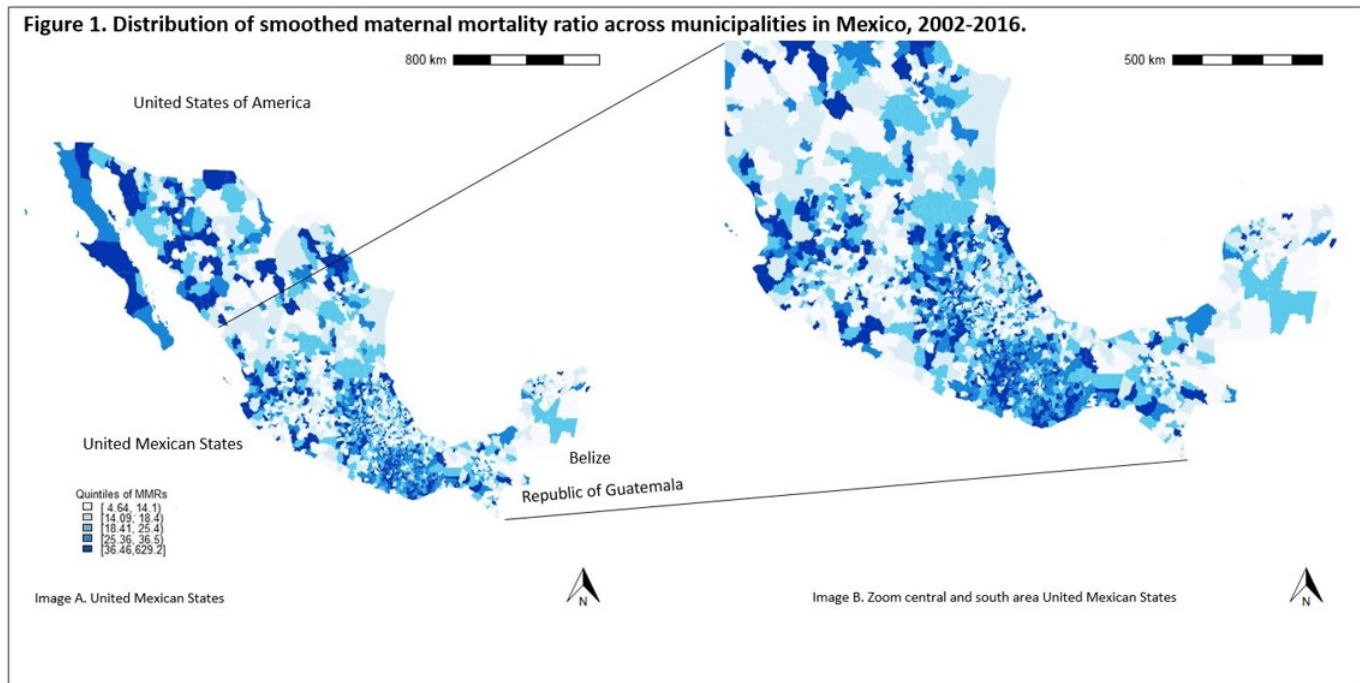
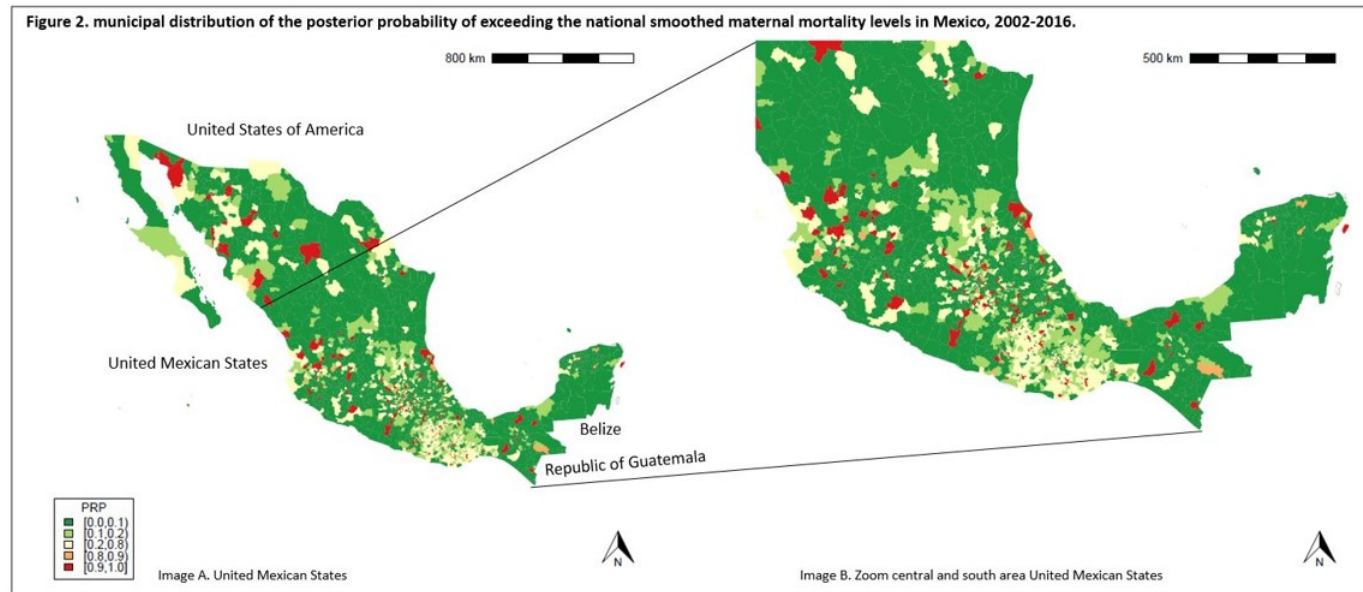


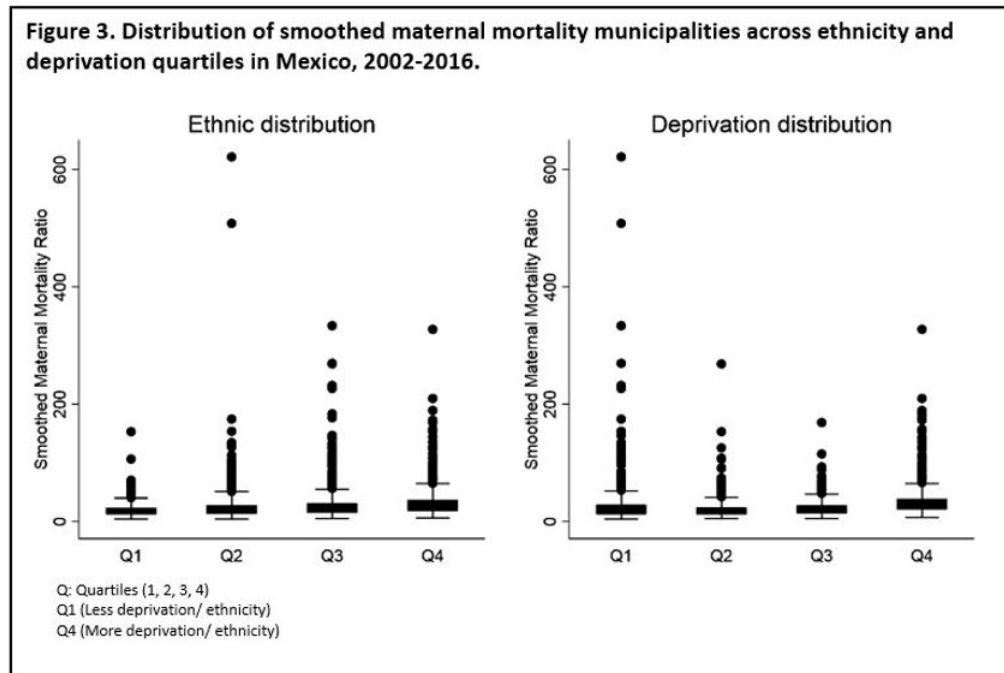
Figure 9.3: Municipal distribution of the posterior probability of exceeding the national smoothed maternal mortality levels in Mexico, 2002-2016



a difference in MMRs of 616,87 more deaths per 100 000 births in Tzompantepec than in Matamoros (See supplementary table in figure 9.5).

Table in figure 9.6 shows the RR of MMRs associated with the indigenous population and deprivation in the municipalities (Model 1 to Model 3). Model 1 reveals that the larger the indigenous population in the municipalities the greater the risk of maternal mortality [from Q2 1.57(1.33-1.84); Q3 1.83(1.55-2.16); to Q4 2.82(2.36-3.35)]. All the associations of ethnicity with MMRs were significant. Model 2 shows that 25% of the most deprived municipalities (Q4) had the highest risk of maternal death compared with least deprived municipalities [Q4 1.77(1.52-2.05)]. The association of MMRs with the most deprived quartile was significant. The risk of maternal death was lower in the intermediate quartiles of deprivation (Q2 and Q3) than in the least deprived quartile (Q1). These associations (MMRs and Q2 and Q3 of deprivation) were significant too. None of the associations between maternal mortality and ethnicity and deprivation changed significantly in model 3 (association of MMRs and ethnicity and deprivation model). In

Figure 9.4: Distribution of smoothed maternal mortality ratio across ethnicity and deprivation quartiles in Mexico, 2002-2016



general, associations between MMR with ethnicity slightly decreased but the association of MMRs with deprivation decreased more than the association with ethnicity. Thus, the most deprived quartile (Q4) was adjusted from RR 1.77(1.52-2.05) to 1.34(1.010-1.62), and the quartile with the largest indigenous population (Q4) was adjusted from RR 2.82(2.36-3.35) to 2.13(1.73-2.60).

## 9.8 Discussion

In this study, we found substantial inequalities in the distribution of maternal mortality across Mexican municipalities. Some municipalities had a higher risk for maternal death than the national level. In addition, we found areas of increased risk for maternal death. The MMR was associated with Indigenous concentration and deprivation in municipalities. Moreover, the highest risk of maternal mortality was found in municipalities with a large

Figure 9.5: Municipalities with the 1st and 99th percentile of smoothed maternal mortality ratio in Mexico 2002-2016.

Lower MMRs municipalities (P <sub>1</sub> )			Higher MMRs municipalities (P <sub>99</sub> )		
Mexican states	Municipalities	MMRs	Mexican states	Municipalities	MMRs
Coahuila de Zaragoza	Matamoros	4.63	Tabasco	Centro	132.8
Sinaloa	Navolato	4.65	Zacatecas	Guadalupe	134.5
Morelos	Jiutepec	4.68	Nayarit	Del Nayar	135.3
Mexico	Tultepec	5.03	Oaxaca	San Jerónimo Coatlán	141.5
Tabasco	Jalpa de Méndez	5.03	Oaxaca	San José Tenango	144.2
Aguascalientes	Jesús María	5.16	México	Toluca	146.8
Colima	Villa de Álvarez	5.16	Michoacán de Ocampo	Charo	153.2
Guerrero	Técpan de Galeana	5.24	Oaxaca	San Juan Juquila Vijanos	153.8
Michoacán de Ocampo	Jacona	5.34	México	Cuautitlán	153.8
Michoacán de Ocampo	Buenavista	5.39	Oaxaca	San Agustín Loxicha	157.5
Tlaxcala	San Pablo del Monte	5.41	Chiapas	San Cristóbal de las Casas	168.7
Jalisco	Tonalá	5.42	Guerrero	Tlapa de Comonfort	172.9
Zacatecas	Loreto	5.44	Distrito Federal	Azcapotzalco	174.6
Coahuila de Zaragoza	Frontera	5.67	Oaxaca	San Mateo Piñas	176.8
Querétaro	Pedro Escobedo	5.76	Oaxaca	Santa María Ozolotepec	183.5
Puebla	Amozoc	5.81	Oaxaca	Santiago Amoltepec	189.4
Querétaro	Colón	5.84	Oaxaca	San Francisco Ozolotepec	209.8
Querétaro	El Marqués	5.85	Hidalgo	Pachuca de Soto	226.7
Zacatecas	Calera	5.86	Veracruz de Ignacio de la Llave	Poza Rica de Hidalgo	231.8
Michoacán de Ocampo	Salvador Escalante	5.88	Oaxaca	San Pablo Huixtepec	268.6
Nuevo León	San Pedro Garza García	6.09	Oaxaca	San Bartolo Coyotepec	269.6
Querétaro	Corregidora	6.18	Oaxaca	San Pedro Teutila	327.5
Puebla	Venustiano Carranza	6.34	Tlaxcala	Tlaxcala	333.7
Puebla	Palmar de Bravo	6.39	Veracruz de Ignacio de la Llave	Río Blanco	508.1
			Tlaxcala	Tzompantepec	621.5

Note: P1 – Percentile 1% of MMRs. P99 – Percentile 99% of MMRs. MMRs – Spatial smoothed maternal mortality ratio

Figure 9.6: Table 2. Association between smoothed maternal mortality ethnicity and deprivation quartiles across municipalities in Mexico, 2002-2016.

	Model 1			Model 2			Model 3		
	RR <sub>2</sub>	CI inf <sub>2</sub>	CI sup <sub>2</sub>	RR <sub>3</sub>	CI inf <sub>3</sub>	CI sup <sub>3</sub>	RR <sub>4</sub>	CI inf <sub>4</sub>	CI sup <sub>4</sub>
<b>Ethnicity</b>									
Q1 (lowest ethnicity)	1	1	1	--	--	--	1	1	1
Q2	1.57	1.33	1.84	--	--	--	1.56	1.32	1.83
Q3	1.83	1.55	2.16	--	--	--	1.84	1.55	2.16
Q4 (highest ethnicity)	2.82	2.36	3.35	--	--	--	2.13	1.73	2.60
<b>Deprivation</b>									
Q1 (least deprivation)	--	--	--	1	1	1	1	1	1
Q2	--	--	--	0.69	0.59	0.80	0.68	0.58	0.79
Q3	--	--	--	0.81	0.70	0.95	0.73	0.62	0.85
Q4 (most deprivation)	--	--	--	1.77	1.52	2.05	1.34	1.10	1.62

Note: Model 1 - Relative risks and credible intervals of the association of MMRs and ethnicity. Model 2 - Relative risks and credible intervals of the association of MMRs and deprivation. Model 3 - Relative risks and credible intervals of the association of MMRs and ethnicity and deprivation. Q – Quartiles (1, 2, 3, 4). RR – Relative risk. CI inf – Inferior credible interval. CI sup - Superior credible interval

ethnic population.

In general, this study shows that, the National MMR of Mexico is similar to other Latin American regions such as Brazil and Argentina, There were wider differences than previously suspected when an analysis was carried out by states (46). In this study, maternal mortality in some municipalities was similar to the average in Europe, while in others, it was similar to those in sub-Saharan Africa (48). This information helps to complement knowledge on the quantitative distribution of MMRs in Mexico and also confirms the existence of inequalities in the distribution of maternal mortality in the country. In addition, this study reaffirms the need to view the challenge of reducing maternal mortality as a national, state and municipal problem without excluding the responsibility of other political powers and civil society, which is highly diverse across Mexico. This work also identifies areas with a higher risk of maternal mortality, greater deprivation and a larger indigenous population. This could be key to designing new strategies to address maternal health and the determinants of MMR in areas with higher maternal mortality such as the central region of Oaxaca State.



### **9.8.1 Indigenous composition and maternal mortality**

According to the United Nations (UN), indigenous women worldwide are significantly less likely to benefit from services and to have worse maternal health outcomes (50). In this regard, the special issue on “indigenous health” published by the *Lancet* (26) identified high maternal mortality as one of the 10 major health problems of indigenous peoples worldwide. Our results show that municipal ethnicity was a determinant of increased maternal mortality. Thus, living in an indigenous municipality seems to determine a higher risk of death than living in mestizo municipalities. This situation is even worse than living in municipalities with high deprivation. These results presuppose that there are determinants of maternal mortality that are related to indigenous communities.

### **9.8.2 Indigenous community manifestations of oppression and maternal mortality**

Oppression in indigenous or deprived municipalities could be crucial to explaining why largely indigenous or deprived communities have a higher MMRs in Mexico. Oppression involves institutionalized collective and individual modes of behavior through which one group attempts to dominate and control another in order to secure political, economic, and/or social-psychological advantage (31) (39). Therefore, racism is an expression of power oppression. Furthermore, institutionalized racism, one of the expressions of racism, is the most direct way to explain how oppressions of power manifest themselves in maternal mortality. Institutionalized racism is defined as differential access to resources and opportunities by race as well as policies, laws, and practices that reinforce racial inequity. For maternal mortality across indigenous communities, institutionalized racism permeates health services or in such a way that the indigenous communities may have a services deficit. In addition, institutional racism could be linked with healthcare being delayed or unavailable, and a lack

of adherence to treatment uptake (39) and stress (33) (34). Institutional racism results in data showing ethnic gaps in maternal mortality (8). This could become self-reproducing and configure the dynamics of health exclusion of indigenous peoples.

Furthermore, the indigenous community has historically suffered power oppression (colonialism). In this regard, during multiple periods, there have been arguments against the validation of indigenous knowledge (43). Systematic invalidation of the forms and knowledge of indigenous groups has had impacts in various ways. Lack of equality between indigenous knowledge and modern Western knowledge could be a barrier to the reduction of maternal deaths. For example, it is possible for health institutions to normalize the use of obstetric violence against women in indigenous communities (9) Morales2016, the lack of services in indigenous languages, or the lack of acknowledgement of some cultural practices (such as the lack of recognition of midwives by the government) (42).

At the same time, power oppressions (colonial and patriarchal) are expressed in systematic behaviors. Indigenous women have been subjected to the patriarchal system through Christianization. The patriarchal system and Christianization could influence decisions such as those affecting the use of protection in sexual relations, the use of contraceptive methods, or age at conception and number of children. Some characteristics of indigenous communities could be key for interventions to tackle maternal deaths. However, the state often has little or no knowledge of these characteristics of the indigenous population. Thus, the indigenous population and their characteristics remain largely invisible. An example of how this is related to maternal deaths could lie in knowledge of reproduction or sexuality in those communities. For example, belonging to indigenous groups defines different reproductive patterns, such as: the age at which the reproductive process begins, the interval between children, or the exercise of sexuality (21). Ignorance of indigenous sexualities

could be one of the factors to explore when improving maternal health interventions. The reproductive and sexual health of the population cannot be alien to the existing cultural diversity. This is more important in a context of increasing global and health inequalities and the Latin-American decrease in the indigenous population (1) (28).

### **9.8.3 Deprivation and maternal mortality**

Maternal health is influenced by deprivation at the municipal level. Deprived areas have shown poor maternal outcomes (1) (29) (41). Our study shows that municipalities with greater deprivation are at higher risk of maternal deaths. These results are in line with those of Pisanty-Alatorre et al.(38), who reported a significant degree of inequality in the territorial distribution of maternal deaths in Mexico. In this regard, taking deprivation as a determinant of maternal mortality in a community entails reflection on the determinants by which deprivation is associated with maternal mortality in a community. These determinants involve factors generated by capitalism in recent years.

### **9.8.4 Community deprivation manifestations of oppression and maternal mortality**

Capitalist oppressions may have been key in the lack of improvement of intermediate determinants of health in women and households. These conditions could range from conditions of employment and work, poorly paid or unpaid domestic work, poverty, complicated or unhealthy residential environments, and poor quality of housing and services. These intermediate determinants are key in psychosocial factors such as reproductive decisions or health during pregnancy.

Finally, the oppression of capital in recent years could have been linked to mortality in

areas of high deprivation due to the low availability of adequate services in highly marginalized areas. Likewise, the fragmentation (lack of universal health system coverage) of the health system in Mexico and the privatization of services are the result of the introduction of capital into the health system (28). Fragmentation of the health system could have increased difficulties in accessing healthcare, leading to differential barriers to access. Some of the barriers could include enrolment status and the insurance scheme (care payments), difficulties in accessing care due to geographic location, and difficulties in accessing services due to mechanisms such as authorization of services to control access. These barriers are found in other fragmented health systems (17), and can lead to lower quality of prenatal and obstetric care among other situations that put maternal health at risk. In turn, these factors could lead to more prenatal care in women in more privileged areas, which, as observed in this study, would lead to a lower risk of maternal death in privileged areas. In this sense, maternal mortality is an important expression of the failure of health services.

### **9.8.5 Indigenous composition and deprivation and the Mexican context**

In our study, indigenous composition continued to be an important factor for maternal mortality even after adjustment for deprivation in the models. Our results guide us to think that the communities with the highest deprivation and indigenous population density could be those most likely to show high maternal mortality. In this case, maternal mortality in women in Mexican municipalities would be significantly affected by oppressions exerted on indigenous and deprived communities. This is important in a context where there is a need for comprehensive and collaborative actions and policies that refocus the problem in an intersectional approach, for example, in areas with a higher indigenous density and diversity, but also with high deprivation. In those territories, the above-mentioned determi-

nants associated with ethnicity and deprivation would converge. This occurs in a context, where “machismo” and violence against women is a crucial factor in society. Moreover, structural ways of oppression such as colonial, capital and patriarchal system interact in the distribution of the maternal mortality across municipalities (2).

## 9.9 Limitations and strengths

Despite the correction of mortality using the modified RAMOS method, physicians and coders, when attempting to assign well-defined categories, may show bias and arbitrariness in the selection of the underlying cause of death. This was suggested in a review published in the *Lancet* by Mahapatra et al.(30) and corroborated by Torres et al. in their article on intentional searching and reclassification of maternal deaths in Mexico (47). In addition, in Mexico there is still a percentage of death certificates (the source of information for this study) that is not completed by trained physicians and consequently shows a considerable margin of error (6). In addition, we don't have enough information about the underreporting levels in maternal mortality in Mexico. In other Latin American countries, inequalities in underreporting of deaths have been noticed between women and men. A possible explanation mentioned for this phenomenon is higher underreporting of maternal deaths (37).

Deprivation in Mexico is concentrated in rural communities and therefore deaths in some (privileged) urban municipalities may have occurred in persons not only from neighboring municipalities (some of these were smoothed by the Bayesian model) but also in those from relatively distant municipalities. In addition, we did not use the maternal origin variable, which did not allow us to reference mortality according to origin. This was due to the high number of missing data regarding the municipality of residence of the mother. However, we smoothed the mortality of the place of death. Likewise, for this study, we did not take into account whether the municipality was urban or rural and therefore some of our results could

be influenced by this factor, such as the positive risk of death in privileged nuclei (where hospitals and referral centers are located). Furthermore, some of the municipalities with a high MMRs are areas with referral hospitals. In addition, underreporting may have been concentrated in rural municipalities, as in other Latin American countries (37). Despite this, the association between deprivation and ethnicity prevails.

The data on ethnicity did not include the whole indigenous population, such as Spanish speakers or afro-descendants.

Afro-descendants were included recently (24) in the national surveys in Mexico and afro-descendants municipalities are in the process of being recognized JuarezCisneros2018. In this study, we included two of the most important contextual determinants (ethnicity and deprivation) in Mexico. However, the deprivation index per se contained access to health services. Another major limitation of the study has been the inability to explore interaction due to the low number of cases in each quartile. However, we consider that at an ecological level is a challenge that future studies may pose.

Besides, this is one of the first studies that attempts to highlight maternal and health inequalities at the municipal level. The scarcity of studies to date is due to the multiple methodological challenges involved in addressing small-scale measurements in a territory as large and diverse as Mexico. Mapping and analyzing the municipal level of maternal mortality provides greater understanding of the distribution and variability in patterns of less common causes of mortality outcomes that cannot be identified by examination of direct national and state estimates. Despite the limitations, this study allows for smoothing by compensating instabilities for small numbers and obtaining associations. In addition, provides information useful in discussion of important current issues in Latin America. Further, helped to orient public policies by means of the generation of evidence of enormous inequalities between municipalities.

## 9.10 Conclusions

This study shows large inequalities in the maternal mortality in Mexico at the municipal level. At the same time, we found deprivation and the ethnicity of communities were associated with maternal mortality. In addition, the communities with the greatest deprivation and ethnicity seemed to be those most at risk of maternal mortality. This should be investigated and tackled in depth. There is a need for policies addressing the consequences of oppression on reproductive health. This study provides knowledge of a geographical area that potentially extends to many locations with a high indigenous concentration and uses a novel and reproducible methodology in the field of maternal mortality.

## Bibliography

- [1] AMJAD, S., CHANDRA, S., OSORNIO-VARGAS, A., VOAKLANDER, D., AND OSPINA, M. B. Maternal Area of Residence, Socioeconomic Status, and Risk of Adverse Maternal and Birth Outcomes in Adolescent Mothers. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC* (apr 2019).
- [2] AYLWARD, C. Intersectionality: Crossing the Theoretical and Praxis Divide. *Journal of Critical Race Inquiry* (2018).
- [3] BESAG, J., YORK, J., AND MOLLIE, A. Bayesian image restoration, with two applications in spatial statistics. *Annals of the Institute of Statistical Mathematics* 43, 1 (mar 1991), 1–20.
- [4] BLENCOWE, H., COUSENS, S., JASSIR, F. B., SAY, L., CHOU, D., MATHERS, C., HOGAN, D., SHIEKH, S., QURESHI, Z. U., YOU, D., AND LAWN, J. E. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *The Lancet Global Health* 4, 2 (feb 2016), e98–e108.

- [5] BURGERT, C. R. Spatial interpolation with Demographic and Health Survey data: Key considerations. Tech. rep., sep 2014.
- [6] CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. General Health Law [Ley General de Salud],, 1997.
- [7] CARSTAIRS, V. Deprivation indices: their interpretation and use in relation to health. *Journal of Epidemiology & Community Health* 49, Suppl 2 (1995), S3–S8.
- [8] COBBINAH, S. S., AND LEWIS, J. Racism & Health: A public health perspective on racial discrimination. *Journal of evaluation in clinical practice* 24, 5 (2018), 995–998.
- [9] COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS MÉXICO. Recommendation No. 24/2014 on the case of inadequate medical care that led to the loss of life of V1, a Mayan indigenous person who was carrying a five-month twin pregnancy, at the Peto Community Hospital and the General Hospital "Dr. Agustín O'Horán" in . Tech. rep., Mexico, 2014.
- [10] CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLITICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL). Social Gap Index 2010 [Indice de Rezago Social 2010]. Tech. rep., Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Mexico, 2010.
- [11] CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. Infografía de la población indígena, 2015. Tech. rep., Consejo Nacional de Población, México City, 2015.
- [12] DIXON-MUELLER, R. The Sexuality Connection in Reproductive Health. *Studies in Family Planning* (1993).
- [13] ETERNOD ARÁMBURU, M. Methodology for calculating the maternal mortality ratio: better recording and poor indicator [Metodología para calcular la razón de



- mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente]. *Reality, data and space international Journal of Statistics and Geography* 3, 1 (2012), 24–69.
- [14] FARLEY, T. A., MASON, K., RICE, J., HABEL, J. D., SCRIBNER, R., AND COHEN, D. A. The relationship between the neighbourhood environment and adverse birth outcomes. *Paediatric and perinatal epidemiology* 20, 3 (may 2006), 188–200.
- [15] FELÍCITAS DOMÍNGUEZ-BERJÓN, M., CARME BORRELL, ., CANO-SERRAL, G., ESNAOLA, S., NOLASCO, A., PASARÍN, . M. I., RAMIS, R., SAURINA, C., ESCOLAR-PUJOLAR, A., CORRESPONDENCIA, . M., AND FELÍCITAS DOMÍNGUEZ, B. Constructing a deprivation index based on census data in large Spanish cities [the MEDEA project]. Tech. Rep. 3, 2008.
- [16] FREYERMUTH-ENCISO, G., AND CÁRDENAS-ELIZALDE, R. Evaluación del sub-registro de la mortalidad materna en Los Altos de Chiapas mediante las estrategias RAMOS y RAMOS modificada. *Salud Publica de Mexico* 51, 6 (2009).
- [17] GARCIA-SUBIRATS, I., VARGAS, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., DE PAEPE, P., DA SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., BORRELL, C., AND VÁZQUEZ, M. L. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *International journal for equity in health* 13 (2014), 10.
- [18] GELMAN, A. Prior distributions for variance parameters in hierarchical models. *Bayesian Analysis* 1, 3 (2006), 515–533.
- [19] GIRUM, T., AND WASIE, A. Correlates of maternal mortality in developing countries: an ecological study in 82 countries. *Maternal health, neonatology and perinatology* 3 (2017), 19.

- [20] GONZÁLEZ-PÉREZ, G. J., VEGA-LÓPEZ, M. G., ROMERO-VALLE, S., VEGA-LÓPEZ, A., AND CABRERA-PIVARAL, C. E. A socio-spatial analysis of social exclusion and inequity in health in Mexico. [Exclusión Social e Inequidad en Salud en México: Un Análisis Socio-espacial]. *Revista de Salud Pública* (2008).
- [21] GOMEZ SUAREZ., A. G. *New perspectives on gender, sexuality and ethnicity [Nuevas miradas sobre el genero, la sexualidad y la etnicidad]*., 1 ed. Andavira, 2013.
- [22] HANKIVSKY, O. Intersectionality 101. *Journal of Public Policy & Marketing* 32, special issue (may 2013), 90–94.
- [23] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). National Institute of Statistics and Geography [Instituto Nacional de Estadística y Geografía].
- [24] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). Main results Intercensal survey 2015 [Principales resultados Encuesta intercensal 2015]. Tech. rep., Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Mexico, 2015.
- [25] INSTITUTO NACIONAL DE LOS PUEBLOS INDIGENAS. Catalogue of Indigenous Localities 2010 [Catálogo de Localidades Indígenas 2010]., 2010.
- [26] KING, G., GAKIDOU, E., IMAI, K., LAKIN, J., MOORE, R. T., NALL, C., RAVISHANKAR, N., AND VARGAS, M. Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *The Lancet* 373, 9673 (2009), 1447–1454.
- [27] KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology, 2001.
- [28] LÓPEZ-ARELLANO, O., AND BLANCO GIL, J. Caminos divergentes para la protección social en salud en México. *Salud Colectiva* 4, 3 (2008), 319–333.

- [29] LUO, Z.-C., WILKINS, R., KRAMER, M. S., AND FETAL AND INFANT HEALTH STUDY GROUP OF THE CANADIAN PERINATAL SURVEILLANCE SYSTEM. Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 174, 10 (may 2006), 1415–1420.
- [30] MAHAPATRA, P., SHIBUYA, K., LOPEZ, A. D., COULLARE, F., NOTZON, F. C., RAO, C., AND SZRETER, S. Who Counts? 2 Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *www.thelancet.com*, 1653.
- [31] MARI, S. K. Challenges to minority counselling: Arabs in Israel. *International Journal for the Advancement of Counselling* (1988).
- [32] MARMOT, M. Closing the health gap. *Scandinavian Journal of Public Health* 45, 7 (2017), 723–731.
- [33] MENDEZ, D. D., HOGAN, V. K., AND CULHANE, J. F. Stress during pregnancy: the role of institutional racism. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress* 29, 4 (oct 2013), 266–74.
- [34] MENDEZ, D. D., HOGAN, V. K., AND CULHANE, J. F. Institutional racism, neighborhood factors, stress, and preterm birth. *Ethnicity and Health* (2014).
- [35] MENÉNDEZ, C., AND LUCAS, A. Analyzing maternal mortality from an equity perspective: the importance of quality data. [Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad.]. Tech. rep., ISGlobal, Barcelona, 2013.
- [36] PAULINO, N. A., VÁZQUEZ, M. S., AND BOLÚMAR, F. Indigenous language and inequitable maternal health care, Guatemala, Mexico, Peru and the Plurinational State of Bolivia. *Bulletin of the World Health Organization* 97, 1 (jan 2019), 59–67.

- [37] PERALTA, A., BENACH, J., BORRELL, C., ESPINEL-FLORES, V., CASH-GIBSON, L., QUEIROZ, B. L., AND MARÍ-DELL'OLMO, M. Evaluation of the mortality registry in Ecuador (2001-2013) - Social and geographical inequalities in completeness and quality. *Population Health Metrics* 17, 1 (2019).
- [38] PISANTY-ALATORRE, J., AND PISANTY-ALATORRE, J. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. *Salud Pública de México* 59, 6, nov-dic (oct 2017), 639.
- [39] PRILLELTENSKY, I. The role of power in wellness, oppression, and liberation: the promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology* 36, 2 (2008), 116–136.
- [40] ROSERO-BIXBY, L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science & Medicine* 58, 7 (apr 2004), 1271–1284.
- [41] SCHEMPF, A., STROBINO, D., AND O'CAMPO, P. Neighborhood effects on birth-weight: an exploration of psychosocial and behavioral pathways in Baltimore, 1995–1996. *Social science & medicine (1982)* 68, 1 (jan 2009), 100–10.
- [42] SESIA, P. M. "Women come here on their own when they need to": prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. *Medical anthropology quarterly* 10, 2 (1996), 121–140.
- [43] SMYLIE, J., MARTIN, C. M., KAPLAN-MYRTH, N., STEELE, L., TAIT, C., AND HOGG, W. Knowledge translation and indigenous knowledge. *International Journal of Circumpolar Health* 63 (2004), 139–143.
- [44] THE R FOUNDATION. R, 2016.
- [45] THE R FOUNDATION. The R-INLA project, 2016.

- [46] THE WORLD BANK DATA. Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births), 2014.
- [47] TORRES, L. M., RHENALS, A. L., JIMÉNEZ, A., EST, M., RAMÍREZ-VILLALOBOS, D., URIÓSTEGUI, R., PIÑA, M., AND ROCHA, H. Intentional Search and Reclassification of Maternal Deaths in Mexico: The Effect on the Distribution of Causes [Búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas en México : el efecto en la distribución de las causas]. *Salud Pública de México* 56, 4 (2014), 333–347.
- [48] UNICEF. Maternal mortality data.
- [49] UNITED NATIONS. Femicidal Violence in Mexico [Violencia Femicida en México]. Tech. rep., United Nations, Mexico, 2018.
- [50] UNITED NATIONS POPULATION FUND, UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN’S EMERGENCY FUND, AND UNITED NATIONS. Indigenous women’s maternal health and maternal mortality. Tech. rep., 2016.
- [51] WORLD BANK. Poverty & Equity Brief Latin America & the Caribbean Mexico. Tech. rep., 2010.
- [52] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Millennium Development Goal 5: improve maternal health, 2015.
- [53] YANG, S., KESTENS, Y., DAHHOU, M., DANIEL, M., AND KRAMER, M. S. Neighborhood Deprivation and Maternal Psychological Distress During Pregnancy: A Multilevel Analysis.



## **Part III**

*Discutiendo las desigualdades en la salud  
reproductiva y la opresiones de poder*







## 10. *Opresión patriarcal y reproducción*

### 10.1 ¿Qué es el sistema patriarcal?

La palabra patriarcado proviene del latín tardío “patriarchālis”, que significa “gobierno de los padres”. El término patriarcado es muy antiguo. Según Sanday(9) el término ‘patriarcado’ ha sido aplicado primero a los líderes masculinos de las tribus de Israel cuyo poder se basaba en el parentesco y no en el contrato social. Así mismo, Maine(6) uno de los más conocidos exponentes de la teoría patriarcal situaba el origen del patriarcado con la humanidad misma. El cual establecía como puntos clave en su teoría patriarcal que en la familia patriarcal el elemento de la paternidad era el hecho principal. El parentesco era puramente agnaticio. El matrimonio permanente era la norma. El jefe de la familia era la base de toda autoridad, y su poder era incondicional sobre sus hijos y propiedades y otras relaciones de todos los descendientes, cualquiera que fuera su número. El patriarca no sólo controlaba los asuntos comerciales del grupo que dirigía, sino también su religión y su conducta. En contraste con la teoría del patriarcado primitivo de Maine, John Ferguson McLennan(3) y Lewis Henry Morgan (7) argumentaron que la primera etapa de la evolución social se caracterizaba por el matrimonio grupal, lo que significaba que la paternidad era

incierto y el parentesco era rastreado desde la línea materna(1).

Engels (2) retoma las investigaciones de Morgan para teorizar sobre como en la descendencia sólo se contaba por línea femenina hasta antes de la formación de la familia sindiásmica, el nacimiento de la propiedad privada, la división del trabajo y la herencia. Engels(2) considera “al derrocamiento del derecho materno como la gran derrota histórica del sexo femenino en todo el mundo”.

Mientras que según Pateman(8) el dominio masculino evolucionó en el siglo XX como una etiqueta conceptual para caracterizar las relaciones desiguales de poder entre los hombres como grupo y las mujeres como grupo. Este enfoque categórico de las relaciones de género forma parte de una larga historia de pensamiento sobre las relaciones políticas de los sexos. Un correlato de este sistema de pensamiento ha sido la relativa exclusión de las mujeres occidentales de la esfera pública de las oportunidades económicas, ocupacionales y políticas en comparación con sus pares masculinos y una tendencia a valorar los rasgos asociados con la masculinidad por encima de los que se definen como femeninos. En la actualidad el patriarcado es considerado en la jerga general como la organización social marcada por la supremacía del padre en el clan o la familia, la dependencia legal de las esposas y los hijos, y el reconocimiento de la ascendencia y la herencia en la línea masculina. En términos generales puede considerarse como el control por parte de los hombres de una parte desproporcionadamente grande del poder(8).

El poder patriarcal en la actualidad no necesita explicitar su capacidad en acción o fuerza. El sistema patriarcal da por sentado este poder, en los valores, las normas, el comportamiento social y la religión entre otros. De forma general el sistema patriarcal por tanto es la parte sistémica inherente del patriarcado que existe en la sociedad y todas aquellas

regulaciones de nuestro sistema privilegiando a un grupo (masculino) por sobre las otras personas. El sistema patriarcal por ende es considerado por en esta tesis como el camino de circulación de la opresión de poder (cis-hetero-patriarcal) ejercida a todas aquellas personas marcadas con etiquetas diferentes a la etiqueta del sexo masculino. El sistema patriarcal se expresa a manera de opresión de poder por sobre las personas “marcadas” u “otras” diferentes al sexo masculino a través de diversos mecanismos de opresión.

## **10.2 ¿Qué papel juega la opresión del sistema cis-hetero patriarcal en la génesis de las desigualdades de salud entre hombres y mujeres?**

El sistema patriarcal (sistema cis-hetero patriarcal) genera opresiones sistémicas sobre los grupos marcados (que en este caso la marca es todo aquello que se aproxime a ser mujer utilizando a la feminidad como marcador por sobre el sexo) por diversos mecanismos. En este capítulo intentaremos analizar algunos mecanismos por los cuales el sistema patriarcal genera opresión a todas las personas que no son identificadas o no se identifican con el sexo masculino. Y como ya lo desarrollamos en el capítulo III de esta tesis las opresiones de poder pueden conllevar una mala salud y por ende menor tiempo y/o menor calidad de vida y mayor desigualdad entre los hombres cis-heteronormativos y el resto de las personas no identificadas con el sexo masculino o que se salen de la conceptualización hegemónica. Para fines de esta tesis nosotras estudiaremos clasificando ejemplos específicos en bloques según el grupo de determinantes influenciados a través de estudios realizados en poblaciones diversas, con indicadores tradicionales y no tradicionales de salud reproductiva.

### 10.3 Mecanismos estructurales:

#### **la influencia de la opresión patriarcal en los determinantes estructurales de las desigualdades en Salud Reproductiva**

##### 10.3.1 Las políticas reproductivas y las opresiones patriarcales

En nuestro estudio sobre políticas (determinantes estructurales) de salud sexual y reproductiva en Oaxaca México(4) durante los últimos años (1990 al 2015). Esencialmente nosotras observamos que en el periodo de estudio las políticas eran primordialmente políticas enfocadas a la salud reproductiva de las mujeres. Para nosotras era de gran relevancia en esta tesis discutir el cómo un enfoque en la salud reproductiva en un contexto de elevada mortalidad materna podría encontrarse asociado a las relaciones de poder. Esto debido a que la mortalidad materna es un constructo complejo que no solo es dependiente de la reproducción, sino que también de la sexualidad. La centralidad con la que se tratan los temas de reproducción ignorando los temas de sexualidad podría encontrarse asociada a la reticencia en la mortalidad materna, siendo un factor más de los tantos observados en ese contexto. Nosotras desarrollaremos esta premisa y el cómo las desigualdades en la mortalidad materna y la reticencia de esta puede estar asociada con el papel central de la reproducción en las políticas de salud de este estado.

Un primer mecanismo que discutimos es como la opresión del sistema patriarcal actúa sobre las políticas que a su vez determinan parte fundamental del contexto socioeconómico y político, la historia, el mercado de trabajo, el estado del bienestar etc. En nuestro primer estudio específico nosotras pudimos observar cómo en más de veinte años de políticas de salud sexual y reproductiva en un contexto de alta mortalidad materna no existe una clara tendencia a trabajar el ámbito de las sexualidades. Se trabaja mayormente con indicadores reproductivos “tradicionales” como los son los referenciados en la tabla 1 del capítulo II.

10.3 Mecanismos estructurales:  
la influencia de la opresión patriarcal en los  
determinantes estructurales de las desigualdades  
en Salud Reproductiva

165

En el caso de las políticas de salud sexual y reproductiva en Oaxaca se privilegiaron los temas asociados a la reproducción privilegiándolos por sobre la sexualidad. En específico un indicador ampliamente utilizado fue la mortalidad materna. Lo anterior suena lógico en un contexto de alta mortalidad materna por lo que entendemos que se mencione como tema medular durante estos últimos años. Sin embargo, es relevante la falta de mención y orientación de las políticas hacia temas clave en el caso de mortalidad materna como lo es la ausencia de la legalización del aborto durante los años en que se realizó el estudio, siendo este indicador clave para para la disminución de la mortalidad materna como ya lo reflexionamos en el estudio *Ethnicity, deprivation and maternal mortality relations in Mexico*(5).

El caso de Oaxaca no es el único caso en donde se presupone una mayor influencia de las políticas o normas regulatorias de la reproducción dejando de lado las sexualidades. El poder patriarcal sistemáticamente ha ejercido la opresión a mujeres en comunidades más vulnerabilizadas a nivel reproductivo (ej. Con mayor muerte materna). La salud reproductiva no solo depende de la sobrevivencia de una madre a un parto o de la posibilidad de elección de utilizar o no anticoncepción o de la posibilidad de elección de un hijo o no. La salud reproductiva también se encuentra condicionada a que las condiciones sociales sean lo más idóneas para la reproducción o no, determinantes sociales que influyen directamente en todo lo anterior. Estos determinantes son directamente condicionados por las políticas del territorio estado nación. Se infiere entonces que indirectamente una influencia regulatoria de la reproducción a través de la salud reproductiva. ¿La salud reproductiva entonces repite patrones presentes en el sistema patriarcal?

La reproducción poblacional parece seguir las normas de regulación antes descritas. Cuando se ha necesitado de más mano de obra estimula la natalidad, cuando no necesita más

mano de obra regula la natalidad, pero ¿es la salud reproductiva una herramienta utilizada por el poder? El sistema capital tiene mucho que ver en esto. Sin embargo, es el sistema patriarcal en el que nace esta opresión. Ya que el estado es el que actúa como un padre decidiendo por sobre las mujeres, sobre si regular o estimular la cantidad de niños y niñas de acuerdo con decisiones económicas (como veremos en el siguiente capítulo). Así mismo, sin permitir a las mujeres una independencia en su decisión, por que como podemos observar en el caso de estudio en Oaxaca el aborto ha sido ilegal durante todo el periodo de estudio(4).

El centralizar los esfuerzos a nivel reproductivo en las leyes también genera desigualdades en cuanto a los esfuerzos sobre la sexualidad de las mujeres. En ese caso estas mujeres no sabemos mucho sobre la información que están recibiendo a nivel sexualidades. No se habla nada de diversidad sexual en las legislaciones. Hay una aparente invisibilización legal sobre los derechos sexuales y sobre la importancia de una sexualidad plena para la salud de las personas y para la mejora de la calidad de vida. Históricamente los temas referentes a la sexualidad han sido abordados por la iglesia por lo que existe una responsabilidad por parte del estado para desmitificar y abordar el tema a través del sistema educativo y sanitario. Sin embargo, en muchos casos los derechos sexuales y los determinantes de una reproducción “sana” dentro de los propios lineamientos de lo que la organización mundial de la salud considera sano parecen no cumplirse. Además, la salud se considera un estado que conlleva un completo bienestar físico, mental y social para lo cual es necesaria una salud tanto sexual como reproductiva.

## **10.4 Mecanismos Intermedios: la influencia de la opresión patriarcal en los determinantes intermedios de las desigualdades en Salud Reproductiva**

Las opresiones “sutiles” y no sutiles que se ejercen en el día a día tanto de forma directa o indirecta como subliminales para que las mujeres actuemos. Terminan por definir estereotipos de género que se traducen en cuestiones socioemocionales y de imagen corporal. De esta forma los estereotipos en las mujeres establecen ciertas normas a seguir y a cómo comportarse. Estos comportamientos pueden llegar a ser un determinante intermedio de la buena o mala salud.

Un ejemplo que ha sido desarrollado por Margo Maine(6) es sobre como en la pubertad las niñas sufren cambios tanto internos (ej. hormonales) como externos (ej. desarrollo de los senos y aumento de la grasa corporal) que les hacen desarrollar marcadores claros de género femenino. En el caso del aumento de la grasa corporal de forma normal en la pubertad la mayoría de las niñas duplican su peso. Esto último se encuentra en contradicción con lo que le dictaminan las o normas sociales establecidas que expresan el mensaje externo de que necesitan controlar su peso y mantener un aspecto atractivo y esculpido. Esto puede condicionar a las niñas una insatisfacción con los cambios naturales de su cuerpo. Aunque la grasa corporal puede ser necesaria para el desarrollo físico, contradice los ideales femeninos que se les han enseñado, por lo que parece invalidante y atemorizante. Maine(6) describe como una joven en recuperación de la bulimia expresaba “que se había acostado por la noche después de jugar con muñecas, luego se despertaba con pechos, y todos la trataban diferente”. Por otro lado, anuncios y mensajes constantes sobre los peligros de la obesidad, y una industria de pérdida de peso refuerzan este lenguaje.

En este ejemplo el mecanismo suena claro. Sin embargo, se requiere de una reflexión más profunda para entender cómo el sistema ha influido y expuesto una serie de factores facilitadores asociados a la bulimia. En este sentido el sistema patriarcal a través de mecanismos de opresión se expresa sobre la salud de las mujeres condicionando que la bulimia a nivel poblacional sea una enfermedad de las mujeres y no de los hombres.

#### 10.4.1 La reproducción y el control reproductivo del sistema patriarcal

Por otro lado, existe una menor cantidad per se de poder en posesión de las mujeres con respecto a los hombres debido al control del sistema patriarcal. Por ejemplo, la pérdida de agencia a su vez reduce la negociación de las mujeres para usar un condón, lo que supone una amenaza para su salud sexual. Sin embargo y más allá de lo mayormente obvio, la reproducción en muchos sentidos termina fungiendo como un mayor control. Podemos hablar del control reproductivo que se ejerce hacia la mujer dotándola de toda responsabilidad asociada temas reproductivos. Por otro lado, la estructuración de la división de tareas desde la consolidación del sistema patriarcal como lo vimos en el capítulo III como un método para el control de las mujeres genera un mayor peso en cuanto a tareas reproductivas hacia las mujeres. Lo cual consecuentemente genera desigualdades en la carga de trabajo y responsabilidades reproductivas en detrimento del tiempo de las mujeres.

Por otro lado, una vez que las mujeres tienen hijos pasan de ocupar el papel de mujer que estén ocupando (hija, adolescente, mujer joven, etc.) para ocupar primordialmente el papel de madre. De esta forma el sistema patriarcal asigna el rol de madre. Es entonces que el papel de madres ocupa la vida de la mujer en un rol o camino reproductivo establecido desde años atrás como lo vimos en el capítulo III también descrito como mecanismo de



control. Las opresiones de poder generan “sutiles” linchamientos morales a las mujeres que intenten salirse del rol establecido, de esta forma se mantiene el camino de madre.

Esto último, es un ejemplo relacionado con los caminos establecidos para las mujeres por el sistema, pero existen múltiples caminos más como el de viudas o solteras, etc. para los que el patriarcado también ejerce opresiones. Así mismo es importante recalcar que la educación impregnada por la sociedad desde la cuna a las niñas es clave también en el “deseo” reproductivo de las mujeres ya que como mujer se nos enseña que somos la base de la familia y que para producir una familia tradicional las mujeres necesitamos tener infantes. En este entendido, entonces ¿qué parte del deseo de tener infantes es nuestro y que parte es impregnado socialmente y programado desde que somos bebés? ¿Cuándo las mujeres tenemos hijos los tenemos porque los deseamos o porque el sistema nos enseña a desearlos? Que parte del deseo de una adolescente por tener un hijo es un deseo real o un deseo de ocupar otro camino, el de madre y ahora sí ser “escuchada” o considerada o quizás ser liberada del yugo familiar y el concerniente contexto social.

En este sentido, las personas hemos establecido un sistema social por el cual la mayoría de edad (y por ende quizás independencia social, aunque no van de la mano) se alcanzan por lo menos hasta los 18 años (según el país es variable). Socialmente se puede decir que la “maduración social de una persona” dura 18 años en promedio. Si hacemos la reflexión de lo que conlleva la maduración social de un ser humano observaremos que la inversión de tiempo de vida que conlleva para las personas es mucho mayor de lo imaginado y mucho mayor que el proceso reproductivo humano a nivel biológico que solo dura en promedio 9 meses. Sin embargo, en el contexto social, no debiese conceptualizarse (como muchas veces se hace) a la reproducción como un proceso que en su mayoría conlleva el impacto en la salud en las mujeres. En este sentido, si observamos a la salud reproductiva como un tema

social y que va más allá de la salud reproductiva individual de una mujer la distribución de la carga reproductiva debiese repartirse de forma igualitaria entre los dos miembros de la pareja. Por ello es por lo que la reproducción va más allá de los 9 meses de desarrollo en el vientre de las mujeres. Entonces, las parejas, (que serían tradicionalmente hombres en parejas heteronormativas) o también se involucran (o debiesen involucrarse) social y biológicamente en la reproducción. Sin embargo, aun hoy, en el año 2019 los hombres son los grandes ausentes de los temas y tareas reproductivas. Esta ausencia se perpetua en cuestiones de indicadores de salud reproductiva, esto debido a la dificultad de medir indicadores como lo serían el porcentaje de abandono de hogar (el proxy podría ser número de hijos abandonados por hombres) o la distribución de las tareas de limpieza en casa y el porcentaje de responsabilidades en una familia (heteronormativa o no) que debiesen ser considerados también indicadores de bienestar reproductivo. Todo esto en detrimento de nuestra salud como ya lo han estudiado muchos y muchas investigadoras en género y salud.

## Bibliography

- [1] BURNHAM, P. Clan. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*. 2015.
- [2] ENGELS, F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado : en relacion con las investigaciones de L.H. Morgan LK - <https://univdelosandes.on.worldcat.org/oclc/916521291>. *Ta - Tt* - (2007).
- [3] FERGUSON MCLENNAN, J. *Primitive Marriage: An Inquiry Into the Origin of the Form of Capture in marriage ceremonies*, i ed. Edimburg, 1865.
- [4] LEÓN-GÓMEZ, B. B., GOTSSENS, M., MARÍ-DELL'OLMO, M., DOMÍNGUEZ-BERJÓN, M. F., LUQUE-FERNANDEZ, M. Á., MARTIN, U., RODRÍGUEZ-SANZ,

- M., AND PÉREZ, G. Bayesian smoothed small-areas analysis of urban inequalities in fertility across 1999–2013. *Fertility Research and Practice* 5, 1 (dec 2019), 17.
- [5] LEÓN-GÓMEZ, B. B., PERALTA, A., GOTSSENS, M., AND PEREZ, G. Ethnicity, deprivation and maternal mortality relations in Mexico. *International Journal for Equity in Health* SUBMITTED (2020).
- [6] MAINE, H. *Ancient Law*. LONDON, 1917.
- [7] MORGAN, S. P. Is Low Fertility a Twenty-First-Century Demographic Crisis? *Demography* (2003).
- [8] PATEMAN, C. Sexual Contract. In *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*. John Wiley & Sons, Ltd, Singapore, oct 2015, pp. 1–3.
- [9] SANDAY, P. R. Male Dominance. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2004.





## 11. *Opresión capitalista y reproducción*

### 11.1 ¿Qué es el sistema capitalista?

La definición del Macmillan Dictionary of Modern Economics(12), define al capitalismo como un sistema político, social y económico en el que la propiedad, incluidos los bienes de capital, son propiedad y están controlados en su mayor parte por personas privadas. El capitalismo contrasta con un sistema económico anterior, el feudalismo. El capitalismo se caracteriza por la compra de mano de obra por salarios monetarios en oposición al trabajo directo obtenido a través de la costumbre, el deber o el mando en el feudalismo. Bajo el capitalismo, el mecanismo de precios se utiliza como un sistema de señalización que asigna recursos entre usos. La medida en que se utiliza el mecanismo de precios, el grado de competitividad en los mercados y el nivel de intervención del gobierno distinguen las formas exactas del capitalismo.

Sin embargo, tal como Bruce R. Scott en su libro la economía política del capitalismo (13) menciona que el capitalismo es un sistema de gobierno-económico que continúa evolucionando con el tiempo. Como consecuencia, es difícil establecer una definición simple.

Según Marx en su obra “el capital” tomo II (11), el sistema capitalista es parte del sistema social desde años atrás y precedido del feudalismo. El capitalismo como sistema social se encuentra alimentado por ciertas características. Algunas de estas características influyen directamente en los temas reproductivos. Como ya vimos con anterioridad en el capítulo III de esta tesis, aunque el sistema capitalista no ejerce opresión específicamente sobre las mujeres, el capitalismo utiliza herramientas que conllevan la opresión de mujeres.

## **11.2 ¿Qué papel juega la opresión del sistema capitalista en la génesis de las desigualdades en Salud Reproductiva?**

Algunas de estas herramientas de opresión capitalista han sido antes descritas como herramientas que históricamente han sido utilizadas por la opresión patriarcal como, por ejemplo, el control del proceso reproductivo. Estas herramientas, usadas históricamente, ya han sido descritas en el capítulo dos y han sido citadas del libro de Silvia Federicci el Calibán y la bruja<sup>14</sup> como parte del proceso de consolidación del patriarcado. Otros de estos mecanismos de opresión que han desembocado desde la opresión global del sistema capitalista hasta la opresión de las mujeres a través de la historia son mencionados por Gimenez(6): en este sentido Giménez menciona al reduccionismo de clase y el economismo (5) como una posible acción clave en la producción de la respuesta histórica que desemboca en la desigualdad en la procreación (2); la decisión de controlar la reproducción para oprimir a las mujeres(1); la maternidad (7) y el deseo de controlar y beneficiarse de los servicios domésticos de las mujeres muchas de ellas acciones también del sistema de opresión patriarcal.

Sin embargo, el hecho clave en los mecanismos de la opresión capitalista sobre la salud

reproductiva de las mujeres es el hecho de que la reproducción conlleve la formación de la descendencia. Para múltiples autores, como Engels, en su obra clásica el origen de la familia, la propiedad privada y el estado, (3) el punto clave en la historia de la desigualdad capital para las mujeres fue la asociación de la propiedad privada y la herencia.

Así, el estudio de la reproducción y lo que ello conlleva para la sociedad y para las personas de sexo femenino como procreadoras va más allá del propio estudio de la reproducción biológica. En este sentido, un sinfín de situaciones definidas socialmente (como la clase social, el nivel educativo o la ocupación) conllevan a determinar o no la reproducción de una persona. La reproducción como sociedad también entonces se ve atravesada por las decisiones reproductivas a nivel social. Las reglas y condiciones sociales de esta forma definen líneas de accionar poblacional (decisiones reproductivas poblacionales) que conllevan a que existan grupos con características reproductivas similares [grupos sociales, clases sociales o etnias que pueden tender a no tener hijos en ciertas edades o a tenerlos o a no tenerlos nunca o a tener hijos en la adolescencia, etc.].

### **11.3 Mecanismos estructurales: la influencia de la opresión capital en los determinantes estructurales de las desigualdades en salud seproductiva**

En capítulos anteriores hemos ya hablado sobre como la concepción social de la reproducción es amplia debido a un set de factores. El principal factor es que debido a que está condicionada al mercado laboral y este enlace con el mercado laboral tiene su impronta en el intento de regulación de la reproducción de las poblaciones. El control reproductivo como parte del control de la oferta y la demanda de trabajadores y trabajadoras. La cantidad de

mano de obra disponible se encuentra a su vez relacionada con los costos de la mano de obra. Esto último incide directamente en el capital de los países estado nación. Esta incidencia en la regulación de los niveles reproductivos puede ser observada en el tratamiento de temas de salud reproductiva y reproducción en las conferencias de población o en las leyes de regulación de reproducción poblacional.

Es importante señalar que esta regulación de la reproducción poblacional por parte del sistema capitalista tiene diversas expresiones. Ya Federicci señalaba algunos ejemplos de cómo se ha expresado esta regulación y como esto ha incidido sobre los cuerpos y sobre la salud reproductiva a través de la historia. En estos ejemplos Federicci (4) cita como la regulación tiende a ser pro fecundidad en épocas en que la mano de obra es encarecida por una baja cantidad de mano de obra. En contraste con las épocas con altos niveles de fecundidad en donde existía la necesidad de un control poblacional por lo que existía la tendencia de estimular la disminución de la fecundidad.

El sistema del siglo pasado influyó en las decisiones reproductivas de forma directa. Esto lo podemos ver en informes donde se discute sobre disminución de la población y el crecimiento económico. En el informe *Population Growth and Economic Development: Policy Questions* (14) se analizan los mecanismos por los cuales el incremento de población afecta el crecimiento económico<sup>94</sup>. De esta forma el “mercado demanda” la disminución de la población principalmente porque:

- A menor población disminuye la tasa de agotamiento de los recursos (petróleo, gas, etc). Esto es peligroso para el mercado debido a que si los productos disminuyen aumentan de precio. Una menor población permitirá la creación de estrategias adaptativas de forma lenta.
- A menor población se permitiría desarrollar estrategias para el desarrollo de alternati-



vas que sustituyan (recursos renovables) el consumo de recursos no renovables.

- A menor cantidad de niños y niñas los gobiernos podían mejorar los niveles educativos y de salud de estos. Esto haría que la fuerza de trabajo se fortaleciera para un capital más productivo.

Los autores del (14) por ejemplo comentan como “un crecimiento más lento de la población sería beneficioso para el desarrollo económico de la mayoría de los países en desarrollo” por las razones antes mencionadas<sup>191</sup>. Además, se sugiere la utilización de la planificación familiar para el cometido de la regulación poblacional. Este informe en conjunto con otros informes en este sentido muestra la sustentación conceptual sobre la cual se tomaron decisiones a finales de los 80 's y principios de los 90 's.

Como mencionamos, en nuestro estudio (9) en Oaxaca, México los indicadores asociados a anticoncepción fueron mayormente utilizados en los años 90s en Oaxaca. En este sentido las conferencias de población son las que aparentemente regularon la agenda indirectamente en el estado de Oaxaca durante la década de los 90 's. Existieron también en este sentido intervenciones directas sobre las legislaciones a nivel poblacional en México. Organismos como la USAID colocaron inversiones fuertes que influenciaron las políticas a nivel poblacional en esos años. Por ello también podemos observar una consistencia en intervenciones a nivel reproductivo no solo a nivel indicadores como la mortalidad materna sino también a nivel indicadores como la fecundidad o la anticoncepción. En este sentido se crearon centros especializados en la anticoncepción con financiamientos externos provenientes de organismos internacionales.

Además, la centralización de la política de “salud sexual y reproductiva” en la reproducción (cuestión comentada en el capítulo anterior por una cuestión paternalista del estado y especialistas médicos), en los años 90s esta se encuentra dirigida también hacia la regulación a conveniencia del sistema capitalista. Una regulación reproductiva impacta directamente

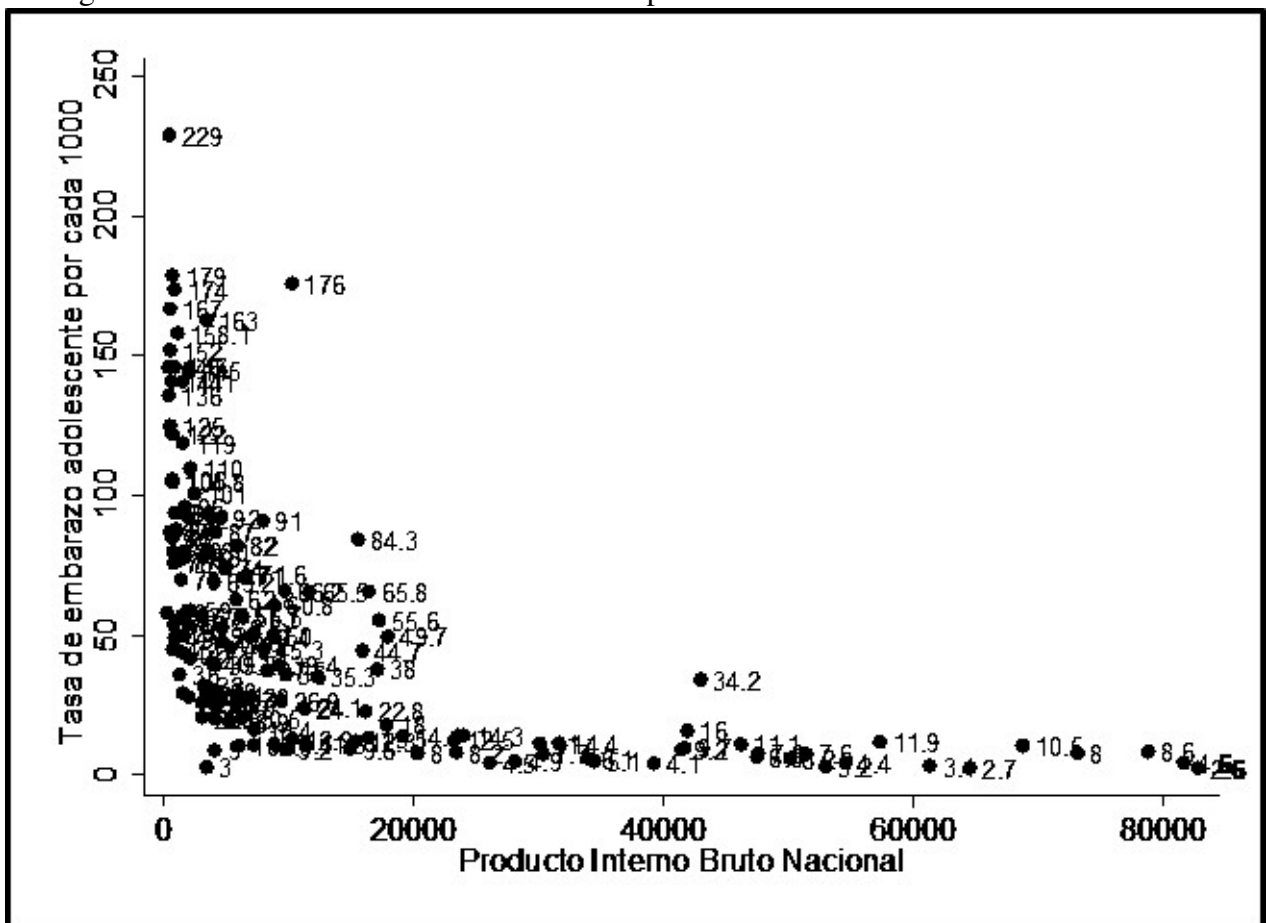
los cuerpos de las mujeres. Así, además, de una posible injerencia en la regulación reproductiva [con los respectivos cuestionamientos a las violaciones o no de la soberanía] en el caso de Oaxaca por parte de EE. UU y de México a través de la “planificación familiar” – cuestiones que exploraremos en los capítulos siguientes ya que también encontramos la implicación directa del sistema colonial.

De esta forma la planificación familiar termina siendo utilizada como un mecanismo directo de la continuación del sistema capital que engloba producción y consumo. Estas decisiones del sistema capital son decisiones que impactan directamente la salud de las mujeres debido a que gracias al sistema patriarcal (ver capítulo anterior), la implicación en temas reproductivos es mayormente responsabilidad de las mujeres.

Por otro lado, un ejemplo un tanto más directo en el que observamos la influencia del capital sobre la fecundidad se observa en nuestro estudio sobre España(8). Los mediadores en este caso como se ha comentado con anterioridad en el estudio Bayesian smoothed small-areas analysis of urban inequalities in fertility across 1999-2013 pueden ser de tipo estructurales como políticas gubernamentales adecuadas o el aumento del desempleo en la crisis. En el estudio podemos observar como la fecundidad se encuentra asociada a la privación en un contexto de baja fecundidad como el español. Estos patrones de asociación en su mayoría se repiten incluso con indicadores más tradicionales como, por ejemplo, con la tasa de embarazo adolescente como lo vemos en la figura 11.1 muestra como en diversos países a más producto interno bruto menor tasa de embarazo adolescente.

En nuestro artículo (8) además de la asociación observamos como ante un evento central del sistema capital como una crisis económica se observaron cambios dentro de la distribución de la fecundidad a nivel territorial. En donde la fecundidad se vio influenciada de

Figure 11.1: Tasa de embarazo adolescente vs producto interno bruto en el mundo.



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial para el producto interno bruto y de la Organización Mundial de la Salud para la tasa de embarazo en adolescentes (por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años). Los indicadores reportados fueron los más recientes al momento de la descarga de datos [22 de diciembre del 2019].

diferente forma según la edad, el origen y el contexto de privación o no. De esta forma, se observó una influencia diferenciada de la crisis económica según el nivel contextual de privación. La influencia directa del sistema capital en las decisiones reproductivas o por ejemplo en la fecundidad adolescente como en el caso español estudiado. El ejemplo más claro observado en nuestro artículo es como la distribución de la fecundidad entre las adolescentes españolas en Barcelona se hizo más desigual durante la crisis. En el cual las adolescentes españolas de las zonas más prósperas tenían tasas de fecundidad más bajas, mientras que las tasas aumentaban en las zonas más oprimidas por el sistema capital. Esto puede estar asociado con una disminución de la fecundidad mayor en las áreas menos oprimidas por el capital –áreas más prósperas. Este último ejemplo nos muestra un cierre en el círculo que vale la pena repensarse dentro del sistema capital: crisis-desempleo-desigualdad.

#### **11.4 Mecanismos Intermedios:**

##### **la influencia de la opresión capital en los determinantes intermedios de las desigualdades en Salud Reproductiva.**

La visibilidad de la expresión de la opresión capital en determinantes intermedios como lo es la privación material es clave para determinar un camino sobre el cómo esto puede causar desigualdades en salud (en nuestro caso explorado a través de indicadores de salud reproductiva como la mortalidad materna(10)). Las opresiones del capital ejercidas sobre los determinantes estructurales se traducen también en opresiones directamente incidentes en la salud como determinantes intermedios. De esta forma las opresiones ejercidas por el sistema capital sobre los grupos sociales se encuentran asociados con los niveles de privación material y a su vez con la consecuente mala salud de las mujeres dentro de estos

grupos.

En nuestro artículo “Ethnicity, deprivation and maternal mortality relations in Mexico” (10) exploramos como las comunidades con mayores niveles de privación material son comunidades con altos niveles de mortalidad y riesgo superior a la media nacional de presentar muertes maternas. Un dato que no nos sorprende debido a asociaciones ecológicas entre la privación del área y la mortalidad materna anteriormente reportada<sup>145</sup>. Además ya antes de nuestro estudio, otros estudios habían vinculado con anterioridad la privación con la angustia psicológica de la madre durante el embarazo, un factor importante asociado con resultados perjudiciales durante el embarazo<sup>145–147</sup>. Nosotras podemos ver que a nivel ecológico este fenómeno se reproduce con otros indicadores proxy. Por ejemplo: privación económica (PIB) y los niveles en indicadores reproductivos en mujeres.

Sin embargo, las comunidades pobres al no ser comunidades propiamente “marcadas” debido a que las comunidades pobres no son un grupo social específico si no que están compuestas de múltiples grupos sociales sufren este tipo de opresión a través posiblemente del entrecruzamiento con otros sistemas de opresión como el colonial o el patriarcal. La diferencia entre los niveles de pobreza entre diversos grupos y la diferencia de como esos niveles se impactan en la salud de las mujeres (ejemplificada en este caso como indicadores de mortalidad materna), se teoriza (siguiendo con nuestro marco teórico) puede tener origen en las interacciones poblacionales entre grupos de individuos marcados como por ejemplo grupos de mujeres (ya por el hecho de ser mujeres sufren el impacto del sistema de opresión patriarcal), racializadas (que sufren la opresión del sistema colonial) entonces es más probable la presencia de privación material al estar sometidas per se al vivir en el sistema capital a la opresión estructural capital. Pero ahondaremos mayormente en este tema en el más adelante cuando hablemos sobre el entrecruce de opresiones (capítulo XII).

**Bibliography**

- [1] CHODOROW, N. *The reproduction of mothering: psychoanalysis and the sociology of gender : with a new preface.*
- [2] EISENSTEIN, Z. CONSTRUCTING A THEORY OF CAPITALIST PATRIARCHY AND SOCIALIST FEMINISM. Tech. rep.
- [3] ENGELS, F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado : en relacion con las investigaciones de L.H. Morgan LK - <https://univdelosandes.on.worldcat.org/oclc/916521291>. *Ta - Tt* - (2007).
- [4] FEDERICI, S. Caliban y la bruja. Tech. rep., 2006.
- [5] FIRESTONE, S. *The Dialectic of Sex The Case for Feminist Revolution*, 1971.
- [6] GIMENEZ, M. E., SCIENCE, S., AND JAN, M.-F. T. T. Capitalism and the Oppression of Women: Marx revisited. 11–32.
- [7] HARTMANN, H. Capitalism, Patriarchy, and Job Segregation by Sex. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 1, 3, Part 2 (apr 1976), 137–169.
- [8] LEÓN-GÓMEZ, B. B. Womens sexual and reproductive health policies: Mapping a case from Cairo to the Millennium Goals. *Revista de Salud Pública de la Universidad de Colombia SUBMITTED* (2019).
- [9] LEÓN-GÓMEZ, B. B., GOTSSENS, M., MARÍ-DELL'OLMO, M., DOMÍNGUEZ-BERJÓN, M. F., LUQUE-FERNANDEZ, M. Á., MARTIN, U., RODRÍGUEZ-SANZ, M., AND PÉREZ, G. Bayesian smoothed small-areas analysis of urban inequalities in fertility across 1999–2013. *Fertility Research and Practice* 5, 1 (dec 2019), 17.

- 
- [10] LEÓN-GÓMEZ, B. B., PERALTA, A., GOTSSENS, M., AND PEREZ, G. Ethnicity, deprivation and maternal mortality relations in Mexico. *International Journal for Equity in Health* SUBMITTED (2020).
- [11] MARX, K. El capital : crítica de la economía polític. Volúmen III.
- [12] PEARCE, D. W., Ed. *Macmillan Dictionary of Modern Economics*. Macmillan Education UK, London, 1986.
- [13] SCOTT, B. R. *The Political Economy of Capitalism*. 2006.
- [14] WULF, D., AND KLITSCH, M. Population growth and economic development: Two new U.S. perspectives. *International Family Planning Perspectives* 12, 2 (1986), 61–64.







## 12. *La opresión colonial y reproducción*

### 12.1 ¿Qué es el sistema colonial?

Para comenzar con este capítulo deberemos conceptualizar la definición del sistema colonial. Consideraremos para esta tesis al sistema colonial como el sistema de dominación originado por el proceso por el cual las potencias europeas (pero en la actualidad continuado por naciones estados como Estados Unidos) han establecido una posición de superioridad económica, militar, política y/o cultural en gran parte de Asia, África y América Latina. Este proceso, se remonta históricamente desde los "viajes de descubrimiento" y tiene como su más explícita forma a la institución de trata de esclavos(11) (4) (22). El sistema colonial explícito con el esclavismo alcanzo su máximo apogeo a finales de los años de 1900 momento en el que Europa había colonizado aproximadamente el 85% de la tierra. En la actualidad el sistema colonial no es tan explícito, pero utiliza algunos otros mecanismos para la dominación e imposición de la superioridad de los países-estados-nación dominantes tanto económica, militar, política y/o culturalmente(18).

Este sistema es el camino que encuentra el poder para privilegiar al grupo no racializado. Por medio del canal de opresión del sistema colonial fluyen sistemáticamente las opresiones de poder hacia los grupos racializados. Cuando hablamos de grupos racializados nos referimos a grupos no legalmente pertenecientes a la “elite étnica”, “blanca”. Consideramos los grupos “blancos” como aquellos grupos reconocidos legalmente como la “elite étnica” usualmente de ascendencia europea o de origen europeo y que se caracterizan por una tez clara.

## 12.2 El racismo y la dinámica de la opresión del sistema colonial

El sistema colonial ejerce opresión sobre colectivos racializados (no dominantes). Esta opresión implica modos de comportamiento colectivos e individuales institucionalizados a través de los cuales un grupo intenta dominar y controlar a otro para obtener ventajas políticas, económicas y/o sociopsicológicas(19) (15). Estos modos de comportamiento colectivos y/o institucionalizados son ejemplificados, por el racismo. El racismo es uno de los mecanismos descritos como clave para la dominación. En la sociedad consideramos el racismo como la creencia de que las cualidades de las personas están influenciadas por su raza y que los miembros de otras razas no son tan “buenos” como los miembros de su propia raza, o el consiguiente trato injusto de los miembros de otras razas(5).

Sin embargo, para este análisis diferiremos en la definición de racismo en cierta medida en base a la definición desarrollada por Albert Memmi (16). Memmi considera el racismo como la asignación generalizada y definitiva de valores a las diferencias reales o imaginarias, en beneficio del acusador y a expensas de la víctima, para justificar sus propios privilegios o agresiones. Cabe señalar también que el racismo tiene diversas expresiones, una de las cuales es el racismo institucionalizado. El racismo institucionalizado es considerado como

la filtración de la asignación generalizada de valores en beneficio del grupo dominante a las personas jurídicas que rigen nuestra vida cotidiana. Además, el racismo institucionalizado, una de las expresiones del racismo, es la forma más directa de explicar cómo se manifiestan algunas opresiones de poder. El racismo institucionalizado se define como el acceso diferencial a recursos y oportunidades por raza, así como a políticas, leyes y prácticas que refuerzan la inequidad racial. De esta manera son estructuras que limitan las libertades y oprimen a las poblaciones racializadas.

Más allá del racismo institucionalizado existen otras formas de racismo impregnadas socialmente que también tienen efectos en diversos determinantes de la salud. Por ejemplo, más allá del racismo institucionalizado el racismo cultural conlleva la coordinada interacción de estereotipos, prejuicios y discriminación. Este racismo asume socialmente diferencias entre grupos (estereotipos) que se supone que reflejan diferencias biológicas fundamentales. Este racismo implica evaluaciones negativas bien diferenciadas y sentimientos hacia otro grupo (prejuicio) en comparación con el propio. Además, esto acompañado de la creencia de superioridad del propio grupo (16). Por último, esto refleja el trato desigual de los grupos (discriminación) por parte de la sociedad a nivel colectivo e individual de forma que se justifica y tiende a perpetuar creencias, actitudes.

### **12.3 Sistema colonial, racismo y salud reproductiva**

Las opresiones generadas por el sistema colonial, por ejemplo, a través del racismo, pueden ser clave para generar contextos restrictivos, estresantes y perjudiciales para la salud de ciertas poblaciones. Asimismo, las opresiones históricas que algunos de estos pueblos racializados han recibido sistemáticamente pueden generar trauma que aún está latente en las generaciones actuales (1) (3) (20) (10) (9)(23). Así, las privaciones históricas y

actuales generadas por el sistema colonial para algunos grupos sociales también están directamente relacionadas con la privación y la distribución desigual de los recursos humanos. La salud es un recurso que en estas poblaciones se ve disminuido si lo comparamos con otras poblaciones no racializadas. Los determinantes de la salud son fundamentales en la mediación de estas asociaciones, tanto los determinantes estructurales (por ejemplo, el contexto sociopolítico, la validez cultural, la clase social o si un territorio o una etnia se consideran vulnerables) como los determinantes intermedios (por ejemplo, los recursos materiales, los factores de comportamiento, los factores psicosociales y los servicios de salud) podrían verse influidos por la forma en que el sistema colonial influye en la vida de las personas.

Los determinantes sociales de la salud señalan pruebas que ponen de manifiesto una mayor susceptibilidad a la enfermedad y a las enfermedades como producto de entornos socioeconómicos y físicos particulares(21) (7). Considerando que estos entornos están contruidos socialmente, parece razonable conceptualizar el tratamiento de estos determinantes a través de las causas de la generación de políticas de bienestar social, ajustes infraestructurales o culturales, entre otros.

## **12.4 Mecanismos estructurales: la influencia de la opresión colonial en los determinantes estructurales de las desigualdades en salud reproductiva**

Uno de los mecanismos de como la opresión colonial tiene su efecto en los determinantes estructurales es el racismo institucionalizado. Sin embargo, el racismo institucionalizado

puede tener múltiples formas de actuar contra las poblaciones marcadas. Las metodologías de opresión de los determinantes estructurales por parte de la opresión ejercida por el sistema colonial instaurada desde el colonialismo en excolonias y colonias pueden ser diferente.

#### **12.4.1 Metodologías de opresión del sistema colonial en territorio de excolonias**

En este caso la influencia de la opresión colonial ejercida contra los determinantes estructurales general la tendencia a paternalizar los problemas de salud y en especial los problemas de salud reproductiva por el doble eje (mujer-racializada) por parte de la población occidental<sup>192</sup>. Esto último, también podría estar asociado a la generación de políticas públicas que no aborden directamente el problema. Esto puede darse a que nos planteamos desde una visión de superioridad para con las mujeres de estas comunidades racializadas. Desde el paternalismo también se tiende a culpabilizar a la víctima por sus “costumbres y haceres no occidentales”. Así mismo, los saberes de estas comunidades son infravalorados sistemáticamente. Un ejemplo claro de esto último, son las parteras tradicionales que por años han sido claves en los esquemas de la poblaciones pero que a la llegada de la medicina occidental no han sido tomadas en cuenta para enriquecer el sistema de salud. Por último, tampoco conocemos de su sexualidad o de sus formas de reproducción así que desde nuestro desconocimiento y con visiones paternalistas las políticas e intervenciones que elaboremos pueden estar sesgadas.

Sin embargo, el racismo institucionalizado puede ser la forma más directa de explicar cómo las opresiones de poder se manifiestan en indicadores de salud y de salud reproductiva. En nuestro artículo “Ethnicity, deprivation and maternal mortality relations in Mexico” (14) analizamos como la opresión en los municipios indígenas o desfavorecidos fue clave

para explicar por qué las comunidades mayoritariamente indígenas o desfavorecidas tienen una Mortalidad Materna más alta en México. En el caso de la mortalidad materna en las comunidades indígenas, el racismo institucionalizado puede ser clave en cuanto a una menor cantidad o calidad de provisión de servicios de salud. Además, dentro de nuestro análisis también barajamos la posibilidad de que el racismo institucional podría estar vinculado con el retraso o la falta de disponibilidad de los servicios de salud, y con la falta de adhesión a la adopción de tratamientos<sup>170</sup> y el estrés (8) (2). El racismo institucional es parte de la explicación de las desigualdades étnicas en la mortalidad materna (17).

Por otro lado, no debiésemos olvidarnos del hecho de que en múltiples excolonias aún se ejerce opresión colonial a través de la misma sociedad (racismo cultural). México como caso de estudio es un país que se encontró sometido al sistema de castas años atrás. Sin embargo, el sistema de castas aun no finalizado debido a que aún hoy hay una diferenciación social de distribución de recursos y acceso a oportunidades entre la población de acuerdo al color de piel, el sitio donde has nacido y la lengua que hablas (6).

En excolonias el tema fundamental también es el tema de la soberanía y la imposición de políticas o intervenciones desde las potencias. Esto en especial en el caso de las mujeres es muy relevante debido a que existen programas y políticas que se han impuesto sobre los cuerpos de las mujeres desde años atrás, a través de esta metodología. A nivel estructural podemos mencionar casos de injerencia por parte del sistema como los casos de las políticas de regulación poblacional (que en ocasiones llegaron a verse reflejadas en esterilizaciones coaccionadas), la utilización del filantropocapitalismo con la consecuente imposición de las directrices de otros países. Las esterilizaciones serán tratadas más a fondo en el siguiente capítulo donde se discutirá el entrecruce de las opresiones. Pero en general se puede decir que están relacionadas con las directrices de cambios en la es-

estructura demográfica impuestos desde potencias como estados unidos. Como ya vimos en capítulos anteriores con el ejemplo de las inversiones de USAID, la política exterior de los Estados Unidos ha estado vinculada con la planificación familiar y el control de la fertilidad de la población desde los años sesenta. Por tanto, la influencia de los objetivos del milenio ayudó a redefinir algunos de los temas. Esto condujo a que se prestara más atención a la salud de las mujeres. Sin embargo, la atención hacia la salud materna pareció sustituir el abordaje de la salud reproductiva en las mujeres desde la década de 2000 (13).

#### **12.4.2 Metodologías de opresión del sistema colonial en territorios no coloniales**

En este caso la influencia de la opresión colonial ejercida contra los determinantes estructurales es vertida legalmente sobre las poblaciones migradas a través de políticas racistas. La influencia en su mayoría a través del racismo institucional.

En el caso de estudio en España (12) pudimos observar que la población migrada (teniendo como proxy la población sin nacionalidad española) presentaba una mayor afectación en sus derechos reproductivos (esto a través de la limitación por la ley de extranjería del poder de decisión reproductiva) que la población con nacionalidad española (población que era poseedora de todos sus derechos de ciudadanía) después de la crisis. Se teoriza una asociación de estos resultados con peores condiciones laborales en estas mujeres debido a peores condiciones de trabajo (Condicionada por la ley de extranjería). Como lo comentamos en el artículo, las condiciones de trabajo en esta población pueden ser más difíciles debido a los obstáculos legales (como las dificultades para obtener un permiso de trabajo). Esto, a su vez, puede estar relacionado con la inestabilidad laboral y la disminución de los derechos a la salud. Estas políticas a su vez no tienen ningún fundamento teórico y han sido

calificadas como políticas racistas ya con anterioridad. Sin embargo, son políticas que se reproducen también en otros contextos territoriales. En la actualidad la implementación de estas políticas restrictivas cada vez es más frecuente como en el caso de la implementación de muchas de estas medidas en Estados Unidos. Estos factores pueden crear incertidumbre, lo cual puede llevar a algunas mujeres a tomar diferentes decisiones reproductivas. Por otro lado, también tenemos que el racismo social también ayuda a generar un contexto complicado para el desarrollo de la vida cotidiana de una persona racializada. Así mismo esto en el caso de las mujeres implica consecuencias en relaciones de poder como las relaciones de pareja que a su vez limiten de diferente forma sus derechos reproductivos con consecuentes implicaciones para su calidad de vida.

## Bibliography

- [1] BARDI, A., HOLLOWAY, R., LICATA, L., DANIEL, T. A., MCNEILL, A., AND HIRSCHBERGER, G. Collective Trauma and the Social Construction of Meaning.
- [2] BEN, J., CORMACK, D., HARRIS, R., AND PARADIES, Y. Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. *PloS one* 12, 12 (2017), e0189900.
- [3] BRANSCOMBE, NYLA R. ELLEMERS, NAOMI SPEARS, RUSSELL DOOSJE, B. The context and content of social identity threat. - PsycNET.
- [4] BUTT, D. Colonialism and Postcolonialism, 2013.
- [5] CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS. Meaning of racism in English, 2019.
- [6] COBBINAH, S. S., AND LEWIS, J. Racism & Health: A public health perspective on racial discrimination. *Journal of evaluation in clinical practice* 24, 5 (2018), 995–998.



- [7] CZYZEWSKI, K. Colonialism as a Broader Social Determinant of Health. *International Indigenous Policy Journal* 2, 1 (2011).
- [8] GARCÍA PUELPAN, M. Colonialidad y epistemologías: el impacto de los modos coloniales en la visibilización de los conocimientos indígenas. *Anales de la Universidad de Chile*, 13 (2018), 115.
- [9] HIRSCHBERGER, G. Collective trauma and the social construction of meaning. *Frontiers in Psychology* 9, AUG (2018), 1–14.
- [10] IMHOFF, R., BILEWICZ, M., HANKE, K., KAHN, D. T., HENKEL-GUEMBEL, N., HALABI, S., SHERMAN, T.-S., AND HIRSCHBERGER, G. Explaining the Inexplicable: Differences in Attributions for the Holocaust in Germany, Israel, and Poland. *Political Psychology* 38, 6 (dec 2017), 907–924.
- [11] JANSEN, C. J., AND OSTERHAMMEL, J. *Colonialismo. Historia, formas, efectos*, 1 ed. 2019.
- [12] LEÓN-GÓMEZ, B. B. Womens sexual and reproductive health policies: Mapping a case from Cairo to the Millennium Goals. *Revista de Salud Pública de la Universidad de Colombia SUBMITTED* (2019).
- [13] LEÓN-GÓMEZ, B. B., GOTSSENS, M., MARÍ-DELL'OLMO, M., DOMÍNGUEZ-BERJÓN, M. F., LUQUE-FERNANDEZ, M. Á., MARTIN, U., RODRÍGUEZ-SANZ, M., AND PÉREZ, G. Bayesian smoothed small-areas analysis of urban inequalities in fertility across 1999–2013. *Fertility Research and Practice* 5, 1 (dec 2019), 17.
- [14] LEÓN-GÓMEZ, B. B., PERALTA, A., GOTSSENS, M., AND PEREZ, G. Ethnicity, deprivation and maternal mortality relations in Mexico. *International Journal for Equity in Health SUBMITTED* (2020).

- [15] MARI, S. K. Challenges to minority counselling: Arabs in Israel. *International Journal for the Advancement of Counselling* (1988).
- [16] MEMMI, A. *Racism*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2014.
- [17] MENDEZ, D. D., HOGAN, V. K., AND CULHANE, J. F. Stress during pregnancy: the role of institutional racism. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress* 29, 4 (oct 2013), 266–74.
- [18] MONTES MONTOYA, A., AND BUSSO, H. Entrevista a Ramón Grosfoguel. *Polis* 18 (2012).
- [19] PRILLELTENSKY, I. The role of power in wellness, oppression, and liberation: the promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology* 36, 2 (2008), 116–136.
- [20] ROTH, J., HUBER, M., JUENGER, A., LIU, J. H., AND LIU, J. H. It’s about valence: Historical continuity or historical discontinuity as a threat to social identity. *Journal of Social and Political Psychology* 5, 2 (2017), 320–341.
- [21] SOTERO, M. A Conceptual Model of Historical Trauma: Implications for Public Health Practice and Research. *ournal of Health Disparities Research and Practice* 1, 1 (2006), 93–308.
- [22] STANFORD ENCYCLOPEDIA OF PHILOSOPHY. Colonialism, 2014.
- [23] WHITBECK, L. B., ADAMS, G. W., HOYT, D. R., AND CHEN, X. Conceptualizing and measuring historical trauma among American Indian people. *American Journal of Community Psychology* 33, 3-4 (2004), 119–130.



## 13. *Entrecruzamiento y reproducción*

### 13.1 Entrecruzamiento de los sistemas de opresión

Desde hace ya algunos años el entrecruzamiento o entrelazamientos entre los sistemas de opresión es un tema que se ha venido debatiendo. Mara Viveros Vigoya (23), por ejemplo, se da a la tarea de rastrear los orígenes del enfoque teórico - metodológico y político del término a nivel micro social (interseccionalidad) o a nivel macro social (Entrecruzamiento de los sistemas de opresión). En este rastreo podemos hablar de múltiples políticas, activistas, académicas que han venido debatiendo, mencionando o pronunciándose al respecto. Muchas de ellas sensibilizadas a través de su experiencia de vida previa (4) (9) (3) (19).

Sin embargo, el “reconocimiento” del concepto propiamente se le da propiamente a Kimberlé Crenshaw en el marco de un caso legal en 1989(24). En el 2007 a nivel estructuralista Ange Marie Hancock (7) fue una de las impulsoras a nivel normativa e investigación científica. Para la academia la formalización fue algo favorable. Sin embargo, existen posicionamientos sobre como el intento de estabilizar y sistematizar este enfoque no es necesariamente un avance, ya que para ella la fuerza de esta perspectiva radica precisamente

en la vaguedad. Para autoras como Patricia Hill (8) la interseccionalidad requiere abordar cuestiones tanto macro sociológicas como micro sociológicas. Puntualmente y solo para la conceptualización macro de este capítulo esta es la corriente (feminismo postestructuralista) que seguimos en este capítulo. En donde intentamos analizar el fenómeno macrosocial del entrecruzamiento de los sistemas de opresión y la salud reproductiva de las mujeres (interlocking systems of oppression). Lo que se traduciría en la articulación de opresiones considerando los efectos de las estructuras de desigualdad social en fenómenos macrosociales. Estos fenómenos interrogan la manera en que están implicados los sistemas de poder en la producción, organización y mantenimiento de las desigualdades, a esto le llamamos entrecruzamiento de los sistemas de opresión(17).

### **13.2 ¿Qué papel juega el entrecruzamiento de los sistemas de opresión en la génesis de las desigualdades en salud reproductiva de las mujeres?**

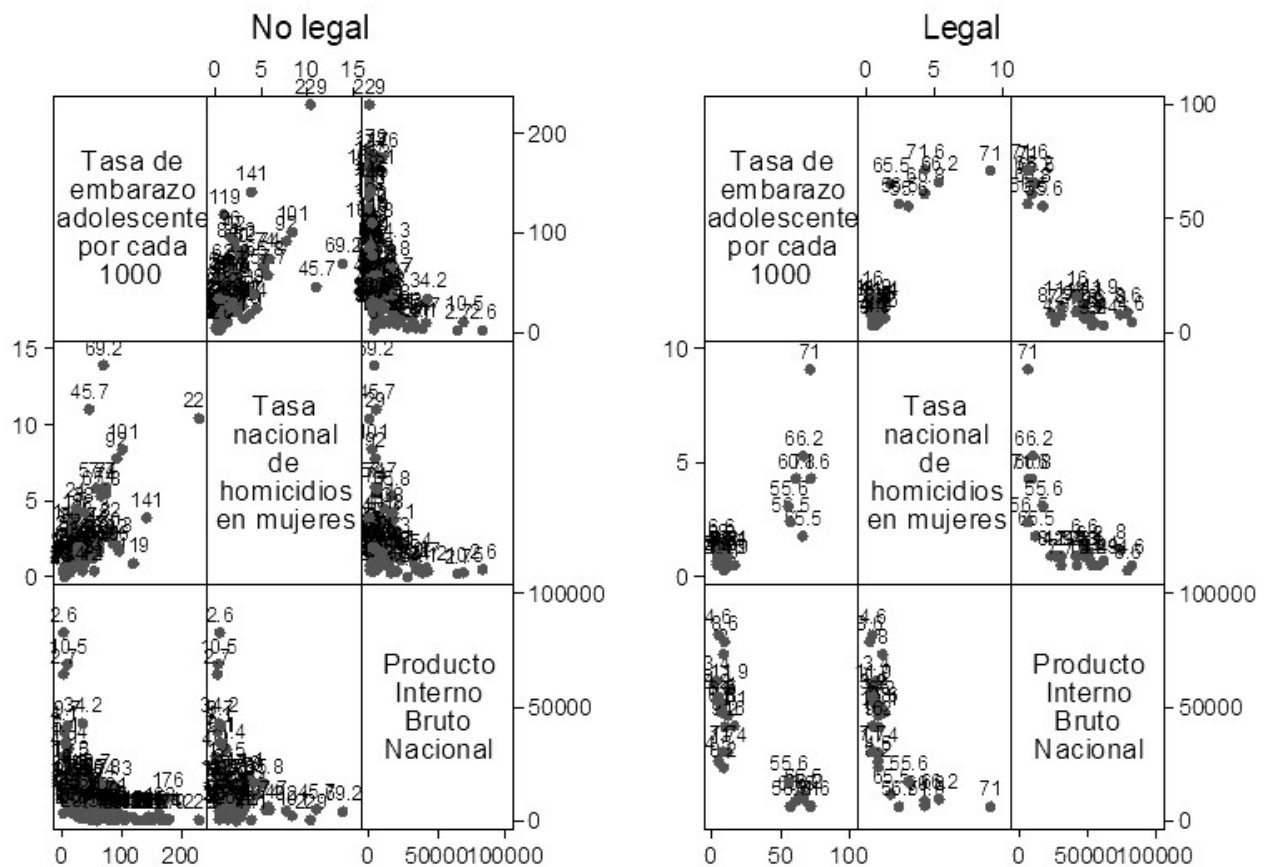
En la década de los 1960 en Brasil, diversas activistas e intelectuales como Thereza Santos, Lelia González, María Beatriz do Nascimento, Jurema Luiza Bairros, Werneck y Sueli Carneiro, entre otras ya planteaban la teoría de la tríada de opresiones “raza-clase-género” para articular las diferencias entre mujeres brasileñas que el discurso feminista dominante había pretendido ignorar(7). Esto en general nos permite darnos una idea ya de que es lo que se intenta articular de forma lejana debido a que solo podemos abarcar el hecho de que estas opresiones de poder se entrecruzan de forma macrosocial. La articulación micro social de los sistemas de opresión no podrá abarcarse en esta discusión por sus infinitas posibilidades que solo permiten ser abarcadas por la encarnación de las experiencias vividas independien-

temente por cada una de las mujeres que sienten día a día estas opresiones entrecruzadas y que viven y encarnan las consecuencias de las opresiones en su reproducción, su salud y su vida. Sin embargo, es importante también y no por ello dejar de señalar el hecho de que a nivel macrosocial se continúan ejerciendo de forma articulada estas opresiones y que a través de diversos canales de opresión estos sistemas de opresión ejercen el poder sobre las mujeres y que, a través de diversos determinantes, a su vez esta opresión está relacionada con las desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres.

Estas opresiones de poder entrecruzadas podrían condicionar divisiones, patrones y diferencias entre situaciones legales de falta de derechos sexuales que a su vez pueden verse reflejadas en indicadores reproductivos. A manera de ejemplo en el grafico (ver figura 13.1) siguiente podemos observar como a nivel macrosocial la tasa de embarazo adolescente y los homicidios en mujeres parecen ser superiores en los países donde el matrimonio igualitario se ha legalizado que en donde no. Por otro lado, podemos observar una distribución similar en el caso de países según su producto interno bruto per cápita (6) (16) (21) (25).

El análisis de estas diferencias son clave sabiendo que las opresiones de poder (a veces traducidas en leyes, o prejuicios, discriminación, o decisiones sistemáticas de como ejercer el poder por ejemplo en centros gubernamentales) que condicionan estados de privación de derechos, como la privación de derechos sexuales hacia las familias homoparentales y como esto último puede encontrarse relacionado con estados de derecho poco favorecedores a los derechos reproductivos que a su vez influencien o tengan un impacto en los indicadores reproductivos tradicionales y no tradicionales. Para ello también es importante entender los mecanismos estructurales que a su vez condicionan mecanismos intermedios en los cuales los sistemas de opresión generan desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres.

Figure 13.1: Distribución del embarazo adolescente, homicidios en mujeres según países con matrimonio igualitario.



Fuente: elaboración propia con datos del departamento de drogas, crimen y justicia criminal de las naciones unidas (tasa de homicidios en mujeres más reciente a la fecha de consulta) y del Banco Mundial<sup>23</sup> (PIB per cápita), Organización mundial de la Salud (Embarazo adolescente) y Pew Research Center (para los matrimonios igualitarios).

### **13.3 Mecanismos estructurales: el entrecruzamiento de los sistemas de opresión y los determinantes estructurales**

Existen infinidad de formas o mecanismos por los cuales se ejerce la opresión de formas entrecruzadas de los sistemas de opresión sobre los determinantes estructurales. En este capítulo ejemplificaremos algunos mecanismos a través los cuales este entrecruzamiento genera desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres. A través de nuestro estudio de mortalidad materna, por ejemplo, observamos a nivel macro social como las comunidades con mayor privación eran las que presentaban mayor riesgo de mortalidad materna. Sin embargo, las comunidades con mayor privación material también presentaban un mayor riesgo de muerte materna que el resto de comunidades. En este caso en el estudio se discutieron las metodologías por las cuales las opresiones influenciaban principalmente los determinantes estructurales y a través de ellos a los intermedios condicionando una distribución desigual de factores materiales que a su vez condicionaban una distribución desigual en indicadores de salud reproductiva pero también un indicador de salud como la mortalidad materna. Más allá del ejercicio de las opresiones de poder de formas entrecruzadas también lo ha hecho de formas sistemáticas y más drásticamente. En este caso podemos citar formas sistemáticas en que las opresiones entrecruzadas han impactado la salud reproductiva de las mujeres.

#### **13.3.1 Filantrocapialismo: capitalismo, colonialismo y patriarcado**

Un entrecruce de los sistemas de opresión se da en trincheras de las decisiones del filantrocapialismo que se implementa en zonas empobrecidas y de alta concentración de minorías étnicas en excolonias que per se ya han sufrido las consecuencias de la opresión colonial sistémica. Por ejemplo, en el caso de Oaxaca nosotras podemos ver como existen múltiples Organizaciones no gubernamentales que trabajan temas asociados a salud sexual y salud

reproductiva. En el libro *no such thing as a free gift* Lindsey McGoey (14) nos explica a través de casos de estudio algunos puntos sobre como el filantropocapitalismo no es aquel esquema filantrópico al 100% como se percibe en el imaginario colectivo. En este sentido nos preguntamos ¿estas instituciones están ayudando a disminuir las desigualdades en salud reproductiva en el estado de Oaxaca? Algunos puntos que encontramos en el análisis de Lindsey Mc Goey que son de importancia de resaltar y que utilizamos para analizar nuestro modelo de estudio; esto pensando como la lógica capitalista y colonial se entre cruza en el filantropocapitalismo y como esto termina afectando a las mujeres son:

- ¿Los objetivos a lograr de los programas implementados en poblaciones oprimidas (por ejemplo, en Oaxaca) son solo filantrópicos? La donación del dinero por parte de estas empresas les genera un beneficio moral. En este sentido es posible que estas poblaciones de mujeres terminen siendo utilizadas en el camino para “limpiar” el nombre de algunas instituciones descontando ese dinero de sus impuestos. En ocasiones también van acompañados de evaluaciones de las intervenciones realizadas. ¿O es más barato o fácil de llevar a cabo esas intervenciones, estudios, análisis o evaluaciones en esos territorios? ¿Existe continuación de los proyectos? ¿se cumplen las expectativas generadas? En el caso de Oaxaca no sabemos si esta inyección monetaria significó algún beneficio moral directo a alguna de esas organizaciones.
- ¿Es la filantropía una sustitución de las responsabilidades que deberían tener los estados? Por ejemplo en el caso estudiado del estado de Oaxaca México pudimos observar cómo en él había una proporción alta de programas corresponden a financiamiento de organizaciones ajenas al gobierno, pero además muchas de ellas ajenas al propio país.
- ¿Infringen o violan la soberanía de los estados en donde intervienen con respecto a decisiones?
  - o En cuanto a esto Lindsey McGoey analizó a grandes donadores y su influencia



sobre donde se pone el dinero en temas de salud.

- Muchas veces son estos donadores los que deciden directamente donde se pone el dinero y en que programas se invierte a nivel nacional. En cuanto a esto ¿Porque las naciones deberían apoyar económicamente esos programas si en ocasiones el problema o los problemas no son los prioritarios para ellos?
- En el caso de la salud en Oaxaca también es posible que estas organizaciones con las alianzas hayan colaborado a influenciar hacia donde se ponían las prioridades en temas de salud de las mujeres. Así mismo, este establecimiento de la línea direccional de trabajo estaría dictado por inversiones provenientes de otros estados poniendo en jaque temas de soberanía.

Las visiones coloniales de “solución” de un problema de salud pueden terminar reproduciendo los resultados en salud. Ante lo anterior, estas visiones propiciarían nivel internacional o nacional la sensación de que se está trabajando ese indicador en salud con sus consecuentes planteamientos. En nuestro caso de estudio en Oaxaca (12) podíamos señalar a manera de resumen:

- Parece no haber existido una continuación de los proyectos.
- El estado parece haberse apoyado de la inversión externa potenciando las intervenciones de estos organismos no gubernamentales. Además, esto conlleva una potencial minimización del papel del gobierno del estado de Oaxaca.
- Los donadores pudieron haber tenido cierta influencia en la priorización de las decisiones en salud reproductiva en el estado de Oaxaca. Primero con la implementación de programas más asociados a anticoncepción y segundo con la implementación de programas orientados a la mortalidad materna.

## 13.4 Mecanismos intermedios: el entrecruzamiento de los sistemas de opresión y los determinantes intermedios

Las formas de afectar directamente los mecanismos intermedios que tienen estas opresiones entrecruzadas son aquellas que se expresan cuando directamente se encuentran normalizadas acciones, conductas o mecanismos propiamente integrados en la sociedad de tal forma que pareciesen no estar afectados por los determinantes estructurales. Por ejemplo, las creencias de los médicos o la misma epistemología de la medicina. La misma formación médica dentro de un área de privilegios que permite que exista esta separación entre el personal médico y las personas atendidas. Pero como lo revisamos en el capítulo uno de esta tesis la medicina pareciera estudiarse en una supuesta “neutralidad” que no toma en cuenta los sistemas de opresión en los que vivimos. Esa supuesta neutralidad permite que al no repensarnos nuestra propia ciencia permitimos que permeen actitudes y conductas que pueden permitir el florecimiento de algunos mecanismos de opresión que incluso pueden ser mecanismos que llevados al extremo condicionen parteaguas radicales en la vida de poblaciones de mujeres.

### 13.4.1 Esterilizaciones coaccionadas o forzadas en mujeres

Un ejemplo de estos mecanismos más extremos es el uso de la opresión capital aunada al uso de la opresión colonial que en conjunto con la opresión patriarcal han permitido la normalización de ciertas prácticas en los sistemas de salud como las esterilizaciones forzadas en mujeres de diferentes territorios y épocas. En pleno siglo XXI se continúan implementando esos mecanismos que sistemáticamente implican la utilización de la opresión patriarcal debido a que a pesar de existir esta práctica de forma sistemática en algunos casos (se aplica) en hombres (1). Esta esta práctica se ha desarrollado históricamente en casos en donde

poblaciones de mujeres han sido coaccionadas a la esterilización. Mujeres de todo el mundo han sido coaccionadas por personal médico a someterse a procedimientos de esterilización permanentes e irreversibles<sup>209</sup>. Las mujeres pobres o mujeres racializadas en países no desarrollados, también son las que sistemáticamente han sufrido estas esterilizaciones. Las indicaciones médicas para la esterilización, a menudo se utilizaban para justificar la esterilización sin consentimiento informado. Aunque aun utilizando el consentimiento también se ha informado que la implementación de la regulación del consentimiento informado ha sido bastante inconsistente en la práctica (27) (15). Estas mujeres son consideradas "indignas" de reproducirse<sup>(2)</sup>. Rara vez se responsabiliza a los perpetradores y las víctimas rara vez obtienen justicia por este violento abuso de sus derechos. Esto, porque son las minorías con menos privilegios étnicos, capacitistas o mujeres estigmatizadas o empobrecidas, las que son sometidas a estas metodologías del poder. Podemos citar múltiples casos en donde estados actuando como "padres" a nivel territorial deciden a través del sistema de salud la coacción hacia la esterilización de poblaciones enteras de mujeres (15) (2). Después de los años 2000 tenemos aún reportes de esterilizaciones forzadas en casos de mujeres con HIV por ejemplo en países como Chile (22), República Dominicana (10), México (11) y Sudáfrica (5), pero en su mayoría son reportes (27) en los cuales mujeres con minorías étnicas también presentaron esterilizaciones forzadas como es el caso reciente de Canadá (13) o de los reportes realizado a las Naciones Unidas por mujeres húngaras de origen Romaní (20).

En estos casos podríamos asumir que la opresión del sistema patriarcal se encuentra detrás de las conductas y comportamientos sistemáticos que hace que en su mayoría seamos las mujeres y no los hombres el objetivo de esta opresión. Sin embargo, es de resaltar que no somos todas las mujeres ni en todos los países. Por ejemplo, son las mujeres empobrecidas las oprimidas por la estructura de opresión capital las que componen algunos grupos sociales que mayormente se ven afectados por esterilizaciones forzadas o coaccionadas. En este

sentido es necesaria un entre cruzamiento entre sistemas de opresión por ejemplo para condicionar determinantes intermedios de las desigualdades (como la privación material o los servicios de salud) que a su vez condicionen la vejación de los derechos reproductivos y a su vez condicionen una mala salud reproductiva. Así mismo tenemos que en el tema de opresión colonial esta también se entre cruza debido a que son las mujeres de los territorios y las etnias más privadas de privilegios como las comunidades indígenas de las más afectadas.

Por último, cabe señalar que la dirección sobre la disminución de la fecundidad en el mundo ha venido dictada en ocasiones desde el exterior de países como los estados unidos, como lo hemos visto en el capítulo anterior. Estas directrices han incidido en las políticas de fecundidad de otros países (18) (26). La presión por cumplir con los objetivos establecidos y a los que muchos países se comprometieron en las cumbres de población (como las cumbres del México o el Cairo) son clave en la generación de presión sobre los sistemas de salud y sobre el personal médico que toma las decisiones directas en el caso de temas de esterilización.

## Bibliography

- [1] BALASUBRAMANIAN, S. Motivating Men: Social Science and the Regulation of Men's Reproduction in Postwar India. *Gender and Society* 32, 1 (feb 2018), 34–58.
- [2] BI, S., AND KLUSTY, T. Forced Sterilizations of HIV-Positive Women: A Global Ethics and Policy Failure. Tech. rep., 2015.
- [3] COMBAHEE RIVER COLLECTIVE. The Combahee River Collective Statement. Tech. rep.
- [4] DE GOUGES, O. *La declaración de los derechos de la mujer y la ciudadana*.
- [5] ESSACK, Z., AND STRODE, A. “I feel like half a woman all the time” : The impacts of coerced and forced sterilisations on HIV-positive women in South Africa . *Agenda* 26, 2 (jun 2012), 24–34.
- [6] GLOBAL HEALTH OBSERVATORY. Data, 2019.
- [7] HANCOCK, A. M. Intersectionality as a Normative and Empirical Paradigm. *Politics and Gender* 3, 2 (2007), 248–254.
- [8] HILL, K. Methods for Measuring Maternal Mortality. 24–26.
- [9] HILL COLLINS, P. Chapter 11: Black feminist epistemology. In *Black Feminist Thought*, P. Hill Collins, Ed. Taylor & Francis Ltd / Books, 2000, pp. 251–271.
- [10] HRW. Discrimination against Women Living with HIV in the Dominican Republic, 2004.
- [11] KENDALL, T. Reproductive rights violations reported by Mexican women with HIV. *Health and human rights* 11, 2 (2009), 77–87.

- [12] LEÓN-GÓMEZ, B. B., PERALTA, A., GOTSSENS, M., AND PEREZ, G. Ethnicity, deprivation and maternal mortality relations in Mexico. *International Journal for Equity in Health* SUBMITTED (2020).
- [13] LONGMAN, N. End forced sterilizations of Indigenous women in Canada, 2018.
- [14] MCGOEY, L. *No Such Thing as a Free Gift: The Gates Foundation and the Price of Philanthropy*, vol. 9. Informa UK Limited, nov 2016.
- [15] PATEL, P. Forced sterilization of women as discrimination, 2017.
- [16] PEW RESEARCH CENTER. Gay Marriage Around the World.
- [17] RODRIGUEZ, N. M., MARTINO, W. J., INGREY, J. C., AND BROCKENBROUGH, E. *Critical concepts in queer studies*.
- [18] SHARPLESS, J. World population growth, family planning, and American foreign policy. *Journal of policy history : JPH* 7, 1 (1995), 72–102.
- [19] TRUTH, S. Ain't I a Woman?, 1851.
- [20] UNITED NATIONS COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN. Hungary | Center for Reproductive Rights.
- [21] UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Statistics and Data, 2018.
- [22] VIDAL, F., AND CARRASCO, M. Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos sexuales y reproductivos?" Un Estudio de Correlaciones en Ocho Regiones del País.
- [23] VIVEROS VIGOYA, M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista* 52 (oct 2016), 1–17.

- 
- [24] WILLIAMS CRENSHAW, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color.
- [25] WORLD BANK, AND OECD. GDP per capita (current US\$) | Data, 2018.
- [26] WULF, D., AND KLITSCH, M. Population growth and economic development: Two new U.S. perspectives. *International Family Planning Perspectives* 12, 2 (1986), 61–64.
- [27] ZAMPAS, C., AND LAMA, A. International Journal of Gynecology and Obstetrics Forced and coerced sterilization of women in Europe. 163–166.







## 14. *Limitaciones y fortalezas*

### 14.1 Limitaciones y fortalezas de los modelos de estudio

#### 14.1.1 Limitaciones y fortalezas del Modelo de estudio I

En el primer trabajo solo abarcamos los documentos disponibles. Es posible que no hayamos podido obtener todos los documentos que podrían darnos toda la información sobre las políticas y programas implementados en el período de estudio. También es posible que una cantidad significativa de información no estuviera disponible en línea debido a que muchos documentos sólo estaban disponibles físicamente. También debemos tener en cuenta que el hecho de que estas políticas e intervenciones hayan sido publicadas no significa necesariamente que estén funcionando o sean efectivas. Por lo tanto, el objetivo principal era ampliar las políticas detrás de un trasfondo complejo sabiendo que no sería posible abarcar toda la realidad. Esto se hizo mediante un enfoque que nos guió a un contexto de indicadores ampliamente desfavorables, como una amplia desigualdad mezclada con múltiples factores como la etnia y el género.

### 14.1.2 Limitaciones y fortalezas del Modelo de estudio II

Una fortaleza de este estudio es que abordamos la nacionalidad que el país de origen. Esto debido a que los grupos de población más susceptibles son los inmigrantes sin derechos plenos de ciudadanía española. La limitación fue que estas personas podrían tener también otra nacionalidad (4).

Para intentar averiguar si las mujeres tenían otra nacionalidad analizamos los datos disponibles sobre la doble nacionalidad de las madres (estos datos sólo estaban disponibles para Barcelona) y encontramos que del 21% de las mujeres que informaron que tenían una nacionalidad diferente a la española solo el 9% tenían la doble nacionalidad. En definitiva, se trata de una fortaleza importante porque nos acerca a la población más vulnerable (la que carece de todos los derechos ciudadanos), ya que las mujeres que ya han obtenido la nacionalidad española probablemente llevan más tiempo viviendo en España, con los derechos adicionales que ello conlleva. Otra limitación fue que combinamos en un mismo grupo a las mujeres que no eran de países de renta baja y media, combinando así varios y diferentes países. Por último, determinamos la distribución desigual utilizando las diferencias de área y socioeconómicas. Aunque esto conlleva importantes limitaciones, no fue posible abarcar todos los determinantes de la fertilidad en este estudio actual.

### 14.1.3 Limitaciones y fortalezas del Modelo de estudio III

A pesar de la corrección de la mortalidad mediante el método RAMOS modificado, los médicos y codificadores, al intentar asignar categorías bien definidas, pueden mostrar sesgo y arbitrariedad en la selección de la causa subyacente de la muerte. Esto fue sugerido en una revisión publicada en *The Lancet* por Mahapatra et al.(3) y corroborado por Torres et al. (6) en su artículo sobre la búsqueda intencional y la reclasificación de las muertes maternas

en México. Además, en México todavía hay un porcentaje de certificados de defunción (la fuente de información de este estudio) que no es completado por médicos capacitados y por lo tanto muestra un considerable margen de error (1). Además, no tenemos suficiente información sobre los niveles de subregistro de la mortalidad materna en México. En otros países de América Latina se han observado desigualdades en el subregistro de muertes entre mujeres y hombres. Una posible explicación mencionada para este fenómeno es el mayor subregistro de muertes maternas(5).

La privación en México se concentra en las comunidades rurales y, por lo tanto, las muertes en algunos municipios urbanos (privilegiados) pueden haber ocurrido en personas no sólo de municipios vecinos (algunos de ellos suavizados por el modelo bayesiano) sino también en los de municipios relativamente distantes. Además, no se utilizó la variable de origen materno, lo que no permitió referenciar la mortalidad según el origen. Esto se debió al elevado número de datos que faltaban sobre el municipio de residencia de la madre. Sin embargo, suavizamos la mortalidad del lugar de fallecimiento. Asimismo, para este estudio no tuvimos en cuenta si el municipio era urbano o rural, por lo que algunos de nuestros resultados podrían estar influidos por este factor, como el riesgo positivo de muerte en núcleos privilegiados (donde se encuentran los hospitales y centros de referencia). Además, algunos de los municipios con una alta RMM son zonas con hospitales de referencia. Además, el subregistro puede haberse concentrado en los municipios rurales, como en otros países latinoamericanos (5). A pesar de ello, prevalece la asociación entre privación y etnia.

Los datos de etnia no incluían a toda la población indígena, como los hispanohablantes o los afrodescendientes. Los afrodescendientes se incluyeron recientemente en las encuestas nacionales de México y los municipios afrodescendientes están en proceso de ser reconocidos (2). En este estudio, incluimos dos de los determinantes contextuales más importantes

(etnicidad y privación) en México JuárezCisneros2018. Sin embargo, el índice de privación en sí mismo contenía el acceso a los servicios de salud. Otra limitación importante del estudio ha sido la incapacidad de explorar la interacción debido al bajo número de casos en cada cuartil. Sin embargo, consideramos que a nivel ecológico es un desafío que los estudios futuros pueden plantear.

Además, este es uno de los primeros estudios que intenta poner de relieve las desigualdades maternas y sanitarias a nivel municipal. La escasez de estudios hasta la fecha se debe a los múltiples desafíos metodológicos que implica abordar las mediciones a pequeña escala en un territorio tan grande y diverso como México. La cartografía y el análisis del nivel municipal de la mortalidad materna permiten comprender mejor la distribución y la variabilidad de las pautas de las causas menos comunes de los resultados de la mortalidad que no pueden identificarse mediante el examen de las estimaciones directas nacionales y estatales. A pesar de las limitaciones, este estudio permite suavizarlas compensando las inestabilidades de los números pequeños y obteniendo asociaciones. Además, proporciona información útil para el examen de importantes cuestiones de actualidad en América Latina. Además, contribuye a orientar las políticas públicas mediante la generación de evidencia de enormes desigualdades entre los municipios.

## 14.2 Limitaciones y fortalezas globales

Las limitaciones de esta tesis son muy amplias debido a que se tocan temas que pueden llegar a transgredir estructuras impuestas a través de muchos años dentro de la ciencia. Sin embargo, la intención que subyace debajo de esta tesis es hacernos reflexionar a través de la literatura científica sobre cómo las visiones dentro de la ciencia tienen un peso muy fuerte.

En esta tesis a pesar de que tanto nuestro marco teórico como nuestra misión se encuentran sesgada debido a que la investigadora el equipo de investigación y toda la bibliografía a su vez consultada se encuentra generada dentro del mismo sistema, hemos podido hacer explícito nuestros posicionamientos. Sin embargo, es muy posible que haya otras fórmulas que puedan englobar de una forma más completa este análisis.

Un punto relevante también es que hay mecanismos que se pueden expresar a través de los canales de opresión que no hemos estudiado y que no son abarcados en esta tesis. Un ejemplo de esto último: existen dentro del sistema patriarcal otros mecanismos en los que no ahondamos. Estos mecanismos se encuentran presentes en el mundo y en su mayoría son invisibilizados. Ejemplos de esto último son las opresiones del sistema heterosexual dominante o las generadas por el sistema cis-sexual. Nuestra metodología no alcanzó para abarcarlas a todas ellas, pero son futuros campos de estudio con respecto a la visión de las opresiones en la salud pública. A pesar de no abarcarlas es importante resaltar su existencia ya que son formulas por las que se ejerce opresión sobre poblaciones.

Además de todo lo anterior no era nuestro objetivo centrarnos en las opresiones a detalle sino intentar desenmarañar algunas fórmulas a través de casos por los cuales el sistema empujaba la opresión a través de los canales y con ello entender que existen estos mecanismos. Así mismo, hay cabida a múltiples mecanismos más que seguramente se están replicando de manera sistemática en nuestro mundo y que no han Podido ser estudiados ni abarcados en esta tesis. Estos mecanismos también deben tener efecto en la salud, la calidad de vida, el bienestar, la sexualidad y las desigualdades entre otras múltiples aristas.

Otro punto importante y clave qué tenemos qué mencionar como una gran limitación de esta tesis es que a pesar de que nosotros separamos dentro de nuestro marco teorico

las opresiones para poder explicar estos mecanismos, estas opresiones no actúan de forma separada. Esto mismo se encuentra en posible contradicción con múltiples visiones de la teoría de la interseccionalidad. En la que existe una verdadera imposibilidad de separar estas opresiones ya que los cuerpos están marcados en diferentes líneas temporales por diferentes opresiones. Por ello, una limitación propia de la tesis es la forma en la que decidimos analizar y discutir como estas opresiones generaban desigualdades. Sin embargo, estamos conscientes de qué fue la fórmula que encontramos para abarcar estos mecanismos dentro de una misma discusión. Consideramos que existe un campo más amplio para poder en verdad entender la estructuración desde el poder hacia la generación de las desigualdades en salud entre los grupos sociales. En este sentido, en esta tesis hemos ahondado en el punto de vista poblacional y esto por ejemplo lo hemos hecho en el tema de interseccionalidad. Sin embargo, no podemos escapar de que la interseccionalidad es un tema que se debe ver desde las vivencias, desde la escucha de las personas que sufre la opresión. La consideración de que las personas que viven los problemas y que conocen desde fondo estos mecanismos y cómo les generan opresión y posteriormente diversas situaciones en su vida como son la exclusión la pobreza etcétera son las personas en realidad las que generan nuevas soluciones o articulaciones teóricas por lo que metodológicamente la tesis no alcanza a abarcar esto. Por ello, consideramos esta tesis un punto de partida para conocer y examinar más a fondo el tema de los mecanismos de opresión y cómo éstos generan desigualdades en salud desde otras miradas.

Otra limitación teórica muy importante es el hecho de que al estar trabajando con datos a nivel poblacional y muchas veces al no poder a ajustar por las variables necesarias, podremos llegar a caer en el tema de la falacia ecológica. Es importante señalar que muchas de las asunciones y de las exploraciones que hacemos en esta tesis las consideramos parte aguas en un ámbito en el que creemos podemos seguir explorando en temas de salud en

global y en específico, pero no solamente en temas de salud sexual, no solamente en temas de sexualidad, no solamente en temas de reproducción, no solamente en temas que atañen a mujeres sino también al resto de las poblaciones.

A pesar de todas las limitaciones que se puedan encontrar en esta tesis, es importante recalcar que intenta abarcar temas que tradicionalmente se han tratado de una forma y que no han sido cuestionados lo suficiente como para cambiar ciertos paradigmas establecidos. Por ello, intenta ahondar en un campo ampliamente explorado por la salud pública, pero desde otras visiones y otras perspectivas a través de indicadores ampliamente usados como la mortalidad materna pero analizados desde otros puntos de vista.

## Bibliography

- [1] CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. General Health Law [Ley General de Salud], 1997.
- [2] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). Main results Intercensal survey 2015 [Principales resultados Encuesta intercensal 2015]. Tech. rep., Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Mexico, 2015.
- [3] MAHAPATRA, P., SHIBUYA, K., LOPEZ, A. D., COULLARE, F., NOTZON, F. C., RAO, C., AND SZRETER, S. Who Counts? 2 Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *www.thelancet.com*, 1653.
- [4] MINISTERIO DE JUSTICIA GOBIERNO DE ESPAÑA. Tener la doble nacionalidad [To have dual citizenship], 2017.

- [5] PERALTA, A., BENACH, J., BORRELL, C., ESPINEL-FLORES, V., CASH-GIBSON, L., QUEIROZ, B. L., AND MARÍ-DELL'OLMO, M. Evaluation of the mortality registry in Ecuador (2001-2013) - Social and geographical inequalities in completeness and quality. *Population Health Metrics* 17, 1 (2019).
- [6] TORRES, L. M., RHENALS, A. L., JIMÉNEZ, A., EST, M., RAMÍREZ-VILLALOBOS, D., URIÓSTEGUI, R., PIÑA, M., AND ROCHA, H. Intentional Search and Reclassification of Maternal Deaths in Mexico: The Effect on the Distribution of Causes [Búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas en México : el efecto en la distribución de las causas]. *Salud Pública de México* 56, 4 (2014), 333–347.





## 15. Conclusiones

### 15.1 conclusiones derivadas de los modelos de estudio

- Ha habido un aumento del volumen de publicaciones en este campo en los últimos años. Las publicaciones no han sido suficientes para generar cambios profundos a nivel legislativo en torno a los temas asociados a la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, estas aún se encuentran unidas y no especificadas como dos temas interrelacionados: sexualidades y reproducción. Además, a pesar de la influencia de las conferencias del Cairo y de los objetivos del milenio para mejorar los indicadores de salud sexual y reproductiva (como la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes o la educación sexual), éstos fueron abordados de manera deficiente. Los temas de salud reproductiva se tomaron en cuenta más que otros temas importantes de sexualidades y reproducción en pro de la salud (1).

- Se observó un descenso general de la fecundidad entre las mujeres de las regiones desfavorecidas que puede estar asociado a la recesión económica en España. Las ciudades del sur, que es una región con alto desempleo, mostraron el mayor descenso de la fertilidad después de la crisis, especialmente entre las mujeres inmigrantes de países considerados como de baja renta. Debido a la emergencia de la inmigración (se han implementado políticas restrictivas en todo el mundo) esta es una población clave afectada. Además, la crisis financiera pareció afectar las desigualdades socioeconómicas en materia de fecundidad entre las adolescentes españolas, ya que las que viven en zonas desfavorecidas tienen tasas de fecundidad más altas. Esta desigualdad tendió a aumentar con el tiempo, posiblemente debido a un incremento en el número de embarazos no deseados entre las personas más desfavorecidas. En cambio, las mujeres adultas españolas tendían a retrasar su calendario reproductivo en todas las regiones(2).
- Se muestran grandes desigualdades en la mortalidad materna en México a nivel municipal. Al mismo tiempo, las privaciones y la etnicidad de las comunidades se encuentran asociadas con la mortalidad materna. Además, las comunidades con mayores privaciones y concentración étnica parecían ser las que corrían mayor riesgo de mortalidad materna (3).

## 15.2 Conclusiones globales de la tesis

Las conclusiones teóricas derivadas de la revisión teórica en conjunto con el análisis a través de los modelos de estudio son:

- A nivel global podemos decir que las opresiones sistemáticas y estructurales de poder como el colonialismo, el capitalismo y el patriarcado se encuentran asociadas al desarrollo de las desigualdades en la salud reproductiva.
- Existen mecanismos estructurados de forma sistémica dentro de nuestras sociedades que podrían explicar como de forma directa e indirecta la perpetuación de la desigualdades reproductivas entre grupos sociales.
- Es posible que exista una invisibilización de estos sistemas en nuestros marcos conceptuales de salud. Con ello, existe un desconocimiento amplio de los mecanismos por los cuales se perpetúan las desigualdades reproductivas. Además, de que existe la necesidad de dar cabida a nuevas visiones y fórmulas para intentar resolver problemas de salud persistentes.

**Bibliography**

- [1] LEÓN-GÓMEZ, B. B. Womens sexual and reproductive health policies: Mapping a case from Cairo to the Millennium Goals. *Revista de Salud Pública de la Universidad de Colombia SUBMITTED* (2019).
- [2] LEÓN-GÓMEZ, B. B., GOTSSENS, M., MARÍ-DELL'OLMO, M., DOMÍNGUEZ-BERJÓN, M. F., LUQUE-FERNANDEZ, M. Á., MARTIN, U., RODRÍGUEZ-SANZ, M., AND PÉREZ, G. Bayesian smoothed small-areas analysis of urban inequalities in fertility across 1999–2013. *Fertility Research and Practice* 5, 1 (dec 2019), 17.
- [3] LEÓN-GÓMEZ, B. B., PERALTA, A., GOTSSENS, M., AND PEREZ, G. Ethnicity, deprivation andmaternal mortality relations in Mexico. *International Journal for Equity in Health SUBMITTED* (2020).



## 16. *Recomendaciones*

### 16.1 **Recomendaciones derivadas de los modelos de estudio**

- Es necesario mejorar los enfoques amplios en las políticas y programas de sexualidad. A pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno nacional, es necesario investigar el enfoque de las políticas para comprender y mejorar la implementación de estas. Algunas políticas deben ser actualizadas para mejorar la calidad de vida de las mujeres de manera equitativa. Es necesario visibilizar y enfocar las políticas y el interés público en la mejora de los determinantes sociales de las poblaciones indígenas ayudando así a la mejora de e introducción de enfoques más orientados a mejorar el acceso a la educación sexual y no sólo a la información sobre la reproducción. La actualización de las políticas podría ayudar a mejorar algunos indicadores reticentes, como la elevada mortalidad materna en el sur de México. Los gobiernos locales deberían asumir una mayor responsabilidad en esta cuestión. También, recomendamos aumentar el número de evaluaciones de los programas enfocándose en dar a conocer más sobre la implementación de los programas(2).

- Existen consecuencias negativas entre otros ámbitos, en el ámbito de la salud reproductiva de las políticas restrictivas implementadas en España. Por lo que debería ser considerada la flexibilización (o derogación) de estas legislaciones. Las políticas de empleo y de “familia” son fundamentales para generar mejores condiciones de trabajo y de vida y dar a la mujer más libertad para decidir cuándo tener un hijo. Estas políticas a través de la mejora de los determinantes sociales pueden ayudar a paliar las desigualdades en las condiciones de las mujeres y como consecuencia una mejora en la salud reproductiva de estas(1).
- Las políticas públicas y de salud podrían enfocarse estratégicamente en las zonas mayormente afectadas por indicadores elevados de muerte materna. Esto ayudaría a enfocar estratégicamente los recursos para poder generar un mayor impacto en la disminución de estos indicadores. Además, se necesita una visible mejora de las condiciones de los determinantes intermedios para la obtención de mejores resultados en salud de las poblaciones indígenas en México. Esto deberá ser sin excluir la responsabilidad tanto de los niveles federales, estatales y municipales(3).

## 16.2 Recomendaciones globales de la tesis

- Consideramos importante visibilizar los efectos de las opresiones de poder sobre la salud. Es importante no invisibilizar dentro de nuestros marcos teóricos como las opresiones las opresiones sistemáticas de poder influyen nuestros determinantes de salud.
- Recomendamos estudiar o abordar el estudio de los mecanismos por los cuales las opresiones de poder influyen sistemáticamente la generación de desigualdad dentro de la sociedad, pero también Incluyéndonos dentro de la Academia. Para ayudarnos a la deconstrucción de patrones sistemáticos que nos llevan perpetuar el sistema.
- Recomendamos, no olvidar que la presencia de una opresión de poder dentro de un marco conceptual excluye la presencia de las otras. Las opresiones de poder son múltiples y actúan sistemáticamente. Es importante el estudio y el análisis de sus mecanismos sistémicos para conocer cuáles son, cómo actúan y como no replicarlos.
- Así mismo, también recomendamos reconocer y trabajar en nuestras perspectivas y nuestras propias filosofías al hacer ciencia.
- Por último, recomendamos a través de esta tesis flexibilizar patrones estructurales de la academia que permitan La integración de nuevas perspectivas nuevas visiones y nuevos puntos de vista para solucionar o ayudar a solucionar problemas reticentes de salud a través de nuevos enfoques.

**Bibliography**

- [1] LEÓN-GÓMEZ, B. B. Womens sexual and reproductive health policies: Mapping a case from Cairo to the Millennium Goals. *Revista de Salud Pública de la Universidad de Colombia SUBMITTED* (2019).
- [2] LEÓN-GÓMEZ, B. B., GOTSSENS, M., MARÍ-DELL'OLMO, M., DOMÍNGUEZ-BERJÓN, M. F., LUQUE-FERNANDEZ, M. Á., MARTIN, U., RODRÍGUEZ-SANZ, M., AND PÉREZ, G. Bayesian smoothed small-areas analysis of urban inequalities in fertility across 1999–2013. *Fertility Research and Practice* 5, 1 (dec 2019), 17.
- [3] LEÓN-GÓMEZ, B. B., PERALTA, A., GOTSSENS, M., AND PEREZ, G. Ethnicity, deprivation andmaternal mortality relations in Mexico. *International Journal for Equity in Health SUBMITTED* (2020).





**DESIGUALDAD,  
OPRESIONES DE PODER Y  
SALUD REPRODUCTIVA**



**O CÓMO LAS OPRESIONES DE  
PODER GENERAN DESIGUALDADES  
EN LA SALUD REPRODUCTIVA DE  
LAS MUJERES**